

TROUBLES DU DEVELOPPEMENT

2020

Raphaële Miljkovitch

Table des matières

INTRODUCTION.....	5
PRESENTATION	5
HISTORIQUE	5
BUT DU COURS	7
PERSPECTIVES	7
NOTIONS DE BASE.....	8
DEFINITIONS ET CLASSIFICATIONS	9
<i>Définitions</i>	9
<i>Classifications</i>	10
<i>Pour en savoir plus</i>	16
LES TROUBLES ANXIEUX.....	18
SEMILOGIE	20
<i>Introduction</i>	20
<i>L'anxiété de séparation</i>	20
<i>La phobie sociale</i>	21
<i>L'anxiété généralisée</i>	23
<i>Note sur la "phobie scolaire"</i>	25
ÉVOLUTION	26
DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL	26
TROUBLES ASSOCIES ET PREVALENCE	27
ÉTILOGIE.....	27
<i>Facteurs constitutionnels et/ou familiaux</i>	27
<i>Le tempérament</i>	28
<i>Les maladies</i>	28
<i>Les événements de vie et les expériences d'attachement</i>	29
LA DÉPRESSION ET LES CONDUITES SUICIDAIRES	35
<i>Les différents troubles dépressifs</i>	35
<i>L'étiologie de la dépression</i>	35
SEMILOGIE DE LA DEPRESSION	36
<i>Introduction</i>	36
<i>Types de dépressions</i>	38
PREVALENCE ET EVOLUTION	39
TROUBLES ASSOCIES	39
DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL	39
SEMILOGIE DES CONDUITES SUICIDAIRES	40
<i>Introduction</i>	40
<i>Les différents types de conduites suicidaires</i>	40
<i>Le suicide chez les adolescents</i>	41
<i>Les conduites suicidaires chez les enfants</i>	42
ÉTILOGIE DE LA DEPRESSION	43
<i>Les théories cognitivo-comportementales</i>	44
LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE, LES TROUBLES DU LANGAGE ET DES APPRENTISSAGES	49
LA DEFICIENCE INTELLECTUELLE	50
<i>Sémiologie</i>	50

<i>Troubles associés</i>	51
<i>Prévalence</i>	51
<i>Étiologie</i>	51
LES TROUBLES DU LANGAGE ET DE LA COMMUNICATION	54
<i>Sémiologie</i>	54
<i>Évolution et troubles associés</i>	57
<i>Étiologie</i>	58
LES TROUBLES DES APPRENTISSAGES	60
<i>Sémiologie</i>	60
<i>Évolution et troubles associés</i>	60
<i>Étiologie</i>	61
DÉFICIT DE L'ATTENTION ET HYPERACTIVITÉ.....	64
SEMIOLOGIE	65
ÉVOLUTION ET PREVALENCE	66
CONCEPTUALISATION DU TDA/H COMME D'UN DEFICIT AU NIVEAU DE L'INHIBITION DU COMPORTEMENT.....	71
<i>Facteurs endogènes</i>	72
<i>Facteurs psychosociaux</i>	74
LES TROUBLES OPPOSITIONNEL ET DES CONDUITES	77
LE TROUBLE OPPOSITIONNEL	78
<i>Sémiologie</i>	78
<i>Prévalence</i>	78
<i>Troubles associés</i>	78
LE TROUBLE DES CONDUITES.....	80
<i>Sémiologie</i>	81
<i>Troubles associés</i>	82
<i>Prévalence</i>	82
<i>Note sur la délinquance</i>	82
<i>Évolution</i>	82
<i>Diagnostic différentiel entre trouble oppositionnel et trouble des conduites</i>	83
<i>Étiologie</i>	83
LES TROUBLES DU SPECTRE DE L'AUTISME VS PSYCHOSE.....	95
SEMIOLOGIE DE L'AUTISME.....	96
<i>Le fonctionnement intellectuel</i>	96
<i>Le langage et la communication</i>	97
<i>Le comportement social et l'affectivité</i>	97
<i>Les comportements, intérêts et activités à caractère restreint, répétitif et stéréotypé</i>	99
<i>Les réactions aux stimulations sensorielles</i>	100
ETIOLOGIE DE L'AUTISME	100
<i>Hypothèses organiques</i>	100
<i>Hypothèses psychogènes</i>	101
AUTRES TROUBLES DU SPECTRE DE L'AUTISME.....	104
LA SCHIZOPHRENIE ET LES ETATS PSYCHOTIQUES	104
CONDUITES DE DEPENDANCE.....	107
<i>L'anorexie mentale</i>	108
<i>La boulimie</i>	112
<i>Prévalence</i>	113

<i>Facteurs familiaux</i>	114
<i>L'obésité</i>	114
<i>Le contrôle de soi et les troubles des conduites alimentaires</i>	117
<i>Etiologie des troubles des conduites alimentaires</i>	117
TRoubles LIÉS AUX SUBSTANCES	119
<i>Sémiologie</i>	119
<i>Etiologie</i>	120
<i>Troubles réactionnels</i>	124
LES TROUBLES REACTIONNELS	125
<i>Sémiologie</i>	125
<i>Étiologie</i>	125
LES REACTIONS TRAUMATIQUES AU STRESS	126
<i>Sémiologie</i>	126
LES ETATS LIÉS A LA NEGLIGENCE ET A LA MALTRAITANCE PHYSIQUE OU SEXUELLE.....	129
<i>Définitions et types de négligence et de maltraitance</i>	130
<i>Sémiologie</i>	131
<i>Prévalence</i>	132
<i>Notes sur les troubles de l'attachement</i>	134

INTRODUCTION

Présentation

De nos jours, il paraît évident que certains enfants rencontrent des difficultés psychologiques, que les troubles qu'ils présentent sont de nature variée et que les causes de leur condition peuvent être multiples. On se rend aussi compte qu'un même trouble peut se manifester différemment suivant l'âge et le stade de développement de l'enfant : par rapport à l'enfant plus âgé ou à l'adolescent, le petit enfant réagit de façon plus motrice. Il interprète la réalité plus en fonction de l'ici et maintenant. Il est plus dépendant de son entourage familial. Ses symptômes varient en fonction de ces caractéristiques.

En raison de cette complexité, il devient nécessaire de diagnostiquer chaque cas par un examen approfondi et de rechercher parmi les causes possibles celles qui correspondent le mieux à l'état de l'enfant. Alors seulement peut-on tenter de comprendre son cas et choisir un traitement approprié.

Cependant ce qui semble évident maintenant ne l'a pas toujours été. Il existait bien sûr de nombreuses études, en particulier psychodynamiques, qui éclairaient certains aspects des problèmes de santé mentale des enfants, mais il a fallu que la psychopathologie développementale (Rutter & Sroufe, 2000) franchisse plusieurs étapes d'abord, pour s'individualiser, puis pour se constituer en un champ d'études cohérent.

Historique

Le rappel de quelques étapes essentielles dans l'évolution de la psychologie permet de mieux comprendre l'état actuel de la psychopathologie développementale. Ces étapes appartiennent à des domaines parfois assez éloignés de ceux qui sont étudiés maintenant. Les approches suivantes sont envisagées : les recherches psychodynamiques, les travaux psychométriques et les études cognitives, les découvertes médicales et les approches classificatoires.

Au début du XX^{ème} siècle, Freud fit l'hypothèse que certains troubles psychiques prenaient naissance pendant l'enfance, au sein de la famille. Il décrivit aussi une série constante de stades par laquelle passe l'enfant au cours de sa croissance psychosexuelle (1905). Toutefois, Freud s'intéressait à la genèse, à la psychodynamique des troubles et non aux problèmes des enfants. Quelques-uns de ses disciples concentrèrent leurs recherches sur l'enfant : sa fille, Anna Freud, Melanie Klein, Donald Winnicott et René Spitz notamment. Les trois premiers s'intéressèrent particulièrement à la vie intérieure du bébé et de l'enfant et firent prendre conscience de l'originalité de la façon de voir enfantine. De son côté Spitz, confronté aux nombreux orphelins laissés par la guerre, constata que, de façon surprenante pour l'époque, ceux-ci ne survivaient parfois pas bien qu'on leur procurât abri, sécurité et nourriture. Il réalisa l'importance de l'attachement et de la vie affective chez les tout-petits. Il utilisa aussi des méthodes d'étude plus scientifiques qu'auparavant, faisant appel aux statistiques et à des études longitudinales documentées.

Alors que Freud élaborait ses théories, en France on s'aperçut que certains enfants ne pouvaient suivre une scolarité normale. L'administration publique chargea deux médecins, Binet et Simon, de concevoir des instruments permettant de sélectionner ces enfants afin de les orienter vers une éducation spécialisée. Ceci conduisit au premier test d'intelligence publié en 1905 et introduisit l'idée que les enfants diffèrent dans leur potentiel intellectuel et leurs performances. Par ailleurs, Piaget, en s'intéressant au développement cognitif (l'épistémologie génétique) montra la spécificité de celui-ci chez l'enfant. Comme Freud, il proposa une théorie de stades constants, dans le domaine cognitif cette fois.

Par la suite, on découvrit que des facteurs chromosomiques pouvaient entraîner un retard de développement, comme dans la trisomie 21. Ceci conduisit à une prise de conscience de l'importance des facteurs congénitaux (présents à la naissance).

Dans le domaine médical, Kanner publia en 1935 le premier traité de psychiatrie de l'enfant et en 1943, il isola le syndrome autistique. En 1952 parut la première version du DSM, traité américain de classification des maladies psychiatriques. Petit à petit, la place réservée aux troubles des enfants s'agrandit et les descriptions sont devenues plus précises et spécifiques.

Alors que jusqu'à une époque récente, on se contentait de rechercher chez l'enfant les symptômes que l'on avait isolés chez l'adulte, on sait dorénavant qu'un même trouble peut se manifester sous des formes différentes selon l'âge. C'est ainsi que dans les années 60, on pensait encore, pour des raisons théoriques (en raison de l'immaturation de ses processus psychiques), qu'un enfant ne pouvait être déprimé : les études cliniques montrèrent que cette position était erronée. Un nouveau champ de la psychologie a pris naissance dans les années 80 : la

psychopathologie développementale. Elle concerne la description et l'évolution des différents troubles psychopathologiques en fonction de l'âge. Elle se focalise en particulier sur l'enfance et l'adolescence et ne se contente pas uniquement d'études rétrospectives.

On peut donc distinguer plusieurs étapes : l'approche développementale avec ses deux concepts-clés (une progression ordonnée et une série de stades constants, dans les domaines émotionnel et cognitif) ; la découverte de l'individualité de l'enfant ; la prise en compte de l'impact de la physiologie sur le développement ; celle de l'importance de l'éducation et du milieu familial au cours de l'enfance ; et enfin celle de la similitude toute relative des troubles cliniques de l'enfant avec ceux de l'adulte mais aussi la permanence de certains d'entre eux. Tel semble être l'état actuel de la science.

Perspectives

La psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent n'est pas une science mûre. Bien des diagnostics sont encore sujets à controverse ou leurs frontières mal délimitées (par ex. : celles de l'autisme ou de l'hyperactivité) ; d'autres, plutôt que de véritables diagnostics, ne sont que des groupements de symptômes coexistants (par ex. : trouble des conduites, trouble des apprentissages). La nosographie (le système classificatoire) ne recouvre pas tous les troubles (les psychoses dans l'enfance sont incluses dans celles de l'adulte alors que les tableaux diffèrent grandement). Quant à l'étiologie, de nombreuses théories n'ont pas encore reçu de validation empirique. Cependant, s'il reste une quantité considérable de travail à accomplir, il est encourageant de noter que la psychopathologie développementale a franchi quelques étapes décisives, s'intéressant à l'enfant en lui-même, l'observant attentivement et tentant de comprendre sa vision du monde et son comportement.

/1/ NOTIONS DE BASE

Définitions et Classifications

La définition des concepts et du vocabulaire qui sont propres à la psychopathologie de l'enfant constitue un préalable nécessaire à la bonne compréhension de la discipline. Une familiarisation avec les méthodes de classification des données est également utile. Pour répertorier les problèmes de l'enfant et de l'adolescent, il existe trois approches différentes : les systèmes de classification catégorielle (les deux systèmes principaux étant la CIM-10 et le DSM-V), les systèmes dimensionnels (par ex. : l'axe Internalisation-Externalisation) et l'approche développementale, axée sur l'évolution du sujet dans le temps et sa situation par rapport à ses pairs. Chaque méthode a ses avantages et ses inconvénients.

Le normal et le pathologique

Décider de ce qui est normal ou pathologique chez un enfant ou un adolescent est un processus plus complexe que pour l'adulte. D'abord l'enfant n'est qu'incomplètement socialisé; on n'attend pas de lui le même degré de conformité. Ensuite, il convient de tenir compte de son âge, de son niveau de développement et de son sexe. Enfin, l'enfant ne fonctionne pas de façon aussi autonome que l'adulte : sa psychopathologie est à envisager davantage en fonction de ses conditions de vie, en particulier familiales.

Les axes génétique-environnement

La question la plus délicate en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent est celle de l'étiologie: quelles sont les causes d'un trouble clinique, d'une façon générale ou dans un cas particulier ? Comme c'est le cas chez l'adulte, chaque trouble dépend d'un ensemble complexe de facteurs constitutionnels et environnementaux. L'importance relative de chaque type de facteurs varie selon le trouble et selon l'individu. De plus, l'effet de ces facteurs n'est pas purement sommatif : ils se conjuguent et interagissent de façon diverse.

Définitions et Classifications

Définitions

La *psychopathologie de l'enfant* porte sur la description des différents troubles de nature psychologique de l'enfant et de l'adolescent. La définition de certains termes s'impose. Ceux-ci sont empruntés au langage médical et présentent l'avantage d'être précis et d'un usage généralisé. Cependant, l'inconvénient de ce type de vocabulaire est qu'il privilégie une approche médicale ; celle-ci associe les troubles à des maladies dont il convient de trouver le remède. Cette conception est parfois peu appropriée. Par exemple dans le cas du trouble des conduites, si l'enfant ou l'adolescent adopte un comportement problématique, il n'est pas pour autant "malade". Une telle conception risquerait d'induire un escamotage de facteurs déterminants d'ordre relationnel (en particulier dans la famille), motivationnel ou moral.

- Un *symptôme* est l'unité de base de la psychopathologie. C'est un signe de trouble ou de maladie. Il peut s'agir d'un comportement (le vol chronique, par exemple), d'une altération de l'humeur (tristesse) ou d'un processus cognitif (difficulté de concentration).
- Un *syndrome* est un ensemble de symptômes habituellement associés. Par exemple, dans l'hyperactivité, on note aussi un déficit de l'attention et de l'impulsivité.
- Un *tableau clinique* est l'ensemble des troubles psychopathologiques d'un sujet : il peut consister en un ou plusieurs syndromes et divers symptômes ou traits de personnalité.
- L'établissement d'un *diagnostic* est le processus par lequel on arrive à déterminer le tableau clinique d'un sujet. Il peut prendre en compte des observations en milieu naturel, des entretiens (avec l'enfant et les membres de la famille), des tests et des questionnaires.
- L'*évolution* d'un trouble correspond à son déroulement dans le temps.
- La prévision de l'état futur d'une personne correspond au *pronostic*. C'est ainsi qu'un trouble dépressif s'améliore voire disparaît avec le temps dans la plupart des cas : le pronostic est favorable. Par contre, le pronostic de l'autisme est plus réservé.
- Un trouble peut être *aigu* ou *chronique*. Il est aigu lorsqu'il est limité dans le temps; il est chronique lorsqu'il a tendance à être permanent. Des difficultés

d'adaptation après le divorce des parents relèvent d'un trouble aigu, tandis que la déficience intellectuelle est chronique.

Classifications

On classe les troubles psychopathologiques des enfants et des adolescents selon l'un des trois systèmes suivants :

Approche catégorielle

Les syndromes psychiatriques des enfants sont identifiés par des comités d'experts sur la base d'importantes études *épidémiologiques* qui permettent une définition relativement précise des troubles. On postule qu'à l'intérieur de chaque syndrome, certains symptômes sont toujours présents, alors que d'autres ne le sont que souvent. Il existe un système international, la CIM-10 (*Classification Internationale des Maladies*, 10ème édition), publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé, et un système américain, le DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual* - 5ème édition), mis au point par l'American Psychiatric Association. Dans l'ensemble, ces deux systèmes sont très proches. La plupart des troubles abordés dans ce cours sont nommés d'après l'usage proposé par ces systèmes.

L'approche catégorielle permet de regrouper les sujets en quelques grandes classes, d'après des critères précis. Dans la mesure où ce regroupement apporte une définition claire et généralisée des troubles, il s'avère particulièrement utile dans le domaine de la recherche. Par contre, les systèmes de classifications reposent sur une conception médicale de la psychopathologie, ce qui, comme nous l'avons vu, n'est pas pertinent pour certains troubles.

Notons enfin que pour certaines pathologies, le lecteur doit se référer aux définitions proposées pour les adultes pour diagnostiquer le trouble chez un enfant (par ex. : troubles psychotiques). Il va sans dire que les descriptions proposées ne sont généralement pas adaptées à ce type de population.

Approche dimensionnelle

L'approche dimensionnelle permet de placer les enfants le long d'un continuum selon certaines caractéristiques. Cette approche se base sur l'utilisation de questionnaires et d'échelles. La dimension la plus importante pour notre propos est la dimension internalisation-externalisation. Du côté internalisant, on trouve les troubles anxieux et dépressifs ainsi que les autres troubles qui sont intériorisés et où c'est le sujet qui est le plus incommodé par sa pathologie. À l'opposé, du côté externalisant, on trouve les troubles à symptomatologie bruyante qui posent un problème à l'entourage (agressivité, opposition, hyperactivité). L'avantage d'une

telle approche est de ne pas diagnostiquer (et donc étiqueter) l'enfant, mais plutôt de se centrer sur le problème qu'il présente. Cependant, cette approche n'est pas aussi holistique et précise que la méthode catégorielle. Elle risque donc d'orienter l'attention sur les seules dimensions, parfois grossières, qui sont proposées, en laissant de côté d'autres éléments importants.

Approche développementale

Cette approche considère surtout l'enfant comme un être en devenir. Elle évalue sa progression à travers les étapes de son développement, à la fois en décrivant son évolution individuelle et en le comparant aux jeunes de son groupe d'âge. Elle porte donc sur une dimension temporelle, qui est essentielle chez les enfants et les adolescents et qui n'est pas considérée dans les deux autres approches. Cette perspective, focalisée sur le développement de l'enfant dans son ensemble, dépasse la simple description des troubles, en ce qu'elle permet de mieux comprendre leur dynamique. Par exemple, si un enfant est en retard dans son développement, on ne s'étonnera pas de ce que ses aptitudes sociales ne soient pas très développées pour son âge et que par exemple, il recoure encore à la motricité pour arriver à ses fins (par ex. : agressivité physique), alors que ses camarades utilisent plutôt des modes d'expression verbaux. Les systèmes de classification catégorielle et dimensionnelle ont le très grand inconvénient de regrouper indifféremment les enfants qu'ils soient dans la petite enfance, la moyenne enfance ou l'adolescence. La consommation d'alcool n'a pas la même signification à 7 et à 14 ans. Les cauchemars sont fréquents à 5 ans, beaucoup plus anormaux plus tard. Les quelques mises en garde des auteurs ne suppriment pas le problème.

Le normal et le pathologique

En psychologie, il n'y a pas de normes établies en termes de santé mentale. Celles que l'on définit sont toutes relatives, variant notamment en fonction de l'âge, du sexe, de l'environnement, de la culture et de l'époque. Cela ne revient cependant aucunement à dire que la psychopathologie n'est qu'une illusion et que "tout est relatif"; cela renvoie plutôt à la nécessité d'avoir conscience des frontières floues qui délimitent le pathologique. Par ailleurs, l'enfant étant incomplètement socialisé, on ne peut attendre de lui le même degré de conformité aux normes de la société. Un enfant qui crie ou pleure dans un supermarché ne sera pas considéré de la même manière que le serait un adulte présentant le même comportement.

Le stade de développement et la comparaison avec les pairs

Pour juger du normal ou du pathologique chez l'enfant, il faut le comparer à ses pairs, aux enfants du même groupe d'âge et vivant dans des conditions similaires. Quelques difficultés sont courantes à certaines étapes du développement. On peut citer les retards de langage avant l'âge de 4 ans, les cauchemars à 5 ans, une attitude rebelle ou quelques actes délictueux à l'adolescence. Considérer un problème isolé comme le signe d'une pathologie est donc hasardeux. L'erreur inverse, qui consiste à attribuer les perturbations des enfants ou plus encore des adolescents à leur seule phase de développement, l'est tout autant. L'enfant agité, l'adolescente déprimée, le jeune indiscipliné peuvent chacun présenter une psychopathologie caractérisée, qui n'est pas un simple effet de leur stade de développement.

Frontières entre le normal et le pathologique

Outre cette question du stade de développement, certaines caractéristiques permettent de distinguer le normal du pathologique :

1. Ce qui est pathologique interfère de façon significative avec le bien-être et l'épanouissement du sujet ou avec sa bonne adaptation au milieu familial ou scolaire.

Le tempérament des enfants diffère et il sera plus ou moins ajusté aux situations dans lesquelles ils se trouvent. C'est ainsi que dans le milieu scolaire, certains enfants ont souvent des difficultés, en particulier les enfants vigoureux et pleins d'énergie, les enfants qui ont un penchant artistique ou les enfants peu portés à parler. Ces problèmes peuvent, dans certains cas, prendre des proportions problématiques. Néanmoins, il convient de distinguer la pathologie de la marginalité. Voici un exemple:

Un enfant arrive à l'école toujours habillé de façon formelle, alors que ses camarades sont vêtus en jean et en T-shirt. Il utilise un langage châtié et un peu pédant. Il manque de naturel. Il est perçu comme anormal par ses pairs, mais aussi par l'institutrice. Si l'on tient compte de la profession et de la personnalité des parents, l'enfant n'apparaît plus comme inadapté. Son intégration à l'école est difficile, mais il est heureux chez lui. C'est une personnalité marginale plutôt qu'un cas de psychopathologie.

2. La fréquence, la sévérité et la chronicité des symptômes déterminent leur caractère pathologique.

Un enfant qui pique quelques crises n'a pas pour autant un trouble oppositionnel (fréquence). Un jeune qui dit que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue n'a pas nécessairement des tendances suicidaires. Un adolescent qui fume du cannabis avec ses amis ne présente pas pour

autant un trouble psychologique (sévérité). En général, pour établir un diagnostic, on tient également compte aussi de la persistance des symptômes, au delà de 6 mois dans bien des cas.

3. Pour être pathologique, un problème doit être suffisamment généralisé et envahissant.

Un seul symptôme n'est généralement pas suffisant pour établir un diagnostic. D'autre part, une perturbation ne relève de la psychopathologie que si elle est généralisée. Par exemple, pour être considérée comme pathologique, l'hyperactivité d'un enfant doit se présenter dans diverses circonstances (par ex. : à la maison, à l'école...) et en présence de personnes différentes (parents, institutrice, camarades...).

4. Les conditions d'observation et la source des informations influent grandement sur les données recueillies et les conclusions.

Les variations peuvent dépendre:

- du trouble de l'enfant : c'est ainsi que l'hyperactivité d'un enfant, bien visible à l'école, peut ne pas être détectée par les parents ou le psychologue. Les premiers sont habitués à leur enfant et n'ont pas de point de comparaison; le second accorde une attention individuelle à l'enfant, ce qui l'aide à se concentrer. Son comportement lors de la consultation n'est donc pas représentatif de ce qu'il est habituellement.
- de l'observateur : généralement, l'enfant est le meilleur informateur en ce qui concerne ses états mentaux. Par contre, les troubles du comportement sont mieux perçus par son entourage. Toutefois, certains parents exagèrent les problèmes de leur enfant, tandis que d'autres peuvent les minimiser.
- du contexte : étant donné qu'ils interfèrent plus avec le bon fonctionnement de la classe, les enseignants sont plus sensibles aux problèmes de comportement des enfants qu'à leurs symptômes anxieux ou dépressifs.
- des connaissances et des orientations des informateurs : un enseignant peut parler d'hyperactivité (un diagnostic) alors qu'il ne s'agit que de turbulence (une caractéristique du comportement). Les psychologues quant à eux diffèrent dans leurs connaissances et surtout, dans leur orientation théorique. Cela peut influencer leur perception de l'enfant ainsi que la compréhension qu'ils ont de ses symptômes.

5. Dans un contexte clinique, il existe un phénomène dit de "halo", c'est-à-dire une tendance exagérée à considérer des comportements comme symptomatiques.

Tous les comportements de l'enfant perturbé ne sont pas des symptômes. Le travail du psychologue consiste à isoler, parmi la myriade de comportements présentés par l'enfant ou rapportés par l'entourage, ceux qui constituent des symptômes. Ce n'est pas parce qu'un

comportement sort de l'ordinaire ou est considéré comme problématique qu'il est anormal. Un exemple illustrera cette question :

Les parents d'un jeune schizophrène trouvent anormal le fait qu'il gesticule dans sa chambre comme un joueur de guitare électrique alors qu'il n'y a ni musique, ni guitare. Le fait de considérer ce comportement anodin comme un symptôme (i.e. une hallucination) est un exemple du phénomène de halo.

Ce n'est pas non plus parce qu'un diagnostic a été porté que tous les symptômes présentés par l'enfant relève du trouble diagnostiqué. En effet, les symptômes observés peuvent renvoyer à d'autres troubles.

L'axe génétique-environnement

Le facteur génétique

Le facteur *génétique* renvoie au capital chromosomique d'un individu (ou *génotype*). Ce capital lui vient de chacun de ses parents. Certaines altérations chromosomiques peuvent avoir lieu pendant ou peu de temps après la conception (c'est le cas, par exemple, de la trisomie 21). Le capital génétique et le vécu intra-utérin (avec parfois des traumatismes ou des infections) déterminent ce qui est *inné*. On pense que le tempérament (i.e. un style réactionnel) est en grande partie déterminé par des facteurs innés. Il existe un lien entre le tempérament et certaines psychopathologies. Il n'en est pas la cause, mais il constitue un terrain favorable à leur apparition ; ce peut être le cas par exemple de certains troubles anxieux.

Les facteurs environnementaux

La famille et de façon plus générale, l'environnement, ont une grande influence sur l'enfant et ses problèmes. Au sein de la famille, divers phénomènes s'exercent, tels que l'identification aux parents, la dynamique des rapports affectifs avec parfois du contrôle et du pouvoir, la place que l'on définit pour l'enfant... Les événements de vie façonnent également l'individu. Ces événements peuvent causer des perturbations s'ils sont stressants et que le sujet n'a pas les ressources suffisantes pour les surmonter.

L'adéquation entre l'enfant et son milieu joue également un rôle important dans son développement. Par exemple, si un enfant a un tempérament qui diffère radicalement de celui d'un de ses parents (par ex. : un enfant très actif avec un parent très calme), ce dernier peut avoir du mal à comprendre son enfant et avoir à son égard des attentes irréalistes. Parce que ces

attentes mettent l'enfant en échec et le font paraître comme désobéissant, il peut en résulter des conflits au sein de la famille et à terme, certaines perturbations chez le jeune.

On peut placer l'enfant au centre de sphères concentriques dont l'influence est plus ou moins grande selon leur proximité. L'endosphère est constituée de la famille et des proches; son impact sur l'enfant est maximum. La mésosphère correspond à l'environnement immédiat dans lequel l'enfant évolue : l'école, le voisinage, les amis. Enfin, l'exosphère renvoie aux conditions de travail et socio-économiques de la famille. La pauvreté n'est bien sûr pas la cause directe de la psychopathologie chez l'enfant ; néanmoins, elle affecte la famille et, par ce biais, touche l'enfant également.

Interaction entre les facteurs génétiques et environnementaux

Les facteurs génétiques ou constitutionnels et les facteurs environnementaux sont tous trois essentiels pour comprendre la genèse et l'évolution de chaque trouble clinique. Leur étude relève de l'étiologie. Cependant, même pour un trouble et un cas donnés, le degré auquel chaque facteur intervient varie. La combinaison des différents facteurs peut démultiplier ou au contraire compenser les effets de chacun, ce qui rend l'analyse étiologique particulièrement complexe. Tandis que la sémiologie des troubles cliniques est assez clairement définie, l'étiologie des troubles relève le plus souvent d'hypothèses théoriques qui restent encore à être prouvées.

SYNTHÈSE

La psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent possède ses concepts et son vocabulaire propres. Les termes de symptôme, syndrome, évolution, étiologie, diagnostic, pronostic, d'aigu ou de chronique, bien qu'issus de la médecine, sont incontournables en psychopathologie de l'enfant. Les troubles peuvent être envisagés selon une approche catégorielle (CIM-10 et DSM-V), dimensionnelle ou développementale. La frontière entre le normal et la pathologique ou l'importance relative des facteurs génétiques, héréditaires et environnementaux dans l'apparition des troubles cliniques représentent des problématiques essentielles à la discipline.

Pour en savoir plus

-
- | | |
|---|--|
| American Psychiatric Association. (2015). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5e éd.) (version internationale) (Washington, DC, 2013). Traduction française par M-A. Crocq <i>et al.</i> Paris, France: Elsevier Masson. | Le manuel diagnostique de référence par excellence. Outre un état des lieux sur les recherches relatives aux différents troubles, le DSM propose des listes de symptômes synthétiques. |
|---|--|
-
- | | |
|---|--|
| Lemelin J-P & Therriault D. (2012). Le tempérament et le développement social: perspectives théoriques, mesures et processus développementaux. Lemelin J-P, Provost MA, Tarabulsy GM, Plamondon A, Dufresne C <i>Développement social et émotionnel chez l'enfant et l'adolescent, tome 1 : Les bases du développement</i> (111-138). Canada : Presses de l'Université du Québec. | Un état des lieux sur les différentes façons d'envisager le tempérament et son rôle dans le développement de l'enfant. |
|---|--|
-

<p>Cicchetti, D. (2016). <i>Developmental psychopathology: Maladaptation and psychopathology, Vol 3, 3rd ed</i> (D. Cicchetti (Ed.)). John Wiley & Sons, Inc.</p>	<p>Un ouvrage de référence sur la psychopathologie développementale avec présentation des facteurs de résilience et étude des psychopathologies selon une perspective développementale considérant les interactions gènes-environnement.</p>
<p>Lieberman A., Wieder R.S. & Fenichel E. Zero to three: <i>Classification diagnostique de 0 à 3 ans</i>. Paris: Médecine et Hygiène, 2000.</p>	<p>Etudes de cas. Guide pour l'utilisation de la classification diagnostique des troubles de la santé mentale et du développement de la petite enfance.</p>
<p>OMS. <i>Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement</i>. Paris: Masson, 1993.</p>	<p>Avec le DSM-V, la CIM-10 représente le manuel diagnostique de référence.</p>

/2/ LES TROUBLES ANXIEUX

La catégorie des troubles anxieux comprend différents troubles. L'anxiété correspond à une attente inquiète, une appréhension par rapport à la survenue d'un événement négatif, une tension diffuse. Elle ne justifie cependant pas à elle seule un diagnostic de troubles anxieux. Pour cela, elle doit s'accompagner de comportements d'évitement qui entravent une vie normale. Les troubles anxieux se caractérisent tous par une peur ou une anxiété excessive, mais ils se distinguent entre eux par l'objet ou la situation qui les suscite.

L'anxiété de séparation, agoraphobie, trouble panique

L'anxiété de séparation concerne la plupart des états anxieux des petits et se manifeste par une incapacité à fonctionner de façon autonome, loin de la figure d'attachement. La détresse de l'enfant séparé de ses parents est souvent grande. Le reste du temps, il est préoccupé par des craintes de séparation ou des inquiétudes à propos de ses proches. L'anxiété de séparation peut parfois se transformer en agoraphobie avec ou sans attaques de panique durant l'adolescence. Lorsque les attaques de panique se répètent et altèrent le fonctionnement du jeune, on parle de trouble panique.

Le mutisme sélectif

Ce trouble s'observe chez le jeune enfant qui se montre incapable de parler dans des situations sociales spécifiques (p. ex. l'école), alors qu'il peut parler dans d'autres contextes. Le trouble empiète sur les apprentissages, notamment de la lecture. Il est à distinguer d'un trouble de la communication (p. ex. trouble du langage).

L'anxiété généralisée

C'est une anxiété diffuse qui se traduit par des ruminations incessantes à propos de situations variées. Elle est incapacitante : l'enfant se replie sur lui-même, évite les situations qui ne lui sont pas familières et refuse tout nouveau défi. On doit la distinguer des peurs enfantines qui, elles, résultent de la découverte par l'enfant des dangers existant dans le monde.

La phobie sociale (ou anxiété sociale)

Lorsque l'anxiété se manifeste dans les situations sociales, on parle de phobie sociale. C'est un trouble relativement fréquent chez les adolescents qui, de par leur âge, sont davantage censés se socialiser et devenir autonomes.

Le trouble obsessionnel compulsif et les phobies ; la phobie scolaire

Le trouble obsessionnel compulsif et les phobies apparaissent moins souvent chez les enfants que chez les adultes. Par ailleurs, la symptomatologie est généralement moins claire et évidente. Une compulsion est un besoin irrésistible d'effectuer une certaine action, malgré son inanité et son inutilité. Elle peut être accompagnée d'anxiété. Une phobie est la peur exagérée et l'évitement consécutif d'une situation ou d'un objet particulier. La phobie scolaire est un symptôme plutôt qu'un trouble : l'enfant ne veut pas aller à l'école. Elle désigne un évitement plutôt qu'une véritable phobie de l'école et résulte le plus souvent d'une anxiété de séparation.

L'étiologie des troubles anxieux

Les troubles anxieux s'observent davantage dans certaines familles que dans d'autres. Les études suggèrent l'implication d'un facteur génétique (possiblement un tempérament inhibé) qui rendrait vulnérable aux troubles anxieux en général (plutôt qu'à un trouble anxieux en particulier). Des difficultés et inquiétudes relatives à l'accessibilité de la figure d'attachement peuvent également participer à la formation d'un trouble anxieux chez l'enfant.

Sémiologie

Introduction

Les états d'anxiété pathologiques comportent deux volets : l'anxiété proprement dite, impression négative diffuse, caractérisée par un sentiment d'appréhension et de malaise, et les réactions consécutives à l'anxiété, le plus souvent l'évitement des situations anxiogènes.

Deux facteurs sont à considérer : le premier est l'âge ou plus exactement le stade de développement, le second est le type d'état anxieux (anxiété généralisée, de séparation, sociale...). Ces deux facteurs ne sont pas entièrement indépendants ; par exemple, l'anxiété de séparation est plus fréquente à un jeune âge, la phobie sociale à l'adolescence.

Le stade de développement est un facteur essentiel à la compréhension des troubles anxieux : c'est par rapport aux tâches correspondant à l'âge de l'enfant que la pathologie va s'organiser (par ex. : intégrer l'école).

Les états anxieux des enfants et plus encore des adolescents ont bien des caractéristiques communes avec ceux des adultes. Cependant ils en diffèrent par leur nature plus diffuse et globale (on trouve chez eux plus de cas d'anxiété généralisée que de troubles obsessionnels compulsifs ou de phobies spécifiques).

L'anxiété de séparation

Aller à l'école, être loin du foyer, accepter l'autorité d'adultes étrangers, s'intégrer à une classe, faire la connaissance d'autres enfants sont autant de tâches que les jeunes enfants doivent affronter. L'enfant qui a des problèmes d'attachement ou dont la problématique familiale est telle qu'il ne se sent pas libre d'explorer le monde extérieur peut présenter un état pathologique d'anxiété de séparation. Cet état se manifeste :

- par une détresse excessive lors des séparations d'avec les figures d'attachement. L'enfant peut alors pleurer, se mettre en colère, insister pour que le parent reste à proximité, refuser que ce dernier s'en aille, etc. L'anxiété de l'enfant que l'on laisse à une puéricultrice ou lors du premier jour d'école n'est pas suffisante pour invoquer un trouble anxieux. Le comportement doit persister en dépit des tentatives que font les adultes pour rassurer l'enfant. Dans les cas les moins graves ou lorsque les parents sont fermes, l'enfant va à l'école mais reste isolé et malheureux. Il ne participe pas et se plaint de maux divers. L'anxiété de séparation est exacerbée par tout changement de routine : toute nouvelle personne ou situation inhabituelle risque de raviver l'anxiété.

- par une appréhension des situations de séparation. Lorsqu'il envisage de se séparer, l'enfant est submergé par une anxiété qui, dans certains cas, donne lieu à des plaintes somatiques (par ex. : maux de tête ou d'estomac, diarrhée, constipation). Ces plaintes conduisent souvent à des consultations auprès de médecins, mais aucun problème physiologique n'est identifié.
- par des craintes exagérées concernant les figures d'attachement. L'imagination de l'enfant va porter sur l'arrivée de catastrophes. La peur de la mort peut être importante. Parfois un événement traumatique (une mère atteinte du cancer, un incendie récent) ou une ambiance familiale angoissante (violence conjugale) peut alimenter ces peurs. L'enfant peut avoir des cauchemars en rapport avec les sujets de son anxiété : peur d'être kidnappé ou que ses parents soient tués. Il convient de distinguer les inquiétudes ou les intérêts normaux de l'enfant des symptômes d'anxiété de séparation : un enfant qui pose des questions sur la mort ou qui s'inquiète pour un parent malade ne présente pas un état pathologique. Il peut simplement vouloir être informé ou rassuré.
- par un manque d'autonomie: l'enfant ne veut pas dormir seul ; il insiste pour dormir dans le lit de ses parents. Il suit sa mère d'une pièce à l'autre. Il ne veut pas jouer ou aller dans un endroit autre que celui où elle se trouve. Il ne peut prendre de décisions sans elle. Il ne peut se concentrer en son absence.

En raison de son état de tension continu, de son style de vie étriqué et de son manque de spontanéité, l'enfant qui présente une anxiété de séparation peut développer, dans un deuxième temps, des symptômes dépressifs.

Si elle n'est pas résolue, l'anxiété de séparation peut se traduire, à l'adolescence, par une difficulté à prendre son autonomie par rapport au parent. Parfois, une anxiété pré-existante est ravivée par la survenue d'un événement traumatique. Pour autant qu'il y en ait eu, l'adolescent va désinvestir les relations sociales qu'il entretenait en dehors de la famille et passer de plus en plus de temps à la maison. A terme, ce mode peut se cristalliser et relever de l'agoraphobie. Ses plaintes physiques sont plus élaborées et complexes que celles de l'enfant.

Le mutisme sélectif

Ce trouble se caractérise par une incapacité à parler dans des situations sociales spécifiques où l'enfant est censé parler (p. ex. l'école), alors qu'il peut parler dans d'autres contextes. On considère le mutisme comme un trouble lorsqu'il s'installe dans le temps (au moins un mois en dehors du premier mois d'école) et qu'il nuit aux apprentissages. Il ne doit pas s'expliquer par un trouble de la communication. Bien qu'un tel trouble puisse accompagner

le mutisme sélectif, il faut, pour que le mutisme soit également envisagé, que l'enfant manifeste une importante anxiété, le plus souvent, une anxiété sociale.

Dans le mutisme sélection, l'enfant ne parle pas spontanément, mais pas non plus lorsqu'on le sollicite. Le mutisme peut s'observer tant avec des enfants que des adultes, même proches (p. ex. amis, cousins, grands-parents). L'enfant peut, en revanche, parler avec ses parents. L'enfant peut aussi communiquer par des moyens non-verbaux (grogner, montrer du doigt, écrire) ou se montrer partant pour participer à des activités sociales où la parole n'est pas requise.

Le trouble s'accompagne généralement d'une anxiété sociale importante qui peut persister une fois que le mutisme a disparu. Les enfants mutiques sont souvent très timides, ont peur du regard des autres et une tendance à s'isoler. Le mutisme sélectif peut aussi s'observer chez des enfants colériques et opposants. On l'observe le plus souvent chez les jeunes enfants et moins chez les adolescents. Il peut survenir avant l'âge de 5 ans, mais passer inaperçu tant que l'enfant n'a pas intégré l'école.

La phobie sociale (ou anxiété sociale)

L'adolescence est une période où les activités et les intérêts sont normalement orientés vers l'extérieur du foyer. C'est la période pendant laquelle l'enfant commence à nouer des relations avec les jeunes de son âge et du sexe opposé, se construit une identité propre, se trouve un rôle dans la société. La présence des parents est moins indispensable ; le jeune acquiert une certaine autonomie. L'accomplissement de ces nouvelles tâches peut engendrer un certain nombre de problèmes. Le besoin de s'affirmer et d'avoir une identité propre peut donner lieu à une peur de l'échec, puis, à une tendance à éviter la prise de risques. La phobie sociale peut aller de la simple incapacité à faire une présentation en public au refus de sortir de chez soi (qui relève de l'agoraphobie) ou d'aller à l'école (phobie scolaire). La phobie sociale peut se traduire par un évitement des situations où les autres sont susceptibles de porter un jugement sur soi (en train de manger, face à personnes non familières, présentation en public). Les comportements d'évitement peuvent s'accompagner de plaintes somatiques : douleurs multiples, nausées, transpiration, difficulté à respirer.

La phobie sociale est relativement fréquente chez les adolescents. Elle n'évolue pas toujours à l'âge adulte vers un état anxieux chronique et peut se résorber spontanément. Mais

dans les cas graves, elle peut, petit à petit, se transformer en **agoraphobie**¹ avec ou sans **attaques de panique**². Les états de panique se caractérisent par une réaction de peur intense, une impression de mourir, un sentiment de devenir fou et des phénomènes somatiques paroxystiques (diarrhée, palpitations, transpiration, vomissements, douleurs, étouffement...). Lorsque les attaques se répètent et altèrent le fonctionnement de la personne, qui cherche alors à ne plus risquer d'en vivre à nouveau, on parle de **trouble panique**.

L'anxiété généralisée

Afin de distinguer l'anxiété d'une peur normale, on doit considérer l'âge et le stade de développement d'un enfant. Lorsqu'il ne comprend pas le sens d'une chose ou d'une situation et qu'il ne sait pas comment y réagir, il peut manifester de la peur ; ce n'est pas de l'anxiété. Le tout petit qui est effrayé par sa mère, parce qu'elle a mis des lunettes de soleil et qu'il ne la reconnaît plus, ne peut être considéré comme anxieux.

Le plus souvent, l'anxiété ne porte pas sur des situations ou des objets particuliers. Malgré tout, elle peut apparaître dans un grand nombre de contextes. On parle alors d'anxiété généralisée. Cet état se rencontre aussi bien chez les enfants que chez les adolescents, mais la symptomatologie diffère selon le cas. On peut décrire ce type d'anxiété selon deux variables : le temps et la situation.

L'anxiété porte sur le futur, le présent et le passé. L'enfant ou l'adolescent s'inquiète pour le futur, il craint le pire et prévoit des catastrophes. Dans le présent, l'enfant note ce qui est négatif au détriment de ce qui est positif : il a fait une faute, il n'est pas bon, on ne l'aime pas. En ce qui concerne le passé, il se remémore les événements malheureux et se focalise sur les aspects désagréables. En outre, les adolescents, de par leur meilleure capacité d'introspection, remettent leur comportement en question : ils auraient dû se comporter autrement afin d'éviter un événement fâcheux, ils pourraient faire mieux etc.

Les situations ou événements susceptibles de provoquer l'anxiété de l'enfant ou de l'adolescent sont illimités. Les craintes peuvent porter sur l'environnement immédiat (le travail scolaire, l'apparence physique) comme elles peuvent concerner le monde à plus grande échelle

¹ L'agoraphobie est souvent comprise comme une peur de sortir mais elle peut en réalité recouvrir des situations plus spécifiques que l'extérieur du domicile : transports en commun, endroits ouverts, endroits clos (p.ex. magasins, théâtres, cinémas), file d'attente ou foule.

² A noter que les attaques de panique se retrouvent dans d'autres pathologies que les troubles anxieux (addiction, dépression, trouble psychotique) et constituent un facteur de mauvais pronostic.

(la violence, le réchauffement climatique, la fin du monde). Elles peuvent être centrées sur soi ou plus générales (peur d'attraper une maladie –COVID, SIDA..., des attaques terroristes).

Comme cela est le cas pour les autres troubles anxieux, l'anxiété peut s'accompagner de divers symptômes somatiques ou cognitifs : tension nerveuse, fatigue, agitation, irritabilité, difficulté à se concentrer, sautes d'humeur, hypersensibilité, troubles du sommeil, maux de ventre ou de tête. Les enfants anxieux ont une conscience aiguë d'eux-mêmes et de l'effet qu'ils produisent. En conséquence, ils sont souvent perfectionnistes mais de ce fait, facilement insatisfaits de ce qu'ils font. Ce perfectionnisme peut se manifester par un besoin de maintenir un certain ordre, à travers leur tenue vestimentaire ou dans le domaine scolaire. Malgré ce perfectionnisme, ces enfants peuvent rencontrer des difficultés lorsque leur anxiété interfère avec leurs performances ou que leur minutie les pousse à se perdre dans les détails. Ils tentent de plaire ou plutôt de ne jamais déplaire. Parce qu'ils tentent sans cesse de correspondre à ce que l'on attend d'eux, ils ignorent qui ils sont et ce qu'ils désirent.

Les enfants anxieux se tranquillisent lorsqu'on les rassure mais ils ont besoin qu'on le fasse continuellement. Ils recherchent l'approbation et sont très sensibles au soutien qu'on peut leur apporter. Par contre, ils supportent mal la critique, qui les paralyse. Pour ces raisons, ils se sentent parfois plus en sécurité parmi les adultes qu'en compagnie de leurs pairs.

Les phobies

Les phobies simples existent chez les enfants. Une phobie simple est une réaction de peur excessive et d'évitement face à une situation ou à un objet précis. Pour déterminer le caractère pathologique de la réaction, on doit tenir compte du stade de développement de l'enfant. Certaines peurs ne sont pas symptomatiques à certains âges. Par exemple, dans la petite enfance la peur des bruits forts et des étrangers est courante. Dans l'enfance, c'est la peur de l'obscurité, des hauteurs, du tonnerre, des éclairs, des gros puis des petits animaux qui est banale. À partir de 5-6 ans, l'enfant a peur de créatures imaginaires, de la maladie, des microbes. À l'âge scolaire, ses peurs se centrent sur l'école (peur d'être réprimandé, de ne pas réussir). À l'adolescence, l'apparence et les relations sociales deviennent primordiales et sources de préoccupation. On peut donc voir qu'au fur et à mesure que l'enfant prend conscience de lui-même et du monde qui l'entoure, il devient capable de se représenter de nouveaux dangers. Il doit alors apprendre à surmonter de nouvelles peurs.

Lorsqu'il s'agit d'une véritable phobie, on peut souvent en retracer la genèse : le début est généralement facile à identifier et la raison de l'anxiété assez évidente. Un enfant qui a été mordu ou qui a eu peur d'un chien peut développer une phobie des chiens. Il est parfois difficile

de faire la différence entre une peur un petit peu exagérée et une véritable phobie chez l'enfant. Il convient de garder à l'esprit que les phobies simples des enfants peuvent être en rapport avec un traumatisme et plutôt faire partie d'une réaction traumatique au stress.

Les troubles obsessionnels-compulsifs (TOC) et apparentés

Alors qu'ils faisaient partie des troubles anxieux, les TOC sont considérés comme une catégorie de troubles à part depuis la version 5 du DSM. Ils sont regroupés avec d'autres troubles également caractérisés par des comportements obsessionnels et/ou compulsifs tels que la dysmorphophobie (obsession concernant des défauts perçus dans son apparence physique), la thésaurisation pathologique ou syllogomanie (difficulté à jeter ou se séparer d'objets), la trichotillomanie (arrachage compulsif de ses propres cheveux), la dermatillomanie (trituration pathologique de la peau).

Quelques enfants présentent un trouble obsessionnel compulsif. Une obsession est une pensée récurrente et incoercible que le sujet sait être irrationnelle ou inutile. Il ne peut cependant empêcher son évocation. Une compulsion est un acte que la personne ne peut s'empêcher d'accomplir bien qu'elle le reconnaisse comme inutile et absurde, afin de s'épargner une anxiété intolérable. Les troubles obsessionnels-compulsifs de l'enfant sont difficilement assimilables aux mêmes troubles chez l'adulte : en effet, l'enfant ne possède pas le recul, la connaissance de soi nécessaires pour porter un jugement sur son comportement et pour tenter d'y résister. On n'observe donc pas chez lui une lutte intérieure, si caractéristique de l'adulte (par ex. : "cette compulsion est inutile et ridicule, mais je ne peux m'empêcher de l'accomplir"). D'après la définition du DSM-V, on parle de troubles compulsifs lorsque les rituels de l'enfant occupent au moins une heure de son temps par jour. Les compulsions les plus fréquentes sont le lavage ou le nettoyage, les rites de vérification ou de comptage. Des habitudes un peu rigides ou une maniaquerie concernant l'ordre ou la propreté chez des enfants d'environ 5 ans ne sont pas des symptômes ; la découverte que le monde est organisé peut donner lieu à ces manifestations. Chez l'adolescent, les troubles obsessionnels-compulsifs sont proches de ceux de l'adulte.

Note sur la "phobie scolaire"

Les états anxieux que nous venons de décrire se manifestent souvent par un évitement de l'école, couramment appelé « phobie scolaire » (ou « refus scolaire »). Cet évitement est fréquemment à l'origine des consultations. Il n'est pas rare qu'il ne s'agisse pas d'une véritable phobie, en ce sens que ce n'est pas l'école qui est redoutée. Bien que le refus de s'y rendre soit la première chose que l'on observe dans le comportement de l'enfant, une analyse approfondie

de la situation s'impose. Celle-ci peut révéler l'existence d'un trouble anxieux autre qu'une véritable phobie de l'école.

Chez les petits, la phobie scolaire est souvent le symptôme d'une anxiété de séparation. Ce n'est pas tant l'école que l'enfant veut éviter, mais le fait d'être séparé de sa figure d'attachement. Chez les adolescents, la phobie scolaire relève généralement d'une phobie sociale ou bien d'un trouble oppositionnel.

La phobie scolaire est relativement rare (1%) mais elle doit être prise très au sérieux. Elle est souvent le signe d'une pathologie plus générale et difficile à traiter. C'est d'ailleurs parce qu'elle constitue un symptôme d'un trouble anxieux plus général que l'on ne la considère pas comme un trouble à part entière.

Évolution

Les troubles anxieux sont moins stables pendant l'enfance qu'à l'âge adulte ; ils peuvent disparaître avec l'âge, bien qu'en général, une vulnérabilité persiste. La stabilité de chaque trouble anxieux est relativement faible (surtout celle de l'anxiété de séparation). Néanmoins, la stabilité des troubles anxieux dans leur ensemble est plus grande. Par exemple, une anxiété de séparation dans l'enfance peut évoluer vers une anxiété généralisée. L'anxiété a alors changé de forme, mais l'existence d'un trouble anxieux persiste. L'évolution d'un trouble anxieux durant l'enfance ou l'adolescence (hormis la phobie spécifique) vers un autre trouble anxieux ou la dépression durant l'adolescence ou l'âge adulte est très fréquente, avec seulement un tiers des cas qui ne présentent plus aucun symptôme (Beesdo et al., 2009 ; Bittner et al., 2007 ; Rapee et al., 2009).

Prévalence

Certains considèrent que les troubles anxieux représentent la psychopathologie la plus fréquente durant l'enfance. Sur une vie entière, ils concernent 15% à 20% de la population et 2% à un moment donné. Il est difficile de donner des chiffres quant à la prévalence des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents. En effet, les études varient dans les critères qu'elles utilisent pour le diagnostic. La prévalence des troubles anxieux semble plus importante chez les filles.

Diagnostic différentiel

Les enfants sont plus portés à l'action que les adultes et moins à même de verbaliser leurs états mentaux. En conséquence, leur anxiété se manifeste souvent par le biais de la motricité. L'agitation anxieuse peut être prise pour un signe d'hyperactivité parce qu'elle n'a pas été mise en relation avec les situations dans lesquelles elle apparaît. C'est une erreur relativement fréquente qui peut aboutir à une erreur de diagnostic importante.

Lorsque l'enfant vit une situation difficile (par ex. : divorce, maladie grave, départ ou décès d'un parent), il peut réagir par de l'anxiété. Le diagnostic de trouble de l'adaptation est alors plus approprié. Lorsque l'enfant a subi un traumatisme particulièrement intense, il peut développer une réaction traumatique au stress (voir chapitre 10).

Troubles associés

La dépression accompagne fréquemment les troubles anxieux. On peut facilement comprendre qu'un enfant ou un jeune qui souffre d'anxiété et dont les activités sont consécutivement réduites en vient à se sentir déprimé. Parfois cependant, on observe la situation inverse : un état dépressif fait apparaître des symptômes anxieux ou réactive un trouble qui s'était précédemment résorbé. Il est important, bien que parfois difficile, de repérer le trouble premier sur lequel l'autre trouble s'est greffé, car le traitement sera plus efficace s'il correspond à celui-ci. Pour ce faire, on peut étudier la chronologie des symptômes (les symptômes les plus anciens appartiennent en général au trouble primaire, les plus récents au trouble secondaire) et leur importance respective dans l'ensemble du tableau.

Étiologie

Facteurs constitutionnels et/ou familiaux

Il semble exister un facteur familial dans la transmission des troubles anxieux : en effet, des antécédents familiaux sont fréquemment recensés. De plus, le taux de concordance concernant la présence d'un trouble anxieux est plus grande chez les jumeaux monozygotes que chez les dizygotes (mais ce seulement dans les cas d'anxiété non associée à de la dépression). Il est intéressant de noter que les jumeaux d'une même paire sont cependant rarement atteints du

même trouble anxieux. Ces résultats peuvent suggérer l'existence d'une vulnérabilité génétique aux troubles anxieux en général, mais non à un trouble anxieux en particulier.

A noter qu'en ce qui concerne l'anxiété généralisée, aucune différence entre les jumeaux monozygotes et dizygotes n'a été trouvée. Pourtant, c'est justement pour ce trouble-là que l'on retrouve le plus souvent des antécédents familiaux. Le facteur familial trouvé dans l'anxiété généralisée s'explique donc vraisemblablement davantage par une transmission de l'anxiété par le biais des interactions.

Le tempérament

Kagan (1989) a défini un type de tempérament qu'il appelle "l'inhibition comportementale" présente chez 10% à 15% des enfants. Ces enfants semblent prédisposés à être irritables, timides, craintifs, prudents et introvertis. Face à des situations nouvelles, ils ont une réaction de retrait et d'évitement. L'héritabilité de ce trait est estimée à .50 à .70.

Il est possible que ce facteur rende compte de la vulnérabilité génétique aux troubles anxieux suggérée par d'autres études. Ainsi peut-on considérer que les enfants qui sont prédisposés à réagir de façon exacerbée à ce qui est inconnu sont facilement stressés et courent un risque accru de développer, à terme, des troubles anxieux. En plus de rendre vulnérable au stress, le comportement d'évitement associé à l'inhibition comportementale ne permet pas à l'enfant de s'habituer à ce qui lui paraît menaçant dans l'environnement, ni à acquérir un sentiment de contrôle. Se sentant ainsi démuni, il est renforcé dans sa tendance à fuir la nouveauté. L'anxiété augmente au fil du temps et l'incapacité à gérer le stress conduit à la formation de symptômes.

Il est important de souligner que le comportement des parents peut moduler les effets de cette prédisposition de l'enfant. Une attitude surprotectrice et complaisante peut freiner l'enfant dans sa capacité à s'ouvrir vers l'extérieur. A l'inverse, la non prise en compte de sa détresse et les pressions visant à encourager chez lui une témérité excessive ne l'aident pas à apprivoiser son environnement, ni à apprendre à gérer sa détresse.

Les maladies

Les états anxieux peuvent apparaître dans le contexte d'une maladie physique. Les enfants qui ont une maladie chronique, et en particulier ceux qui ont une pathologie neurologique, développent plus souvent des troubles anxieux que les enfants sains. Une partie de l'anxiété découle des craintes engendrées par la maladie elle-même, une autre partie, du contexte que celle-ci impose.

Une ancienne étude menée par Lansky et ses collègues (1975) a montré que dans un échantillon d'enfants touchés par un cancer, un nombre élevé d'entre eux (10%) présentaient une anxiété de séparation. Il est possible que les progrès réalisés depuis dans la prise en charge des malades ait fait baisser ce chiffre. Mais en dépit de ces améliorations, la maladie peut induire un contexte et un type d'interaction qui favorise l'apparition d'une anxiété de séparation. Les parents peuvent être amenés à surprotéger leur enfant fragile, même une fois celui-ci guéri. Il est d'ailleurs fréquent qu'après leur rémission, les enfants malades continuent à se plaindre de douleurs. Les plaintes somatiques peuvent être renforcées par l'attention portée par les parents et éviter à l'enfant de ne pas avoir à se confronter à un monde extérieur avec lequel il n'a pas pu se familiariser. Ayant pris l'habitude de se reposer sur ses parents, il n'a pas appris à gérer sa détresse par lui-même.

En raison de la santé précaire de leur enfant, les parents doivent eux-mêmes gérer une anxiété importante qu'il est parfois difficile de dissimuler. L'enfant va donc avoir à gérer l'anxiété de ses parents en plus de la sienne propre. En particulier lorsque la maladie comporte un enjeu vital, la perspective d'une fin de relation entre les parents et l'enfant peut favoriser la survenue d'une anxiété de séparation.

L'enfant malade peut aussi être vulnérable à d'autres troubles anxieux. Par exemple, à propos de la phobie scolaire, Leventhal et Sills (1964) pensent que les enfants entretiennent une image idéalisée d'eux-mêmes, image qui est fortement menacée à l'extérieur de la famille et en particulier à l'école, où ils sont soumis à des situations d'évaluation ainsi qu'au regard critique des enseignants et des camarades. Ainsi, pour préserver cette image positive de soi, ils préféreraient rester sous le regard complaisant de leurs parents.

Les travaux sur les enfants malades rappellent que d'une manière plus générale, l'enfant surprotégé est moins bien armé pour faire face aux difficultés rencontrées en dehors de l'enceinte familiale.

Les événements de vie et les expériences d'attachement

L'apparition d'états anxieux peut être favorisée par une inquiétude relative à l'accessibilité des figures d'attachement, par l'anxiété des parents, par certaines pratiques éducatives ou encore par certains événements de vie.

Dès les premiers mois de la vie, le nourrisson, particulièrement vulnérable, a besoin de soins rapprochés, sans quoi il se sent rapidement menacé. Il est également sensible à certains indices qui provoquent chez lui des réactions de peur comme, par exemple, les stimuli non familiers. Des facteurs de vulnérabilité supplémentaires, tels que la fatigue ou la maladie

peuvent accentuer le besoin de sécurité. La figure d'attachement, par sa présence, accommode les peurs de l'enfant et le met en confiance.

Lorsqu'il sent qu'elle veille sur lui, le bébé parvient à s'aventurer dans un monde qu'il trouverait effrayant s'il devait l'affronter seul. Grâce à cet accompagnement, il apprend petit à petit à maîtriser son environnement et par suite, à acquérir son autonomie. Cependant, certains enfants ne bénéficient pas de cette sollicitude et restent inquiets quant à leur sécurité. Ces enfants ne peuvent tranquillement explorer et apprivoiser le monde qui les entoure. S'ils doutent de la disponibilité de la figure parentale, ils doutent en même temps de leur capacité à faire face au danger et développent un sentiment d'insécurité. Ils se sentent vite accablés face aux situations alarmantes. Leurs angoisses ne sont pas soulagées par l'adulte, ce qui les laisse dans un état psychologique défavorable. Ainsi comprend-on en quoi les expériences d'attachement et de séparation peuvent conditionner l'anxiété ressentie par l'enfant.

Il existe des parents qui, par leur comportement, favorisent chez leur enfant l'apparition d'une attitude craintive. Certaines mères manquent de constance dans les soins qu'elles apportent à leur enfant, mais répondent à sa détresse de façon tout à fait adéquate lorsqu'il est effrayé. Ces enfants peuvent alors développer à leur égard un attachement que l'on décrit comme étant anxieux-ambivalent, car il est mêlé de recherche de contact et de colère. D'après Main (1991), pour réussir à obtenir l'attention de leur mère, ces enfants apprendraient à détecter dans l'environnement des stimuli alarmants justifiant une manifestation de crainte. Il est intéressant de souligner à ce propos qu'une hypervigilance par rapport aux stimuli menaçants a été relevée chez les enfants anxieux. Une méta-analyse regroupant les données de 9000 participants confirme l'existence d'un lien entre l'attachement insécuré, particulièrement ambivalent, et l'anxiété (Colonesi et al., 2011). A l'inverse, les enfants sécurés sont moins à risque d'anxiété sociale ou d'anxiété de séparation.

L'anxiété de la mère, comme celle du père, n'est cependant pas indépendante du style d'attachement que développe l'enfant et du niveau d'anxiété associé. Dans certains cas de phobie scolaire, c'est le parent lui-même qui met des obstacles à la fréquentation régulière de l'école. Il peut, par exemple, se focaliser sur la fatigue ou les malaises de l'enfant ou s'inquiéter des dangers encourus en quittant la maison. D'après Bowlby, l'anxiété de l'enfant découlerait alors de celle du parent qui, à l'origine, serait celui qui supporte le moins bien la séparation. Le parent peut aussi agir de la sorte pour compenser une frustration de ses besoins affectifs présents ou passés par une relation fusionnelle avec son enfant.

Une étude Bögels et Phares (2008) a établi un lien entre l'anxiété des parents et celle de leur enfant, particulièrement en ce qui concerne l'anxiété sociale. Les pères semblent plus

affectés par leur propre anxiété que les mères. Des observations de pères d'enfants anxieux révèlent qu'ils tendent à être particulièrement contrôlants, apportant peu de guidance à leur enfant et jouant peu avec lui (Greco & Morris, 2002).

L'anxiété peut aussi entraîner un cercle vicieux dans les relations avec les pairs en favorisant l'exclusion sociale qui, à son tour, nuit à la construction d'une bonne estime de soi, qui ne fait qu'augmenter l'anxiété sociale et ainsi de suite. Les enfants anxieux sont généralement moins appréciés par les autres enfants et plus souvent victimes de harcèlement.

Outre la qualité de la relation parent-enfant, certaines situations peuvent créer une inquiétude quant à l'accessibilité de la figure d'attachement. Bowlby (1973) en a énuméré quelques-unes :

- 1) une maladie grave chez un des parents,
- 2) des conflits importants entre les parents mettant en jeu la sécurité de l'un d'entre eux,
- 3) l'expérience de séparations répétées,
- 4) la perte d'un proche amenant l'enfant à craindre le même destin pour ses parents ;
- 5) les demandes d'attention et de réconfort de l'enfant sont ignorées, tournées en dérision ou rejetées par le parent ;
- 6) le parent se montre réticent à s'occuper de l'enfant ;
- 7) le parent n'arrive pas à assumer son rôle de parent et attend de l'enfant qu'il s'occupe de lui; l'enfant ne peut alors attendre du parent un réconfort ;
- 8) le parent recourt à des menaces d'abandon, par exemple pour tenter de discipliner l'enfant.

Dans toutes ces situations, le lien avec le(s) parent(s) paraît incertain. La perspective de se retrouver seul et sans aide suffit à rendre l'enfant anxieux. L'expérience d'un traumatisme majeur n'est donc pas nécessaire pour expliquer l'apparition d'un trouble anxieux.

Dans certains cas, la figure d'attachement se sent menacée par les peurs de l'enfant relativement à son accessibilité. Elle peut alors reformuler en la déformant l'expérience de l'enfant (voir Miljkovitch, 2001). L'enfant alors rejette sa propre interprétation de son vécu pour adhérer à celle du parent. Par exemple, si chaque fois que l'enfant manifeste de la détresse, sa mère lui dit qu'il n'est pas réellement anxieux parce qu'il est "fort", l'enfant va se forger une représentation de lui-même comme indépendant et invulnérable et ne pas tenir compte de son propre ressenti. Mais même si l'anxiété est niée, elle persiste malgré tout. Ainsi selon Liotti (1991), ce mécanisme induit par le parent amènerait l'enfant à déconnecter sa réaction de détresse de sa cause : chaque fois qu'il ressent de l'insécurité, son angoisse paraîtrait immotivée, dans la mesure où il n'arrive pas à reconnaître qu'il est en train de réagir à l'absence ou à

l'indisponibilité de sa figure d'attachement. L'angoisse, de source désormais inconnue, serait alors attribuée par l'enfant (et ses parents) à une maladie mystérieuse et pourrait devenir menaçante au point de conduire à des réactions de panique.

En résumé, on considère de plus en plus l'implication des expériences d'attachement dans la formation des troubles anxieux. Il est probable que la part jouée par ces expériences varie selon le trouble anxieux considéré, certains troubles étant plus influencés par des composantes endogènes que d'autres. Par ailleurs, ces expériences n'auront pas le même impact chez tous les enfants, certains étant à la base plus facilement anxieux que d'autres.

Vignette clinique : Marc, 9 ans, anxiété généralisée

Marc a des absences et des retards scolaires injustifiés et fréquents. Ces absences ont débuté l'an dernier et sont en augmentation. C'est par ailleurs un très bon élève. Chaque matin en semaine, il traîne ou se plaint d'avoir mal ici ou là. Il finit souvent par manquer son bus. Il arrive alors à l'école en retard. Parfois, il réussit à convaincre sa mère de rester à la maison. A l'école, Marc s'exprime peu, mal et avec réticence. Il demande à terminer son travail à la maison. Il est toujours le dernier lors des activités de groupe. Il a de mauvais rapports avec l'institutrice. Celle-ci pense qu'il est de mauvaise foi, manipulateur, opposant et qu'il veut attirer l'attention sur lui. Elle prend pour preuve qu'il ne comprend pas les explications même lorsqu'elles sont simples ou qu'il ne demande pas d'aide lorsqu'il le devrait.

Pendant l'évaluation psychologique, Marc paraît être un enfant réservé. Il lance souvent un coup d'œil vers la psychologue, apparemment pour voir si elle est satisfaite de son travail. Il parle sans trop de difficultés, en particulier de ses limitations. Il hésite beaucoup à choisir un thème pour son dessin libre. Il commente alors : "C'est trop difficile de choisir des idées." Il gomme aussi beaucoup, disant: "C'est parce que des fois, j'aime pas ça ; et après, j'efface." Il est très lent.

La mère dresse le tableau suivant de son enfant et de ses problèmes: "C'est un enfant timide. Il ne veut pas poser de questions. Il n'aime pas se faire remarquer." Elle explique que parfois l'enfant ne veut pas aller à l'école parce qu'il s'est fait punir par l'institutrice, à son avis injustement. Alors qu'il ne comprend pas ce qui est demandé, celle-ci pense qu'il ne veut pas participer. Quand il est nerveux, il gigote, il fait des bruits avec sa bouche, il a des tics. Le matin, il doit aller aux toilettes à 3 ou 4 reprises parce qu'il est constipé. C'est l'une des raisons pour lesquelles il manque parfois son bus. Cependant en d'autres occasions, il tente simplement de ne pas aller à l'école. Marc se fait aussi taquiner par les autres enfants qui disent

de lui qu'il est "stupide" ou de "bizarre" ou lui lancent des cailloux. Il fait tout pour ne pas aller dehors pendant les récréations. C'est la première année qu'il a des problèmes à l'école. Jusque là, Marc était très bien accepté par les institutrices et les autres enfants.

Cette observation montre en quoi des facteurs environnementaux peuvent s'ajouter à un état pré-existant. Marc présentait déjà une anxiété diffuse (tendance à l'anxiété, lenteur, perfectionnisme, auto-critique sévère, susceptibilité, tendance à la somatisation, tendance à l'évitement et à l'isolement). Cette année, il s'est trouvé confronté à une maîtresse qui ne le comprend pas et interprète mal son comportement :

- c'est par timidité qu'il ne pose pas de questions et qu'il intervient mal ou peu ;
- c'est pour éviter certaines situations stressantes qu'il traîne ou n'obéit pas ;
- c'est souvent parce qu'il est tendu et qu'il ne peut se concentrer qu'il ne comprend pas ce qui est dit ;
- c'est parce que son anxiété interfère avec une bonne compréhension des demandes de la situation qu'il ne suit pas les routines.

Il a en réaction développé un tableau anxieux (anxiété généralisée) avec évitement et symptômes psychosomatiques. Ce cas pourrait également correspondre à ce que certains appellent la phobie scolaire (entité diagnostique non reconnue).

SYNTHÈSE

Les troubles anxieux des enfants et des adolescents se présentent sous diverses formes, les plus communes étant l'anxiété de séparation, l'anxiété généralisée et la phobie (ou anxiété) sociale. Le premier trouble est particulièrement prévalent chez les petits enfants, le dernier chez les adolescents. Tous ces troubles peuvent prendre la forme d'une phobie scolaire. L'étiologie des troubles anxieux est multi-factorielle, avec une composante familiale importante. Les causes environnementales ou traumatiques sont fréquentes.

LA DÉPRESSION ET LES CONDUITES SUICIDAIRES

La dépression suivant le stade de développement

La dépression se manifeste sous des formes différentes suivant l'âge de l'enfant. Plus il est jeune, plus il va y avoir de perturbations comportementales. Avec l'âge, il devient plus à même d'exprimer ses émotions et d'analyser ses états d'âme.

Les différents troubles dépressifs

On distingue trois types de troubles dépressifs chez l'enfant et l'adolescent : l'épisode dépressif réactionnel, l'épisode dépressif majeur et la dysthymie.

Les conduites suicidaires

Parmi les conduites suicidaires on peut citer : les pensées suicidaires, les tentatives de suicide et le suicide proprement dit. Le suicide est rare chez les enfants mais beaucoup moins chez les adolescents.

L'étiologie de la dépression

Le modèle psychanalytique invoque le rôle des pulsions dans la dépression. La théorie de l'attachement lie le trouble aux situations de séparation et de carence affective. Le modèle cognitivo-comportemental insiste particulièrement sur l'implication des cognitions et des attributions dans la genèse ou le maintien du trouble.

Sémiologie de la dépression

Introduction

La dépression existe chez l'enfant et plus encore chez l'adolescent; elle est même relativement fréquente. Bien que les dépressions des enfants et celles des adultes constituent le même trouble, elles ne se manifestent pas pour autant de la même manière. Pour détecter et comprendre les états dépressifs de l'enfant, il convient de tenir compte des compétences cognitives, affectives et interpersonnelles spécifiques à son âge. En particulier, le jeune enfant qui a une capacité d'introspection et d'auto-analyse limitée ne verbalise pas bien sa dépression. Au lieu de s'appuyer sur des plaintes dépressives précises, il est recommandé d'observer le comportement et analyser le discours de l'enfant. De plus, les symptômes dépressifs de l'enfant sont souvent moins évidents que ceux de l'adolescent ou de l'adulte car moins spécifiques (les mêmes symptômes peuvent se retrouver dans des conditions autres que la dépression). En conséquence, il est important d'en dresser le tableau en fonction de l'âge.

L'enfant d'âge préscolaire

L'enfant d'âge préscolaire ne verbalise que peu ses émotions. Ce sont les changements inhabituels du comportement et de l'humeur qui vont alerter l'adulte. Les manifestations se présentent au niveau :

- des émotions et de l'attitude : manque d'expression ou tristesse du visage, pleurs fréquents et immotivés, perte d'enthousiasme, léthargie, difficulté à se séparer de ses proches ;
- de l'activité et des relations interpersonnelles : hypo- ou hyperactivité, tendance à rester à l'écart ;
- de la réactivité : colères, irritabilité, sautes d'humeur ;
- des symptômes somatiques : perturbation du sommeil ou de l'appétit, plaintes physiques.

L'enfant entre 5 et 11 ans

A mesure que l'enfant grandit, il devient plus apte à exprimer son humeur dépressive. La symptomatologie se rapproche de celle des adolescents et des adultes : les perturbations somatiques caractéristiques de la dépression, tels que troubles du sommeil ou de l'appétit sont plus rares que chez les enfants plus jeunes. On peut retenir les quatre classes citées pour les plus

petits avec les variations suivantes pour certaines d'entre elles : au niveau des émotions et de l'attitude, les périodes de tristesse deviennent plus fréquentes et plus durables ; au niveau de l'activité et des relations interpersonnelles, une certaine agitation, de l'opposition, de l'insolence voire même des manifestations agressives peuvent apparaître, de même que des phobies, une recherche excessive d'attention et aussi une tendance à avoir des accidents. L'enfant peut chercher à s'isoler.

À moins que son état dépressif ne soit très profond, l'enfant, à la différence de l'adulte, ne présente pas un état clairement dépressif en tout temps : il joue, rit et se comporte comme les autres enfants lorsque la situation est agréable. Cependant son enthousiasme est de courte durée et nécessite une stimulation continuelle pour être maintenu.

Le pré-adolescent

À la période de la pré-adolescence jusqu'à environ 14 ans, l'enfant commence à prendre conscience et à verbaliser ses états mentaux. Lorsqu'il est déprimé, il peut exprimer des problèmes d'estime de soi et des sentiments de dévalorisation ou d'incompétence. Il peut aussi faire part de son humeur dépressive, son découragement ou même, dans les cas les plus graves, son sentiment de culpabilité. Parfois il mentionne des idées suicidaires.

L'adolescence

À l'adolescence, le tableau dépressif est proche de celui de l'adulte. On note des perturbations affectives avec

- tristesse, désespoir, perte de goût pour la vie et les loisirs, isolement, indifférence,
- des difficultés cognitives avec incapacité à se concentrer, inertie, apathie,
- une mauvaise estime de soi, des sentiments d'incompétence ou de culpabilité,
- une vision pessimiste de l'avenir et du monde,
- et enfin des perturbations somatiques caractéristiques, telles que le réveil prématuré, la diminution ou l'augmentation de l'appétit, la constipation, l'aménorrhée (arrêt des règles).

Les idées suicidaires peuvent être importantes.

Avec cette population, il est plus difficile d'évaluer la gravité du trouble que d'en déterminer la nature. En effet, parents et enseignants sont souvent peu lucides vis-à-vis de la dépression adolescente. Pour juger de sa sévérité, il convient de tenir compte de la personnalité antérieure de l'adolescent et du contexte social dans lequel il se trouve (les défis auxquels il a à

faire face à l'école, pour son futur, dans sa famille; la qualité de ses relations interpersonnelles et de son système de soutien; les traumatismes récents en particulier sentimentaux).

Par ailleurs, la dépression peut pousser certains adolescents à l'abus d'alcool ou de drogues car ils y recherchent un effet calmant ou anesthésiant. Réciproquement, parce que l'alcool est un déprimeur du système nerveux central, il peut amplifier la dépression. Cette combinaison peut être dangereuse car elle augmente fortement les risques de tentative de suicide.

À tous les âges, la diminution de la motivation au travail et la chute du rendement scolaire peuvent être les conséquences d'un état dépressif. On observe parfois une phobie scolaire, en particulier chez les adolescents. Ces trois symptômes doivent alerter les adultes car ils signalent une condition déjà assez sérieuse.

Types de dépressions

On peut classer les conditions dépressives en trois principales catégories: l'épisode dépressif réactionnel, l'épisode dépressif majeur et la dysthymie.

L'épisode dépressif réactionnel survient à la suite d'un stress, d'une perte ou d'une situation conflictuelle chronique. Les facteurs déclenchants les plus fréquents sont le divorce des parents pour les enfants d'âge primaire et les ruptures sentimentales pour les adolescents. Une situation familiale difficile peut aussi causer un épisode dépressif. Le deuil est un phénomène normal que vivent la plupart des personnes suite à la perte d'un être cher. Il peut durer quelques mois; il se caractérise principalement par une tristesse et une perte de motivation temporaires. Par contre, on considère le deuil comme pathologique lorsque sa durée dépasse le laps de temps généralement observé (par ex. : au-delà de 3 ans) ou que les réactions au décès du proche sont excessives (par ex. : tentative de suicide). Dans l'épisode dépressif réactionnel, les perturbations somatiques ne sont pas nécessairement importantes.

Dans *l'épisode dépressif majeur*, qui est beaucoup plus rare, le fonctionnement de la personne (outre son humeur) est profondément affecté. Les causes de l'épisode ne sont pas toujours évidentes. On observe une dysphorie importante, un désintérêt, de l'irritabilité, des plaintes somatiques et un retrait social. Les symptômes somatiques sont manifestes.

La *dysthymie* affecte la personnalité en raison de sa chronicité (au moins un an) et de sa résistance à toute thérapie. La symptomatologie de la dysthymie est plus restreinte et moins sévère que dans les deux conditions précédentes. Elle se caractérise généralement par un manque d'énergie, une mauvaise estime de soi, des sentiments d'impuissance, du pessimisme, une difficulté à se concentrer et parfois, des troubles du sommeil.

Notons que la nouvelle version du DSM inclut un "*trouble disruptif avec dysrégulation de l'humeur*" qui se caractérise par des crises de rage récurrentes sur fond d'irritabilité ou de colère et qui serait, selon certains chercheurs, caractéristique d'un trouble bipolaire (i.e. maniaque) chez l'enfant.

Prévalence et évolution

Les études révèlent des taux de prévalence allant de 1% à 2% pour les enfants à 1% à 7% pour les adolescents. Mais le taux de prévalence vie entière va de 4% à 24% pour les adolescents. La sévérité du pronostic varie en raison inverse de l'âge : une dépression majeure à un jeune âge est de plus mauvais pronostic que le même trouble à l'adolescence. Parmi les adolescents, les filles sont plus souvent déprimées que les garçons (2 *versus* 1). Le pronostic de la dépression est généralement positif. La durée de la maladie varie généralement entre 3 mois et un an : elle évolue souvent spontanément vers la guérison. Cependant, un traitement approprié peut réduire les risques de tentative de suicide, écourter la durée du trouble et améliorer la qualité de vie du sujet et de sa famille.

Troubles associés

La dépression peut être associée à pratiquement toutes les psychopathologies. En effet, elle peut résulter de nombreuses difficultés d'adaptation. Chez les enfants, la dépression est le plus souvent associée aux troubles anxieux, aux réactions traumatiques au stress, aux troubles des apprentissages et déficience intellectuelle, à l'hyperactivité/déficit de l'attention et de façon plus épisodique aux troubles oppositionnels et des conduites. Chez les adolescents, elle est plus spécialement associée aux troubles anxieux et à l'abus d'alcool, ainsi qu'aux troubles graves comme la schizophrénie.

Diagnostic différentiel

Il peut arriver que la dépression et les états anxieux se confondent, probablement parce que ces troubles, tous deux internalisants, sont fréquemment associés l'un à l'autre. Il s'agit néanmoins de troubles différents qu'il est important de distinguer car leurs traitements respectifs divergent et le vécu est également différent.

Le deuil s'apparente à la dépression mais s'en distingue clairement. Comme dans les dépressions réactionnelles, le facteur déclenchant est manifeste, mais la rémission spontanée est généralement plus rapide. L'adaptation du sujet n'est pas toujours perturbée au même degré et surtout son image de lui-même n'est pas altérée.

Vignette clinique : Albert, 11 ans, trouble dysthymique

Albert n'est jamais content. Ses parents déclarent qu' "il ne voit que le négatif". Il refuse systématiquement tout ce qu'on lui propose, tout en le faisant parfois. Il n'aime pas l'école et est peu motivé par le travail scolaire. Il marmonne continuellement, en général pour dire qu'il ne veut pas faire son travail. Lorsqu'on lui demande ce qu'il préfère à l'école, il répond: "quand on rentre à la maison". Son instituteur le surnomme "Grinchu". Il se plaint de continuellement s'ennuyer. Il dit ne rien aimer faire. Un jour, il assiste avec ses parents à un défilé de Noël. Après l'événement, ses parents l'ayant vu rire et s'agiter lui disent : "Tu t'es bien amusé cette fois ?". L'enfant les contredit: "Non. Il n'y avait pas assez de voitures. C'était ennuyeux."

Pendant l'évaluation psychologique, il s'applique à faire un dessin qui est bien réussi. Comme il n'en finit pas, la psychologue demande : "- Il est fini ?" et l'enfant répond : " Je ne pense pas qu'il soit vraiment bon. - Qu'est-ce qui n'est pas bien ? - Regarde toute la place où il n'y a rien".

Parmi les symptômes, on peut citer l'humeur maussade, l'attitude négative, le désintérêt généralisé, le manque d'enthousiasme, le mauvais rendement scolaire, la lenteur, l'irritabilité et la mauvaise estime de soi (illustrée par le commentaire : "Je ne pense pas qu'il soit vraiment bon."). Le diagnostic est un trouble dysthymique.

Sémiologie des conduites suicidaires

Introduction

Les conduites suicidaires doivent être considérées indépendamment des états dépressifs. Ces deux types de phénomènes sont souvent associés, mais ce n'est pas la règle : la plupart des états dépressifs ne s'accompagnent pas de conduites suicidaires; par ailleurs, les conduites suicidaires peuvent avoir lieu chez quelqu'un qui n'est pas dépressif (dans environ un quart des cas).

Les différents types de conduites suicidaires

On distingue communément les idées suicidaires, les gestes suicidaires et tentatives de suicide et les suicides accomplis. Les *idées suicidaires* peuvent être vagues et rares ou obsédantes et précises. Avoir des idées indéfinies sur le sujet est relativement banal, en particulier chez les adolescents. Par contre, avoir des plans précis auxquels on pense tout le temps est plus inquiétant et doit être pris au sérieux. Les *gestes suicidaires* comprennent toute conduite mettant en danger de mort le sujet. Les *tentatives de suicide* incluent tout acte intentionnel de se donner la mort. On parle de *suicide* lorsque les efforts pour se tuer ont abouti au décès du sujet.

Le suicide chez les adolescents

Les phénomènes suicidaires sont fréquents chez les adolescents, mais beaucoup plus rares chez les enfants. Le suicide est la seconde cause de décès chez les adolescents (après les accidents de la route). L'adolescence est une période durant laquelle l'individu doit se détacher de son foyer, s'intégrer à un groupe de pairs, commencer à nouer des liens intimes et trouver sa place dans la société. Il doit en outre trouver le système de valeurs et les buts qui lui correspondent. Toutes ces tâches, qu'il doit effectuer seul, peuvent le déstabiliser et ébranler son équilibre psychique. Le sentiment d'isolement et de rejet, ainsi que le désespoir face à l'avenir sont les causes les plus communes du suicide.

Certaines remarques, valables pour le suicide des adultes, peuvent aussi être faites à propos du suicide des adolescents :

1. Le désir de mort n'équivaut pas à un simple dégoût de la vie : seul le premier est un précurseur direct du suicide; le second est beaucoup plus fréquent et banal.
2. Une composante essentielle à considérer est le danger mortel de la méthode considérée. Alors que la majorité des suicides sont réalisés à l'aide d'armes à feu, la majorité des tentatives de suicide correspondent à l'ingestion de substances nocives.
3. Certains facteurs favorisent le passage à l'acte suicidaire :
 - dépression grave, désespoir, psychose, alcoolisme,
 - stress (principalement de nature interpersonnelle),
 - repli sur soi, isolement,
 - système de soutien absent ou déficient,
 - existence d'un plan de suicide concret, choix d'une méthode, préparation à la mort,
 - tentative précédente grave.

Ces facteurs en eux-mêmes ne conduisent pas à des comportements suicidaires. C'est lorsqu'il y a déjà des tendances suicidaires que ces facteurs entrent en jeu.

4. Des phénomènes de groupe avec mimétisme, identification ou recherche d'attention s'observent assez fréquemment chez les adolescents, les prédisposant ainsi à se suicider en série. Il est donc déconseillé de gérer un suicide ou une tentative de suicide en groupe (dans le milieu scolaire par exemple).

Les conduites suicidaires chez les enfants

Les distinctions que nous avons faites au début du paragraphe entre les différentes conduites suicidaires s'appliquent assez bien aux adultes et dans une certaine mesure aux adolescents. Elles sont cependant moins appropriées dans le cas des enfants. On peut faire quelques remarques à ce sujet :

1. Le suicide des enfants est rare mais les tentatives ou les idées suicidaires ne le sont pas.
2. Les conduites suicidaires de l'enfant sont souvent méconnues ou ne sont pas prises au sérieux, ce qui peut avoir des conséquences désastreuses.
3. L'enfant n'a pas la même idée de la mort que l'adulte : il ne la voit pas forcément comme définitive. Intellectuellement, il peut savoir ce qu'est la mort, mais cela reste trop abstrait et ne correspond pas à une conception véritable de ce que c'est. Il n'a pas la même perspective sur la vie non plus : il n'imagine pas à quel point elle peut changer d'un moment à un autre.
4. L'enfant ne mesure pas aussi bien que l'adulte l'effet de différentes conduites létales.

Vignette clinique : Sylvie, 11 ans, tentative de suicide

Sylvie, victime d'inceste, ingurgite plusieurs tubes d'aspirine. Puis, pendant quelques heures, elle est entre la vie et la mort. Elle dit avoir fait ce geste parce que sa mère ne veut pas qu'elle fume. Sylvie n'avait certainement pas conscience de la létalité de son acte ; elle n'était pas non plus capable d'analyser sa situation.

5. Ce qui motive le comportement de l'enfant dépend beaucoup des relations qu'il entretient avec son entourage ; ainsi les gestes suicidaires sont souvent dirigés vers ces personnes.

Vignette clinique : Nicolas, 5 ans, menaces de suicide

Nicolas, très violent et perturbé, menace de se jeter dans le lac chaque fois qu'on le freine dans la réalisation de ses désirs. Dans la salle de consultation, il cogne sa tête de toutes ses forces contre le mur ; ceci semble être une manière pour lui de s'imposer. A la maison, il lui arrive de faire chanter sa mère en prenant un couteau de cuisine et en menaçant de se tuer.

6. Les menaces ou les tentatives de suicide doivent toujours être prises au sérieux, même lorsqu'elles constituent une manière de faire pression sur autrui. En effet, ces gestes de retournement contre soi reflètent toujours un certain désespoir ou vécu dépressif.

Étiologie de la dépression

Quelques théories tentent d'expliquer les symptômes dépressifs. Les plus élaborées reposent sur les modèles psychodynamique et cognitivo-comportemental.

Les théories psychodynamiques

Il existe deux courants dans l'approche psychodynamique : la psychanalyse met l'accent sur les aspects pulsionnels tandis que la théorie de l'attachement accorde plus d'importance à l'environnement.

L'une des premières psychanalystes d'enfants à proposer une théorie étiologique de la dépression a été Melanie Klein. Elle pensait que le bébé aurait un vécu dépressif au moment où il se rendrait compte que sa « mauvaise mère » pour laquelle il a eu des pensées agressives (et qu'il croirait destructrices du fait de son impression de toute puissance) est également sa « bonne mère ». L'incapacité à résoudre fantasmatiquement cette « position dépressive » le rendrait alors susceptible, plus tard dans sa vie, de régresser à cette position et à nouveau être submergé par le vécu dépressif. En bref, Klein partait du principe que la vie fantasmatique du bébé naissait des pulsions corporelles et ne se rattachait pas à des éléments de réalité.

Cette optique n'était pas partagée par d'autres psychanalystes de l'école britannique comme Anna Freud, Donald Winnicott et surtout John Bowlby, qui avaient travaillé avec des enfants séparés de leur mère et qui s'étaient rendu compte des conséquences désastreuses de cette situation sur leur santé mentale. Les observations menées par René Spitz (1946) sur des bébés en institution ont attesté de cet état de fait. Dans ce contexte, Spitz a décrit ce qu'il appelait "la dépression anaclitique", résultat d'une carence affective grave, caractérisée principalement par un arrêt de développement, un repli et une tristesse profonde. Malgré des soins physiques appropriés, ces bébés, privés de l'affection d'une personne privilégiée se laissaient dépérir. Lorsque la privation maternelle se prolongeait au-delà de trois à cinq mois, l'affaiblissement de l'enfant pouvait aller jusqu'à la mort. Spitz parlait alors "d'hospitalisme." Bowlby, Robertson et Rosenbluth (1952) ont, à leur tour, mené des observations qui ont permis de montrer qu'un enfant séparé de sa figure d'attachement principale traverse une phase de désespoir.

Bowlby a sans doute été l'un des théoriciens qui a le plus œuvré pour que l'environnement de l'enfant et les événements qu'il traverse soient pris en considération dans la compréhension de son état psychologique. Selon lui, la dépression serait la conséquence naturelle du sentiment d'être abandonné, de ne pas être désiré ou digne d'amour (Bowlby, 1980).

Mais s'il mettait en garde contre les effets néfastes des séparations ou des pertes, il présentait par ailleurs certaines conditions permettant d'alléger la peine de l'enfant. En particulier, il soulignait l'importance pour l'enfant de pouvoir reposer sur une autre ou une nouvelle figure d'attachement. Dans le cas des enfants adoptés, bien que la rupture d'avec la mère soit douloureuse, le placement rapide au sein d'une famille aimante minimise grandement les effets de la séparation. Si l'enfant a perdu un parent, il est important qu'il puisse compter sur l'autre parent pour s'occuper de lui. Bien souvent malheureusement, ce parent restant est également affecté par la perte et peut, de ce fait, être moins disponible psychologiquement pour son enfant. Si le parent décédé subvenait aux besoins de la famille, le parent restant doit en plus porter le poids de cette responsabilité et souvent changer de mode de vie. Ainsi, les conséquences du décès d'un parent dépendent non seulement des circonstances de la mort, mais aussi beaucoup de la manière dont la famille se réorganise à la suite de cet événement.

Ces théories sont intéressantes car elles permettent d'imaginer ce que peut être la vie psychique du bébé, avant l'apparition du langage. En cela, elles rappellent que l'enfant, même très jeune, peut connaître la dépression, un trouble qui est intimement lié au sentiment de perte. Mais si l'effet des séparations et d'une carence de soins a largement été démontré, l'implication des pulsions agressives de l'enfant dans la dépression reste à prouver.

Les théories cognitivo-comportementales

L'approche cognitivo-comportementale insiste sur l'importance de l'acquis : la dépression est ainsi conceptualisée comme l'aboutissement d'un processus d'apprentissage. Le manque de renforcement positif ou la mise en place de pensées négatives et d'une logique erronée prédisposeraient l'enfant au trouble.

La théorie de Beck

D'après la théorie de Beck (1967), des schèmes cognitifs négatifs seraient à l'origine de la dépression en ce qu'ils influenceraient la manière dont on perçoit et interprète les événements. Cet auteur a décrit une "triade cognitive négative" qui consiste à avoir une vision négative de soi, du monde et du futur. Parmi les erreurs cognitives susceptibles de prédisposer à la dépression, il cite :

- les *inférences arbitraires* : l'enfant conclut sans fondement qu'une situation est négative ;
- l'*abstraction sélective* : l'enfant se focalise sur les aspects négatifs d'une situation et par suite, s'en forme une représentation globale négative qui ne tient pas compte des aspects positifs ;

-la *généralisation excessive* : au lieu de considérer un événement négatif comme isolé, il en fait une généralité et pense que les choses se passent toujours comme cela. Aussi, il peut accorder beaucoup d'importance aux événements négatifs et juger les événements positifs comme peu significatifs.

Dans le même ordre d'idée, Rehm (1977) explique que les personnes qui se fixent des objectifs trop élevés se mettent constamment en situation d'échec et portent, suite à cela, un regard négatif sur elles-mêmes.

Beck (1983) a également introduit les notions de "sociotropie" et d'autonomie, qui selon lui, joueraient également un rôle important dans l'apparition de la dépression. La personne sociotrope accorde beaucoup d'importance aux relations interpersonnelles et craint tout particulièrement d'être rejetée. Par conséquent, elle devient vulnérable à la dépression lorsqu'une rupture survient. La personne autonome quant à elle, est davantage portée sur la réussite et l'indépendance. Ce sont les échecs qui l'affectent le plus. Cette distinction permet de comprendre que les motifs de dépression peuvent différer d'un individu à un autre.

L'approche de Beck est intéressante en ce qu'elle apporte un éclairage sur la manière de penser et de raisonner de la personne déprimée qui permet de mieux la comprendre.

La théorie de Seligman

En observant le comportement de chiens dans le cadre d'une situation expérimentale particulière, Seligman (1975) a introduit la notion "d'impuissance apprise". Dans le premier temps de l'expérience, les animaux étaient soumis à des chocs électriques auxquels ils ne pouvaient échapper. Au bout d'un certain temps, ils ne cherchaient même plus à y échapper, même lorsque cela était rendu possible. Ils semblaient avoir appris qu'ils étaient impuissants face à cette situation déplaisante. Or, d'après Seligman, l'attitude passive et résignée qui succède à l'impuissance apprise serait proche de la symptomatologie dépressive.

Par la suite, Abramson et ses collègues (1978) ont reformulé la théorie originale de Seligman : au-delà de l'expérience d'événements conduisant à l'impuissance apprise, c'est surtout un style d'attribution menant la personne à percevoir les événements comme échappant à son contrôle qui prédisposerait à la dépression. Plus spécifiquement, expliquer les événements négatifs par des causes internes (i.e. c'est de ma faute), stables (i.e. c'est toujours comme ça) et globales (i.e. c'est comme ça dans tous les domaines de ma vie) tout en expliquant les événements positifs, à l'inverse, par des causes externes (i.e. ce n'est pas grâce à moi que ça s'est si bien passé), instables (i.e. ça ne se répétera pas) et spécifiques (i.e. cela ne concerne que

cet aspect de ma vie) rendrait particulièrement vulnérable et précipiterait la survenue d'un épisode dépressif si un événement de vie négatif devait se présenter.

Bowlby (1980) ajoute que le manque de confiance en sa propre capacité à établir et à maintenir des liens affectifs serait à l'origine des sentiments d'impuissance et de désespoir caractéristiques de la dépression. Il décrit trois types d'expériences familiales susceptibles d'être impliquées dans la formation de l'impuissance apprise. Premièrement, lorsqu'un enfant persiste en vain à tenter de plaire à ses parents, il finit par se voir comme un raté qui est incapable d'établir une relation stable et sécurisante. Deuxièmement, lorsqu'on dit à un enfant qu'il n'est pas digne d'être aimé, qu'il est mauvais ou incompetent, il forme une représentation négative de lui-même et s'attend à être systématiquement rejeté par les autres. Troisièmement, si un enfant perd une figure d'attachement suite à un décès, toutes les stratégies qu'il peut mettre en place pour faire revenir le parent sont vouées à l'échec. Par ailleurs, Cummings et Cicchetti (1990) sont d'avis que les enfants qui ont des parents constamment indisponibles vivent la perte de façon chronique et peuvent aussi en venir à se sentir impuissants. Trad (1987) décrit également ce sentiment chez les enfants hospitalisés qui sont dans l'impossibilité de retourner chez eux, auprès de leurs parents. Dans tous ces cas, l'enfant apprend que quoi qu'il fasse, il est incapable d'obtenir l'attention ou l'affection qu'il recherche. De là naîtrait l'impuissance apprise.

En 1989, Abramson et al. ont mis l'accent sur le rôle de la perte d'espoir (*hopelessness*) dans la dépression. Ce trouble surviendrait lorsque la personne a le sentiment que ce qu'elle désire n'arrivera pas, que ce qu'elle redoute arrivera et que quoi qu'elle fasse, elle n'y pourra rien changer. Dans cette nouvelle version de la théorie, le style d'attribution de la personne ne participe de la dépression que lorsqu'un événement négatif se produit. Ainsi, plutôt que de réagir transitoirement à l'événement, la personne, du fait de ses interprétations biaisées, perd espoir et devient déprimée. Dans la même lignée, Bower (1981) et Teasdale (1988) partent de l'idée que c'est quand la personne est dans une humeur triste que son style d'attribution dépressogène s'active et précipite la survenue du trouble.

En bref, la tendance à ne voir que le mauvais côté des choses mènerait à une vision funeste de la vie, vision qui serait déprimante pour l'enfant. Un certain nombre de recherches ont permis de confirmer l'existence de schèmes cognitifs biaisés négativement chez les enfants et les adolescents dépressifs. Il est toutefois difficile de déterminer si ces schèmes sont à l'origine de la dépression, s'ils en découlent ou s'ils en sont le simple reflet. La thèse selon laquelle ces schèmes s'activent lorsque la personne se trouve dans une humeur dysphorique (ce qui est généralement le cas lorsqu'elle est confrontée à une situation difficile) et qu'alors

seulement ils l'empêchent de dépasser l'événement et la maintiennent dans un état dépressif semble la plus probable.

La théorie de Lewinsohn

Inspiré par les travaux sur le conditionnement opérant, Lewinsohn (1974) a proposé un autre modèle explicatif de la dépression, basé sur l'idée que les personnes deviennent déprimées parce qu'elles ne réussissent pas à susciter suffisamment de réponses positives de la part de leur entourage. Elles manqueraient de compétences sociales ce qui conduirait à des modes de relations peu satisfaisants. Par suite, elles se décourageraient et renonceraient à solliciter autrui. Leurs activités ne leur procurant aucun plaisir, elles deviendraient de plus en plus rares. Un vécu dépressif est alors susceptible de découler de cette situation.

Des travaux de recherche ont confirmé la présence de déficits des compétences sociales chez les enfants déprimés. En outre, ces déficits permettent de prédire la lourdeur de leur symptomatologie future.

Bien que cette théorie semble tomber sous le sens, elle s'avère assez pertinente en clinique. En effet, les enfants qui manquent de compétences sociales sont davantage sujets aux états dépressifs. C'est le cas en particulier des enfants qui présentent un trouble du langage, ceux qui sont anxieux, renfermés ou introvertis ou encore certains enfants hyperactifs. La théorie de Lewinsohn a l'avantage de rappeler que des facteurs environnementaux spécifiques (par ex. : manque d'amis) peuvent jouer un rôle important dans la survenue de la dépression. Ce modèle paraît toutefois insuffisant pour rendre compte de la dépression lorsque celle-ci est grave ou qu'elle apparaît chez des enfants socialement habiles.

SYNTHÈSE

Les manifestations cliniques de la dépression varient beaucoup en fonction de l'âge du sujet. Chez les plus jeunes, la dépression se traduit davantage aux niveaux somatique et comportemental. Un changement dans le fonctionnement du jeune doit alerter les adultes. Le suicide, très rare chez les enfants, n'est pas inhabituel chez les adolescents. Il n'est pas nécessairement associé à un état dépressif. Les théories psychodynamiques associent la dépression au sentiment de perte. Les symptômes dépressifs sont susceptibles d'apparaître lors de séparations ou dans le contexte de carences affectives graves. Le modèle cognitivo-comportemental invoque chez les enfants dépressifs des schèmes cognitifs biaisés qui les poussent à avoir une vision du monde négative. L'impuissance apprise ou la perte d'espoir prédisposeraient également au trouble. Un manque d'habiletés sociales permettant d'entretenir des relations satisfaisantes avec autrui pourrait également entraîner un état dépressif.

LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE, LES TROUBLES DE LA COMMUNICATION ET DES APPRENTISSAGES

Les trois groupes de troubles : déficience intellectuelle, troubles de la communication et trouble des apprentissages, relèvent tous du fonctionnement cognitif. A première vue, ils peuvent se confondre car ils aboutissent souvent au même résultat, à savoir des difficultés importantes sur le plan scolaire. C'est l'examen psychologique qui va révéler les différences substantielles qui existent entre ces trois groupes troubles. Le traitement et le pronostic diffèrent grandement selon le diagnostic.

La déficience intellectuelle

La déficience intellectuelle est un trouble chronique caractérisé par un potentiel et un rendement intellectuels peu élevés et des difficultés d'adaptation. Les personnes atteintes ne peuvent fonctionner de façon autonome à l'école et, pour les cas les plus graves, dans la vie en général. Leurs capacités de conceptualisation sont très faibles, ce qui limite leur jugement. L'étiologie de la déficience intellectuelle est très variée. Les cas les plus sévères sont généralement dus à des atteintes organiques présentes dès la conception ou issues de complications ou d'accidents durant la grossesse, l'accouchement ou la petite enfance. Pour les cas plus légers, les causes restent bien souvent inconnues.

Les troubles de la communication

Parmi les troubles de la communication, on peut distinguer le trouble phonologique (trouble de l'articulation), le bégaiement, le trouble du langage et le trouble de la communication sociale. L'impact du trouble du langage sur le développement intellectuel et social peut être considérable. L'étiologie de ces troubles peut être neurologique ou psychologique selon le cas.

Le trouble des apprentissages

Le trouble des apprentissages apparaît chez des enfants et des adolescents qui, malgré une intelligence normale, ne parviennent pas à acquérir les connaissances et compétences scolaires attendues pour leur âge. Ces troubles se traduisent notamment par un retard de plus d'un an au niveau primaire, deux ans au niveau secondaire. Il existe des troubles des apprentissages qui sont spécifiques à un domaine particulier comme la lecture ou les mathématiques.

La déficience intellectuelle

La déficience intellectuelle a une place à part en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Etant donné qu'il s'agit d'un état stable, l'expression "déficience intellectuelle" (ou handicap intellectuel) est préférée à celle de "retard mental". Considérée comme touchant le seul domaine intellectuel jusqu'à il n'y a pas longtemps, la déficience intellectuelle suppose aujourd'hui la présence de déficits adaptatifs également. Ces déficits empêchent l'autonomie dans des environnements variés tels que la maison ou l'école.

Sémiologie

La déficience intellectuelle se caractérise par un quotient intellectuel bas. On attend l'âge de 6 ans pour porter le diagnostic, un retard à un âge plus jeune pouvant parfois se résorber. Pendant l'enfance et l'adolescence, le sujet atteint fonctionne à un niveau moins élevé que celui attendu pour son âge. On évalue la déficience de deux façons complémentaires : à l'aide de tests d'intelligence standardisés et à l'aide d'échelles d'adaptation sociale et à la vie quotidienne. Des scores faibles sur ces deux types d'instruments sont nécessaires pour porter le diagnostic. Aux tests d'intelligence, le QI (quotient intellectuel) doit se situer à au moins deux écarts-type en-dessous de la moyenne (en-dessous de 70). Les échelles d'adaptation mesurent le retard dans de nombreux domaines tels que le développement physique, la psychomotricité, le rendement scolaire, la communication ou l'autonomie. On qualifie la déficience intellectuelle en fonction de l'importance du retard (léger, moyen, sévère et profond).

La déficience intellectuelle ne se manifeste pas uniquement par des compétences cognitives limitées, des caractéristiques spécifiques y sont associées. La plus importante concerne une limitation dans les capacités d'abstraction et de conceptualisation. Dans leur langage, les enfants restent à un niveau concret de compréhension et d'expression. Ils ne conçoivent le temps et l'espace qu'en termes concrets. Par ailleurs, l'investissement et la motivation sont souvent faibles : leur pensée est passive, leur sens de l'initiative limité et leur imagination pauvre avec une absence de visualisation, d'anticipation et de planification des situations. En conséquence, l'adaptabilité et la flexibilité de leur comportement sont réduites. Lors de tâches non répétitives ou nouvelles, ils ont tendance à rapidement capituler devant la difficulté. Ceci étant dit, la déficience intellectuelle affecte des individus aux personnalités et aux tempéraments aussi variés que ceux de la population normale.

L'intelligence marginale

Bien qu'il ne s'agisse pas d'un trouble à proprement parler, on peut faire quelques remarques sur l'intelligence marginale (généralement désignée comme "lenteur intellectuelle"). Elle concerne les enfants dont le fonctionnement intellectuel est légèrement en-dessous de la moyenne (QI entre 70 et 85). Conjuguée à un trouble psychopathologique, elle accroît considérablement les difficultés de l'enfant et rend le pronostic moins favorable. C'est le cas en particulier lorsqu'il y a un trouble des conduites ou un déficit de l'attention.

Troubles associés

La déficience intellectuelle accompagne parfois des troubles cliniques dont la symptomatologie dépasse la seule sphère cognitive. On peut citer l'infirmité motrice-cérébrale (une condition où les handicaps sensoriels et moteurs sont très importants), l'hyperactivité ou l'autisme.

Dans les cas purs de déficience intellectuelle, on observe souvent des problèmes comportementaux ou affectifs : les troubles oppositionnels avec colère et faible tolérance à la frustration sont fréquents. La labilité de l'humeur avec épisodes dépressifs est également assez courante. Dans ce cas, cependant, le trouble associé peut en grande partie découler de soins inadéquats et surtout, d'une mauvaise compréhension des enfants. La déficience intellectuelle est souvent assez bien diagnostiquée, grâce aux programmes de dépistage qui existent en général dans les écoles. Cependant, cela ne s'accompagne pas toujours d'une prise en charge appropriée ou d'une bonne compréhension de la condition. Il existe un risque d'erreur de diagnostic dans certains cas de psychose, de mutisme ou de graves troubles du langage, en raison des difficultés de contact ou de communication présentées par l'enfant.

Prévalence

La prévalence de la déficience intellectuelle est estimée à environ 3%. Elle touche plus de garçons que de filles, sans doute en raison de la plus grande fragilité neurologique du garçon pendant la période fœtale.

Étiologie

De nombreuses questions relatives à l'étiologie de la déficience intellectuelle restent sans réponse. Dans la majorité des cas, il semble que ce problème soit dû à plusieurs facteurs simultanés, même si l'un d'entre eux joue un rôle prépondérant. Dans 30% à 40% des cas, les causes de la déficience intellectuelle restent cependant inconnues. Il s'agit alors le plus souvent de retards légers. Lorsque la débilité est plus profonde, cela est généralement attribuable à des

causes organiques. Les causes organiques peuvent être de natures différentes. Dans 30% des cas, il s'agit de complications prénatales qui induisent des anomalies chromosomiques (par ex. : la trisomie 21) ou qui sont dues à un accident, un virus (par ex. : la rubéole) ou l'ingestion de substances toxiques comme l'alcool ou la drogue. Les complications peuvent également survenir durant la période périnatale (par ex. : prématurité, manque d'oxygène à la naissance) ou postnatale (par ex. : méningite, traumatisme crânien). Dans seulement 5% des cas, la déficience intellectuelle est attribuable à des facteurs héréditaires identifiables.

Chez certains, la déficience intellectuelle semble être due à des causes environnementales, bien que les connaissances relatives à ce sujet soient encore très limitées. Parmi ces causes, on peut citer les soins extrêmement inadaptés tels que la négligence ou les carences graves de différents types (malnutrition, carences affectives, absence de stimulation). Ces facteurs sont susceptibles de porter atteinte au développement général de l'enfant et non seulement au développement de son intelligence.

Vignette clinique : Mathias, 5 ans, déficience intellectuelle légère

Mathias est envoyé en consultation par l'orthophoniste qui soupçonne chez lui un trouble autistique. D'après elle, Mathias excelle dans certaines matières et échoue dans d'autres : il trace mieux les lettres que ses pairs ; il décode bien mais ne reconnaît pas le sens des mots. Il ne saisit pas le sens des histoires lues en classe. Il ne possède pas beaucoup de vocabulaire et il est souvent difficile à comprendre. Il ne semble pas comprendre le contexte dans lequel il se trouve : par exemple, il ne se lève que par imitation des autres enfants et non parce qu'il a compris que c'était le moment. Il a du mal à maintenir son attention de façon soutenue. Il est facilement distrait et va se mettre à parler avec les autres pendant le cours. D'ordinaire, Mathias est calme et agréable. Cependant il lui arrive de crier et de frapper lorsqu'un autre enfant "envahit son territoire". Ce comportement contraste avec son bon caractère habituel et tend à l'isoler du fait qu'il en devient intimidant.

La maîtresse trouve cela étrange que Mathias ne rie généralement pas aux plaisanteries. Même lorsqu'elle lui précise que c'est drôle, l'enfant ne rit toujours pas. D'après elle, il pourrait s'agir d'un problème émotionnel.

L'année dernière, à son entrée à l'école, Mathias avait été diagnostiqué comme présentant un retard de langage expressif. Il avait aussi un défaut de prononciation. Cependant, il était aussi décrit comme "charmeur" et il recherchait la compagnie des autres enfants. Lorsqu'il était frustré, il pouvait faire des colères, crier et frapper les autres.

Mathias a un ami dont il aime la compagnie et qu'il colle. Cet ami est hyperactif et tolère parfois mal d'être continuellement suivi par Mathias.

Les parents reprennent le discours de l'orthophoniste. Ils ont remarqué que leur fils n'effectuait pas souvent un contact visuel avec son interlocuteur, qu'il avait du mal à utiliser le langage de façon appropriée et qu'il avait tendance à choisir ce qui était le plus rapide (par ex. : il prend une tranche de pain plutôt que de se verser du lait parce que c'est plus vite fait ; il termine son repas à toute vitesse pour pouvoir retourner regarder la télévision). Par contre, ils le pensent intelligent malgré son incapacité à lire. Il peut par exemple nommer 150 cartes d'un jeu à la mode. D'après eux, si Mathias est sérieux à l'école et ne rit pas à propos des plaisanteries, c'est parce qu'il sait que l'école "c'est sérieux". À la maison, par contre, il rit beaucoup.

Mathias apporte souvent de petits jeux à l'école. Il les échange avec ses amis. D'après les éducateurs, il semble souvent perdre au change et se faire berner, bien qu'il ne s'en aperçoive pas.

Mathias aime pratiquer les sports avec son père. Cependant il ne veut pas faire partie du club de football. Il aime aussi aider sa mère dans la cuisine.

Pendant l'évaluation, Mathias bouge beaucoup. Ce qui est le plus frappant est son manque d'initiative au niveau de la pensée : Mathias ne pose pas de questions lorsqu'il ne comprend pas, il ne s'invente pas de scénarios, ses jeux sont pauvres. Les connaissances et les intérêts de Mathias sont très limités. Il semble obnubilé par sa collection de cartes de jeu. L'enfant perçoit correctement les situations simples et les objets mais il n'est pas capable de leur imaginer un rôle ou une suite. De la même manière, il n'arrive pas à se représenter l'état mental d'autrui, que ce soit d'un adulte ou d'un autre enfant. Il ne comprend pas la plaisanterie.

Aux difficultés que présente Mathias, semble se greffer de la paresse: Mathias répond qu'il ne sait pas, même lorsqu'il connaît la réponse. Lorsqu'il n'a pas le choix, il répond de la façon la plus simple et la plus rapide. En regardant les images d'un livre, il saute des pages. Il parle d'un ton traînant. Il est difficile de faire la part de ce qui revient à une mauvaise habitude relevant de l'inertie ou de la facilité et de ce qui provient d'une réelle difficulté de compréhension ou d'intégration de l'enfant.

Il faut noter aussi que Mathias est très attaché à sa famille. Il se dessine dans la cour de l'école avec son frère aîné plutôt que de dessiner des petits camarades.

Lors d'un suivi, un an plus tard, on constate que ses problèmes d'agressivité ont disparu.

À première vue, on observe chez Mathias un retard de langage sur les plans de la prononciation, de la compréhension (il ne comprend pas les histoires lues) et de l'expression. À l'issue d'un bilan psychologique, il apparaît qu'il a une déficience intellectuelle légère. Il est lent et inerte. Il n'a pas les compétences sociales des enfants de son âge. Il ne comprend pas les situations abstraites (les plaisanteries ou le contexte dans lequel il se trouve; les règles qui régissent les jeux, comme le football). Il n'a pas d'initiative. On peut éliminer le diagnostic d'autisme en raison de sa sociabilité (avec les autres enfants et avec ses parents). On aurait pu penser à un trouble de la communication sociale, mais ce diagnostic est écarté du fait des résultats au test de QI de Mathias, qui mettent en évidence des difficultés cognitives plus étendues. Les problèmes que Mathias a dans le domaine de la communication sont dus à ses limitations ; l'enfant ne pouvant exprimer verbalement les raisons de sa frustration et ne pouvant trouver par lui-même de solutions, il a tendance à utiliser des moyens d'expression physiques. Les problèmes d'attention résultent probablement du fait que le programme est trop difficile pour lui. En évitant l'effort, il s'adapte à ses difficultés.

Dans cette observation, on observe que l'hypothèse diagnostique de l'orthophoniste produit un effet de halo auprès de la maîtresse et des parents : le peu de contact visuel, dû possiblement à de la timidité, les difficultés de langage et de compréhension des situations, l'incapacité à comprendre les plaisanteries et les problèmes sociaux sont vus comme confirmant le diagnostic d'autisme ; par contre, les éléments infirmant ce diagnostic ont été laissés de côté.

Les troubles de la communication

Sémiologie

Les troubles de la communication comprennent un ensemble de troubles pour lesquels la communication est rendue difficile en raison de problèmes de prononciation (trouble de la phonation ou trouble spécifique du langage oral, trouble de la fluidité verbale ou bégaiement), problèmes de compréhension et/ou d'expression (trouble du langage ou dysphasie), ou de problèmes au niveau de la pragmatique de la communication (trouble de la communication sociale).

Lors d'une évaluation, ce sont les tests psychologiques qui permettent le mieux de dépister les troubles du langage et en particulier les troubles d'expression et de compréhension. Dans ces cas, on relève un écart important entre les résultats de l'enfant aux tâches verbales et

ceux aux autres tâches (performance, perception visuo-spatiale). L'enfant a un QI non-verbal normal, tandis que son QI verbal est significativement inférieur à la moyenne. Dans la mesure où le langage est essentiel à l'école, on peut comprendre que ces enfants aient de grosses difficultés dans leur travail scolaire. Celles-ci se traduisent par une incapacité à comprendre les consignes et donc à effectuer le travail demandé.

Le trouble phonologique et le bégaiement

L'enfant a des difficultés à se faire comprendre parce qu'il a un défaut de prononciation, parce qu'il ne prononce pas ou confond certains phonèmes (par ex. : utilise le son t à la place du k). Le trouble de la fluidité verbale correspond, lui, au bégaiement.

Le trouble du langage de type expressif

L'enfant n'est pas capable de s'exprimer oralement de façon compréhensible et adaptée à son niveau d'âge, et ce, malgré l'absence d'un trouble phonologique, d'une déficience intellectuelle ou d'une quelconque autre condition susceptible d'entraîner des perturbations langagières. Le déficit peut prendre plusieurs formes et concerner différents aspects du langage comme le vocabulaire ou la grammaire.

Les limitations au niveau du vocabulaire peuvent s'observer à travers l'utilisation persistante de certains mots peu informatifs (par ex. : machin, chose), une difficulté à trouver ses mots ou par des erreurs dans les termes employés. Les déficits au niveau du vocabulaire peuvent affecter la totalité du lexique de l'enfant ou il peut être limité à seulement certains types de mots. Dans ce dernier cas, l'enfant peut sembler disposer d'un vocabulaire riche, mais des déficits spécifiques (par ex. : mots abstraits, concepts spatio-temporels) peuvent être repérés lors d'une évaluation systématique.

Les déficits dans l'expression de la grammaire peuvent se manifester par une simplification ou une omission de structures grammaticales, des structures grammaticales limitées (par ex. : emploi exclusif du présent ou de la voie active), un agencement de mots inapproprié ou une combinaison erronée de formes grammaticales. Les prépositions, les pronoms indéfinis, les verbes auxiliaires, les conjonctions, les négations et les terminaisons de verbes représentent les structures grammaticales les plus souvent omises. Parfois, les déficits grammaticaux n'entraînent qu'une limitation dans la complexité des phrases construites. Chez certains enfants, le discours est décousu et les points essentiels difficiles à saisir.

Le trouble du langage de type expressif peut parfois relever d'un retard simple du langage ou d'un mutisme électif.

Le retard simple de langage

Les enfants varient grandement quant à l'âge d'apparition du langage. Ainsi, avant 4 ans ne parle-t-on pas de retard de langage. Le retard, parce qu'il relève d'un langage caractéristique d'un enfant plus jeune, se distingue du trouble du langage qui lui, suppose la présence d'anomalies qui ne s'observent pas à des stades plus précoces du développement du langage. Un enfant vivant dans un milieu pauvre sur le plan verbal et culturel peut être en retard, faute de modèles et d'éducation. Un enfant négligé est souvent peu verbal en raison d'un manque de stimulations et de problèmes d'attachement et de communication. Un enfant bilingue peut présenter des difficultés à acquérir un bon niveau de langage car il lui faut apprendre deux codes linguistiques distincts. La prise en charge de l'enfant peut conduire à une amélioration notable de son langage.

Le mutisme électif (ou sélectif)

Le mutisme électif (abordé plus en détails dans les troubles anxieux) consiste en un refus délibéré (électif) de parler dans certaines circonstances (sélectif). Cependant, l'enfant est généralement capable de comprendre et d'utiliser le langage normalement. Contrairement aux troubles énumérés ci-dessus, ce trouble est d'origine émotionnelle et non cognitive ou neurologique (ce qui explique qu'il ne soit pas répertorié dans les troubles de la communication dans le DSM-V). Le mutisme débute le plus souvent à l'entrée à l'école. Il s'accompagne fréquemment de comportements d'opposition, d'anxiété, d'un trouble du langage (qui peuvent précipiter le mutisme ou en résulter) ou d'un retard mental léger. Le mutisme électif survient souvent dans un contexte d'anxiété de séparation ou suite à un traumatisme grave (par ex. : agression sexuelle). Les enfants concernés résistent au traitement, mais leur état peut s'améliorer avec le temps.

Le trouble du langage de type réceptif-expressif

Ce trouble est moins fréquent que les précédents, mais plus sérieux. L'enfant qui présente ce trouble ne comprend pas ce qui lui est dit. Il comprend mal les messages longs ou complexes, soit parce qu'il ne comprend pas les mots, soit parce qu'ils ne comprennent les phrases (agrammatisme) ou des ensembles de phrases. Il peut aussi ne pas comprendre ceux qui ne se rapportent pas à la situation présente. Il évite de parler et ne peut participer à une conversation à plusieurs. Un handicap, même léger, dans ce domaine peut avoir des répercussions sérieuses sur le développement. En effet, c'est par le langage que l'enfant apprend à donner un sens au

monde qui l'entoure et qu'il communique et noue des liens interpersonnels. De plus, c'est grâce au langage que se développe sa capacité d'abstraction et de conceptualisation. Bien évidemment, ses difficultés de compréhension limitent considérablement sa capacité à s'exprimer. À noter que dans la dernière version du DSM, la distinction entre trouble du langage de type réceptif et trouble du langage de type expressif n'est plus faite.

Le trouble de la communication sociale (pragmatique)

Ce trouble correspond à une difficulté à saisir et à utiliser à bon escient les signes de communication verbale et non verbale. Cela peut se traduire par un mode d'expression inapproprié à la situation ou au contexte social avec une difficulté à ajuster son discours en fonction de l'interlocuteur et des signaux qu'il envoie. La personne ne comprend pas non plus ce qui n'est pas explicite dans la communication (ex. humour, métaphores, intonation...). Les premiers signes du trouble doivent apparaître tôt dans l'enfance. Les difficultés ne doivent pas s'expliquer par un faible QI.

La surdité partielle

Bien des troubles du langage se révèlent être la conséquence d'une surdité partielle. Une prise en charge est alors impérative et doit être très précoce pour rendre possible l'apprentissage du langage. Il n'est pas rare de rencontrer des enfants malentendants qui sont pris, au bout de quelque temps, pour des autistes. En effet, de tels enfants apprennent à vivre dans leur propre monde et ont tendance à se replier sur eux-mêmes. Leur trouble peut également être confondu avec une débilité légère.

Évolution et troubles associés

Dans de nombreux cas de trouble du spectre de l'autisme, on observe des problèmes de communication. Ces derniers découlent alors d'une perturbation plus générale des relations sociales : l'enfant n'étant pas porté à communiquer avec autrui utilise un langage incompréhensible, parle sur un ton monocorde, etc. Il est parfois difficile de distinguer les cas où des traits autistiques se sont installés suite à un problème auditif ou à un trouble de la communication des cas relevant d'un véritable trouble autistique avec perturbation de la communication. Selon l'évolution de la symptomatologie, il devient possible de déterminer plus spécifiquement le problème. Ce qu'on appelait autrefois le syndrome d'Asperger peut

ressembler au trouble de la communication sociale, mais ce qui distingue ce dernier d'un trouble du spectre autistique est le caractère répétitif ou restreint des comportements, des champs d'intérêt ou des activités de l'enfant.

Aux troubles de la communication peuvent se greffer des troubles oppositionnel ou dépressif. L'enfant en situation d'échec à l'école développe une mauvaise estime de lui-même. Par ailleurs, il se démotive et peut alors chercher à attirer l'attention ou à se distraire en étant turbulent et indiscipliné. Il peut aussi, au contraire, se replier sur lui-même.

Le devenir, à plus long terme, des enfants ayant un trouble de la communication dépend beaucoup de la manière dont celui-ci a été géré à l'école. Si le problème n'a pas été traité, l'enfant risque, à l'adolescence, de "décrocher" de l'école et d'avoir un avenir professionnel incertain. Si à l'inverse, des aménagements ont été faits, les perspectives sont beaucoup plus prometteuses étant donné que l'enfant aura eu l'occasion de s'investir dans des domaines où l'usage du langage n'est pas essentiel (par ex. : la mécanique, le bâtiment, l'informatique...).

Étiologie

La plupart des études portant sur ce qu'on appelle aujourd'hui les troubles de la communication n'incluent pas le trouble de la communication sociale, ce diagnostic n'étant inclus que depuis peu dans cette catégorie de troubles. Ainsi, nous rapportons des résultats sur le trouble du langage plus spécifiquement.

On retrouve des antécédents familiaux chez les trois quarts des enfants présentant un trouble du langage. Les études sur les jumeaux suggèrent l'existence d'un facteur génétique susceptible de jouer un rôle dans l'apparition du trouble. D'après Shaywitz et Shaywitz (1999), les troubles du langage résulteraient d'une interaction entre des facteurs génétiques, un retard ou une anomalie dans la maturation du cerveau et peut-être aussi des lésions cérébrales mineures non détectables.

A l'exception des cas extrêmes de carence ou d'abus, les parents ne sont pas en cause dans la survenue des troubles de leur enfant. La stimulation qu'ils lui apportent peut certes influencer la progression et l'étendue de son langage, mais en aucun cas ils sont à l'origine de déficits caractéristiques du trouble (Tallal et al., 1996).

Il semblerait par contre que les otites récurrentes ou les infections de l'oreille provoquant une perte de l'audition à un âge précoce puissent entraîner un trouble du langage, en raison d'une sous-stimulation à un stade critique du développement du langage. Toutefois si le problème physique est réglé suffisamment tôt, l'enfant peut rapidement combler ses lacunes et acquérir un langage adapté pour son âge.

Le plus souvent, on invoque un déficit neurologique au niveau du traitement des phonèmes (Pennington, 1999). Les enfants touchés par ce trouble auraient du mal à reconnaître certains sons (par ex. : faire la différence entre "da" et "na"), ce qui rendrait la compréhension de certains mots très difficile. Contrairement à ce qu'on observe dans le cas d'enfants qui présentent des problèmes d'otite, un tel déficit peut laisser présager un trouble durable. En outre, il peut y avoir des répercussions sur l'apprentissage de la lecture et de l'écriture.

Vignette clinique : Lucie, 10 ans, trouble du langage

Lucie est une enfant qui a présenté un problème de surdité pendant toute son enfance et n'a reçu des prothèses adaptées qu'à l'âge de 8 ans.   l'heure actuelle, elle présente de sérieux problèmes en classe. Son niveau en matière de compréhension verbale est significativement en dessous de la moyenne. Elle est facilement distraite et a des difficultés à se concentrer. Elle fait beaucoup de fautes en dictée, même après avoir appris les mots. Son niveau en mathématiques est également très faible. Elle a beaucoup de mal à compléter les tâches complexes. A ces moments-là, elle ne suit plus et peut devenir agitée. Elle est mal organisée : elle oublie ses cahiers par exemple.

Lucie est une petite fille agréable et coopérante. Cependant, lorsqu'elle ne se croit pas capable de faire quelque chose, elle abandonne facilement et déclare qu'elle ne comprend pas. Cette habitude nuit à son apprentissage et il lui faut être encouragée à persévérer dans ses efforts.

Selon l'institutrice, Lucie a fait de gros progrès cette année. "Elle se réveille ; elle est sortie de son petit monde." Elle est moins gênée, par exemple, pour parler devant la classe. Elle travaille minutieusement lorsqu'elle comprend ce qu'elle a à faire. Elle aime la lecture.

Il est probable que toutes les années que l'enfant a passées dans un isolement important ont eu des séquelles sur son développement cognitif. Un enfant qui n'a pas de problème de surdité tente de donner un sens aux paroles qu'il entend. Il fait des hypothèses quant à la signification des différents mots, il se familiarise avec la structure des phrases et apprend à prévoir ce qui va arriver. En d'autres termes, l'enfant n'apprend pas seulement à parler et à communiquer, il apprend aussi à réfléchir. Lucie ne sait pas faire ce travail de réflexion. En conséquence, lorsqu'elle ne comprend pas tout de suite, elle ne sait où se tourner et reste passive. Il ne lui vient pas à l'esprit de tenter de deviner le sens de ce qui est dit. De fait, elle n'arrive pas à comprendre les situations. Pour ce qui est de l'attention, elle n'a pas encore appris à sélectionner les sons pertinents et à ignorer les bruits .

En résumé, la surdité de Lucie a entraîné un retard important dans le développement du langage, du raisonnement et de la compréhension des situations. A l'heure actuelle, les problèmes de surdité sont beaucoup moins importants et Lucie a fait de gros progrès. Cependant le retard est encore important, surtout dans le domaine de la pensée abstraite.

Les troubles spécifiques des apprentissages

Sémiologie

On définit les troubles spécifiques des apprentissages par un retard dans les acquisitions scolaires supérieur à un an au niveau primaire et supérieur à deux ans au niveau secondaire, en l'absence d'un quelconque autre trouble pouvant rendre compte du retard. Un trouble des apprentissages ne peut donc être invoqué lorsque le retard observé est dû à une déficience intellectuelle, un déficit de l'attention ou des troubles oppositionnel ou des conduites. Les enfants concernés par le trouble ont une intelligence normale et sont suffisamment motivés à l'école (du moins au départ). En dépit de cela, ils ne peuvent suivre en classe.

En général, ils ont de grosses difficultés en lecture (dyslexie). Certains parviennent à décoder les mots écrits, mais sans pour autant comprendre ce qu'ils lisent. Il existe aussi des troubles des apprentissages qui touchent spécifiquement l'écriture (dysgraphie) ou les mathématiques (dyscalculie).

Le diagnostic se fait à l'aide de tests de performance scolaire : l'enfant doit accomplir certaines tâches et ses performances sont comparées à celles des enfants du même âge. Par ailleurs, le personnel scolaire est bien placé pour dépister les problèmes de ces enfants même si souvent ces derniers sont considérés, à tort, comme lents.

Évolution et troubles associés

Bien que le milieu scolaire permette dorénavant de dépister les enfants qui présentent un trouble spécifique des apprentissages et de leur proposer un soutien approprié, il reste que ce trouble a bien souvent une incidence sur leur fonctionnement général.

Près de 20% des enfants qui ont un trouble des apprentissages présentent également un trouble des conduites. Vraisemblablement, le trouble des apprentissages, du fait qu'il empêche l'enfant de suivre en classe et parce qu'il met l'enfant dans une position d'échec frustrante et dévalorisante, peut l'amener à adopter un comportement perturbateur qui, à terme, peut affecter l'ambiance familiale, puis évoluer vers un trouble des conduites. Aussi, à l'adolescence, ces enfants peuvent s'associer à un groupe d'autres jeunes en échec scolaire et ainsi s'engager dans

des activités délinquantes ou se mettre à prendre de la drogue ou de l'alcool. L'école buissonnière est alors fréquente.

Par ailleurs, environ un cinquième des enfants qui ont un trouble des apprentissages présentent un déficit de l'attention/hyperactivité. On peut imaginer que ce déficit limite sévèrement les capacités de l'enfant à acquérir de nouvelles connaissances et en cela, prédispose à des problèmes d'apprentissage. A l'inverse, les difficultés de compréhension liées au trouble des apprentissages peuvent pousser l'enfant à se désintéresser du travail scolaire, puis devenir inattentif voire agité.

Étiologie

Troubles de la lecture et de l'écriture

Chez 35% à 45% des enfants dyslexiques, on retrouve des antécédents familiaux de trouble des apprentissages. Des estimations réalisées à partir d'études comportementales génétiques suggèrent que l'hérédité rendrait compte de 60% de la variance de la dyslexie (Muir, 2000). Mais étant donné que le trouble des apprentissages n'a pas forcément la même forme chez le parent et chez l'enfant (par ex. : le père peut être dysgraphique et l'enfant dyslexique), il est probable que ce qui est transmis prédispose aux troubles des apprentissages en général, plutôt qu'à un trouble spécifique comme la dyslexie. Comme on vient de le voir, il n'est pas rare que les enfants touchés par un trouble de la lecture ou de l'écriture présentent des difficultés pour discriminer les différents sons. Des problèmes analogues pour différencier des stimuli visuels ont également été notés chez eux.

Vignette clinique : Cédric, 6 ans, trouble des apprentissages (dyslexie, dysgraphie)

Cédric est un enfant agréable et spontané, plein de bonne volonté et capable d'un bon rapport avec les adultes. Il s'entend bien avec ses parents et son petit frère. Il coopère de son mieux pendant l'évaluation psychologique. Il a un certain nombre d'amis et il pratique quelques sports. Cependant, Cédric ne peut ni lire ni écrire. Il déchiffre beaucoup trop lentement les mots pour comprendre ce qu'il lit. De plus, il confond de nombreuses lettres entre elles ou saute des syllabes lorsqu'il lit. Il présente aussi un retard sur le plan de la motricité fine : par exemple, il appuie trop sur son crayon lorsqu'il essaye d'écrire. L'année dernière, Cédric bégayait. Une thérapie orthophonique a considérablement amélioré cette tendance, qui ne tend à revenir qu'en état de stress. Cédric a pris beaucoup de retard à l'école.

Il fait beaucoup d'efforts mais malgré cela, il ne réussit pas, en lecture surtout. Il en vient à se décourager. Il est toutefois bon en mathématiques.

Pour compliquer la situation, Cédric est asthmatique. Il doit souvent s'absenter de l'école parce qu'il est malade ou pour des examens médicaux. De plus, il arrive qu'il ait mal à la tête, ce qui l'empêche de se concentrer.

On peut éliminer le diagnostic de trouble oppositionnel en raison de la sociabilité et du niveau de coopération de l'enfant. Il ne semble pas non plus s'agir de déficience intellectuelle (notamment en raison des bonnes performances en mathématiques). Il semble s'agir de dyslexie (trouble spécifique des apprentissages avec déficit en lecture). Le retard scolaire est probablement dû au trouble des apprentissages et aux absences motivées par le problème d'asthme.

SYNTHÈSE

La déficience intellectuelle se définit par un QI significativement inférieur types à la moyenne (moins de 70) et des difficultés d'adaptation et d'autonomie dans les tâches quotidiennes. Outre des limitations dans leurs capacités d'abstraction et de conceptualisation, les enfants touchés par ce problème peuvent présenter une faible tolérance à la frustration et une labilité de l'humeur. On estime à 3% la prévalence de ce trouble. Dans 30% à 40% des cas, l'étiologie reste inconnue, mais généralement, dans les cas les plus graves, des facteurs organiques sont en cause. Parmi les troubles de la communication, on distingue le trouble phonologique, le bégaiement, le trouble de langage et le trouble de la communication sociale. Les troubles spécifiques des apprentissages renvoient à un retard dans les acquisitions scolaires non congruent avec le potentiel intellectuel de l'enfant. Dans l'étiologie des troubles de la communication ou des apprentissages, on invoque l'implication de facteurs neurologiques et peut-être même génétiques. Des carences graves peuvent aussi affecter le développement cognitif de l'enfant.

DÉFICIT DE L'ATTENTION ET HYPERACTIVITÉ

La sémiologie

Le déficit de l'attention et l'hyperactivité (DA/H) se distinguent des troubles oppositionnel et des conduites par la nature involontaire de ses manifestations. Il s'agit d'une incapacité à se contrôler, plutôt que d'un refus de le faire.

Évolution et prévalence

Les manifestations cliniques du trouble varient en fonction de l'âge. Les enfants hyperactifs se montrent plus agités que les adolescents qui eux, se caractérisent davantage par une impulsivité importante.

Conceptualisation du TDA/H

Selon Barkley, le trouble déficit de l'attention / hyperactivité relève d'un déficit au niveau de l'inhibition du comportement. Celui-ci expliquerait l'ensemble des manifestations cliniques liés au trouble et en particulier l'impulsivité, la fuite des idées et la mauvaise compréhension des situations sociales.

Etiologie

De nombreuses recherches ont d'ores et déjà tenté d'expliquer la survenue de ce trouble. Certaines d'entre elles invoquent des perturbations neurologiques. Les résultats laissent aussi à penser qu'une prédisposition génétique serait en cause. Des complications lors de la grossesse ou l'accouchement pourraient également jouer un rôle dans l'apparition du trouble. L'éducation que reçoit l'enfant peut estomper tout comme elle peut exacerber ses prédispositions.

Sémiologie

Dans le déficit de l'attention/hyperactivité, on distingue trois caractéristiques essentielles : l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité. Le trouble peut se manifester selon trois tableaux : une symptomatologie avec des troubles de l'attention prédominants, une symptomatologie essentiellement marquée par l'hyperactivité, l'impulsivité ou une combinaison de déficit de l'attention et d'hyperactivité-impulsivité.

Il est normal pour un enfant très jeune d'avoir une attention labile et un taux élevé d'activités peu organisées. Le diagnostic de déficit de l'attention / hyperactivité ne peut donc être porté qu'en fonction des normes présentées par les enfants du même niveau de développement : le comportement doit être inadapté au regard de l'âge de l'enfant.

L'inattention se manifeste de différentes manières. Les enfants ont du mal à se concentrer, à travailler avec persévérance à une tâche, à être méticuleux ou précis. Ils sont facilement distraits par les stimuli environnants. Ils souffrent aussi d'un important manque d'organisation, égarant leur matériel de travail, oubliant les horaires ou les routines, procédant sans méthode. Leur rendement est inférieur à celui de leurs pairs en particulier dans les situations structurées (par ex. : en classe).

La deuxième caractéristique essentielle du trouble est le manque de contrôle de soi ou l'impulsivité. Ces enfants parlent et agissent sans réfléchir; ils n'attendent pas la fin des consignes avant de se lancer dans une activité, ils ont des difficultés à attendre leur tour et à ne pas interrompre les autres. Ils prennent des risques exagérés et sont, de fait, portés à avoir des accidents.

La troisième manifestation clinique est l'hyperactivité. L'enfant bouge sans arrêt, il ne reste pas en place, il change continuellement d'activité, même lorsqu'il s'agit de son activité préférée. L'hyperactivité est aussi verbale : l'enfant parle sans arrêt sans s'inquiéter de savoir s'il est écouté ou compris. Il fait sans arrêt des remarques et des commentaires.

Chez un sujet particulier, l'importance relative de chacune de ces composantes varie. Pour les enfants qui ont de graves problèmes d'inattention sans hyperactivité, le trouble est souvent ignoré ou mal diagnostiqué, car leurs symptômes sont moins gênants et manifestes que ceux de leurs camarades hyperactifs.

Les performances, en termes de productivité et d'exactitude, des enfants inattentifs et/ou hyperactifs peuvent varier selon la situation. Leur rendement est particulièrement faible dans les tâches routinières, les tâches qui font appel à un travail méticuleux ou celles pour lesquelles

ils ne sont pas motivés. Ils ont besoin d'être encouragés par des récompenses concrètes et immédiates. Ils recherchent la nouveauté et veulent imposer leur propre rythme.

En outre, ils ont de la difficulté à suivre les règles. Ils ont besoin d'une supervision constante. Mais l'attention particulière d'un adulte les aide considérablement à canaliser leur énergie. C'est ainsi que pris seul à seul, comme cela peut être le cas lors d'une consultation, les cas légers d'hyperactivité peuvent passer inaperçus. Pour cette raison, les enseignants, avant les parents, constituent la meilleure source d'information.

Pour Barkley (1995), le point commun de tous les symptômes de ce trouble est l'insuffisance des mécanismes inhibiteurs du comportement. L'enfant ne peut stopper une idée, une impulsion ou un comportement, une fois ceux-ci commencés.

Évolution et prévalence

Le déficit de l'attention/hyperactivité est décelé chez l'enfant jeune, en général vers 4 ou 5 ans, lors de l'entrée à l'école. Ensuite, à l'école primaire, les problèmes de l'enfant se compliquent souvent : son rendement scolaire est inférieur à ce que l'on pourrait attendre au vu de ses capacités intellectuelles et parfois, il peut devenir opposant. Cette évolution n'est pas inéluctable et varie en fonction des aménagements que l'école offre à l'enfant pour tenir compte de sa condition, notamment en ce qui concerne le programme scolaire.

À l'adolescence, l'inattention persiste. Pour ce qui est de l'hyperactivité, elle peut, dans une certaine mesure, sembler s'être atténuée, mais il s'agit plutôt d'un changement dans son mode d'expression (moins motrice et plus verbale) ou de la mise en place de mécanismes compensatoires (l'adolescent s'orientant vers des activités plus en rapport avec ses capacités ou utilisant des aides pour compenser son manque d'organisation et son étourderie). Les risques d'accident par inattention restent importants (accidents de la circulation). À la fin de l'adolescence toutefois, les symptômes s'estompent dans une majorité de cas. À l'âge adulte, la moitié des sujets diagnostiqués pendant l'enfance souffrent de séquelles ou de complications de leur condition, la dépression ou l'alcoolisme en particulier. Vraisemblablement, les échecs répétés dans le domaine professionnel dus aux facteurs d'inattention, au manque d'organisation ou à l'impulsivité ainsi que les problèmes dans les rapports interpersonnels entraînent une baisse de l'estime de soi, du découragement ou un désir de fuite qui peuvent peu à peu conduire à la dépression ou à l'alcoolisme.

La prévalence du déficit de l'attention/hyperactivité est élevée : on l'estime à 3% à 5% de la population infantine. Elle est beaucoup plus fréquente (au moins quatre fois plus) chez les garçons.

Vignette clinique : Thomas, 7 ans, déficit de l'attention avec hyperactivité

Thomas est vu en consultation à la demande de son école pour des difficultés dans son travail, une mauvaise compréhension des consignes, un manque de concentration et d'autonomie et une écriture déplorable. De plus, Thomas perturbe beaucoup la classe, notamment par ses questions incessantes. Par contre, il arrive à lire comme les autres enfants (mais sans forcément comprendre ce qu'il prononce). Il a été évalué une première fois à l'âge de 4 ans. Il avait alors un an de retard aux tests de développement, avec ses meilleurs scores dans les domaines verbal et social.

Quand les choses ne vont pas comme il le voudrait, Thomas se fâche très vite. Il peut alors recourir à des menaces. Parfois il se sauve et se cache à l'extérieur de l'école. Dans son comportement avec ses pairs, il s'associe d'une part, à des enfants de deux ans de moins que lui et d'autre part, à un enfant de son âge qui est intelligent, agressif et très indiscipliné. Des deux enfants, c'est lui qui a le rôle de leader.

Lorsqu'il arrive dans la salle pour la consultation, Thomas est très enjoué et remuant. La psychologue lui demande : "Dessine-moi ce que tu veux". L'enfant ne cesse de parler et de gesticuler. Il oublie la consigne et pose beaucoup de questions. Sur l'insistance de la psychologue, il finit par dessiner des cœurs. Il explique: "J'ai une belle surprise pour ma mère. Elle s'appelle Marie. Je l'appelle maman parce que c'est ma maman. Ça veut dire des baisers et des caresses [Il montre les symboles qu'il a dessinés]. J'écris vite parce que je suis habitué. Est-ce que tu es en train d'écrire ce que moi j'écris ? " [l'enfant a observé que la psychologue prenait des notes].

L'enfant doit ensuite dessiner une personne. Elle représente sa mère. Il commente ainsi: "Est-ce qu'il y a des personnes qui regardent des films aujourd'hui [à l'école] ? Je suis en train de danser avec ma mère [l'enfant revient à son dessin]. J'ai mis une cassette et là on danse. Puis ma mère elle faisait [il fait un bruit de castagnettes]. Lors d'un autre dessin sur le thème: "Quelque-chose de drôle", Thomas se lève et va chercher un livre sur une étagère. Il n'obéit pas lorsqu'on lui demande de revenir à sa place. Il déclare qu'il en a assez de faire tous ces dessins (qu'il a pourtant faits extrêmement rapidement). Finalement il se met à dessiner et commente : "C'est vraiment drôle. J'aime ça quand c'est drôle parce que ça me fait rire." Il

demande ensuite à aller aux toilettes en précisant que "ça presse beaucoup." L'enfant part et revient rapidement. Il demande: " Est-ce que tu peux me gratter le dos ?" La psychologue l'ayant fait, il la remercie puis se lève et va allumer la lumière ; il commençait en effet à faire sombre.

Thomas doit maintenant dessiner : "Quelque chose de triste". Il dit:

- J'aime pas quand Madame N. [l'institutrice] elle écrit parce qu'après, ma mère, elle est méchante avec moi. [l'enfant parle de remarques relatives à son indiscipline inscrites dans son carnet de correspondance]
- - Pourquoi elle est méchante avec toi, ta mère ?
- - Parce que j'écoute pas. Puis elle me met dans mon lit pour 10 minutes.
- - Et pourquoi tu n'écoutes pas ?
- - J'ai oublié de faire un caca. Ça va prendre deux minutes.
- - C'est bon. Prends ton temps.

L'enfant claque la porte en partant, visiblement sans le faire exprès. Il revient rapidement. Il aiguise le crayon de la psychologue, qui en avait en effet besoin.

- - C'est quand ma mère, elle crie après moi et j'aime pas ça.

Dans ce court extrait, on note plusieurs symptômes ou caractéristiques de troubles de l'attention avec hyperactivité. On note une incapacité à fixer son attention et à se concentrer, une tendance à être distrait, de la turbulence, une extrême rapidité, beaucoup d'oublis et une impulsivité. Lorsqu'il a une tâche à accomplir, Thomas ne peut s'y appliquer pendant plus de 30 secondes. Souvent même, il oublie ce qu'on lui a demandé 5 secondes auparavant. Il effectue son travail extrêmement vite et rarement en silence.

On note aussi un contact social immédiat et facile et une tendance à remarquer des détails concrets. Cet enfant est très attaché à sa mère (cf. les thèmes de ses dessins) et sensible à son approbation (cf. les commentaires sur le carnet de correspondances). Il tend aussi à ne pas s'attarder sur ce qui est désagréable (cf. le dessin triste). Le fait qu'on puisse observer de façon si évidente tous ces symptômes lors d'une consultation individuelle atteste de la sévérité de son trouble.

L'entretien avec la mère fournit des informations complémentaires importantes. Thomas est né prématurément de trois mois. Il a eu besoin de respirer de l'oxygène pendant un an. Il est resté trois mois à l'hôpital entre la vie et la mort. Il a, par ailleurs, de l'asthme. Le père de l'enfant a quitté le foyer à la naissance. Il n'a aucun contact avec la famille. L'enfant ne s'en plaint pas. À propos de son comportement, la mère confirme chez lui une faible

tolérance à la frustration et une tendance à faire des colères. Lorsqu'il joue avec d'autres enfants, Thomas est souvent brutal parce que trop excité. De plus, l'enfant ne dort pas bien. Il bouge tellement la nuit qu'il en use ses draps. Lors d'une consultation chez un pédiatre il y a deux ans, celui-ci avait recommandé une nouvelle consultation au cas où l'enfant présenterait des difficultés à l'école. La mère, du fait qu'elle est contre l'utilisation de médicaments, n'est pas retournée le voir.

Concernant l'étiologie, on peut penser qu'il existe un problème neurologique, la naissance difficile ayant sans doute joué un rôle. Le rôle de l'absence du père est difficile à déterminer. Par la suite, la mère a finalement accepté que Thomas prenne un traitement médicamenteux. Un an plus tard, l'enfant suivait un régime de méthylphénidate (Ritaline) ; son comportement s'est considérablement amélioré.

Chez Thomas, les symptômes sont clairs et tous observables pendant la consultation. Cela vient de ce que l'enfant est jeune et que sa condition est grave et sans trouble associé (comme l'opposition par exemple). Des cas aussi simples sont assez rares. La plupart du temps, des informations doivent être rassemblées à partir de diverses sources. De plus, avec l'âge, les symptômes deviennent moins évidents. Voici le cas d'un adolescent :

Vignette clinique : Laurent, 15 ans, déficit de l'attention avec hyperactivité

Laurent est un adolescent qui a une capacité d'attention extrêmement limitée (quelques minutes seulement). Il est aussi très mal orienté et a de sérieux problèmes de mémoire. Il présente un retard scolaire important.

Laurent a de graves troubles du langage (il a la voix rauque à force de parler tout le temps et trop fort ; il prononce mal et de ce fait, est difficile à comprendre ; il a un retard sévère au niveau de la compréhension du vocabulaire). Il consulte, pour cela, une orthophoniste.

Pendant l'évaluation, le jeune est très laconique. Il semble ne pas aimer et ne pas être capable de s'exprimer. Il a pris l'habitude de ne pas répondre ou d'utiliser une mimique gestuelle au lieu des mots. Par exemple, il hausse les épaules plutôt que de faire une phrase pour exprimer sa pensée.

Laurent a une pensée très enfantine. Comme il ne prend pas le temps de réfléchir et qu'il est très impulsif, lorsqu'il doit analyser une situation, il en choisit les caractéristiques les plus évidentes et les plus concrètes. (il ne prend en compte que les éléments présents dans une

situation et non ceux qui ne sont pas visibles ; il ne sait pas inférer la signification d'un événement à partir de ses observations). Il est en conséquence difficile de connaître son vrai potentiel intellectuel.

Laurent est un jeune qui ne prend pas en considération les risques que peuvent comporter les situations dans lesquelles il s'engage. C'est ainsi que lorsqu'il avait 12 ans, il lui arrivait de traverser la route sans regarder. Il peut manipuler une flamme sans prendre les précautions nécessaires. De plus, c'est un jeune qui aime les défis et le danger, ce qui accentue encore davantage sa prise de risques. De même avec autrui, il peut être dangereux. Il peut inventer ce qui est pour lui un jeu ou une taquinerie, mais qui représente en réalité un danger (par ex. : il les pousse ou les effraie).

Laurent n'a pas la capacité ou la volonté de s'auto-évaluer. Il est en cela comme un enfant beaucoup plus jeune. Il n'accepte pas les critiques et rejette le plus souvent la responsabilité sur l'extérieur. De fait, il n'accepte pas les remontrances et n'apprend rien de ses erreurs. Il devient insolent et opposant. Il ne respecte pas les règlements de l'école.

Laurent a par ailleurs des troubles du langage. Il est possible que ceux-ci soient dus à une fragilité neurologique, également à l'origine du déficit de l'attention et de l'hyperactivité. Laurent semble aussi présenter une importante labilité de l'humeur et une mauvaise estime de lui-même. Cela n'est pas étonnant, vu les rejets et autres conséquences désagréables de ses actes impulsifs. Ces symptômes, ainsi que son trouble oppositionnel, découlent vraisemblablement de sa condition.

Ces deux cas illustrent la même condition de troubles de l'attention avec hyperactivité. Un facteur neurologique est probable dans les deux cas en raison de la gravité des conditions et de l'absence relative de facteurs environnementaux causatifs importants. Beaucoup des différences dans les tableaux cliniques proviennent en grande partie de l'âge des enfants. La condition de Thomas se manifeste surtout par de l'hyperactivité, celle de Laurent frappe par l'importance de l'impulsivité.

La différence entre les deux cas vient surtout de la présence de troubles associés chez Laurent. Vraisemblablement, une large portion de cette différence vient de la façon dont leurs problèmes ont été gérés. Dans le premier cas, on a une mère attentionnée et ouverte qui suit les recommandations qu'on lui fait. Dans le second cas, la famille n'est pas du tout impliquée et aucun programme n'a été élaboré pour le jeune depuis l'entrée à l'école.

Conceptualisation du TDA/H comme d'un déficit au niveau de l'inhibition du comportement

Quay (1989) a avancé l'idée que les symptômes des enfants souffrant de TDA/H (mais non ceux qui ont un déficit de l'attention seul) s'expliqueraient par un déficit dans le système d'inhibition du comportement. Autrement dit, l'impulsivité de ces enfants rendrait compte de leur hyperactivité ainsi que de leurs troubles d'attention.

A partir du postulat de Quay, Barkley (1997) a proposé un modèle théorique explicitant les répercussions de ce déficit au niveau du fonctionnement général de l'enfant. Ce modèle s'appliquerait aux situations qui demandent de la part de l'enfant un relatif effort d'attention et de persévérance. Des différences entre les enfants présentant un DAH et les autres n'apparaîtraient que quand ils seraient en âge d'avoir des capacités d'auto-régulation (et donc d'inhibition du comportement) suffisamment développées.

Barkley rappelle que l'inhibition du comportement permet de retarder une réponse et surtout, de maintenir la représentation mentale de l'événement, le temps du délai. Ce maintien de représentations mentales serait à la base de la mémoire de travail, qui permet de retenir des informations (ex. une tâche à exécuter) le temps qu'on les traite. D'après Barkley, le déficit d'inhibition du comportement, du fait d'une absence de délai entre le stimulus et la réponse, et donc d'une absence de représentation de la situation, entraînerait des perturbations dans la mémoire de travail. Or ces perturbations rendraient compte des oublis et de la fuite des idées manifestés par les enfants avec un DAH.

Barkley explique aussi comment le déficit d'inhibition comportementale peut être en cause dans la mauvaise compréhension sociale des enfants avec un DAH. Il précise que quand il y a un délai entre le stimulus et la réponse, la personne peut prendre du recul par rapport à la situation, mettre en perspective son impression initiale, et prendre en considération les facteurs extérieurs, particulièrement le point de vue d'autrui. Ce processus renvoie à ce que Bronowski appelle "la séparation de l'affect". Or, s'il n'y a pas inhibition, cette réflexion ne peut s'effectuer. L'enfant, de ce fait, ne prend pas conscience des attentes d'autrui, ne se rend pas compte de la manière dont il est perçu, ni de la raison pour laquelle on peut mal réagir à son comportement.

Bien qu'il propose d'expliquer l'essence du DAH, le modèle de Barkley ne rend pas compte de l'origine du déficit invoqué. Au vu des différents travaux sur le DAH, il semble porté à croire que l'origine est avant tout organique.

Étiologie

Facteurs endogènes

Seuil d'excitation élevé

Selon Barkley (1990), les enfants qui présentent un DAH sont peu motivés à réguler et à différer leurs impulsions en fonction des exigences de la situation, car ils sont peu sensibles aux conséquences de leurs actes (par ex. : punitions). Cette idée repose sur les résultats d'études qui montrent qu'au niveau de l'activité électrique du système nerveux, ces enfants ont un niveau d'excitabilité inférieur aux autres enfants. Ainsi, seules des conséquences particulièrement saillantes auraient un effet sur eux. Ce faible niveau d'excitabilité pourrait expliquer pourquoi ils ont du mal à rester focalisés sur quelque chose de précis. Barkley stipule que l'hyperactivité leur permettrait de trouver des sources de stimulation qui, autrement, leur feraient défaut. Les recherches sur ce sujet, en raison de leurs faibles effectifs, ne permettent pas encore de démontrer un lien significatif entre le niveau d'excitation et le trouble DAH. Une méta-analyse ou davantage de travaux sur ce sujet sont nécessaires avant de pouvoir invoquer la sous-excitation comme possible facteur étiologique du DAH.

Facteurs neurologiques

Les chercheurs penchent actuellement en faveur de l'hypothèse d'un ralentissement du métabolisme au niveau des certaines zones du cerveau. Plusieurs neurotransmetteurs seraient impliqués dans ce ralentissement.

Bien qu'intéressantes, ces études ne permettent pas d'affirmer avec certitude que des facteurs neurologiques sont en cause dans l'apparition d'un DAH. En effet, si les anomalies neurologiques peuvent effectivement influencer le comportement, le comportement peut lui aussi modifier le métabolisme des neurotransmetteurs.

D'autres études suggérant l'implication d'une composante génétique amènent cependant à penser que ces anomalies seraient héréditaires et donc antérieures aux problèmes de comportement.

Facteurs familiaux et/ou génétiques

Il n'est pas rare de recenser chez les enfants atteints de DAH des antécédents familiaux. En effet, le trouble se retrouve chez 10% à 35% des parents de premier degré et chez 32% des frères et sœurs des enfants touchés. Par ailleurs, on constate que les enfants naturels de parents délinquants ou criminels sont plus touchés par le DAH que les autres enfants et ce, même

lorsqu'ils ont été adoptés par une autre famille. Ces résultats pourraient aller dans le sens de l'existence d'un facteur endogène prédisposant au trouble.

D'autres études sur des enfants adoptés vont dans le même sens. Une étude comparant les niveaux d'activité respectifs des parents et de leur enfant DAH tantôt dans des familles d'adoption, tantôt dans des familles où réside l'enfant naturel, a montré que les parents naturels avaient un niveau d'activité plus proche de leur enfant que les parents adoptifs n'en avaient avec le leur. Outre l'éducation, il est donc possible que le capital génétique explique une partie de la ressemblance trouvée entre parents naturels et enfants présentant un DAH. On doit toutefois rester prudent quant aux conclusions à tirer de ces résultats, dans la mesure où il s'agit d'études rétrospectives. La véracité des observations recueillies n'est alors pas absolue.

Quoi qu'il en soit, les études réalisées auprès de jumeaux constituent un argument de poids en faveur de l'implication d'un facteur génétique dans le DAH. Concernant le niveau d'activité ou la "distractibilité", il apparaît que les jumeaux monozygotes se ressemblent plus que les jumeaux dizygotes, qui eux, se ressemblent plus que les frères et sœurs non jumeaux. Une méta-analyse réalisée par Stevenson (1992), regroupant les résultats de plusieurs études sur les facteurs génétiques, suggère que plus les symptômes sont lourds, plus le facteur génétique est prépondérant. Dans l'ensemble, Stevenson rapporte des corrélations qui varient entre .50 et .90 (moyenne de .80).

Ainsi, un nombre croissant de recherches tendent à confirmer l'implication d'un facteur génétique dans le DAH. Il semblerait toutefois que le poids de ce facteur varie d'un individu à l'autre. Toutefois, même chez les enfants qui seraient particulièrement prédisposés à développer un DAH, l'éducation qu'ils reçoivent influence quelque peu le cours de leur développement. Si l'enfant a la chance de grandir dans un environnement optimal, ses tendances à l'agitation pourront être estompées. A l'inverse, des facteurs de stress peuvent précipiter la survenue du trouble. Outre une éducation inadaptée, des complications pendant la grossesse ou l'accouchement ou des intoxications peuvent jouer en défaveur de l'enfant.

Complications prénatales ou périnatales

Une étude longitudinale a montré que la consommation d'alcool pendant la grossesse était associée au trouble DAH, et ce, pendant une grande partie de l'enfance et dans une moindre mesure jusqu'à l'adolescence (Steinhausen et al., 1993). L'exposition au tabac semble également fragiliser l'enfant (Bennett et al., 1988)

Chandola et al. (1992) ont trouvé que la durée du travail lors de l'accouchement, ainsi que l'amplitude de l'hémorragie étaient corrélées au DAH. Cette corrélation était toutefois très faible.

En bref, on peut être amené à penser que des complications pendant la grossesse ou l'accouchement fragilisent l'enfant par rapport à la survenue d'un DAH. A moins peut-être d'un traumatisme ou d'une intoxication importante, il semble toutefois que le rôle de ces facteurs soit relativement modeste. On peut néanmoins concevoir que chez un enfant prédisposé génétiquement, ils peuvent parfois suffire à provoquer l'apparition du trouble.

Facteurs psychosociaux

D'après une étude menée par Goodman et Stevenson (1989), moins de 15% de la variance des symptômes de DAH seraient dus à des facteurs environnementaux (ex. éducation, complications périnatales, intoxications). Ce rôle modeste explique peut-être la rareté des hypothèses étiologiques psychogènes relatives à la survenue de ce trouble.

Bettelheim (1973) avait suggéré qu'un enfant présentant un tempérament difficile serait susceptible de former un DAH si sa mère, plutôt que de s'adapter à lui, se montre rigide et intransigente. Face à ces exigences irréalisables, le tempérament difficile de l'enfant ne ferait qu'empirer et deviendrait pathologique. Bien que certaines études aient confirmé l'idée que les parents d'enfants DAH présentent certaines caractéristiques distinctes de celles d'autres parents, elles ne permettent pas de dire si ces comportements parentaux sont une cause ou une conséquence du trouble. On peut facilement imaginer que les parents d'enfants DAH soient mis à rude épreuve et que des perturbations familiales s'ensuivent.

Certaines études ont néanmoins montré qu'un tempérament difficile à la naissance, s'il affecte la relation avec le parent, peut se cristalliser, voire empirer. Mais il est important de souligner que lorsque des relations difficiles s'instaurent entre les parents et l'enfant, ce dernier forme généralement non pas un DAH simple, mais un DAH accompagné d'un trouble oppositionnel ou d'un trouble des conduites. Dans les cas où l'enfant n'a qu'un DAH, les facteurs familiaux jouent un rôle nettement moins important.

Mais dans certains cas, l'enfant peut, par son trouble, exprimer un malaise. Il n'est pas rare, par exemple, qu'à l'issue d'un divorce, les enfants présentent un problème de DAH. Certains psychanalystes voient dans l'agitation une défense contre l'angoisse, le symptôme permettant alors une mise en actes du conflit psychique (Klein, 1925). Si pour Fonagy et al. (1995), l'apparition du trouble traduirait une incapacité à gérer les affects par le seul travail mental, les capacités d'élaboration des enfants externalisants suggèrent plutôt que le trouble

constitue une stratégie d'évitement leur permettant de se détourner d'une anxiété relative à l'attachement (ex. rejet, séparation, abandon) qu'ils parviennent à se représenter, mais contre laquelle ils se défendent (Miljkovitch, 2002).

En résumé, les facteurs psychosociaux semblent surtout jouer un rôle chez les enfants qui développent en plus du DAH, un trouble des conduites ou un trouble oppositionnel. Pour les cas "purs", l'origine du trouble paraît plus vraisemblablement être essentiellement imputable à des facteurs endogènes.

SYNTHÈSE

Trois traits cliniques essentiels caractérisent le trouble : l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité. Certains enfants peuvent ne présenter qu'un problème d'attention (sans hyperactivité). D'autres, à l'inverse, peuvent se montrer principalement hyperactifs et impulsifs. Les manifestations cliniques changent avec l'âge, les adolescents étant moins agités que les enfants plus jeunes. Le TDA/H concerne entre 3% et 5% des enfants. Les garçons sont au moins 4 fois plus touchés que les filles. Un seuil d'excitation anormalement élevé pourrait être à l'origine du trouble ; ceci expliquerait pourquoi les enfants ont besoin d'une quantité importante de stimulations et sont peu sensibles aux conséquences de leurs actes. Les résultats des recherches mettent en cause des facteurs neurologiques, génétiques et/ou obstétricaux dans l'apparition du trouble. Le trouble peut aussi être réactionnel (par ex. : divorce des parents) et dans ce cas plus transitoire. Un climat familial défavorable peut également accentuer les tendances de l'enfant à être agité, mais dans ce cas précis, le TDA/H s'accompagne généralement d'un trouble oppositionnel ou d'un trouble des conduites.

LES TROUBLES DISRUPTIFS, DE CONTRÔLE DES IMPULSIONS ET DES CONDUITES

Cette catégorie de troubles renvoie à une perturbation au niveau du contrôle des émotions et/ou des comportements et/ou à une violation des droits d'autrui, des normes sociales ou des règles. Quelques actes indésirables pendant l'enfance ou l'adolescence sont fréquents et banals et ne justifient pas à eux seuls ce diagnostic. En revanche, plus les troubles apparaissent tôt et s'observent dans différents contextes (maison, école...), plus ils doivent alarmer.

Le trouble oppositionnel avec provocation

Ce trouble se caractérise principalement par un manque de coopération et du négativisme. Il peut apparaître assez tôt et évoluer vers un trouble des conduites.

Le trouble explosif intermittent

Il s'agit d'une nouvelle catégorie diagnostique qui correspond à une incapacité à contrôler ses impulsions agressives donnant lieu à de fréquents débordements.

Le trouble des conduites

Le trouble des conduites consiste, d'après la définition du DSM, en "un ensemble de conduites répétitives et persistantes, dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet".

Étiologie

L'étiologie de ces troubles comprend une multitude de facteurs, le rôle de l'environnement étant le plus déterminant. Celui-ci serait peut-être particulièrement critique chez des enfants présentant une réactivité physiologique réduite au stress ou une faible sensibilité aux conséquences négatives de leurs actes.

Évolution

L'évolution est très variable. Il convient de ne pas sous-estimer la gravité de ces troubles. Lorsqu'ils sont sévères et apparaissent à un jeune âge, ces troubles peuvent être le prélude à de nombreux problèmes à l'âge adulte tels que la criminalité, l'alcoolisme, la toxicomanie, la dépression, le suicide ou une mauvaise insertion sociale.

Le trouble oppositionnel avec provocation

Sémiologie

Le trouble oppositionnel avec provocation se caractérise par des comportements de défi, de la désobéissance et une tendance à la provocation. L'enfant refuse systématiquement de faire ce qu'on lui dit. D'autres symptômes peuvent faire partie du tableau :

- une tendance à toujours argumenter et à contester ce que disent les adultes
- une violation de règles mineures (par ex. : rentrer à l'heure, faire ses devoirs)
- une tendance à se mettre en colère
- une susceptibilité exagérée
- une attitude rancunière et vindicative
- un rejet de la responsabilité sur autrui
- une tendance à s'impliquer dans les bagarres
- le mensonge.

Les symptômes sont d'une gravité telle qu'ils interfèrent dans le bon fonctionnement à la maison, dans les situations sociales ou à l'école. Il ne s'agit donc pas de simples comportements d'opposition occasionnels que l'on peut noter chez nombre d'enfants. Chez les moins de 5 ans, on parle de trouble oppositionnel lorsque les comportements d'opposition s'observent presque tous les jours, tandis que cela passe à moins d'une fois par semaine à partir de 5 ans. Ces comportements doivent en outre paraître disproportionnés au vu des normes culturelles de l'enfant et de ce qui est habituel chez les enfants du même âge.

Le trouble est généralement rapporté par les parents et les enseignants de façon assez fiable. Il s'exprime le plus souvent en présence de personnes que l'enfant connaît bien mais peut passer inaperçu lors d'un entretien avec un psychologue. Sa sévérité croît avec le nombre d'endroits où il se présente, allant de légère (un endroit : famille, amis, école) à sévère (au moins 3 endroits).

Prévalence

Avant l'âge de 12 ans, les garçons présentent ce tableau 40% de fois plus souvent que les filles ; cette différence disparaît toutefois à l'adolescence. Le taux de prévalence est très variable selon les études ; il varie entre 1% et 11% (3,3% en moyenne).

Troubles associés

Le trouble oppositionnel peut parfois être une complication d'un déficit de l'attention avec hyperactivité. Cependant la réciproque n'est pas vraie : le trouble d'opposition ne prédispose pas au déficit de l'attention avec hyperactivité. Bien que les enfants opposants puissent devenir très turbulents et se désintéresser du travail scolaire, ils n'en sont pas moins capables de rester tranquilles et de se concentrer pendant de longues périodes s'ils le désirent. Le trouble oppositionnel peut aussi s'accompagner d'un trouble anxieux ou de dépression. Dans certains cas, il évolue vers un trouble des conduites.

Évolution

Les premiers symptômes apparaissent le plus souvent avant l'âge de 6 ans et rarement après le début de l'adolescence. Généralement, les symptômes vont en augmentant et font courir le risque à l'enfant d'avoir des problèmes d'adaptation à l'âge adulte (comportement anti-social, de contrôle des impulsions, consommation de substances, anxiété, dépression).

Vignette clinique, 9 ans, trouble oppositionnel

Jules est un enfant intelligent qui a de graves problèmes de discipline à l'école. Ces problèmes remontent à son entrée en maternelle.

En classe, Jules n'obéit pas : il ne suit pas les consignes, il dérange et interrompt les autres quand ils parlent. Il intervient pendant les moments de silence. Il est turbulent et ne reste pas souvent à sa place. Il bouscule les autres dans les rangs. Il est aussi mal organisé et a tendance à perdre ses affaires. Malgré son intelligence, Jules ne réussit pas bien dans son travail : il peut lire, mais il écrit très mal. On a l'impression qu'il ne s'applique pas suffisamment.

Jules veut être le centre d'attention et veut toujours avoir le dernier mot. Il n'accepte pas de perdre et est déterminé à arriver à ses fins. Etant donné qu'il ne se soucie pas des conséquences ou de la signification de ses actes, il peut se montrer méchant à l'égard de ses pairs pour y arriver. De plus, il cherche à se déresponsabiliser ou à se trouver des excuses. Les accusations portées contre lui lui paraissent injustes. Mais la plupart du temps, Jules sait comment éviter les problèmes et présenter les situations à son avantage. De fait, certains adultes le perçoivent comme un manipulateur. Le personnel scolaire est exaspéré par son comportement et pense que c'est un cas désespéré.

Jules semble avoir un côté artiste. Il dessine très bien et a beaucoup d'imagination. Ces qualités ne sont pas évidentes en classe en raison de ses problèmes de discipline. Il a beaucoup

de mal à suivre une routine (problème qui existe depuis plusieurs années). Il a trop d'énergie et d'imagination et a besoin de diversité. Jules peut être généreux et il aime aider les plus petits.

Jules a un trouble oppositionnel : il désobéit, ne respecte pas les règles et refuse de se plier. Il veut toujours avoir raison et défie les adultes. Il ne reconnaît pas sa part de responsabilité ; il déforme la réalité et se montre exagérément susceptible. Il entretient de mauvais rapports avec ses pairs.

Toutefois, les dispositions artistiques de l'enfant ne peuvent sans doute pas s'exprimer et s'épanouir dans le milieu scolaire. Dans la mesure où elles ne sont pas compatibles avec le cadre imposé par l'école, elles compliquent l'adaptation de Jules en classe et en cela, exagèrent encore davantage ses problèmes d'opposition. C'est vraisemblablement cette inadéquation avec le milieu scolaire qui amène le personnel de l'école à porter un regard aussi pessimiste sur son cas.

Deux ans plus tard, après plusieurs prises en charge, la situation de Jules s'est nettement améliorée. Mais suite au divorce de ses parents, son humeur est devenue triste et il a présente à nouveau des problèmes relationnels (i.e. tendance à se disputer pour un rien). Jules voudrait que ses parents revivent ensemble. Il se considère comme une victime. Son trouble oppositionnel est "réactivé" sous l'influence du stress: sa quérulence et sa susceptibilité réapparaissent.

Le pronostic est néanmoins assez bon. Tout d'abord, l'enfant est intelligent ; il est donc à même de bénéficier de l'aide qui lui est fournie et plus capable d'introspection et d'auto-critique. Il a aussi des ressources pour trouver des solutions originales à ses problèmes. Ensuite, les symptômes étaient aggravés par une inadéquation entre l'école et les besoins de l'enfant, inadéquation qui semble avoir grandement diminué. Enfin, le fait que le trouble ait été réactivé à l'occasion d'un stress laisse supposer qu'il va s'estomper voire disparaître une fois la période de stress terminée.

Le trouble explosif intermittent

Ce trouble se caractérise par des débordements comportementaux récurrents, reflétant une incapacité à contrôler ses impulsions agressives chez des enfants d'au moins 6 ans de niveau de développement. Les symptômes apparaissent face à une provocation perçue. On l'envisage lorsque l'enfant agresse verbalement (crises, disputes...) ou physiquement des biens,

des animaux ou des personnes (1) fréquemment (environ deux fois par semaine pendant au moins 3 mois) mais sans créer de dommages physiques, ou bien (2) plus rarement (3 débordements sur 12 mois) mais avec des conséquences plus graves (dommages, destruction, blessures). Les débordements sont de courte durée (moins de 30 minutes) et apparaissent suite à des « provocations » mineures. Dans ce trouble, l'agressivité de l'enfant est disproportionnée et subite (sous le coup de la colère). Elle ne semble pas viser un objectif précis. L'enfant alterne généralement des comportements sévères avec des comportements moins sévères.

Ce trouble entraîne une détresse significative chez l'enfant et peut causer des problèmes avec l'école (ou plus tard avec la justice).

Le diagnostic de trouble explosif intermittent peut être donné en plus du TDA/H, d'un trouble des conduites, d'un trouble oppositionnel ou d'un trouble du spectre de l'autisme.

Le trouble des conduites

Le recours à la force et une attitude et des valeurs anti-sociales constituent deux caractéristiques essentielles du trouble, qui laissent présager un mauvais pronostic.

Sémiologie

Les actes répréhensibles peuvent être d'ordres divers. On peut les classer en 4 grandes catégories:

1. les délits relatifs à des biens, tels que le vol, le vandalisme ou les cambriolages ;
2. la dissimulation, la fourberie et le mensonge ;
3. le non respect des normes et des règles établies (par ex. : sortir tard le soir en dépit de l'interdiction imposée par les parents, manquer l'école)
4. les agressions à l'encontre de personnes ou d'animaux.

Dans le trouble des conduites, on observe non seulement une agressivité réactive (comme c'est le cas dans le trouble oppositionnel), mais également une agressivité proactive (ou instrumentale). L'agressivité réactive constitue une réponse à une provocation (réelle ou perçue), tandis que l'agressivité proactive consiste à recourir à la force pour arriver à ses fins (par ex. : obtenir des biens matériels).

L'estime de soi des enfants agressifs est fragile : pour ne pas se heurter à leurs propres limites et être confrontés à l'échec, ils peuvent refuser de faire des efforts pour accomplir une tâche. Leur humeur est souvent labile, avec des phases de dépression.

Par ailleurs, ils tendent à consommer tabac, alcool et drogues plus tôt et plus souvent que leurs pairs. Ils ont aussi des comportements sexuels plus précoces et changent souvent de partenaire. Ils ont un comportement à risque dans ce domaine (grossesse non-désirée, absence de protection contre les maladies vénériennes).

Troubles associés

Il est fréquent que d'autres troubles soient associés aux troubles oppositionnel ou des conduites. Nous avons vu précédemment que le déficit de l'attention/hyperactivité pouvait entraîner un trouble oppositionnel, voire un trouble des conduites. Des troubles de l'humeur sont alors généralement présents dans le tableau clinique.

Prévalence

Le taux de prévalence dans la population générale varie entre 4% et 6%, selon les études, avec une forte majorité de garçons. Les troubles oppositionnel et des conduites constituent le motif de consultation le plus fréquent (entre 35% et 50% des cas). Plutôt qu'un véritable fait de société, ces chiffres élevés peuvent refléter la moins bonne tolérance des adultes à l'égard de ces symptômes en comparaison à d'autres moins bruyants (par ex. : dépression).

Note sur la délinquance

Le terme de "délinquance" est un terme juridique qui peut s'appliquer à n'importe quel jeune ayant commis un délit ; il ne s'agit pas d'un diagnostic. La plupart des délinquants n'ont pas pour autant un trouble des conduites. Par contre, beaucoup des jeunes pour lesquels ce diagnostic a été porté ont commis des actes délictueux ; un certain nombre ont eu maille à partir avec la justice.

Évolution

Les troubles oppositionnel ou des conduites peuvent apparaître à un âge précoce (à 5 ans), mais le plus souvent, ils se révèlent plus tard. Plus le trouble est précoce, plus il est grave et susceptible de durer. D'ailleurs, l'âge d'apparition constitue un facteur de sévérité. Les cas précoces de trouble des conduites concernent plus les garçons et les enfants avec un TDA/H ou un autre trouble neuro-développemental. On y observe généralement des comportements d'agression physique, des perturbations dans les relations avec les pairs et un trouble oppositionnel pendant la petite enfance. Les enfants concernés manquent plus souvent d'empathie et sont peu sensibles à la punition. Ils ont des manifestations émotionnelles qui

peuvent « s'allumer et s'éteindre » rapidement selon leur intérêt du moment (par exemple, se fâcher pour intimider ; pleurer pour apitoyer ...).

L'agressivité, en particulier, se révèle être un comportement relativement stable au cours de la vie (étude sur 25 ans menée par Farrington, 1991 ; voir aussi le rapport de l'INSERM de 2005). Les adultes ayant présenté un trouble des conduites avec violence dans l'enfance ou l'adolescence fument et boivent plus, conduisent plus souvent en état d'ébriété, commettent plus d'infractions, vivent plus souvent dans des conditions insalubres et ont des relations interpersonnelles plus conflictuelles et violentes (Farrington, 1991).

Les trois-quarts des enfants présentant un trouble des conduites ont précédemment présenté un trouble oppositionnel. La distinction entre les deux diagnostics mérite cependant d'être faite, car pour environ la moitié des enfants, le trouble oppositionnel n'évolue pas vers un trouble des conduites.

Diagnostic différentiel entre trouble oppositionnel et trouble des conduites

Le trouble oppositionnel et le trouble des conduites peuvent être placés sur un même continuum de gravité. Le premier est caractérisé par du négativisme, de la défiance et un refus de se plier, tandis que dans le second, les droits d'autrui et les normes ou règles de la société ne sont pas respectés. Bien qu'une distinction entre les deux troubles soit facile à établir sur un plan théorique, dans les faits, les deux catégories sont parfois difficiles à distinguer en raison d'un recoupement de symptômes : par exemple, le fait de commencer une bagarre peut être vu comme une tendance à se mettre en colère en raison d'une susceptibilité excessive (ce qui est caractéristique du trouble oppositionnel), tout comme il peut être considéré comme une agression envers autrui (ce qui relève du trouble des conduites). De plus, les cliniciens ont tendance à privilégier un diagnostic de trouble oppositionnel plutôt que des conduites, avant l'âge de 7 ou 8 ans, même lorsqu'il y a agression. Cette tendance n'est pas justifiée et mène à une confusion entre ces deux troubles et à l'idée erronée que le trouble oppositionnel se transforme souvent en trouble des conduites.

Étiologie

Théories psychogènes

Le rôle de l'attachement

A l'issue d'une étude qu'il a menée sur 44 délinquants juvéniles, Bowlby remarque que nombre d'entre eux avaient subi, avant l'âge de 5 ans, d'importantes séparations d'avec leurs figures d'attachement. Ces jeunes manifestaient par ailleurs une absence d'affection pour quiconque. Sur cette base, il considérait qu'en l'absence d'un lien d'amour entre l'enfant et ses parents, la construction d'un Surmoi est fortement compromise. La construction défailante d'un Surmoi rendrait compte du peu de conscience manifestée par ces enfants, ainsi que de la non intégration de règles sociales.

Outre un Surmoi défailant, Bowlby pensait que les séparations provoquent une importante colère. L'expression de cette colère aurait, selon Bowlby, une fonction adaptative de restauration du lien d'attachement. Plus précisément, elle aurait pour fonction de mettre un terme à la séparation, tout en dissuadant les parents de repartir à nouveau. Dans le contexte d'une relation stable et sécurisante, l'occurrence d'une séparation peut provoquer de la colère, mais celle-ci est transitoire et peut être relativisée par les aspects globalement satisfaisants de la relation. Par contre, si les séparations se succèdent, la colère augmente pour atteindre des niveaux dysfonctionnels. Au lieu de favoriser la proximité, la colère vient alors fragiliser le lien avec les parents, en induisant chez ces derniers des réactions de rejet. Si tant est que le lien reste entaché par ces expériences, l'enfant forme un ressentiment grandissant qui, à terme, peut se transformer en haine. Si la séparation se prolonge, la représentation que l'enfant se fait de ses parents peut être d'autant plus négative qu'il en est éloigné et qu'en conséquence, il ne peut la corriger en relativisant leurs défauts et en intégrant leurs qualités. Face à une image fantasmée de plus en plus mauvaise des parents, le sentiment d'amour à leur égard en vient à disparaître et à être remplacé par une haine grandissante. Cette haine peut à terme s'exprimer sous forme de tendances antisociales.

Un scénario analogue peut s'observer lorsque les parents ont recours de façon récurrente à des menaces de séparation (par ex. : "*Si tu continues à être vilain, on t'envoie en pension*"). Dans ces conditions, l'enfant peut ne pas directement exprimer sa colère à leur égard pour préserver la relation, mais la diriger vers d'autres personnes. Greenberg et Speltz (1988) vont jusqu'à dire que les comportements perturbateurs de l'enfant constituent une ultime tentative pour attirer l'attention et la proximité de parents autrement indisponibles. Greenberg et al. (1993) notent à ce sujet que l'absence de soins positifs de la part des parents peut être aussi néfaste que le recours à un style éducatif coercitif.

Dans sa description de la relation optimale parent-enfant, Bowlby a introduit la notion de "partenariat rectifié quant au but" (*goal corrected partnership*). Cette notion s'avère utile pour la compréhension de la genèse des troubles oppositionnel ou des conduites. Elle renvoie à

l'idée qu'à partir d'un certain âge, l'enfant devient capable de comprendre que ses parents ont des motivations qui leur sont propres et qui peuvent différer des siennes. Une négociation autour de ces divergences devient alors possible. Le parent peut adapter ses plans en tenant compte des désirs de l'enfant et de son côté, celui-ci accepte les contraintes imposées par sa figure d'attachement. A partir de ces arrangements, l'enfant apprend à concevoir la réciprocité et à tenir compte d'autrui. En constatant que son parent prend en considération son point de vue, l'enfant se sent entendu, ce qui favorise chez lui une attitude coopérante.

Si toutefois l'enfant n'apprend pas à faire des compromis, il devient ensuite difficile pour lui de se soumettre à des règles ou aux désirs d'autrui. Par ailleurs, si les souhaits de l'enfant sont laissés pour compte, il peut se montrer réticent à faire des concessions et chercher à imposer sa volonté, dont personne ne semble se soucier.

S'il est découragé dans ses tentatives de s'exprimer, il ne peut apprendre à gérer ses affects de façon mature et devient enclin à les décharger sur un mode primitif (i.e. passage à l'acte). Ce défaut d'apprentissage résulte parfois d'une incapacité chez les parents à réguler eux-mêmes leurs propres émotions par le biais de la mentalisation.

En bref, une attitude laxiste, tout comme une attitude contrôlante de la part des parents, peut donner lieu à un comportement non coopérant de la part de l'enfant. Ce comportement peut, à terme, prendre la forme d'un trouble disruptif, particulièrement si les transactions familiales engendrent chez lui d'importants sentiments de frustration et de colère.

Plus récemment, des recherches semblent indiquer que lorsqu'un enfant ne parvient pas à trouver, dans sa relation avec ses parents, une stratégie organisée lui permettant de s'assurer de sa sécurité (attachement désorganisé), il court un risque accru de présenter plus tard des problèmes d'agressivité.

Points de vue psychanalytiques

Un défaut de mentalisation a souvent été évoqué comme facteur prédisposant au passage à l'acte agressif. Bion (1962) a décrit le processus normal d'apprentissage de la mentalisation des affects, qui selon lui, s'effectue dès la première enfance. Il part de l'idée que la mère représente pour son enfant un "appareil à penser les pensées", en ce sens que c'est elle qui, en premier, saisit et donne un sens à l'expérience émotionnelle de ce dernier. Le bébé, du fait de l'immaturation de son psychisme, ne peut comprendre la nature de ses sensations. La mère, grâce à l'identification projective et par sa manière de répondre à ce qu'il exprime, l'aiderait à attribuer une signification à son vécu. Autrement dit, en percevant ce qu'il attend et en y

répondant, elle donnerait un sens aux signaux qu'il émet. Par suite, il apprendrait à reconnaître ce qu'il veut et userait de ses signaux en connaissance de cause et non plus de façon automatique et non intentionnelle. Si la mère représente fidèlement à l'enfant ses propres intentions, celui-ci pourrait se retrouver en lui-même en tant que personne pensante. Le bébé aurait ainsi l'illusion que cette réflexion des processus psychologiques a été effectuée par sa propre pensée. Lorsque la mère contient les affects de son enfant et qu'elle lui montre qu'ils n'ont un effet dévastateur ni sur elle ni sur la relation avec elle, il parviendrait à tolérer sa détresse et, petit à petit, apprendrait à gérer ses affects par lui-même.

Dans certains cas, l'apprentissage de la mentalisation est compromis : quand la mère n'accommode pas les affects difficiles de l'enfant, celui-ci est laissé avec un sentiment d'incompréhension qui donne lieu à une "terreur sans nom". Fonagy et al. (1995) précise que les enfants maltraités seraient sujets à une inhibition de leurs capacités réflexives pour échapper à leurs propres affects intolérables, mais aussi pour se préserver des intentions malveillantes de leur parent.

Ainsi la régulation émotionnelle par la mentalisation s'apprendrait très tôt dans la vie. Si l'enfant ne bénéficie pas de soins lui permettant d'acquérir cette capacité à gérer les affects par le biais de la pensée, il peut vite être envahi par les émotions. Un autre recours pour y faire face serait alors le passage à l'acte.

Outre une propension à passer à l'acte, l'enfant limité dans ses capacités de mentalisation est peu apte à comprendre, non seulement ses propres affects, mais également ceux d'autrui. Par suite, il peut surprendre par son manque d'empathie et de sensibilité. Peu affecté par ce que ressentent les autres, il sera susceptible de commettre des actes qui outrepassent leurs droits ou le respect de leur personne. Ainsi comprend-on en quoi les interactions précoces jouent un rôle déterminant dans la capacité de l'enfant à contrôler ses impulsions et intérioriser certaines limites. Une étude longitudinale sur 17 ans confirme qu'un attachement sécure vis-à-vis de la mère à l'âge de 4 ans est prédictif des capacités de mentalisation à l'âge de 23 ans (Sirparanta, Miljkovitch & Moss, 2020).

La théorie de Johnson et Szurek (1959) peut être intéressante pour comprendre certains cas de troubles oppositionnel et des conduites. Ils pensent que les parents incitent inconsciemment leur enfant à agir de façon délinquante parce que cela soulage leur propre agressivité refoulée et leurs tendances antisociales latentes. L'enfant est ensuite gratifié par l'attention que lui portent ses parents lorsqu'il passe à l'acte. Plutôt que de provoquer de la désapprobation, les actes commis par l'enfant semblent plutôt induire une certaine complicité avec ses parents. Bien qu'issue d'un champ théorique complètement différent, la même idée de

renforcement parental a été proposée par les comportementalistes pour expliquer la survenue des troubles de l'enfant.

Le modèle comportementaliste

Selon Patterson (1976), les troubles disruptifs résultent de pratiques parentales qui ne permettent pas à l'enfant d'apprendre à être conciliant et qui favorisent, au contraire, chez lui, le recours à des comportements coercitifs. Il n'apprend pas à obéir soit parce les ordres qu'il reçoit sont vagues (par ex. : "sois sage"), soit parce que les parents n'y donnent pas suite, soit parce qu'ils les exécutent eux-mêmes.

Les parents auraient tendance également à renforcer les comportements indésirables de l'enfant, plutôt que ses comportements désirables. C'est ce qui arrive par exemple lorsque les parents tentent gentiment de convaincre leur enfant d'être coopérant lorsqu'il se montre obstiné et récalcitrant, tandis qu'ils ne font pas attention à lui lorsqu'il est sage et ne pose aucun problème. Ainsi, l'attention qu'il obtient lorsqu'il est dans l'opposition peut venir renforcer son absence de coopération. Souvent, on observe aussi que lorsque les parents tentent de mettre des limites, l'enfant fait une crise pour ne pas devoir se plier à leurs exigences. Pour mettre un terme à ce comportement désagréable, les parents cèdent et renforcent ainsi le comportement de l'enfant. Par la suite, l'enfant use de ce moyen pour arriver à ses fins. Le modèle de Patterson est encore reconnu de nos jours.

Le modèle cognitiviste

Selon Bandura (1969), le comportement d'un enfant n'est pas seulement modulé par l'expérience directe de type conditionnement classique ou conditionnement opérant. Il serait également déterminé par l'observation et même la simple représentation symbolique. Dans une expérience célèbre, Bandura, Ross & Ross (1963) ont comparé le comportement de deux groupes de jeunes enfants : à l'un des groupes, on montrait un enfant du même âge attaquant sans merci une poupée, tandis qu'à l'autre groupe, le modèle était tranquillement assis à ses côtés. Bandura, Ross et Ross ont remarqué qu'après ces observations, les enfants du premier groupe se montraient beaucoup plus agressifs que ceux du second groupe. On peut alors s'interroger sur ce que les enfants opposants ou agressifs voient autour d'eux. Plusieurs recherches montrent en effet que ces enfants sont souvent témoins de violences intra-familiales.

Par ailleurs, il n'est pas rare de trouver chez eux des antécédents familiaux de délinquance ou de criminalité.

Dans le même esprit, Dodge (1980) a beaucoup travaillé sur les cognitions des enfants agressifs. Ses travaux (Crick & Dodge, 1996) ont permis de mettre en évidence certaines particularités au niveau des attentes et des perceptions de ces enfants. Il s'est rendu compte que certains enfants agressifs ont une tendance exagérée à attribuer à autrui des sentiments négatifs (agressivité réactive). Ils se montrent souvent hyper-vigilants par rapport à tout signe d'hostilité et ont tendance à prêter à tort des intentions malveillantes à autrui. Ainsi se sentent-ils facilement persécutés et en position de devoir se défendre. Par leur réaction, ces enfants provoquent chez autrui les réponses négatives qu'ils craignent, ce qui les conforte dans l'idée qu'on leur veut du mal.

Les enfants qui sont agressifs pour obtenir quelque chose (agressivité proactive), valorisent quant à eux l'agressivité et en attendent des conséquences positives (par ex. : être respecté par les autres), sans prendre conscience des incidences négatives que cela entraîne. Dans la mesure où les pairs se laissent généralement impressionner par leur attitude menaçante, les enfants agressifs arrivent à obtenir ce qu'ils veulent, ce qui est susceptible de renforcer leur fonctionnement coercitif. Ceci est d'autant plus le cas que ces enfants accordent davantage d'importance à ce qui est matériel qu'à ce qui relève des relations interpersonnelles. Par exemple, ils préfèrent s'approprier le jouet d'un camarade plutôt que d'être en bons termes avec lui. N'étant pas intéressés ni même affectés par la qualité des relations qu'ils entretiennent avec les autres, leur comportement agressif n'est pas freiné par la perspective de leur déplaire.

D'après Dodge (1991), ces biais au niveau des attributions résulteraient d'expériences d'attachement peu sécurisantes. Une étude récente confirme que chez de jeunes enfants présentant un trouble des conduites, les biais d'attribution hostiles sont fortement corrélés à l'attachement désorganisé (Miljkovitch, Vanwalleghem & Vinter, 2019). Une autre étude montre par ailleurs que ces biais d'attribution concernant les actions des autres enfants sont plus présents chez des collégiens victimes de harcèlement (de Terrasson & Miljkovitch, 2020).

La perspective systémique-familiale

A l'instar des travaux de Bateson (Bateson, Jackson & Weakland, 1956) sur la notion de double-lien (i.e. l'injonction simultanée de deux messages incompatibles), Ferreira (1960) a introduit le concept de "double-lien scindé" (*split double-bind*) pour décrire les transactions caractéristiques des familles de délinquants. Par double-lien scindé, il se réfère également à la

coexistence de deux messages incompatibles, mais ces messages ne sont plus communiqués par une seule personne comme ce que décrit Bateson, mais par deux personnes différentes. Autrement dit, chaque parent donnerait à l'enfant des directives qui vont à l'encontre de celles données par l'autre parent. Cette situation serait révélatrice d'un conflit ouvert ou latent au sein du couple parental.

Pour gérer cette situation, plusieurs options s'offrent à l'enfant. En suivant l'avis de l'un au dépens de l'autre, il peut s'allier avec l'un des parents ou bien leur donner raison tour à tour, selon ce qui lui est le plus favorable. Dans une telle position, l'enfant remplit vite une fonction d'arbitre au sein du couple. Il s'expose alors aux reproches du parent qu'il n'écoute ou ne soutient pas. Ne pouvant échapper à cette situation, il peut avoir le sentiment que quoi qu'il fasse, rien n'est jamais bien. L'enfant peut ainsi être amené à se culpabiliser et se dévaloriser. Malgré tout, du fait que son comportement est approuvé par l'un des parents, il y a rarement des sanctions à ce qu'il fait. Ainsi élevé, il lui est difficile de comprendre lesquels de ses comportements sont indésirables. L'intériorisation de limites et de valeurs morales est alors fortement compromise, ce qui le prédispose à adopter des comportements délinquants.

Facteurs endogènes

Bien que l'on ne puisse pas attribuer les troubles disruptifs à un facteur endogène, certaines recherches suggèrent l'existence d'une constitution à risque qui, en interaction avec des facteurs environnementaux, pourrait déboucher sur ce type de trouble. Parmi ces recherches, on peut citer les travaux sur la contribution génétique. On a constaté que des adultes adoptés à la naissance, qui présentant un trouble des conduites, une personnalité antisociale ou une toxicomanie, ressemblent plus, sur ces points, à leurs parents biologiques qu'à leurs parents adoptifs. Par ailleurs le taux de concordance parmi des paires de jumeaux, concernant le taux de délinquance, semble être légèrement plus important chez les monozygotes que chez les dizygotes. Les différentes recherches livrent cependant des résultats très variables, ce qui nous empêche de nous prononcer clairement sur l'influence d'un facteur génétique.

Si facteur génétique il y a, on serait amené à penser qu'il s'exprime par un tempérament difficile. Un tel tempérament chez l'enfant mettrait les parents à rude épreuve et en cela, pourrait participer à l'instauration d'un climat familial tendu qui, à terme, serait susceptible de déboucher sur un trouble oppositionnel ou un trouble des conduites.

Certains chercheurs pensent aussi que les individus qui, du fait d'une prédisposition génétique ont un système de récompense exacerbé sont également à risque. Ces personnes, parce qu'elles n'arrivent pas à tirer du plaisir des activités courantes, seraient sans cesse en quête

de sensations positives, à tel point que seule cette quête aurait de l'importance (quel qu'en soit le coût pour leur entourage).

Par contre, parallèlement à cette sensibilité excessive à la gratification, les enfants à risque seraient peu sensibles à la punition. Le système d'inhibition comportementale, qui consiste à inhiber un comportement lorsque celui-ci mène à une réponse négative, serait hypoactif. Autrement dit, les enfants seraient peu affectés par les conséquences négatives de leurs actes (par ex. : réprimandes) et de fait, peu enclins à modifier leur comportement en fonction de cela.

Des études plus récentes montrent d'ailleurs une réactivité au stress réduite chez les enfants avec un trouble disruptif à travers des taux de cortisol bas (taux de base et suite à un stress). Aussi, plus le taux est bas, plus le trouble est sévère et les comportements d'agression durables. Ces enfants, du fait de signaux internes d'alerte atténués (provoquant habituellement une réaction de retrait), ne se désengageraient pas aussi rapidement des situations délétères et persisteraient davantage dans les comportements problématiques. En outre, les enfants avec ce type de trouble qui présentent de faibles taux de cortisol répondent moins favorablement aux programmes de prise en charge. Aussi, les liens avec l'agressivité semblent plus robustes chez les grands enfants et les adolescents que chez les plus jeunes. Ce résultat peut suggérer que ce lien devient plus net avec l'âge. Des observations analogues ont été faites concernant le rythme cardiaque (rythme de base ou en réaction à un stress) et l'activité électrodermale.

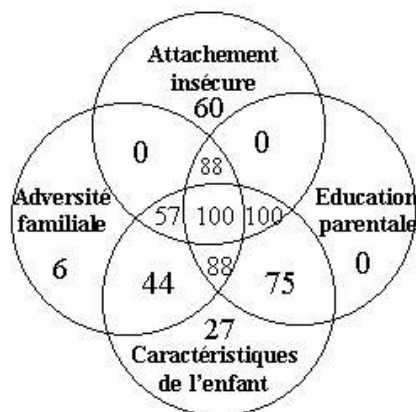
La mauvaise régulation des émotions suggère par ailleurs un dysfonctionnement du système nerveux parasympathique. Un tel dysfonctionnement a été observé chez des jeunes présentant des comportements anti-sociaux sévères. Il est toutefois intéressant de noter que dans plusieurs études, ce lien n'a été trouvé que chez les enfants vivant dans des contextes familiaux délétères.

Approche bio-psycho-sociale

Greenberg et al. (2001) ont publié une recherche étudiant la part respective, dans l'apparition d'un trouble oppositionnel chez l'enfant, de chacun des facteurs suivants : l'insécurité d'attachement, l'adversité familiale (conflit, violence, pauvreté), les pratiques parentales et les caractéristiques de l'enfant (i.e. sexe, tempérament, QI). L'effet de la combinaison de plusieurs facteurs a également été étudié. Le graphique ci-dessous résume assez bien les résultats de cette recherche. Evidemment, plus il y a de facteurs qui se conjuguent, plus le risque d'un trouble oppositionnel augmente. En tant que facteur isolé, l'insécurité d'attachement semble être le plus prédisposant (touchant 60% des cas). Lorsque deux facteurs

sont cumulés, il apparaît que ce soit l'association de caractéristiques à risque de l'enfant et de pratiques parentales inefficaces qui mènent le plus souvent à un trouble oppositionnel (dans les trois quarts des cas). Les résultats tendent à confirmer les thèses relatives à l'attachement, ainsi que celles relatives aux conséquences néfastes d'un tempérament difficile de l'enfant sur les pratiques parentales et les interactions familiales.

Pourcentages de familles cliniques selon chaque facteur de risque (Greenberg et al. 2001)



Informations non apparentes sur le graphique:

Adversité familiale + Education parentale: 50%

Attachement insécure + Caractéristiques de l'enfant: 33%

Vignette clinique : Etienne, 6 ans, trouble des conduites

Etienne ne veut en faire qu'à sa tête. Lorsqu'il est avec un adulte et qu'il souhaite que l'interaction se termine, il se lève et se dirige vers la porte. Quand il n'a pas envie de faire quelque chose, Etienne ne coopère pas. Il se bute et boude.

Etienne a des sentiments d'infériorité et il est impatient. Par conséquent, lorsqu'un travail lui semble trop difficile, il dit qu'il n'est pas capable de l'effectuer et refuse de faire le moindre effort. Cette abdication a pour effet d'augmenter encore davantage ses sentiments d'infériorité qui alors, se transforment en agressivité contre autrui ou contre lui-même.

Etienne est très susceptible. Il se voit facilement comme une victime, le plus souvent sans prendre soin d'analyser la situation. Il ne cherche pas à comprendre les motivations d'autrui. Il est continuellement sur la défensive et prêt à attaquer. Lorsqu'il est frustré, il devient rapidement agressif.

Etienne a de grands besoins de contrôle, de domination et de pouvoir. Il valorise la force et la violence, à l'exclusion des valeurs morales. Il a une vision simpliste de la réalité et en particulier des rôles féminin et masculin. Pour lui, les femmes sont faibles et incompétentes et n'ont donc pas les mêmes droits que les hommes. Pour s'imposer ou obtenir ce qu'il désire, l'enfant recourt fréquemment à la violence ou à l'agression physique. Il peut frapper de jeunes enfants.

Etienne présente des comportements qui sont surtout dangereux pour autrui, mais pour lui-même également. Sa mère rapporte: "Il faut que les choses aillent à sa manière, sinon il veut frapper tout le monde ; il veut se tuer. Il déclare qu'il va prendre un couteau et se tuer". L'institutrice rapporte qu'un jour, après avoir été puni à l'école, il s'est mis à se taper le front pendant "très longtemps".

Etienne n'aime pas l'école. Bien qu'il ait une intelligence normale, il participe peu en classe.

Les problèmes de l'enfant sont anciens. À son entrée à l'école maternelle, à 4 ans, ils étaient déjà notables. Etienne n'acceptait déjà pas les remontrances ; il se butait et se fâchait. Il avait du mal à se contrôler. Il frappait les autres ou les faisait trébucher pour être le premier. Il apparaît dans son dossier scolaire que l'année dernière, Etienne était "violent et dangereux" et qu'il faisait des "crises". Il était dans une classe spéciale.

L'histoire d'Etienne permet de faire des hypothèses quant à l'étiologie du trouble. Le père d'Etienne est violent et dépendant de l'alcool. Bien qu'il ne frappe pas ses enfants, il frappe souvent sa femme. Il contrôle cette dernière, lui interdisant de sortir. Il l'insulte et l'humilie. Dernièrement, il a tenté de l'assassiner. Il est actuellement en prison. Avec ses enfants, le père n'assumait qu'une faible part de ses responsabilités ; toutefois, il les emmenait parfois faire du sport. Les parents sont actuellement séparés.

Etienne tente d'excuser le comportement de son père. Il ne trouve pas cela juste qu'il soit en prison, "puisque'il a dit qu'il était désolé".

Au regard de son refus de coopérer, de l'agression physique à l'égard de ses pairs et de son indiscipline, le diagnostic de trouble des conduites peut être établi pour le cas d'Etienne. Par ailleurs, on note chez lui un système de valeurs antisocial (intérieurisation des valeurs du père), des sentiments d'incompétence et une intolérance à la frustration. Concernant l'étiologie du trouble, on peut faire l'hypothèse que le tempérament de l'enfant le prédispose à une extériorisation de ses problèmes plutôt qu'à une intérieurisation, mais que son

comportement agressif s'explique surtout par le fait qu'il est exposé à de la violence (et donc de l'insécurité) et qu'il s'identifie à son père et le prend pour modèle.

Le pronostic est réservé ; néanmoins, le changement de situation familiale est de bon augure. Il est réservé en raison du besoin de contrôle et du tempérament de l'enfant, mais surtout en raison de l'identification au père avec l'adoption de son système de valeurs (culte de la force physique). Le retrait du père du foyer va sans doute permettre aux efforts de réhabilitation qui peuvent être mis en place de porter leurs fruits et aider la mère dans son rôle éducatif.

SYNTHÈSE

Le diagnostic de trouble oppositionnel, de trouble explosif intermittent ou de trouble des conduites est relativement simple à établir en raison du caractère bruyant des symptômes. Tandis que le trouble oppositionnel se caractérise surtout par une agressivité réactive, on observe dans le trouble des conduites une agressivité plus souvent proactive. Le trouble explosif intermittent se caractérise davantage par une dysrégulation des impulsions agressives. Les manifestations de ces troubles, leurs causes et leur pronostic sont très variables selon l'enfant. L'expérience de séparations importantes et répétées prédisposerait à ce type de trouble en créant chez l'enfant un sentiment de colère important. L'apprentissage de la coopération dans les relations avec les parents serait par ailleurs essentiel, tout comme celui de la mentalisation des affects. On note chez les enfants agressifs des cognitions biaisées (par ex. : attributions excessive d'hostilité chez autrui, valorisation de la violence) qui sont peut-être à la base de leur trouble. L'implication de facteurs endogènes semble minime dans les troubles oppositionnel ou des conduites. Néanmoins, un tempérament difficile, s'il engendre des tensions au sein de la famille, peut prédisposer à ce type de trouble. Une hypersensibilité à la gratification ou une hyposensibilité aux conséquences négatives de leurs actes peuvent aussi constituer des facteurs de risque. Une étude des facteurs de tempérament, familiaux et environnementaux est donc essentielle pour la compréhension de ce type de trouble dans un cas particulier.

TROUBLES DU SPECTRE DE L'AUTISME VS PSYCHOSE

Il existe un certain nombre de troubles psychopathologiques dont la caractéristique essentielle est l'altération globale du développement. Les perturbations existent aussi bien dans les domaines intellectuel, de la communication, affectif et social.

L'autisme

Le diagnostic d'autisme a remplacé celui de conditions telles que schizophrénie infantile. Les critères en ont été définis de façon rigoureuse, ce qui résulte en un tableau clair. Cependant il existe une tendance à sur-diagnostiquer l'autisme, en particulier pour certains déficients intellectuels, certains enfants infirmes moteur-cérébraux ou d'autres présentant de graves troubles du langage.

Sémiologie

C'est l'incapacité à nouer des rapports sociaux normaux qui caractérise le plus spécifiquement l'autisme. Bien qu'il puisse s'attacher, l'autiste ne présente pas de comportement de réciprocité ou de compréhension des états mentaux d'autrui. Outre cette incapacité et bien qu'il puisse avoir une très bonne mémoire, il est aussi handicapé dans le domaine de la pensée abstraite. Son langage et sa communication reflètent ces deux problèmes.

Étiologie

L'étiologie exacte de l'autisme n'est pas connue bien que la recherche s'oriente de plus en plus vers des causes physiologiques. La thèse d'une prédisposition génétique à développer des troubles dans la sphère cognitivo-linguistique est sérieusement envisagée.

Autres troubles du spectre de l'autisme

D'autres troubles ne remplissent pas les critères de l'autisme bien qu'ils entrent eux aussi dans la catégorie des troubles du spectre de l'autisme. Elles sont peu connues et peu étudiées si ce n'est par des études déjà anciennes. Dans ces cas, les altérations des relations sociales ne semblent pas aussi importantes que dans l'autisme ou elles se manifestent différemment.

Psychose

Enfin, à l'adolescence, on peut voir apparaître des maladies psychiatriques comme celles que l'on trouve chez l'adulte et en particulier la schizophrénie.

Leo Kanner a introduit la notion "d'autisme infantile précoce" en 1943. Pour lui, l'extrême solitude et l'intolérance au changement constituaient les symptômes essentiels du

trouble. Depuis lors, la description sémiologique s'est beaucoup affinée. Les théories étiologiques psychogènes de l'autisme qui prédominaient dans les années 60 n'ont jamais pu être validées. Les recherches sur le sujet privilégient davantage la thèse d'une prédisposition endogène voire génétique.

Sémiologie de l'autisme

Le fonctionnement intellectuel

Il importe de signaler qu'environ 80% des autistes présentent une déficience intellectuelle. Les perturbations consécutives à chacun de ces deux troubles peuvent alors se confondre. Les personnes autistes et déficientes se distinguent davantage lorsque les enfants sont plus âgés et/ou de niveau de développement plus élevé. Par ailleurs, les résultats aux tests d'intelligence indiquent dans l'autisme (et non dans la déficience intellectuelle) l'existence d'une disparité entre les différentes compétences intellectuelles. Plus précisément, ils ont des performances aux tâches verbales, conceptuelles et abstraites qui sont bien inférieures à celles aux tâches visuo-spatiales.

Des talents dans les domaines de la mécanique, de la musique, de l'art ou du calcul ont été recensés parmi les autistes. Bien que dans l'ensemble, il n'est pas établi que les autistes aient une mémoire supérieure à la moyenne, certains cas isolés ont des capacités mnésiques exceptionnelles.

En bref, les difficultés que rencontrent les enfants autistes, indépendamment du retard mental, ont trait surtout aux capacités d'abstraction, de conceptualisation et de symbolisation avec tout ce qui en découle (langage, raisonnement).

Vignette clinique :

Lorsqu'on demande à Adélaïde (8 ans) de compléter des débuts de phrases elle répond ainsi :

Lire... "Un livre."

- Et alors ? Qu'est-ce que tu en penses ?

- Je lis une histoire d'une fille... une petite fille qui est perdue dans la forêt.

- Continue.

- Une petite fille est... perdue dans la forêt. Puis ça dit... Il y avait un papier... une petite fille, elle est dans sa maison; elle mange son déjeuner, je veux dire sa soupe. J'ai tourné la page... puis la fille avait peur... et je tourne la page. Elle essaie de trouver sa maison... Je tourne la page. Elle a demandé à un monsieur... et je tourne la page et elle a retrouvé sa maison... je tourne la

page. Sa maman l'a embrassée... et je tourne la page... parce qu'elle pense qu'elle est morte et c'est la fin de mon histoire.

L'enfant mélange deux niveaux différents : celui de l'histoire, plus abstrait et celui du support sur lequel elle a trouvé l'histoire, plus concret.

Le langage et la communication

La maîtrise du langage fait défaut à une grande partie (environ la moitié) des autistes. Pour ceux qui ont quelques bases, le langage n'est généralement pas utilisé à des fins de communication. C'est ce que l'on observe en particulier quand l'enfant recourt à l'écholalie. Plutôt que de formuler une pensée, l'enfant répète une série de mots sans forcément avoir compris ce qu'ils signifient. Ce comportement s'accroît quand l'enfant se trouve dans des situations inconnues et anxiogènes. Bien que l'écholalie fasse partie de l'apprentissage normal du langage, l'écholalie autistique n'a pas pour fonction de familiariser l'enfant avec les mots qu'il répète. Une conséquence logique de ce comportement est que l'enfant utilise son prénom ou la troisième personne du singulier pour se désigner, alors qu'il parle des autres en utilisant le "je".

Les perturbations langagières ne sont cependant pas toujours aussi nettes, même si la manière de parler des enfants autistes paraît souvent étrange. Cette étrangeté peut notamment provenir de la prosodie, la tonalité, le rythme ou même le volume de la voix pouvant être inappropriés.

Norma, 8 ans, parle à la psychologue en la regardant fixement dans les yeux. Le ton de sa voix est monocorde, son discours est dépourvu de prosodie; chaque syllabe est clairement articulée. La psychologue comprend par exemple "un chawké", alors que l'enfant a voulu dire "un chat, OK".

Par ailleurs, l'expression émotionnelle des autistes tend à être pauvre et figée. Le discours de ces enfants peut aussi paraître bizarre en raison d'un déficit au niveau de la pragmatique de la communication. Ils ne semblent pas parvenir à décoder tous les signaux para-verbaux qui ne sont pas directement explicités par le langage, ni comprendre comment adapter leur manière de parler à la situation ou à l'interlocuteur. Ainsi les informations contenues dans les intonations, les métaphores, l'humour ou les sous-entendus ne sont-elles pas saisies par l'enfant. De fait, il ne module pas correctement son discours en fonction de l'interlocuteur. Par exemple, il se contentera simplement de répondre aux questions sans chercher à établir une conversation ou il continuera de parler d'un sujet sans tenir compte des manifestations de désintérêt de celui qui l'écoute.

Le comportement social et l'affectivité

Le comportement social de l'enfant autiste se distingue clairement de celui des autres enfants par le fait qu'il ne manifeste aucun intérêt pour les autres en tant que personnes. Il préfère être seul, au point d'éviter le contact avec autrui. Cet évitement est généralement manifeste au niveau du regard. Bien que l'enfant autiste puisse être attaché à ses parents, il ne présente souvent pas de comportements d'attachement à leur égard : il ne recherche pas leur affection spontanément. En tant que nourrisson, il ne se love pas dans leurs bras : il reste raide ou au contraire amorphe. Plus tard, il ne se tourne pas vers eux pour être réconforté lorsqu'il est contrarié. En dehors du cercle familial, il est inhabituel que l'enfant autiste se fasse des amis. Il importe cependant de signaler que certains cas présentent des comportements d'attachement proches de ceux des enfants sains (Sigman & Mundy, 1989).

Pour certains auteurs, la perturbation essentielle des enfants autistes réside dans le fait qu'ils n'arrivent pas à se représenter les états mentaux et ne possèdent pas (ou peu) la théorie de l'esprit (Baron-Cohen et al., 1985). Autrement dit, ils ne conçoivent pas que chacun (y compris eux-mêmes) ait une pensée qui lui est propre. Ainsi les enfants autistes se trouvent-ils dans l'incapacité de comprendre et de partager le point de vue d'autrui. Même s'il n'est pas clair que leur déficit au niveau de l'intersubjectivité soit représentationnel (voir Rogers & Pennington, 1991), on peut repérer très tôt chez eux (dès l'âge de 18 mois) une absence d'attention conjointe : l'enfant ne cherche pas à partager son expérience et à amener ses proches à porter leur attention sur quelque chose qui l'intéresse. Par conséquent et contrairement aux autres enfants, il ne montre pas les choses du doigt et n'amène pas le regard d'autrui sur un objet particulier.

D'après Baron-Cohen (1993), l'absence d'une théorie de l'esprit expliquerait les problèmes rencontrés par les enfants autistes sur les plans social, symbolique et du langage. Bien que d'autres auteurs s'accordent avec l'idée que les autistes ne possèdent pas la théorie de l'esprit, ils pensent qu'avant d'être un problème cognitif comme le suggère Baron-Cohen, le déficit de ces enfants se situe au niveau de la réactivité affective (Hobson, 1993). Un déficit sur les plans de la perception et de la compréhension des affects a effectivement été mis en évidence. Ce serait d'abord en raison de ce déficit et avant même que les enfants soient en âge d'avoir une théorie de l'esprit, qu'ils n'arrivent pas à partager une expérience commune avec autrui et à comprendre ses comportements. Notons par ailleurs que l'analyse de films familiaux suggère, dès la première année, l'existence de perturbations dans le domaine de l'intention et de l'imitation (Malvy et al., 1994 ; voir aussi Nadel & Potier).

Signalons enfin que les enfants autistes ont tendance à avoir une affectivité émoussée, des sautes d'humeur et/ou des réactions émotionnelles exagérées. Les réactions de peur de ces enfants peuvent être particulièrement frappantes et inappropriées : ils peuvent se montrer

totallement effrayés par des situations ou des objets anodins tout en se montrant extrêmement calmes et sereins face à des dangers manifestes. Ceci est sans doute dû d'une part, au fait qu'ils sont submergés par les sensations provoquées par certains objets ou situations, sans en comprendre la signification (par ex.: bruit d'aspirateur, sensation d'élévation provoquée par un ascenseur) et d'autre part, qu'en l'absence de tels stimuli, ils ne mesurent pas les risques qui leur sont associés (par ex.: risque d'accident en traversant la rue).

Les comportements, intérêts et activités à caractère restreint, répétitif et stéréotypé

L'autisme s'accompagne d'une forte tendance à la ritualisation. Celle-ci se remarque notamment lors du jeu. Plutôt que de symboliser les choses et à plus forte raison les relations, l'enfant autiste préfère collectionner, classer, catégoriser ou aligner des objets en fonction de leurs caractéristiques physiques (couleur, forme, texture).

Stéphane, 5 ans, passe des heures à faire tomber les petits personnages comment s'il faisait couler du sable de ses mains. Il semble fasciné par le bruit qu'ils font en tombant.

Ce rapport particulier aux objets peut parfois prendre la forme d'un fort attachement voire d'une fascination obsédante. Ainsi toutes les pensées de l'enfant semblent focalisées sur l'objet qu'il a choisi et il refuse catégoriquement de s'en séparer au moment où il s'y intéresse. L'enfant peut aussi se montrer particulièrement préoccupé par des chiffres, des couleurs ou certaines formes géométriques.

Jérémy, 5 ans, ne s'intéresse qu'aux papillons : il en parle sans cesse, il ne dessine que ça, il les recherche dans chaque livre qu'il consulte. A 6 ans, il manifeste toujours la même préoccupation obsédante.

Le caractère restreint et stéréotypé de ses actes se manifeste aussi par sa volonté inflexible de maintenir inchangés les rituels et les habitudes quotidiennes; l'environnement doit rester immuable. L'enfant a du mal à accepter de nouvelles personnes dans son cadre de vie habituel. L'occurrence d'un changement peut fortement le contrarier et donner lieu chez lui à une agitation extrême.

Benjamin, 7 ans, vient de déménager. Alors qu'il connaît sa nouvelle adresse, il dit encore habiter à l'ancienne. Il semble considérer son adresse comme définitive et indissociable de sa personne.

L'enfant autiste a également tendance à s'adonner à des stéréotypies qui peuvent prendre de nombreuses formes. Parmi les plus courantes, on peut recenser les balancements, l'agitation des mains et des bras ou encore les déambulations. D'autres peuvent être plus discrètes, comme le

fait de renifler, de saliver, de regarder la lumière du coin de l'œil ou de marcher sur la pointe des pieds.

Les réactions aux stimulations sensorielles

Les enfants autistes présentent souvent des réactions à leur environnement qui paraissent paradoxales et qui sont difficiles à comprendre. Par exemple, un enfant peut sembler ne pas voir un objet placé directement devant ses yeux mais tout de suite remarquer la présence d'un trombone. L'absence de réaction face à certains stimuli (comme le fait qu'on lui parle) amène souvent les parents à suspecter une surdité ou un problème de vue. Sur le plan du toucher, peuvent aussi coexister une sensibilité extrême à certaines stimulations (ex. les chatouillements) et une insensibilité totale à la douleur. On peut signaler à ce sujet que dans certains cas graves, l'autisme s'accompagne de comportements d'auto-mutilation. D'une manière générale, l'enfant peut, curieusement, réagir de façon très différente à un même stimulus selon le moment.

Certaines études montrent que de nombreux enfants autistes ne portent leur attention et ne réagissent qu'à une partie des stimuli qui leur sont présentés, plutôt qu'à leur ensemble (voir Lovaas, Koegel & Schreibman, 1979). Bien que leurs fonctions sensorielles soient intactes, on observe chez eux des dysfonctionnements dans le traitement des stimulations visuelles, auditives, tactiles, olfactives ou douloureuses (Ornitz, 1985 ; Prior, 1986). Selon Ornitz et Ritvo (1968 ; Ornitz, 1985), une défaillance dans la régulation et l'intégration des informations sensorielles empêcherait l'enfant autiste de se construire une représentation stable de son environnement, représentation pourtant nécessaire à son bon développement. Schreibman et Lovaas (1973) stipulent par ailleurs que la tendance à ignorer certains aspects des stimuli pourrait être impliquée dans les perturbations du comportement social des enfants autistes.

Etiologie de l'autisme

Hypothèses organiques

Les théories qui examinent le rôle de facteurs organiques apportent quelques éléments d'explication quant à la survenue de l'autisme. Quelques observations suggèrent l'existence d'un ou de plusieurs facteurs neurologiques dans l'autisme. On constate par exemple que 30% à 75% des autistes présentent des symptômes neurologiques. On remarque notamment des anomalies au niveau du cervelet, dont on sait qu'elles sont associées à un déficit dans l'orientation de l'attention. De cette difficulté à diriger son attention sur les éléments pertinents de l'environnement découle peut-être une variété de symptômes autistiques comme les difficultés de généralisation et les réponses inappropriées. Ces malformations peuvent survenir durant la

période prénatale. Des complications durant la grossesse ou l'accouchement ont en effet été relevées chez une grande partie des autistes. Toutefois, d'après Rutter et ses collègues (1993), certaines complications durant la naissance peuvent résulter d'une anomalie génétique chez le fœtus.

L'existence de facteurs génétiques est sérieusement envisagée, en particulier par les études épidémiologiques. On constate par exemple que, par rapport à la population générale, les frères et sœurs d'autistes sont 50 à 100 fois plus sujets à être autistes eux-mêmes (Rutter et al., 1993). Une étude comparant des jumeaux monozygotes à des jumeaux dizygotes de même sexe révèle que lorsqu'un des jumeaux est autiste, l'autre l'est aussi dans 36% des cas pour les vrais jumeaux contre 0% des cas pour les faux (Folstein & Rutter, 1978). Ces résultats ont été confirmés par d'autres études (Rutter et al., 1993 ; Steffenburg et al., 1989). Des résultats laissent à croire, plus spécifiquement, que l'autisme pourrait être une manifestation sévère d'un dysfonctionnement héréditaire plus général, qui toucherait la sphère cognitivo-linguistique. En effet, il apparaît que les frères et sœurs d'autistes sont souvent atteints de troubles aux niveaux cognitif, social et du langage. On observe une concordance de 82% chez les vrais jumeaux contre 10% chez les faux jumeaux de déficits cognitivo-linguistiques incluant l'autisme (Folstein & Rutter, 1978). En bref, ces études suggèrent l'existence d'une vulnérabilité héréditaire qui prédisposerait l'enfant à des troubles cognitivo-linguistiques pouvant aller des troubles du langage ou des apprentissages à l'autisme, en passant par le retard mental. C'est peut-être en interaction avec d'autres facteurs causaux que cette prédisposition génétique déboucherait sur l'autisme. Il est possible que plusieurs modes de transmission génétique, et non un seul, soient à l'origine du trouble.

En bref, les différentes recherches nous amènent à penser que l'étiologie de l'autisme peut être différente selon les cas. Dans certains cas, un facteur peut à lui seul expliquer le trouble, tandis que dans d'autres cas, ce peut être la combinaison de plusieurs facteurs qui l'explique.

Hypothèses psychogènes

Sans aller jusqu'à incriminer la seule éducation apportée à l'enfant dans l'apparition de la maladie autistique, Kanner avait dessiné un profil de parents d'enfants autistes (Kanner, 1943). Kanner reconnaissait cependant que ces mêmes parents pouvaient avoir d'autres enfants qui, eux, n'étaient pas atteints ; aussi, des comportements parentaux semblables aux leurs se retrouvaient dans des familles non concernées par l'autisme. Dans cette mesure, il pensait que l'autisme était le résultat de la combinaison d'un environnement familial défavorable et d'une prédisposition génétique chez l'enfant. D'autres théories, en particulier celle de Bettelheim (1967), ont incriminé la mère.

Aujourd'hui, la mise en cause des parents n'a plus sa raison d'être compte tenu des résultats des très nombreuses recherches empiriques qui ont été menées et qui invalident les descriptions parentales proposées par Kanner ou Bettelheim. En effet, aucune recherche sérieuse n'a pu établir une différence entre les parents d'enfants autistes et les parents d'enfants sains, tant sur le plan de la personnalité que sur celui des interactions sociales. Et quand bien même d'éventuels dysfonctionnements dans les relations auraient échappé aux mesures utilisées, il convient de s'interroger sur l'impact que l'enfant et les symptômes qu'il présente peuvent avoir sur les parents. En résumé, la théorie psychogène de l'autisme n'a jusqu'à ce jour reçu aucune confirmation empirique valable et ne peut, en toute objectivité, être considérée comme pertinente. La culpabilisation des parents qu'elle a entraînée en fait même une théorie critiquable.

Il n'en reste pas moins que la gravité de la symptomatologie et l'évolution de l'enfant dépendent beaucoup de la manière dont le trouble est géré. Les relations familiales difficiles occasionnées par le trouble affectent l'enfant et peuvent faire apparaître chez lui des perturbations supplémentaires (par ex.: opposition, anxiété, absence de progrès). Pour cette raison notamment, il convient d'informer les parents de la nature du trouble afin qu'ils en aient une meilleure compréhension et leur suggérer des techniques éducatives appropriées. L'apport de soutien psychologique est par ailleurs très important (par ex.: groupes de parole). L'enfant bénéficiera également d'une éducation spécialisée dans différents domaines (par ex.: langage, motricité, vie pratique). En sus, une aide pratique et matérielle à la famille favorisera considérablement une bonne gestion du trouble (par ex.: supervision au quotidien, placements provisoires).

Vignette clinique, Gabriel, 10 ans, autisme

Gabriel présente une condition autistique classique. Son autisme a été diagnostiqué lorsqu'il avait 5 ans. À 10 ans, bien qu'il ait grandi, sa condition n'a pas changé. Gabriel présente un retard intellectuel léger. Il a 3 ans de retard en compréhension de textes et en écriture. Cependant il a des atouts : il a une grande facilité pour les tâches visuelles ; par exemple, en lecture, il décode mieux que les autres élèves de son âge. Sa mémoire est très précise en ce qui concerne les lieux et les événements. Il maîtrise aussi les opérations mathématiques de base, y compris les multiplications et les divisions.

Gabriel est très handicapé dans le domaine de la pensée abstraite. Il peut lire mais ne comprend pas ce qu'il lit, si ce n'est quelques mots. Il peut calculer mais ne comprend pas les

données des problèmes. Il mémorise dates d'anniversaire, âges et chiffres divers mais ne peut se servir de ses connaissances de façon appropriée. Ses jeux de faire-semblant ne restent pas à un simple niveau symbolique. Par exemple, lorsqu'il fait le chien, il se met à en imiter les sons et va jusqu'à uriner et déféquer comme lui. Gabriel n'est pas capable de se décentrer de son propre vécu : en parlant de son chat, il le décrit comme ayant une patte cassée alors qu'en réalité, c'est lui qui a un bras cassé.

Dans le domaine moteur, Gabriel fonctionne comme un enfant de 5 ans. Il ne peut courir aussi vite qu'un enfant de son âge. Il peut difficilement sauter sur un pied. Il présente aussi des tics nerveux comme d'agiter ses mains lorsqu'il est excité ou de faire des mouvements compliqués avec ses doigts. Il adopte des comportements inutiles et parfois dangereux qu'il reproduit inlassablement et dont il est difficile de le détourner (par ex.: grimper aux arbres). Lorsqu'il était plus jeune, il avait une tendance à l'auto-stimulation excessive (par ex.: se frapper le front ou les coudes contre des surfaces dures, s'arracher les cheveux); cette tendance semble avoir aujourd'hui disparu.

Gabriel a un intérêt tout particulier pour certaines parties d'objets (comme les jours des enjoliveurs) ou leurs caractéristiques sensorielles. Par exemple, il est fasciné par les bruits répétitifs et nouveaux des conversations, mais ne s'intéresse pas à leur contenu.

Dans le domaine pragmatique et social, les handicaps de Gabriel sont très sévères (niveau de 5 ans). Il ne sait pas répondre au téléphone. Il ne peut aider à la préparation des repas (par ex.: mettre le couvert, couper le pain). Il ne peut être laissé seul car il pourrait se blesser ou faire des choses dangereuses. Par exemple, pour aller regarder un objet fascinant, comme les jours des enjoliveurs, il peut traverser la route de façon inopinée. Gabriel est un enfant qui a un contact social très infantile. Il craint les personnes étrangères. Il est attaché aux personnes qui lui sont familières, mais ne peut dialoguer avec elles ou leur poser des questions. Il ne s'intéresse que peu à ses pairs. Il reste totalement indifférent à sa sœur de 3 ans et ne semble même pas remarquer sa présence.

Gabriel n'est pas opposant. Cependant, comme il ne fonctionne pas au même niveau que les autres enfants et surtout comme il est incapable de s'adapter à une réalité sociale qu'il ne comprend pas, il pose à ses éducateurs un gros problème d'encadrement. Il présente notamment une certaine hyperactivité et de grosses difficultés de concentration. Comme c'est le cas pour beaucoup d'enfants avec sa condition, il a besoin de fonctionner à l'intérieur d'une routine et supporte mal les changements.

Autres troubles du spectre de l'autisme

Dans les troubles du spectre de l'autisme, le développement est entravé et des anomalies de la perception, du fonctionnement cognitif, de l'affectivité et des relations sociales interfèrent avec une bonne adaptation. Dans cette catégorie, l'autisme est le syndrome le plus facile à diagnostiquer et le plus connu. Il en existe d'autres tels que le syndrome d'Asperger (abandonné dans le DSM-V), syndrome proche de l'autisme, dans lequel le langage paraît cependant peu affecté. Toutefois, bien d'autres troubles appartiennent aux troubles du spectre de l'autisme: formes atypiques d'autisme, altérations globales du fonctionnement et du développement, ainsi que ce que l'on nommait autrefois la psychose infantile. Voici un exemple :

Sylvestre, 6 ans, trouble du spectre de l'autisme non spécifié

Sylvestre est un enfant qui rit continuellement. Il ne prête que peu attention à ce qui l'entoure. Il vit en souriant dans un petit monde imaginaire agréable. Il arrive toutefois à raconter ce à quoi il pense. Son comportement dans la salle de classe et dans les situations sociales est inadapté. Il ne progresse pas dans le domaine scolaire, bien qu'il ait un potentiel intellectuel proche de la moyenne. En outre, il s'exprime d'une façon étrange. Par exemple, il dit: "Pourquoi tu vis là moi?" au lieu de "Pourquoi tu me vois là?" (Pourquoi veux-tu me voir ?) ou encore à propos d'un dessin qu'il vient de terminer : "le cœur, il s'en va en l'aibre" (néologisme à partir de "en l'air" et "dans l'arbre"). Sylvestre a aussi de graves troubles de l'attention : il ne prête pas attention aux détails ; il ne peut se concentrer sur quoi que ce soit ; il bouge sans arrêt. Son discours suggère parfois une fuite des idées. L'enfant est aussi très immature : il se comporte souvent comme s'il était seul, ne tenant pas compte de la présence des autres ; il a les intérêts d'un enfant plus jeune.

Sylvestre est atteint d'une condition atypique car il ne présente pas de résistance aux changements et il n'a pas d'intérêts restreints, répétitifs ou stéréotypés. De plus, il est capable d'interagir avec autrui (d'expliquer ses idées, de poser des questions), bien que sur un mode infantile. Il a une vie imaginaire importante mais ne délire pas. Son symptôme essentiel, présent aussi dans l'autisme, est l'absence de contact avec la réalité. C'est ce qui le différencie d'un cas grave de trouble de l'attention avec hyperactivité. Un diagnostic de trouble du langage serait, quant à lui, insuffisant car il ne rendrait pas compte de l'ensemble de la symptomatologie.

La schizophrénie et les états psychotiques

Les enfants et surtout les adolescents peuvent présenter des états psychotiques caractérisés tels que la schizophrénie. Ces états se distinguent par :

- la présence d'une vie mentale plus importante que celle des autistes. En particulier, les psychotiques sont capables d'abstraction et de manipulation de concepts, bien qu'ils le fassent souvent d'une manière idiosyncratique, qui leur est propre (on nomme cette forme de pensée "paralogique"). Ils peuvent en conséquence avoir des idées délirantes et des hallucinations.
- l'évolution de la condition. Alors que l'autisme est présent dès la petite enfance, la psychose apparaît plus tardivement, après une période de développement relativement normal. On arrive généralement à dater le début de la maladie. Celle-ci par ailleurs, évolue de façon imprévisible, parfois avec des périodes de rémission.
- un contact social perturbé mais d'un niveau beaucoup plus élaboré que celui des autistes.

Vignette clinique : Louis, 9 ans, trouble psychotique

Louis est sujet à des crises de rage intempestives, dont la cause est difficile à saisir. Un jour dans la cour d'école, il s'est mis à attaquer un autre enfant car celui-ci avait touché un arbre. En l'interrogeant, on s'aperçoit que cet arbre représente pour lui son père, décédé il y a peu de temps. Un an plus tard, Louis ne présente plus d'idées délirantes et ne fait plus de crises. Il est cependant toujours très agité et incapable de diriger le cours de sa pensée (pensée diffluyente).

SYNTHÈSE

Des changements radicaux ont eu lieu au cours des dernières décennies dans la compréhension de l'autisme; d'une maladie à étiologie essentiellement familiale, elle est de nos jours considérée comme étant principalement à étiologie physiologique. En conséquence, les déficits de la communication si caractéristiques de l'autisme sont étudiés sous l'angle de la pensée et des capacités d'abstraction plutôt que sous l'angle des rapports parents-enfants. Il reste qu'une bonne compréhension de l'autisme et une bonne gestion de la situation par la famille peuvent minimiser le handicap autistique.

Conduites de dépendance

Les troubles du comportement qui apparaissent à l'adolescence se présentent souvent sous forme de conduites de dépendance. Parmi les plus caractéristiques, on trouve les troubles des conduites alimentaires qui touchent essentiellement les jeunes filles, ainsi que ce qui relève de l'abus ou de la dépendance à l'alcool ou aux drogues, beaucoup plus répandus chez les garçons.

L'anorexie mentale

Elle se caractérise principalement par un refus d'atteindre un poids normal. On distingue les anoxiques qui se restreignent de celles qui ont des crises de boulimie et/ou qui se purgent.

La boulimie

Dans la crise de boulimie, le sujet ingère une importante quantité de nourriture avec un sentiment de perdre le contrôle. Toutes les boulimiques n'ont pas recours à des comportements compensatoires (en particulier le vomissement) pour prévenir la prise de poids.

L'obésité

L'obésité se définit par un excès pondéral. Elle relève de la psychopathologie lorsque des problèmes psychiques sont à l'origine de la dépendance à la nourriture.

Etiologie des troubles des conduites alimentaires

La plupart des théories étiologiques se sont focalisées sur l'anorexie, mais certaines peuvent également s'appliquer à l'obésité. Par ailleurs, l'anorexie peut entraîner des complications physiologiques qui peuvent prédisposer à un problème de boulimie.

Les troubles liés aux substances

Lorsqu'on parle de substances psychoactives, on se réfère tant à l'alcool qu'aux drogues. On distingue l'abus de ces substances de la dépendance.

Etiologie des troubles liés aux substances

Les études portant sur l'existence de facteurs génétiques prédisposant de même que les travaux psychodynamiques constituent l'essentiel des travaux explicatifs des troubles liés aux substances.

Troubles des conduites alimentaires

L'anorexie mentale

C'est en 1984 que l'on envisagea l'anorexie comme une forme de dépendance. En effet Szmukler et Tantam expliquaient que, comme on l'observe pour la prise d'alcool chez les alcooliques, le comportement anorexique est compulsif et si la personne s'en écarte, cela engendre une importante détresse. L'anorexie constituerait un moyen de gérer une angoisse autrement intolérable. Et comme l'acoolisme, elle entraîne ensuite des problèmes de contrôle de soi et participe de l'auto-destruction du sujet.

Présentation clinique

On considère aujourd'hui que l'anorexie peut prendre plusieurs formes. Si le tableau clinique peut parfois être très proche de celui de la boulimie, on considère que le sujet est anorexique (plutôt que boulimique) sur la base de son poids. En effet, une des caractéristiques principales de la maladie réside dans le refus de maintenir un poids corporel minimal (le DSM précise un poids en dessous de 85% du poids attendu pour l'âge). Malgré leur maigreur, les anorexiques ont la hantise de grossir et recherchent de façon perpétuelle la minceur.

Il existe un consensus autour de l'idée que les anorexiques ont une vision déformée de leur corps ou qu'elles font une fixation sur une partie de leur anatomie qu'elles trouvent disgracieuse. Certaines, cependant, sont conscientes de leur maigreur. De façon récurrente (du moins en Occident), elles ont des préoccupations obsédantes concernant leur poids et leur corps. De leur point de vue, ces facteurs sont déterminants dans l'estime qu'elles ont d'elles-mêmes. L'objectif de la minceur est tel qu'il occulte les problèmes de santé et entraîne chez elles un déni de la gravité de leur maladie. Notons d'ailleurs que l'anorexie entraîne un arrêt des règles.

D'après leur manière de maintenir un poids minimum, on distingue deux sous-types d'anorexie. Dans le type restrictif, les anorexiques se privent, limitent l'apport de calories ingérées et s'adonnent éventuellement à des exercices physiques intenses. Bien qu'elles puissent affirmer ne pas avoir faim, elles exercent en réalité un contrôle strict sur leur appétit.

Dans un autre sous-type (boulimique), les anorexiques présentent de manière régulière des crises de boulimie et/ou recourent aux vomissements ou à la prise de purgatifs (par ex. : laxatifs, diurétiques, lavements). Il convient de distinguer la crise de boulimie de la simple prise excessive de nourriture. Dans la crise, le sujet ingère une grosse quantité d'aliments en un laps de temps réduit, avec un sentiment de perdre le contrôle. Après une crise, certaines peuvent chercher à compenser la prise de calories par des périodes de jeûnes plutôt qu'en se purgeant. Certaines peuvent aussi se purger après avoir ingéré une faible quantité de nourriture. Des

études montrent, dans cette population d'anorexiques, une plus grande fréquence de troubles du contrôle des impulsions tels qu'ils peuvent se manifester à travers la kleptomanie, l'abus de substances, les tentatives de suicide ou l'auto-mutilation. En outre, ces anorexiques sont plus sujettes à des variations d'humeur que les anorexiques de type restrictif. Elles manifestent plus de perturbations au niveau de leur image du corps, ainsi qu'une plus grande anxiété relativement à l'alimentation.

Bien que les caractéristiques suivantes ne soient pas considérées comme des critères diagnostiques de l'anorexie, il est fréquent de les observer chez les patientes. On peut mentionner la présence d'une certaine hyperactivité. Plutôt que d'être ralenties par leur état, elles arrivent au contraire à cumuler un nombre impressionnant d'activités (par ex. : sport, école) sans manifester un quelconque besoin de se reposer. D'ailleurs, leurs nuits de sommeil sont généralement courtes ; elles se réveillent très tôt le matin. Dans leurs relations, elles tendent à systématiquement se plier aux désirs d'autrui plutôt que d'affirmer les leurs. Elles manquent de spontanéité et sont très attentives à l'image qu'elles véhiculent. Elles accordent beaucoup d'importance à ce qu'on pense d'elles et recherchent souvent l'approbation de leur entourage. D'après Strober et al. (1985), de telles tendances prédisposeraient les jeunes filles à l'anorexie. On remarque par ailleurs souvent qu'elles sont très exigeantes avec elles-mêmes et ont tendance à être perfectionnistes. Tout manquement aux objectifs qu'elles se sont fixés peut avoir, à leurs yeux, un caractère dramatique. Il semblerait que le perfectionnisme et les traits de personnalité compulsifs précèdent souvent l'anorexie. De ce fait, on est amené à se demander si ces traits ne constituent pas un facteur de vulnérabilité qui prédisposerait au trouble. Les avis sur la question restent partagés.

Troubles associés

On observe souvent chez les anorexiques des symptômes dépressifs tels que l'insomnie, le retrait social, l'humeur triste, l'irritabilité, une absence d'intérêt sexuel. Etant donné que ces symptômes s'observent également suite à une sous-alimentation, on aurait tendance à penser que la dépression chez les anorexiques est secondaire et résulte de la malnutrition. L'hypothèse selon laquelle la dépression précéderait l'anorexie ne peut cependant être écartée.

De même que pour les symptômes dépressifs, on a constaté que les personnes sous-alimentées devenaient obsédées par la nourriture. Vraisemblablement, cette obsession que l'on note chez les anorexiques est la conséquence de la privation qu'elles s'infligent. L'anorexie entraîne par ailleurs des troubles gastriques ainsi que des anomalies au niveau des neurotransmetteurs qui peuvent contribuer à des perturbations au niveau de l'appétit, de

l'humeur, de l'activité motrice et du métabolisme. En cela, ces anomalies contribueraient à la persistance du trouble.

Prévalence

On estime à environ 1% de la population de jeunes femmes le nombre d'anorexiques remplissant strictement les critères du DSM. La proportion de femmes touchées par des troubles analogues (trouble des conduites alimentaires dit "non spécifié") est vraisemblablement beaucoup plus élevée, d'autant plus que ce type de problème est en constante augmentation depuis ces dernières années.

On estime le taux filles/garçons à 10 pour 1. L'allure du trouble est très proche chez les filles et chez les garçons, si ce n'est que ces derniers cherchent généralement moins à maigrir. Pour certains auteurs, la plus grande proportion de filles s'expliquerait par des différences dans les taux d'hormones sexuelles, tandis que pour d'autres, cela serait dû à des pressions sociales plus fortes exercées sur la gente féminine (par ex. : magazines). Il n'est pas rare que les garçons anorexiques appartiennent à un milieu sportif dans lequel un faible poids est requis (par ex. : jockey).

Evolution

Généralement, l'anorexie commence durant l'adolescence, le plus souvent entre 14 et 18 ans. L'évolution est très variable, mais même si les patientes ne remplissent plus les critères des troubles, leurs perturbations s'étendent généralement sur plusieurs années. Parmi les sujets hospitalisés, on compte 10% de décès. Les résultats d'une étude longitudinale sur 20 ans révèlent un taux de mortalité supérieur à 20%.

Vignette clinique : Ingrid, 19 ans, anorexie

Ingrid est la deuxième d'une famille de trois enfants. Sa sœur, âgée de 6 ans de plus qu'elle, était anorexique durant son adolescence. A cette époque, elle aimait préparer à manger pour Ingrid (alors âgée de 10 ans), pour lui dire ensuite "Tu vas être une grosse mémère". Ceci n'affectait nullement Ingrid qui, bien que gourmande, n'avait aucun problème de poids.

Leurs parents ont divorcé alors qu'Ingrid avait 12 ans. A cette occasion, elle s'est séparée de sa mère, sa sœur et son petit frère pour aller vivre avec son père à Paris. Elle ne s'y plaisait pas du tout et regrettait sa région d'origine. Elle rencontrait de nombreuses difficultés à l'école alors que jusque là, elle était parmi les meilleurs de sa classe. Par ailleurs, elle avait

le sentiment d'être "tarte" et de ne pas être appréciée à sa juste valeur par ses pairs. Elle souhaitait ressembler à sa sœur qui, beaucoup plus extravertie qu'elle, semblait au contraire être particulièrement appréciée par les jeunes de son âge.

D'après elle, son envie de faire un régime a été déclenchée à l'âge de 14 ans, par un rêve que sa sœur a eu à son sujet. Elle avait rêvé d'Ingrid en train de manger du chocolat devant la télévision. N'étant pas satisfaite de cette représentation qu'on avait d'elle, Ingrid décida de se prendre en main et de perdre les quelques kilos qu'elle avait commencé à prendre depuis le début de sa puberté.

Puis, à l'âge de 15 ans, Ingrid est allée passer des vacances chez sa grande sœur qui vivait seule à Marseille. Comme cette dernière travaillait dans un restaurant, Ingrid allait parfois passer la soirée sur son lieu de travail pour ne pas rester toute seule à l'appartement. Alors qu'elle trouvait qu'il ne se passait rien au lycée qu'elle fréquentait à Paris, elle avait souvent l'occasion, dans le restaurant, d'être sollicitée par des hommes. Un soir, elle a accepté de suivre un des clients du restaurant qui voulait lui faire connaître la vie nocturne marseillaise. La nuit se termina dans une chambre d'hôtel, dans laquelle Ingrid a été contrainte d'avoir des rapports sexuels. D'après elle, ceci ne l'affecta pas.

En rentrant chez elle, Ingrid se sentait différente des autres jeunes de sa classe qu'elle trouvait désormais puérils. Elle avait peur d'être tombée enceinte, mais avait honte de parler de son expérience marseillaise à quiconque.

Au fil du temps, Ingrid devenait de plus en plus mince. A son retour des grandes vacances, une de ses amies était sidérée du poids qu'elle avait perdu. Plutôt que de prendre le bus, elle rentrait chez elle à pied et tentait d'arriver avant le bus pour ne pas avoir le sentiment d'avoir perdu du temps. En outre, elle faisait de la gymnastique tous les matins au réveil, ainsi que du vélo d'appartement en rentrant de l'école. Ingrid cherchait la perfection à tous les niveaux : tant physique, intellectuel que social. Elle était de loin, la meilleure de sa classe. Alors qu'elle faisait le bout en train auprès de ses copines d'école, en rentrant chez elle, elle se sentait déprimée et extrêmement seule. Elle ne mangeait plus que de la salade et des yaourts maigres. Une fois, son père lui a ramené des croissants. Ceci l'a mise dans une rage folle. Elle collectionnait les livres de cuisine qu'elle regardait avec délectation tous les soirs.

De retour chez sa sœur, cette dernière lui a dit qu'elle était trop maigre et que l'idéal qu'elle recherchait était virtuel et ne correspondait pas à la véritable beauté. Dès lors, Ingrid, qui voulait toujours ressembler à sa sœur, s'est remise à manger. Malgré une surveillance continue (mais moins stricte) de son alimentation, Ingrid "craquait" parfois et mangeait

n'importe quoi jusqu'à ne plus pouvoir rien avaler. Pour compenser ces excès occasionnels, elle restreignait son alimentation et augmentait son activité physique.

Par ailleurs, Ingrid avait peur qu'il n'arrive quelque chose à sa mère. Elle avait peur, notamment, qu'elle ait un accident d'avion à l'occasion de leurs retrouvailles.

A 18 ans, Ingrid sortait régulièrement en discothèque avec une de ses amies en espérant trouver le prince charmant. Après quelques expériences décevantes dans lesquelles elle avait l'impression que les garçons ne s'intéressaient à elle que pour le sexe, elle se mit en ménage avec un des rares garçons qui, selon elle, voulait bien d'elle pour quelque chose de plus sérieux. Avec le temps, les perturbations alimentaires d'Ingrid se sont estompées.

Outre son refus de grossir et de maintenir un poids normal, Ingrid présente de nombreuses caractéristiques courantes chez les anorexiques restrictives. Au premier plan on note chez elle un contrôle strict non seulement au niveau de la nourriture (régime draconien) et de l'activité physique (gymnastique le matin, aller à l'école à pied, vélo l'après-midi), mais également dans la discipline de vie qu'elle s'impose d'une manière générale (par ex. : ne pas perdre de temps, être la meilleure en classe). Ce faisant, elle s'oblige à toujours être très active et efficace. L'idée de ne plus respecter ces contraintes entraîne chez elle une détresse importante (par ex. : quand son père lui achète des croissants). Avec les privations qu'elle s'inflige, elle semble obsédée par la nourriture (collection des livres de cuisine qu'elle regarde tous les soirs). Ingrid semble par ailleurs craindre la sexualité et l'associer à un abus de sa personne. Ceci est probablement dû à son rapport sexuel forcé lors de sa visite à Marseille. La vie en commun avec un jeune homme sérieux semble avoir contribué à son rétablissement.

La boulimie

On parle de boulimie en tant que trouble lorsque le sujet a des crises de façon récurrente (au moins deux fois par semaine pendant 3 mois d'après le DSM-V) et qu'il recourt à des comportements compensatoires, destinés à prévenir la prise de poids (i.e. vomissements, laxatifs, diurétiques, lavements, jeûne, exercice physique excessif). Comme dans l'anorexie, l'estime de soi de la boulimique dépend largement de la perception qu'elle a de son poids et de son corps. Le poids est cependant maintenu au dessus d'un certain seuil (sans quoi on les considère anorexiques).

Deux sous-types sont distingués : dans l'un d'entre eux, les boulimiques ont régulièrement recours aux vomissements et/ou à la prise de purgatifs (environ les ¾ des cas), tandis que dans le deuxième sous-type, elles ne recourent (éventuellement) qu'au jeûne ou à des exercices physiques excessifs pour tenter de contrôler leur poids. On considère que des

exercices sont excessifs lorsqu'ils sont effectués à des moments ou dans des lieux inappropriés, quand ils interfèrent avec des activités importantes (par ex. manquer l'école pour aller faire du sport) ou quand ils sont effectués en dépit de complications médicales. Les boulimiques de ce deuxième type ont davantage tendance à être en surpoids que celles qui se purgent. Le pronostic de ces dernières est cependant plus défavorable. En effet, le fait de se faire vomir semble favoriser la survenue des crises et contribue au maintien du trouble dans le temps. Une même personne peut cependant passer d'un sous-type à l'autre.

A un niveau plus psychodynamique, Flament et Jeammet (2000) distinguent par ailleurs deux formes extrêmes de troubles boulimiques, caractérisées l'une par une dominante impulsive (avec faible mentalisation), avec des conduites antisociales et une consommation de substances psychoactives, l'autre par une dominante compulsive, avec tentative de lutte contre l'impulsion boulimique accompagnée de culpabilité, ruminations et affects anxio-dépressifs.

Antécédents et troubles associés

Dans la moitié des cas, la boulimie s'installe suite à une période d'anorexie (particulièrement chez les "boulimiques vomisseuses"). Une étude consistant à diminuer de moitié l'apport nutritionnel des sujets a révélé qu'au bout de 6 mois de régime, les participants connaissaient des perturbations au niveau des sensations de faim et de satiété et ce, jusqu'à 8 mois après l'expérience. Ils avaient tendance à faire des orgies alimentaires et continuaient à avoir faim après avoir ingéré une grosse quantité de nourriture (cf. Garner et al., 1985). Il est possible que de telles perturbations prédisposent les anorexiques à adopter des comportements boulimiques. Notons que la progression inverse de la boulimie vers l'anorexie est plus rare (seulement 14%).

Les troubles des conduites alimentaires (anorexie et boulimie) sont très souvent précédés de troubles anxieux, le plus souvent d'une phobie sociale. Brewerton et al. (1995) suggèrent même que la boulimie et la phobie sociale appartiennent à un même continuum de troubles affectifs. Pour ce qui est des troubles obsessionnels compulsifs et de la phobie simple, les anorexiques sont plus concernées que les boulimiques.

Prévalence

La prévalence de la boulimie est estimée à environ 1% à 3% des adolescentes et jeunes femmes adultes. En France, on compte 3% de garçons parmi les patients boulimiques qui consultent. Bien que la symptomatologie diffère peu en fonction du sexe, on observe chez les garçons une psychopathologie associée plus sévère (particulièrement sur le plan de la

dépression). De plus, ils ont des relations sexuelles et interpersonnelles assez perturbées et rencontrent plus de difficultés au niveau scolaire.

Facteurs familiaux

Les apparentés de premier degré des anorexiques ou des boulimiques sont plus souvent touchés par les troubles des conduites alimentaires (par ex. : 8 fois plus pour ce qui est de l'anorexie), ainsi que par la dépression. Les études sur les jumeaux révèlent une plus forte concordance parmi les monozygotes par rapport aux dizygotes, particulièrement en ce qui concerne l'anorexie (i.e. 50% versus 7%). Les facteurs familiaux en rapport avec la boulimie semblent moins spécifiques que pour l'anorexie ; on retrouve chez les apparentés des troubles qui vont des abus de substances à l'obésité, en passant par les troubles de l'humeur.

L'obésité

L'obésité se définit par un excès pondéral. On considère qu'elle relève de la psychopathologie lorsque des facteurs psychologiques sont en cause dans le trouble physique. Pour l'heure, aucun phénomène psychopathologique spécifique n'a été identifié dans l'ensemble des cas d'obésité. Il serait excessif d'affirmer que des facteurs émotionnels sont à l'origine de toutes les obésités (même en excluant les quelques rares cas qui sont dus à un dérèglement endocrinien), d'autant que la présence éventuelle de certaines perturbations (par ex. : dépression) peut résulter de la condition de l'enfant ou de l'adolescent, plutôt que d'en être la cause. Néanmoins, dans bien des cas, la prise de nourriture s'apparente à une compulsion ou à une dépendance.

Facteurs psychologiques

Selon certains auteurs, l'obésité surviendrait lorsque l'enfant apprend à gérer ses angoisses par le biais de la nourriture. Par ailleurs, les parents peuvent favoriser cet état en attendant de l'enfant qu'il ingère une grosse quantité de nourriture et en se montrant plus positifs à son égard lorsqu'il répond à cette attente. Si le fait d'offrir à manger est considéré comme une marque d'affection, l'enfant peut être amené à accepter ce qu'on lui offre pour faire plaisir à ses parents.

En psychanalyse, Jones (1953) considérait l'obésité comme une régression au stade oral. La fixation à ce stade serait due à des conflits psychiques concernant des besoins de dépendance restés insatisfaits. Rotman et Becker (1970), quant à eux, considèrent que la consommation

excessive de nourriture constitue un mécanisme de défense contre des affects inconscients d'impuissance et de désespoir liés à la perte d'objet.

Prévalence

Aux Etats-Unis, le taux d'obésité chez les enfants est passé de 5% dans les années 60 à 13% dans les années 80. En France, la situation est moins grave mais elle évolue néanmoins d'une manière similaire avec une augmentation constante du nombre d'enfants en surpoids. Bien que l'obésité durant la petite enfance ne permette pas de prédire cette condition à un âge plus avancé, l'obésité durant l'enfance risque davantage de perdurer jusqu'à l'adolescence et même l'âge adulte (Troiano et al., 1995).

Étude de cas : Amadou, 7 ans, dépendance à la nourriture, obésité

Amadou est un garçon intelligent. Il a une dépendance par rapport à la nourriture. Il est légèrement obèse et se plaint des taquineries des autres enfants à ce propos. Lors de l'évaluation, la psychologue lui demande:

- Et toi, tu penses que tu es un peu gros ?
- Oui.
- Pourquoi tu penses que tu es un peu gros ?
- Parce que je mange trop.
- Et pourquoi tu manges trop ?
- J'aime manger.
- Qu'est-ce que tu aimes manger ?
- Les gâteaux, les bonbons et les biscuits.
- Tu voudrais maigrir ou tu ne veux pas maigrir ?
- Je veux être gros.
- Pourquoi ?
- Parce que quand quelqu'un m'embête, je peux lui sauter dessus.
- Tu penses que si tu es gros, tu peux mieux te défendre ?
- Oui.
- Quand on fait du sport, tu penses qu'on peut être plus fort ?
- Oui.
- Tu en fais ?
- Oui. [l'enfant énumère les sports qu'il pratique]
- C'est mieux que de manger beaucoup, non ?

- Non.
- Pourquoi pas ?
- Parce que j'aime plus manger

Au cours de l'évaluation, le thème de la nourriture revient de façon fréquente, souvent de façon incongrue. Par exemple, à son dessin sur le thème: "Une grande personne qui est gentille avec un enfant", l'enfant donne les explications suivantes :

- Il lui a donné à manger.
- Pourquoi ?
- Parce qu'il a oublié son goûter dans le bus

Quand on lui demande de choisir, à partir d'images, entre un loup et des moutons, il préfère le premier "parce qu'il mange de la viande et moi, j'aime la viande". Les parents déclarent que l'enfant vole souvent de la nourriture à la maison. Il ment aussi, déclarant qu'il n'a pas de nourriture, alors qu'il l'a déjà mangée. Il fait de même à l'école. À la cantine, il extorque de la nourriture des autres élèves en leur disant que s'ils n'obtempèrent pas, il les tuera. Les adultes de son entourage notent qu'à la maison et à l'école, l'enfant "se sent extrêmement bien" lorsqu'il mange. Parallèlement à la dépendance, on voit se développer une paresse grandissante. La psychologue lui demande:

- Qu'est-ce que tu n'aimes pas à l'école ?
- Travailler.
- Pourquoi ?
- Parce que ça m'occupe.
- C'est pas bien d'être occupé ?
- Si.

À une époque, il y avait aussi un problème de vol de petits objets à l'école; il les cachait dans le sable de la cour de récréation pour les récupérer plus tard. Cet enfant est surprotégé par sa famille, en particulier par son père. À l'école, il présente un trouble oppositionnel, avec refus de coopérer ou de travailler.

Il s'agit d'une condition de dépendance sévère. Les symptômes en sont: une consommation exagérée de nourriture, une préoccupation prépondérante et quasi-exclusive pour la nourriture, des comportements anti-sociaux au service de la dépendance avec dégradation progressive des valeurs morales, une inertie grandissante et une absence d'intérêts ou de plans d'avenir. Le jeune âge de l'enfant laisse augurer un avenir incertain, surtout au vu de la surprotection paternelle.

Le contrôle de soi et les troubles des conduites alimentaires

Ainsi, l'anorexie et l'obésité peuvent se situer sur un même continuum : l'anorexie constitue un contrôle de soi excessif par rapport à la nourriture, contrairement à l'obésité qui, à l'inverse, résulte d'un manque de contrôle. Quant à certaines formes de boulimie, elles peuvent être conceptualisées comme résultant d'un écroulement du contrôle de soi, alterné avec des périodes de restriction extrême.

Etiologie des troubles des conduites alimentaires

La plupart des théories étiologiques se sont focalisées sur l'anorexie. Certaines d'entre elles peuvent néanmoins s'appliquer à l'ensemble des troubles des conduites alimentaires.

En ce qui concerne spécifiquement l'anorexie, plusieurs thèses ont été avancées. Pour Goodsitt (1985), les personnes concernées par ce problème auraient un sentiment de soi fragile. L'anorexie leur donnerait alors une impression de force, qui viendrait se substituer au sentiment de défaillance. Les obsessions pour le poids et la nourriture réduiraient le monde à quelque chose que l'on peut contrôler et leur éviteraient d'avoir le sentiment que les choses leur échappent.

D'après Crisp (1980), l'anorexique serait dans l'évitement phobique d'un corps d'adulte et chercherait à inverser le processus pubertaire. Ceci s'expliquerait par la volonté ou le sentiment d'être encore une petite fille.

La perspective psychanalytique

L'une des théories qui a séduit le plus grand nombre de professionnels est sans doute celle d'Hilde Bruch (1973) parce qu'elle rend compte à la fois du trouble lui-même et des caractéristiques psychologiques de l'anorexique. D'après cet auteur, les troubles des conduites alimentaires résulteraient de perturbations dans la relation précoce mère-enfant.

Selon elle, lorsque le bébé vit des expériences de nourrissage satisfaisantes, il forme un sentiment de confiance par rapport à la disponibilité de sa mère et par rapport à sa capacité à identifier des sensations internes comme la faim. Mais lorsqu'une telle adaptation de la mère fait défaut (par ex. : si elle détermine selon son propre rythme quand l'enfant doit manger, plutôt que de répondre à ses signaux), ce dernier a des difficultés à discerner ses différents états internes et à se différencier de sa mère. En même temps, il doute de la possibilité d'être assisté en cas de nécessité. Ce manque de confiance l'amène à vouloir préserver un lien qu'il perçoit comme précaire. Pour ce faire, il adopte une attitude d'enfant modèle qui se soumet aux désirs de sa mère et ainsi, en arrive à cacher ce qu'il est réellement.

En grandissant, plutôt que de développer un sentiment d'indépendance et d'affirmer sa propre identité, l'enfant se sent contraint de se comporter selon ce qu'on l'attend de lui. Les compliments que les parents sont susceptibles de lui faire sur son comportement exemplaire ne font que renforcer son manque de spontanéité et sa tendance à se plier à leur idéal. Malgré tout, à l'adolescence, l'enfant a besoin d'affirmer son autonomie. La survenue de diverses pulsions qu'elle n'a pas appris à bien identifier, prend pour elle un caractère menaçant. Le corps est vécu comme quelque chose d'étranger qu'il faut maîtriser.

L'anorexie remplit donc deux fonctions. La première est de donner à la jeune fille l'impression qu'elle a un certain contrôle et que sur le plan de l'alimentation au moins, elle peut faire ce qu'elle veut. La deuxième est d'acquérir une identité respectable dans la mesure où elle considère que le fait d'avoir de l'appétit équivaut à de l'avidité, avidité qui ne peut s'exprimer qu'au dépens d'autrui. La faim serait par ailleurs assimilée à l'envie sexuelle. Pour ne pas risquer d'être à nouveau sous l'emprise de quelqu'un, de ressentir un manque et de perdre le contrôle, l'anorexique jugerait nécessaire de résister à de telles pulsions. Mais les privations qu'elle s'inflige exacerbent son appétit. Pour se débarrasser du sentiment de culpabilité que cela engendre, elle aurait besoin de nourrir les autres pour leur attribuer, à eux, un caractère avide et ainsi préserver son sentiment de vertu (Selvini-Palazzoli, 1974). Ceci viendrait la rassurer par rapport à sa crainte de ne pas être quelqu'un de bien si elle s'affirme telle qu'elle est.

D'une manière plus générale, Bruch pense que les enfants qui développent des troubles des conduites alimentaires (i.e. anorexie, obésité) ont été élevés de manière à ne pas pouvoir bien se différencier de leur mère, tant sur un plan physiologique que sur un plan psychologique. A l'adolescence, ces enfants restent confus par rapport à leurs besoins physiologiques et psychologiques, et de ce fait, ne réussissent pas d'une part, à s'alimenter correctement et d'autre part, à s'individualiser.

La perspective familiale-systémique

En terme de psychopathologie, l'anorexie mentale est l'un des troubles qui a le plus attiré l'attention des systémiciens. D'après Minuchin, Rosman et Baker (1978), l'anorexie mentale résulte de l'interaction entre une vulnérabilité physiologique et un fonctionnement familial particulier. Plus spécifiquement, les anorexiques appartiendraient à des familles caractérisées par la surprotection, l'enchevêtrement (chaque membre de la famille s'occupe des affaires des autres), la réticence au changement et l'évitement des conflits. L'indépendance n'y est pas du tout encouragée. Selon Palazzoli-Selvini (1974), dans ces familles, il y a une

idéalisation de la loyauté et du sacrifice de soi. La trahison, la fuite et l'égoïsme sont alors redoutés mais également tentants.

Or, l'impossibilité d'affirmer son autonomie pousse l'adolescente à recourir à des modes d'opposition passifs, à valeur symbolique (i.e. le refus de nourriture). Ce type de comportement est plus susceptible d'apparaître à l'adolescence, car c'est le moment où un changement dans la structure familiale (i.e. prise d'autonomie de l'enfant) est à prévoir.

Les descriptions cliniques apportées par les thérapeutes familiaux sont intéressantes, mais on ne peut pas affirmer que le fonctionnement qu'ils décrivent est une cause plutôt qu'une conséquence de l'anorexie. En effet, on peut facilement imaginer que face à ce type de problème, les parents adoptent une attitude surprotectrice et deviennent inquiets à l'idée que leur enfant soit livrée à elle-même.

Troubles liés aux substances

Sémiologie

Les problèmes liés à l'alcool et aux drogues ne sont souvent pas considérés dans les manuels de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Pourtant, la consommation et l'abus de ces substances ne sont pas rares à l'adolescence. Il est vrai que la plupart des adolescents, de par leur âge, ne sont pas encore à un stade très avancé de la consommation, en ce sens qu'ils ne présentent pas encore un état de dépendance. Négliger ce type de problème est cependant regrettable, compte tenu de la fréquence des abus (15% des jeunes consomment de l'alcool immodérément) et de leurs conséquences à long terme (i.e. dépendance).

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée dans le monde, en particulier dans les civilisations occidentales. Quant aux drogues, on peut les classer dans deux grandes catégories : les déprimeurs du système nerveux et les excitants. Dans la première catégorie, on trouve, outre l'alcool, les anxiolytiques, les sédatifs et les hypnotiques; dans la seconde, la cocaïne et les amphétamines. Il existe cependant une multitude d'autres substances pouvant être utilisées comme drogues.

Toute drogue, y compris l'alcool peut conduire à une intoxication, un abus ou une dépendance. L'alcool sera pris comme exemple.

Une intoxication alcoolique est une réaction concomitante ou subséquente à une prise d'alcool exagérée qui se caractérise par des changements psychologiques et comportementaux importants. Ces changements peuvent se manifester sous forme d'agressivité verbale ou

physique, une labilité de l'humeur, des altérations de l'attention, de la vigilance et du jugement, une détérioration de l'adaptation familiale, sociale ou professionnelle. Le comportement inadapté place souvent le sujet dans des situations à risque.

L'abus d'alcool se caractérise par une utilisation excessive et répétée d'alcool sur une période d'au moins un an. L'alcool peut être consommé tous les jours, pendant les week-ends, ou par moments. L'abus conduit à une altération du fonctionnement cognitif et social et à des problèmes psychologiques. L'absentéisme scolaire est fréquent, de même que la prise de risques exagérée (conduite en état d'ébriété; risque de contamination par des maladies vénériennes comme le VIH, risque de viol en tant que victime ou en tant qu'agresseur, autres impulsions agressives, risques d'accidents tels que chutes, noyade, feu). Cinquante pour cent des accidents se produisent sous l'effet de l'alcool.

La dépendance alcoolique, plus rare chez les adolescents, se caractérise par une prise exagérée, compulsive et incoercible d'alcool avec phénomènes de tolérance et/ou de sevrage. La tolérance correspond à une diminution des effets pour une même quantité d'alcool ingérée. Ainsi, pour obtenir les mêmes effets, la personne dépendante est amenée à augmenter progressivement sa dose d'alcool. Le sevrage est une réaction pathologique de nature physiologique et psychologique à un arrêt ou une diminution de la prise d'alcool. Ces effets désagréables poussent le sujet à boire de nouveau.

Chez les jeunes, les troubles liés à l'alcool ou à la drogue découlent souvent d'un trouble des conduites. Dans ces cas, il n'est pas rare de relever par ailleurs un absentéisme, un échec scolaire ou un arrêt prématuré de la scolarité, ainsi qu'un système de valeurs marginal. Ceci ne concerne cependant pas tous les cas de troubles liés aux substances : l'alcoolisme (avec dépendance) en particulier peut se greffer sur des états dépressifs ou des états liés à des traumatismes (sexuels notamment).

Etiologie

Facteurs familiaux et génétiques

Plusieurs études suggèrent l'existence d'une vulnérabilité génétique qui prédisposerait certaines personnes à la dépendance à une substance. En ce qui concerne l'alcool, le risque de devenir dépendant est multiplié par 3 ou 4 chez les parents proches d'une personne dépendante. Le taux de concordance chez les jumeaux monozygotes est par ailleurs supérieur à celui observé chez les jumeaux dizygotes. Les travaux les plus probants par rapport à l'implication d'une prédisposition génétique sont sans doute ceux effectués auprès d'enfants de parents alcooliques,

adoptés dès leur naissance par des parents non alcooliques ; on remarque chez eux un taux de dépendance trois à quatre fois plus élevé que celui relevé dans la population générale. Une telle prédisposition ne mène cependant pas invariablement la personne à devenir dépendante. L'intervention de facteurs environnementaux joue un rôle déterminant.

Perspective psychodynamique

D'après Taylor et al. (1997), celui qui est vulnérable aux conduites de dépendance est celui qui ne parvient pas à réguler efficacement ses angoisses. D'après Cook (1991), les expériences dont on risque le plus de devenir dépendant sont celles qui permettent de se détourner des états émotionnels négatifs. Les conduites addictives viendraient donc suppléer les capacités limitées de l'adolescent à réguler les émotions négatives, en lui permettant de les gérer par un moyen autre que le travail mental (Jeammet, 1994). Les déficits au niveau de la régulation émotionnelle peuvent être attribuables à une prédisposition génétique (Tarter, 1988), mais également à des facteurs environnementaux.

Le modèle psychanalytique propose que dans la petite enfance, la mère apprend à son enfant immature à identifier et à donner un sens à ses affects (Bion, 1962). Sans cela, l'enfant n'acquiert pas la capacité à mentaliser ses propres émotions. Selon Wurmser (1984), certains enfants apprennent de leurs parents à ne pas recourir à l'empathie, à refuser les émotions et à les masquer. Parfois, la tendance à réfléchir aux états mentaux, si elle est présente, peut être inhibée face à la survenue d'affects intolérables, non "contenus" (i.e. non soulagés par le parent). Elle peut également être inhibée chez l'enfant maltraité qui se défend contre l'idée qu'on lui veut du mal (Fonagy et al., 1995). Pour Krystal (1978), le toxicomane se coupe de la représentation de sa mère comme mode de défense contre une agressivité ressentie à son égard. Ce faisant, il se coupe aussi des fonctions apaisantes qu'elle exerce.

Ainsi, le toxicomane serait dans l'incapacité de tolérer certains affects qui seraient trop douloureux, intenses ou diffus. Pour faire disparaître l'impression de ne pas avoir de contrôle sur ses émotions, il aurait recours à la drogue ; celle-ci provoque un apaisement de la détresse.

Le manque ressenti à l'égard de la drogue donne ensuite un sens aux affects négatifs éprouvés, qu'ils attribuent à ce manque. Ainsi, le recours à la drogue permettrait de rendre le ressenti plus compréhensible et procurerait de cette manière un sentiment de contrôle sur ce dernier.

On peut relever, par ailleurs, le fait que les toxicomanes ont généralement traversé des événements de vie difficiles (par ex. : abus). Vraisemblablement, ce type d'expérience les

fragilise et sollicite davantage les stratégies de régulation émotionnelle. C'est peut-être alors parce qu'ils ont plus d'affects négatifs à gérer qu'ils sont plus vite submergés par leurs émotions et en cela, poussés à prendre de la drogue.

Une partie des toxicomanes n'ont cependant pas recours à la drogue pour soulager un état psychologique défavorable, mais plutôt par choix, pour les sensations ou les effets euphorisants qu'elle procure. La prise de drogue s'explique chez ces personnes par la recherche de plaisir.

SYNTHÈSE

L'anorexie mentale et la boulimie constituent des troubles des conduites alimentaires qui touchent essentiellement les filles et qui apparaissent presque toujours pendant l'adolescence. Par ailleurs, l'obésité peut être consécutive d'une dépendance à la nourriture. Les principaux théoriciens invoquent dans l'apparition de ces troubles des difficultés dans la prise d'autonomie par rapport aux parents. Dans les troubles liés aux substances, on distingue ceux qui relèvent de l'abus (utilisation excessive et répétée de la substance) de ceux qui relèvent de la dépendance (prise exagérée, compulsive et incoercible de la substance avec phénomènes de tolérance et/ou de sevrage). En raison de l'aspect récent de leur consommation, les adolescents en sont rarement au stade de la dépendance. Cependant ceci n'empêche pas que plus tard, ils sont susceptibles d'y entrer. Certains travaux suggèrent l'existence d'une vulnérabilité génétique, notamment en matière d'alcoolisme. Dans les théories psychodynamiques, le recours aux drogues est vu comme un moyen de suppléer des capacités de régulation émotionnelle limitées. La recherche de plaisir peut également mener à un trouble lié aux substances.

TROUBLE DE L'ADAPTATION, RÉACTIONS TRAUMATIQUES AU STRESS, MALTRAITANCE ET TROUBLES DE L'ATTACHEMENT

Troubles réactionnels, réactions traumatiques au stress et états liés à la négligence et à la maltraitance ont en commun la nature de leur étiologie. Il s'agit de conditions dont les causes, assez évidentes, sont issues de l'environnement. Parce que les enfants sont en cours de développement, le stress a sur eux un impact plus complexe et souvent plus durable que celui qu'il a sur les adultes. Il peut non seulement avoir des effets immédiats (anxiété, agitation), mais il peut aussi influencer négativement sur le cours de leur développement. Lorsque les sources de stress sont chroniques, les effets sont particulièrement négatifs.

Trouble de l'adaptation

Comme pour l'adulte, les stress de la vie peuvent perturber le fonctionnement psychique des enfants. Il réagit à ces événements en présentant transitoirement divers symptômes d'anxiété, de dépression ou d'agitation.

Réactions traumatiques au stress

Lorsqu'il s'agit d'un stress intense de nature exceptionnelle, l'enfant peut réagir par des symptômes chroniques reliés spécifiquement à l'événement traumatique. L'expression "réaction traumatique au stress" est préférée à celle de "syndrome de stress post-traumatique" (expression consacrée aux adultes) pour marquer la nature plus variable et plus complexe des réactions enfantines (Yule, 1999).

Effets de la négligence et de la maltraitance

La négligence émotionnelle ou physique peut être le prélude à la maltraitance et aux sévices sexuels, dans la mesure où l'enfant n'est pas protégé contre les dangers et en particulier contre les adultes malveillants. Ces circonstances de négligence ou de maltraitance peuvent entraîner un état mental particulier ainsi que des problèmes de développement.

Troubles de l'attachement

Les travaux sur l'attachement permettent de différencier différents troubles consécutifs à la négligence et à la maltraitance. Il en existe trois types qui se distinguent par la qualité de l'attachement que l'enfant manifeste vis-à-vis de sa figure d'attachement, qui va de l'indifférence à la parentification.

Le trouble de l'adaptation

Le stress est une composante normale de la vie, chez les enfants aussi bien que chez les adultes. Tenter d'éviter tout stress à un enfant (comme le recommandaient certains manuels des années 60) conduit à le gêner et à moyen terme à le rendre égocentrique, exigeant et incompetent. Un montant raisonnable de stress est donc nécessaire pour apprendre à l'enfant le contrôle de soi et la tolérance à la frustration. Quelques études s'intéressent actuellement à l'enfant dit "résilient", c'est-à-dire qui gère efficacement les stress.

Sémiologie

Lorsque l'enfant est soumis à un montant de stress exagéré, il peut y réagir par de l'agitation, des colères, de l'agressivité vis-à-vis de ses pairs, une baisse du rendement scolaire ou des troubles du sommeil (sommeil agité, cauchemars). Le tableau peut se présenter sous forme de troubles anxieux, avec anxiété de séparation, peur de la nouveauté, ou sous forme de trouble oppositionnel avec désobéissance, impolitesse, esprit d'opposition. L'adolescent, de son côté, peut devenir irritable, renfermé, déprimé ou au contraire avoir des comportements à risque (par ex. : abus d'alcool, promiscuité sexuelle). La communication avec les adultes est difficile.

Étiologie

Le trouble de l'adaptation est par définition provoqué par un stress. Parmi les plus fréquents on peut citer le divorce des parents, la perte d'un proche, les accidents, les changements de situation (par ex. : déménagement), des agressions ou sévices sexuels subis en dehors de la famille. Tous les enfants sujets à des stress ne présentent pas des perturbations psychologiques. Leurs réactions dépendent de plusieurs facteurs : la nature du stress, la personnalité de l'enfant et en particulier sa sensibilité au stress, son stade de développement et la façon dont il interprète le stress et enfin le soutien qu'il trouve au sein de son foyer.

La nature du stress explique en partie la réaction qui en découle. La plupart du temps, les pertes (décès d'un proche) conduisent à des réactions de type dépressif, les accidents (accident de la route, incendie) à des réactions de type anxieux.

De façon générale, on peut dire que les stress amplifient les tendances pré-existantes de l'enfant : s'il est de nature anxieuse, il peut, une fois confronté à un stress, réagir par des réactions d'évitement et une anxiété de séparation. S'il est plus exubérant, il peut devenir agité et agressif, avec ses pairs ou avec les adultes.

Le stade de développement de l'enfant, ses expériences passées et son tempérament influencent l'interprétation personnelle qu'il peut avoir de la situation stressante. C'est ainsi que le petit enfant, lors du décès d'un parent, peut avoir des craintes de perdre ou d'être abandonné par le parent survivant. Un enfant un peu plus âgé peut se demander ce qu'il aurait pu faire pour garder le parent décédé en vie. Un jeune adolescent peut se sentir seul et éprouver du ressentiment contre la personne disparue ou contre le sort. Le divorce entraîne des réactions diverses, en partie parce qu'elles dépendent des interprétations que les enfants s'en font. L'enfant peut être affecté dans son sentiment de sécurité (s'il se croit abandonné par le parent qui part), dans son estime de soi (s'il pense que le parent absent ne tient pas à lui), dans son sentiment de stabilité (s'il change de maison, de voisinage, d'amis, d'école).

La manière dont un enfant gère un stress dépend en grande partie du climat affectif qui règne dans la famille, ainsi que de la compréhension et du soutien dont il bénéficie par rapport à ce qu'il a vécu. Même un traumatisme important, tel qu'un viol, peut être assimilé si l'enfant est bien accompagné psychologiquement par sa famille. Par ailleurs, il faut distinguer les stress qui ont un impact direct sur l'enfant de ceux dont l'impact concerne surtout la famille. La perte d'emploi d'un parent ou la pauvreté sont des stress qui affectent la famille et non spécifiquement l'enfant. Dans ces derniers cas, la nature stressante de l'événement pour l'enfant dépend de la manière dont le stress est géré à l'intérieur de la famille (comment l'enfant est informé et impliqué).

Les réactions traumatiques au stress

Sémiologie

Certains stress sortent de l'ordinaire, c'est-à-dire qu'ils ne font pas partie des expériences de vie de l'individu moyen. On peut citer le viol, une agression physique, un accident de la route, un incendie de son logement, une guerre, une catastrophe naturelle... Dans ces cas, la réaction au stress est plus sévère et plus chronique qu'elle ne l'est dans le trouble de l'adaptation. Elle comporte des symptômes spécifiques (décrits ci-dessous). Les symptômes se distinguent selon qu'ils se rapportent directement au traumatisme, qu'ils relèvent de phénomènes anxieux plus diffus ou de séquelles cognitives.

1. Composante traumatique: les enfants et les adolescents sont envahis par des réminiscences intrusives à propos du traumatisme (symptômes d'intrusion) : des souvenirs de l'événement très chargés émotionnellement leur reviennent de façon involontaire. Dans les cas les plus graves,

l'enfant peut revivre l'événement comme s'il se déroulait dans le présent (il peut en revoir mentalement des scènes et se sentir envahi du même sentiment de terreur que lors de l'événement, un détail de l'environnement peut déclencher une attaque de panique ou un épisode dissociatif). Il peut alors agir en conséquence (se figer ou se débattre, frapper, pleurer). Parfois l'enfant est décrit comme étant "dans la lune", "ailleurs", "absent", "dans son monde". Ces phénomènes de réminiscences et de reviviscences s'apparentent à des expériences dissociatives (l'individu est conscient de l'environnement dans lequel il se trouve mais en est détaché ; il est avant tout préoccupé par des pensées liés au traumatisme, il est dans un état second). Ils apparaissent souvent dans les jeux ou les dessins de l'enfant. Des symptômes d'évitement peuvent également s'observer : les phobies et l'évitement des lieux, personnes ou objets en rapport avec le traumatisme sont fréquents (par exemple une victime de viol ne veut plus aller aux toilettes ou monter dans une voiture inconnue parce que c'est dans ce type de lieu que s'est déroulée l'agression).

2. Composante anxieuse : Le sommeil perturbé est un symptôme très courant, avec peur du noir, cauchemars, terreurs nocturnes, somnambulisme. L'anxiété de séparation est fréquente, même chez les adolescents. Les plus jeunes insistent pour dormir avec leurs parents. Des peurs voire des phobies sans rapport apparent avec le traumatisme peuvent également apparaître. L'enfant est irritable et sujet à des crises de colère ; son seuil de frustration est abaissé. Il vit dans un état d'alerte continu.

3. Composante cognitive : Immédiatement après le traumatisme, l'enfant peut présenter un besoin incoercible de parler de ce qu'il a vécu. Mais dans un deuxième temps, il se montre réticent à parler de ses émotions, même avec ses proches. Ses raisons peuvent être diverses : il craint de les bouleverser, il a honte, il se sent responsable, il préfère ne pas penser. On note par ailleurs des difficultés de concentration, des problèmes de mémoire, des troubles du langage (mutisme, bégaiement), ainsi que des moments d'inattention. Le rendement scolaire peut s'en trouver affecté. La réaction des adolescents se rapproche de celle des adultes. La composante dépressive peut y être très importante et s'ajouter à la composante anxieuse. Il peut y avoir des attaques de panique et des réactions phobiques extrêmes.

4. Considérations développementales

Quel que soit l'âge, les réactions traumatiques au stress entraînent une dysrégulation qui se traduit par des symptômes « en trop » (hypermnésie, débordement émotionnel, hypervigilance) et/ou « trop peu » (amnésie, anesthésie, déréalisation ou dépersonnalisation). Néanmoins, la signification attribuée à un même événement potentiellement traumatique peut différer considérablement de l'enfant à l'adulte. Un tout petit peut par exemple ne pas comprendre la

signification véritable d'un accident, en particulier s'il est accompagné d'une personne qui le rassure. Très jeune, l'enfant peut ne pas saisir la nature sexuelle d'une agression de ce type ; c'est la violence et la coercition qui l'impressionnent. On doit donc connaître la signification que l'enfant attribue à la situation traumatisante pour comprendre les symptômes que celle-ci a engendrés.

En partant de ce principe, on peut comprendre certains faits :

- Presque tous les enfants sont sensibles à l'aspect agressif ou coercitif d'un acte. La violence indique clairement qui est le coupable. Pour cette raison, un enfant brutalisé peut, dans une certaine mesure, gérer plus facilement un traumatisme qu'un enfant qui a été séduit ou exploité.
- La jeunesse de l'enfant ne constitue pas nécessairement un facteur aggravant.
- Bien que de façon générale, l'intelligence puisse considérablement aider l'enfant à gérer le stress, elle peut, en même temps, le rendre plus conscient du danger ou des implications d'un stress et de ce fait le rendre plus vulnérable.
- Certains traumatismes, en particulier ceux de nature sexuelle, peuvent entraîner de graves séquelles bien après l'événement. C'est ainsi qu'à l'adolescence, bien des victimes réalisent la nature sexuelle des sévices vécus pendant l'enfance. C'est à cette période tardive que doivent être gérées les émotions que cette prise de conscience entraîne.

Vignette clinique : Caroline, 14 ans, réaction traumatique au stress

Caroline a été violée de façon très violente à l'âge de 8 ans par un ami de la famille. À 14 ans, âge auquel elle révèle l'incident, elle reste très perturbée, avec anxiété généralisée, absentéisme scolaire, rejet et haine des hommes, rage, phobies multiples, abus d'alcool et de drogues. Lorsqu'on lui demande de compléter des débuts de phrases, elle donne les réponses suivantes:

J'aime... être dans un endroit où il y a beaucoup de monde, où je me sens en sécurité.

Je suis heureuse quand... je sais que je suis en sécurité.

J'aimerais savoir...quelle est la différence entre l'inceste et le viol.

Je regrette... que le viol me soit arrivé et que je me sois mise à boire et à prendre de la drogue.

Ma plus grande crainte... est de voir [nom de l'agresseur].

Six ans après le traumatisme, on peut voir que la vision du monde de Caroline est encore en grande partie déterminée par son expérience passée. Elle sait que sa prise de drogue

et d'alcool est due au traumatisme qu'elle a vécu mais elle ne tente pas d'y mettre un terme. De plus, elle continue à se sentir menacée par son agresseur sans pouvoir en analyser le bien-fondé ; elle reste sous son emprise. Sa situation est très grave car jusqu'à présent, elle n'a pas voulu dévoiler l'incident en raison des menaces de mort que l'agresseur avait proférées si elle parlait. Elle a gardé une perspective enfantine sur l'événement (sa totale passivité face aux événements et une incapacité à profiter de l'aide qui lui est offerte). Mais elle a aussi acquis de mauvaises habitudes (absentéisme, abus d'alcool et de drogues). Comme c'est le cas ici, le silence et le secret mènent à l'isolement de la victime et, par absence de dialogue, ne lui permettent pas d'analyser ce qui s'est passé d'une façon plus mature.

Les états liés à la négligence et à la maltraitance physique ou sexuelle

De plus en plus, les chercheurs réalisent que le stress ne résulte pas toujours d'un événement traumatique unique, mais tout aussi fréquemment d'une situation stressante chronique ou à répétition. Ils constatent par ailleurs que ce ne sont pas les éléments objectifs d'une situation qui importent le plus, mais plutôt leur valeur subjective. Ces deux constatations permettent de comprendre pourquoi dans le cadre des relations interpersonnelles, le stress peut être plus intense et durable. Etant donné que c'est au sein de la famille que l'identité de l'enfant se forme, l'impact des traumatismes qui surviennent dans ce contexte sont généralement plus importants qu'ailleurs. C'est ainsi que les études sur le stress chez les enfants se sont peu à peu rapprochées des études sur la négligence et sur la maltraitance. Ces dernières s'étaient développées de façon quelque peu marginale, car elles répondaient à une urgence pratique plutôt qu'à un besoin théorique. Elles portaient sur les stressseurs plus que sur les enfants. On observe à l'heure actuelle une convergence de ces deux types de recherches.

La négligence et la maltraitance ne sont pas des troubles psychopathologiques de l'enfant ou de l'adolescent. Elles concernent l'étiologie, à savoir la négligence ou les agissements d'individus à leur encontre, dans un contexte familial. Leurs causes (c'est-à-dire les raisons qui conduisent les adultes à négliger ou à maltraiter les enfants) ne seront pas abordées car elles ne renvoient pas directement à un tableau symptomatique spécifique de l'enfant. Notre propos est plutôt d'en décrire les effets possibles. Le terme de "maltraitance" est un terme vague qui se réfère aux cas où un adulte recourt à des méthodes coercitives vis-à-vis d'un enfant. Cependant dans son sens restreint, il renvoie aux cas chroniques, dont les acteurs sont des proches. Lorsque le stress est issu de la famille et s'étale sur plusieurs années, on parle d'état consécutif à la négligence ou à la maltraitance. On parle aussi de trauma complexe.

Définitions et types de négligence et de maltraitance

La *négligence* constitue une absence ou une insuffisance de soins adéquats. Elle peut être de nature physique, l'enfant n'étant pas nourri, vêtu, logé ou protégé correctement et/ou de nature émotionnelle ou éducative, l'enfant n'ayant que peu de relations avec ses figures d'attachement. Ce vide émotionnel s'accompagne souvent d'un contact réduit avec d'autres enfants, d'une absence de loisirs ou de distractions, d'une fréquentation scolaire irrégulière, d'un manque d'encouragement ou de valorisation. Bien que légalement, la négligence soit définie en termes concrets et précis, en réalité, c'est plus la conséquence d'un état d'esprit des proches que d'une série d'actes (ou d'une absence d'actes). Les adultes sont indifférents à l'enfant, ou plus souvent encore, ils ont d'autres préoccupations. Des cas fréquents de négligence sont associés à la maladie mentale des parents (la dépression de la mère en particulier) ou encore à l'alcool et la drogue (qui deviennent la préoccupation première des parents). Cependant d'autres cas peuvent s'observer parmi les enfants de personnes qui se consacrent exclusivement à leur carrière ou à la recherche du plaisir.

La *maltraitance* désigne l'ensemble des actes à caractère nocif (en opposition aux manquements de soins) dirigé contre un enfant ou un adolescent et venant d'un parent ou d'une personne en charge de l'enfant (éducateur, baby-sitter). Le milieu familial dans son ensemble peut être impliqué. La maltraitance peut être de plusieurs types. Un enfant peut être maltraité physiquement c'est-à-dire secoué, frappé, battu, brûlé ou blessé. Il peut être maltraité psychologiquement lorsqu'il est injurié, insulté, méprisé, ridiculisé, humilié ou menacé de façon répétée. Il peut être maltraité sexuellement si on tente de l'exciter par des images ou des caresses, s'il subit des attouchements sexuels, s'il lui est demandé d'exciter l'adulte, d'accomplir des actes sexuels (fellation en particulier), s'il est pénétré et violé. Dans la plupart de ces derniers cas, l'enfant n'est pas forcé physiquement car il est plutôt séduit, manipulé, acheté ou menacé afin de se plier aux exigences de l'adulte.

Un autre type de maltraitance est de nature sociale, éducative ou morale. L'enfant peut être privé d'école, de contact avec d'autres enfants ; il peut être perverti par l'observation de comportements violents ou sexuels déplacés.

La négligence favorise la survenue de maltraitance physique ou sexuelle. Lorsque la famille se désintéresse de l'enfant et qu'il y a peu de communication, l'enfant court des risques accrus d'être maltraité lorsqu'il interfère avec les besoins des adultes qui l'entourent. Il a plus de chances d'être exploité par son entourage ou d'être la cible des pédophiles. La négligence (à

l'exception des cas extrêmes) est malheureusement difficile à détecter, car ses effets sont moins manifestes, ils apparaissent lentement et insidieusement.

Sémiologie

Les cas très sévères de négligence peuvent être accompagnés d'un arrêt du développement, aussi bien physique que psychologique : l'enfant ne grandit pas, son comportement régresse, son langage est retardé. Le retirer de son milieu entraîne une amélioration rapide, mais celle-ci disparaît une fois que l'enfant réintègre sa famille. Dans les cas moins graves, les séquelles de la négligence et de la maltraitance sont principalement d'ordre affectif. L'enfant négligé (ou maltraité) est en manque émotionnel. Il peut y réagir par une recherche frénétique d'affection : compliments, tendresse, valorisation. Etant donné qu'il est peu supervisé, sa recherche d'attention peut le mettre dans des situations à risque. Dans les cas plus graves, il peut au contraire devenir indifférent, apathique, peu communicatif, sans imagination, sans intérêts véritables, sans motivation. Il peut devenir incapable de jouir de la vie. Il ne s'intéresse pas à l'école où il n'apprend pas.

Chez l'enfant, contrairement à l'adulte, les événements traumatiques constituent des expériences princeps qui déterminent en partie comment les situations seront vécues par la suite. Le monde peut alors lui apparaître comme indifférent ou malveillant. L'enfant, du simple fait qu'il n'est pas protégé par les adultes, vit dans un climat d'anxiété et de menace. Ces sentiments peuvent être accentués par les punitions, les expulsions de l'école ou les déménagements d'une famille souvent désorganisée. L'enfant développe une méfiance généralisée vis-à-vis des adultes. Lorsqu'il y a eu maltraitance importante, la perspective de l'avenir apparaît comme un combat ; le but de la vie est de survivre. Il s'ensuit une moralité concrète et primitive.

Parce que ses proches ne l'ont pas aidé à se forger une identité, l'enfant négligé ne sait pas trop qui il est, où il va et ce qu'il veut. Comme il a été à la merci des uns et des autres, il ne se sent pas autonome. Il va à la dérive ; il se laisse porter par le moment, sans projection dans l'avenir (plans de carrière, projets) et sans pouvoir s'appuyer sur des souvenirs clairs. Souvent, l'enfant négligé ou maltraité ne développe pas un sens normal de la causalité (qui se forme aux alentours de 8 ans). En effet, les actions de l'enfant négligé ne sont généralement pas suivies de conséquences prévisibles (il est puni ou récompensé en fonction de l'humeur des adultes plutôt qu'en fonction de ce qu'il fait) ; celles de l'enfant maltraité, quelles qu'elles soient, ont le plus souvent des effets négatifs (l'enfant est puni ou maltraité de façon aléatoire et incompréhensible pour lui). Face à de telles réponses, l'enfant a du mal à anticiper les événements et agit dans le présent, sans réfléchir à l'avenir.

Parce qu'on ne l'éduque pas suffisamment, parce qu'on ne lui parle pas assez, l'enfant négligé présente souvent des retards de langage. Il est limité dans le domaine de la pensée abstraite. Il a souvent des difficultés d'apprentissage.

L'enfant négligé n'a pas l'occasion d'apprendre les rudiments des relations sociales. En particulier, il ne sait pas véritablement communiquer, il ignore ce qu'est la réciprocité et a du mal à comprendre le point de vue d'autrui. Par conséquent, il n'utilise que peu le langage pour entretenir des relations avec autrui. Souvent il est inapte au dialogue et ne sait pas faire de compromis. Ainsi pour s'affirmer, il recourt à la force et se montre agressif et peu sociable. De fait, il a peu d'amis. Bien des enfants négligés en arrivent à développer un trouble oppositionnel voire un trouble des conduites. D'autres, à l'inverse, ont tendance à se replier sur eux-mêmes.

Dans les cas de maltraitance sans négligence (par ex. : abus répétés de la part d'un beau-père), peuvent apparaître des réactions traumatiques au stress (décrites plus haut). Les perturbations émotionnelles propres à ces réactions peuvent se chroniciser (anxiété généralisée, phobies, états dépressifs, tentatives de suicide).

La maltraitance sexuelle n'implique pas nécessairement une négligence (le plus souvent la mère ne soupçonne rien et fournit des soins adéquats à son enfant). De ce fait, le tableau qui en découle se distingue de celui de l'enfant à la fois négligé et abusé. Les retards de langage, les troubles des apprentissages et les difficultés à s'exprimer sont moins fréquents. Par contre, l'image de soi peut être particulière avec le sentiment d'être impuissant, contrôlé et/ou stigmatisé. A cela s'ajoute souvent une précocité sexuelle et une vision sexualisée du monde. Dans les cas d'inceste (le type le plus fréquent étant l'inceste beau-père/belle-fille suivi par l'inceste père-fille), les distorsions au sein des relations interpersonnelles sont importantes, avec une confusion des responsabilités et des rôles propres à chaque génération (avec ce que l'on nomme la "parentification" : l'enfant assume le rôle de parent vis-à-vis du parent) et a une vision sexualisée des rapports. Parfois la victime ne réalise pas la nature profondément pathologique de la relation.

Prévalence

Il est difficile de donner des statistiques pour la négligence et la maltraitance car les chiffres varient énormément en fonction des critères utilisés. On peut néanmoins dire que les fréquences sont très élevées.

| Vignette clinique : Arthur, 7 ans, négligence |

Arthur est un enfant de 7 ans qui manque souvent l'école ou qui y arrive en retard sans raison valable. Il a été abandonné par son père. Il vit seul avec sa mère qui travaille le soir ; il se couche tard. La famille déménage fréquemment.

Arthur est perçu comme triste et "dans la lune" par le personnel scolaire. Il est assez remuant et désorganisé en classe. Par contre, il est toujours aimable et poli avec les adultes et gentil avec les autres enfants. Il semble manquer de confiance en lui. L'institutrice rapporte que bien qu'Arthur soit toujours bien habillé, sa mère passe son temps à le rejeter et à l'humilier.

Pendant l'évaluation psychologique, il se présente comme un enfant agréable et communicatif. Il dessine lentement et minutieusement et demande son opinion à la psychologue. Il explique spontanément:

- Moi, j'aime les histoires de Jésus.
- Pourquoi ?
- Parce qu'il donne la vie.

Alors qu'il travaille à un second dessin, il pose la question:

- Est-ce que tu as des animaux chez toi ?
- Oui et toi ?
- J'ai deux chiens. C'est Marinette que je préfère.
- Ah oui ! Et pourquoi ?
- Parce que je lui manque tout le temps."

Un peu plus tard, alors que la psychologue lui demande de dessiner quelque chose de triste, l'enfant demande:

- Est-ce que je peux dessiner quelque chose de pas vraiment triste ?
- Comme quoi ?
- Toute ma famille... Moi, j'ai pas de papa. Il est un peu fou aussi... pas vraiment comme Ben Laden... Il ne sait pas comment s'y prendre avec les enfants.
- Toi, qu'est-ce que tu en penses ?
- J'aime pas trop trop ça.
- Ça quoi ?
- C'est parce que mon papa me manque."

Le mot "triste" évoque la famille et en particulier l'absence du père. L'enfant accuse et disculpe à la fois son père. Il reprend une explication qui a pu être fournie par la mère ou un membre de l'entourage. Le dessin de la famille, quant à lui, est révélateur. L'enfant y inclut les membres

de sa famille élargie. Il les nomme mais change les noms des personnages à plusieurs reprises. Finalement, c'est sa mère qu'il dessine et qu'il désigne en dernier. L'enfant se sent appartenir à une famille mais les frontières y sont floues et les personnages changeants, sans consistance. Les sentiments vis-à-vis de la mère semblent être ambivalents.

Lors d'une épreuve dans laquelle l'enfant doit faire un choix entre deux options, il n'arrive pas à trancher. Par exemple, entre un serpent et une grenouille, il déclare: "Les deux, parce qu'un serpent, ça peut se cacher sous terre ; les grenouilles, ça peut attraper des insectes, puis ça peut aller dans l'eau. Les serpents, j'aime ça parce qu'il y en a de toutes sortes et il y en a qui sont de toutes les couleurs."

Ce petit garçon est négligé. La famille est désorganisée, avec absence de figure paternelle, déménagements fréquents, absentéisme et retards scolaires. En outre, il manque de sommeil. L'enfant a des besoins affectifs insatisfaits. Il recherche l'attention et tend à se réfugier dans la religion. Il aimerait être désiré (le chien qui l'attend). Il a aussi une personnalité compulsive (lenteur, méticulosité, difficulté à faire des choix). La lenteur et la méticulosité peuvent être des traits de personnalité mais elles peuvent aussi, comme la difficulté à faire des choix, être dues à une image de soi incertaine ou à une difficulté à se fixer des buts.

L'enfant nourrit du ressentiment contre ses parents sans oser en prendre conscience (il hésite à représenter sa mère et souffre de l'absence de son père, qu'il compare à Ben Laden). Il se sent appartenir à un milieu indifférencié où il n'est qu'une personne parmi d'autres (les interversions dans le dessin de la famille). Il ne peut fournir son plein rendement à l'école et présente un trouble de l'attention avec hyperactivité. Ceux-ci sont dus à un état de préoccupation par rapport à la mauvaise qualité de la relation avec sa mère et à l'absence d'un père.

Les troubles de l'attachement

Si la négligence et la maltraitance ne constituent pas des troubles psychopathologiques de l'enfant, ce n'est pas le cas des troubles de l'attachement qui résultent de tels traitements. Le DSM-V et la CIM-10 font état d'un *trouble réactionnel de l'attachement* et d'un *trouble de désinhibition du contact social*.

Le trouble réactionnel de l'attachement

Ce trouble se caractérise par une tendance chez l'enfant à ne pas rechercher la protection ou le réconfort auprès du parent. Les enfants qui ont ce trouble ont aussi une dysrégulation des émotions (épisodes de peur, d'irritabilité ou de tristesse inexplicables), potentiellement dans le sens d'une inhibition (réactivité sociale et émotionnelle réduite et quasi absence d'affects positifs).

Le trouble de désinhibition du contact social

Dans le *trouble de désinhibition du contact social*, les comportements de méfiance habituelle vis-à-vis d'adultes inconnus sont absents, l'enfant pouvant se montrer très familier ou même partir avec ces personnes. L'enfant peut aussi s'aventurer dans des endroits non familiers sans se tourner vers le parent pour s'assurer de sa sécurité.

Les troubles de l'attachement chez les moins de 6 ans

Parce que ces classifications ne tiennent pas suffisamment compte des connaissances établies dans le domaine. Zeanah, Boris et Lieberman (2000) ont proposé un système de classification pour les enfants de 1 à 5 ans qui est plus au fait des travaux de recherche sur l'attachement. Ils distinguent trois grands types de troubles de l'attachement :

- le type non attaché,
- les distorsions dans la base de sécurité où l'enfant a un attachement très perturbé avec une de ses figures d'attachement,
- le trouble lié à une rupture de l'attachement (*disrupted attachment disorder*), dans lequel l'enfant réagit à la perte d'une figure d'attachement.

Le trouble de non attachement

Dans le *trouble de non attachement*, l'enfant ne manifeste pas de préférence particulière pour un adulte donné et ne semble s'attacher à personne. Il peut, par ailleurs, présenter un retard de développement significatif. Le plus souvent, une telle perturbation survient chez les enfants élevés en institution, les cas de négligence extrême ou les enfants dont les tuteurs se sont succédé les uns après les autres. Cette catégorie est proche du *trouble réactionnel de l'attachement* ainsi que du *trouble de désinhibition du contact social* du DSM-V. Les anomalies dans les comportements d'attachement des enfants touchés sont flagrantes avec une absence de recherche de réconfort, de manifestations d'affection, de demande d'aide, de coopération et des perturbations importantes dans le domaine de l'exploration. Ces anomalies font que ces enfants

présentent d'importantes difficultés d'auto-régulation et d'auto-protection. La sociabilité indiscriminée (promiscuité et absence de méfiance envers des inconnus) présente aussi dans le *trouble de désinhibition du contact social* semble être un trait durable qui persiste même une fois que l'enfant a eu la possibilité d'établir une relation d'attachement (par exemple lorsqu'un enfant élevé en institution est adopté). Par conséquent, Zeanah et al. recommandent de la considérer comme une dimension (potentiellement observable chez des enfants attachés) et non pas comme une simple classification. Zeanah et al. préconisent un âge développemental minimal de 10 mois avant d'établir le diagnostic de trouble de non attachement pour que l'absence d'établissement d'un lien d'attachement ne soit pas attribuable à un déficit cognitif.

Les distorsions de la base de sécurité

Dans les distorsions de la base de sécurité, l'enfant a bien une figure d'attachement, mais cette relation est fortement perturbée (sans que cela soit nécessairement le cas dans de ses autres relations). Quatre types de troubles sont répertoriés :

Le trouble de l'attachement avec mise en danger se caractérise par une tendance à ne pas s'assurer de sa sécurité auprès du parent dans les situations non familières et à ne pas se réfugier vers lui en cas de peur. Certains enfants ont en outre tendance à avoir des accidents, des comportements à risque ou des comportements provocateurs lorsqu'ils sont en présence de la figure d'attachement. Les enfants peuvent en outre se montrer très agressifs envers elle (physiquement ou verbalement) et/ou envers eux-mêmes (par ex. : en se frappant la tête contre les murs). Souvent l'agressivité est tellement prédominante que d'autres manifestations anxieuses telles que des difficultés de séparation ou des troubles du sommeil passent inaperçues ou sont interprétées par le parent comme des tentatives de les mettre au défi. L'agressivité peut apparaître dans d'autres contextes, mais à un moindre degré. L'enfant peut piquer des crises de colère terribles lorsqu'il est frustré. De tels enfants (agressifs) sont généralement témoins ou victimes de violence à la maison.

Le trouble de l'attachement avec inhibition et « accrochage » (clinging) se situe à l'autre extrême des distorsions de la base de sécurité. Plutôt que de faire preuve d'une témérité excessive, l'enfant se montre réticent à s'éloigner de sa figure d'attachement et à explorer l'environnement comme le font les autres enfants de son âge. Il s'accroche au parent et se montre très anxieux lorsqu'il est dans une situation nouvelle ou surtout quand il est face à un inconnu. Cette attitude va bien au-delà de la simple timidité ; elle n'est pas présente quand l'enfant est seul avec sa figure d'attachement et dans un lieu familier.

Les enfants avec un *trouble de l'attachement avec hypervigilance/hypersoumission (hypercompliance)* se montrent totalement soumis face à leur parent en lui obéissant en toutes circonstances, sans manifester la moindre résistance. L'enfant se montre hypervigilant ; il inhibe ses affects et manque de spontanéité en présence du parent maltraitant. Ce fonctionnement n'est toutefois pas observable en permanence ; il peut être déclenché par certains indices, par exemple lorsque la figure d'attachement semble contrariée, en colère ou frustrée. Ce trouble résulte vraisemblablement d'une maltraitance physique de la figure d'attachement à l'encontre de l'enfant et viserait à réduire le risque de déclencher les comportements violents de l'adulte.

Dans *le trouble de l'attachement avec inversion des rôles*, l'enfant endosse le rôle de parent et se soucie de manière inhabituelle de son bien-être. Dans son comportement, l'enfant peut infantiliser le parent en veillant sur lui ou en le commandant et en le punissant. Il semblerait qu'un attachement désorganisé pendant la petite enfance prédispose à ce type de trouble.

Le trouble de l'attachement rompu (*disrupted attachment disorder*)

Le troisième type de trouble de l'attachement renvoie aux cas où l'enfant réagit à la perte soudaine d'une figure d'attachement. La symptomatologie s'apparente à la séquence de comportements décrite par Robertson (1989) à propos d'enfants séparés de leurs parents pendant plusieurs jours ou semaines (https://www.youtube.com/watch?v=s14Q-_Bxc_U). Dans cette séquence, l'enfant entre d'abord dans une phase de protestation, puis de désespoir et enfin de détachement. Ce type de trouble est encore mal connu ; il a surtout été décrit chez des enfants qui ont perdu leur unique figure d'attachement ou bien chez des enfants qui ont été retirés de leur famille d'accueil (Gaensbauer, Chatoor, Drell, Siegel, & Zeanah, 1995; Lieberman & Zeanah, 1995). La présence d'une autre figure d'attachement minimise l'effet de la perte. Aussi, une recherche suggère que la perte serait d'autant moins bien vécue que la relation avec la figure d'attachement était de bonne qualité (Gaensbauer et al., 1995).

SYNTHÈSE

Dans ce chapitre ont été envisagées des troubles pour lesquels l'étiologie est environnementale et généralement évidente. Dans ce sens, elles sont aussi étudiées par des disciplines autres que la psychopathologie développementale, comme le travail social, la sociologie ou encore le droit. En dernier ressort, cependant, c'est l'enfant qui présente un trouble psychopathologique ; les caractéristiques de celui-ci ne correspondent pas le plus souvent aux tableaux des psychopathologies « classiques ». Les travaux en psychologie du développement se centrent

sur la relation altérée à la figure d'attachement et sur le développement anormal qui s'ensuit. Les troubles de l'attachement se manifestent pas une utilisation anormale de la figure d'attachement comme base de sécurité (pour l'exploration) et comme havre de sécurité (pour la protection).