



hyperactivité

autisme

dyslexie

dépression

anorexie

précocité

phobie scolaire

timidité

violence

anxiété

LES TROUBLES DE L'ENFANT

Préface de
Boris Cyrulnik

Éditions
SCIENCES
HUMAINES

Maquette couverture et intérieur : Isabelle Mouton.

Retrouvez nos ouvrages sur

www.scienceshumaines.com

www.editions.scienceshumaines.com

Diffusion : Volumen
Distribution : Interforum

En application de la loi du 11 mars 1957, il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement, par photocopie ou tout autre moyen, le présent ouvrage sans autorisation de l'éditeur ou du Centre français du droit de copie.

© Sciences Humaines Éditions, 2018

38, rue Rantheaume

BP 256, 89004 Auxerre Cedex

Tél.: 03 86 72 07 00/Fax: 03 86 52 53 26

ISBN = 9782361064716

LES TROUBLES DE L'ENFANT

Sous la direction d'Héloïse Lhéréte
et de Jean-François Marmion

Préface de
Boris Cyrulnik

La Petite Bibliothèque de Sciences Humaines
Une collection dirigée par Véronique Bedin



PAR-DELÀ NATURE ET CULTURE

Tout trouble de l'enfant résulte d'une transaction *entre ce qu'il est*, et *ce qui est* autour de lui. À partir d'un même alphabet génétique, le milieu peut écrire mille romans différents.

Il existe très peu de gènes sous cloche. Le syndrome de Lesch-Nyhan affecte les petits garçons qui, à cause du déficit de plusieurs gènes, ne dégradent pas l'acide urique, lequel devient un poison pour le cerveau : la moindre stimulation peut alors déclencher une réaction agressive, violente, que rien ne peut réfréner. Dans ce cas, le trouble du développement est fortement endogène et très peu soumis à la pression du milieu. Mais un tel modèle, où la composante génétique l'emporte à coup sûr, est très rare : en presque 40 ans de pratique, je n'en ai vu qu'un seul cas !

À l'inverse, et dans l'immense majorité des profils, si l'enfant souffre d'une anomalie génétique, il présente certes une aptitude à développer un trouble, mais cela n'exclut absolument pas la pression de l'environnement : c'est ce que l'on appelle l'épignèse. Prenons le syndrome de Down (trisomie 21) qui s'explique par une anomalie chromosomique. En l'occurrence, l'environnement joue un rôle important : quand j'étais étudiant, les trisomiques avaient une espérance de vie de 25 ans, sans scolarisation ni socialisation ; aujourd'hui, grâce aux progrès des prises en charge, leur espérance de vie est montée à 65 ans, parfois plus, un nombre croissant de personnes concernées va à l'école, et certaines accèdent même à l'indépendance sociale. Avec l'autisme et la schizophrénie, c'est tout un ensemble de gènes qui codent des altérations du développement cérébral. Là encore, l'influence du milieu n'est pourtant pas exclue : dans beaucoup de pays, une prise en charge du langage permet un meilleur développement des enfants autistes ; et selon l'OMS, 1 % de la population

devient schizophrène quelle que soit la culture, à l'exception des populations en guerre ou en migration où le chiffre quadruple. Même s'il est vrai que les déterminants génétiques existent, ils n'excluent donc absolument pas les déterminants sociaux et culturels.

Le façonnement par le milieu est d'ailleurs observable, par les technologies actuelles, dès la 27^e semaine de grossesse, même s'il s'exerce probablement avant. S'ouvre alors ce que l'on qualifie de « période d'interactions précoces » qui se poursuit jusqu'au 20^e mois, lorsque tout bébé connaît l'explosion du langage et que, quelle que soit sa culture, il apprend sa langue en dix mois, sans école et sans livre, uniquement au contact, au corps-à-corps.

On observe schématiquement qu'à dix mois, environ deux tiers des enfants ont acquis un attachement sécure grâce à des interactions précoces de qualité (cet ordre de grandeur est à peu près constant dans toutes les sociétés). Les autres enfants, que l'on repère notamment parce qu'ils n'essaient pas de parler, développent un attachement dit insécure : 20 % se caractérisent par un attachement ambivalent (lorsque la figure d'attachement les a laissés seuls, ils se jettent dans ses bras à son retour et la mordent ou la frappent) ; 15 % manifestent un attachement évitant, distant, apparemment froid ; 5 % environ souffrent d'un attachement confus, désorganisé (on ne comprend pas ces enfants, on ne peut pas prédire leur comportement, on ne sait pas les lire). Ces formes d'attachement dépendent de la qualité de la relation établie avec le *caregiver*, ou donneur de soins (en France on fait systématiquement référence à « la mère », et, statistiquement c'est bien elle qui prodigue le plus de soins, mais, si elle est défaillante pour diverses raisons, il peut s'agir d'une nounou, du père ou de n'importe quelle autre personne).

Supposons alors qu'un enfant soit victime d'un événement traumatique. Il peut s'agir d'une agression physique (l'enfant est frappé ou secoué), ou émotionnelle (il est témoin de violences conjugales par exemple). Dans les faits, le cerveau peut s'en trouver également délabré : car même si les coups et les mots ne s'adressent pas à l'enfant, l'émotion est tellement forte qu'elle déclenche une décharge de substances de stress qui peut altérer



ses structures cérébrales comme s'il avait été réellement battu ou secoué lui-même. Or, à terme, un même événement traumatique n'aura pas du tout le même impact sur un enfant suivant le type d'attachement qu'il a pu développer. Lorsqu'un enfant bénéficie d'un attachement sécure, il supporte beaucoup mieux un traumatisme. Son délabrement cérébral n'est que momentané. Pierre Bustany, professeur de neurobiologie à Caen, ou encore André Galinowski à l'Inserm, Jean-Luc Martinot à Orsay, David Cohen à la Pitié-Salpêtrière (et mille autres!) ont montré que lorsqu'il est frappé par un événement, un enfant sécurisé par son milieu démarre une résilience neuronale dès la première ou deuxième nuit alors que celui qui a acquis une vulnérabilité neuro-développementale sera profondément blessé.

Le rôle de l'école

En France, l'enfant est scolarisé à deux ou trois ans, ce qui est très précoce par rapport à des pays d'Europe du Nord où il doit attendre ses cinq, six, parfois sept ans. Suivant ses facteurs acquis de protection ou de vulnérabilité, le premier jour d'école est éprouvé différemment par chaque enfant. Ceux qui ont acquis un attachement sécure le perçoivent comme un stress amusant, une exploration intéressante du monde des choses et des gens. Peut-être vont-ils avoir peur ou pleurer, mais ils vont triompher tout de suite et leur développement va se poursuivre de manière constructive : ils intégreront la population des futurs bons élèves qui aiment l'école, auront beaucoup de copains et établiront des rapports agréables avec l'enseignant. Un enfant agréable à éduquer rend bon n'importe quel professeur qui va lui parler gentiment, expliquer mieux, encourager.

Toutefois, n'oublions pas qu'un enfant sur trois va découvrir l'école avec une fragilité neuro-développementale acquise. Chez la majorité d'entre eux, leur premier jour de scolarisation provoquera un petit choc traumatique qui va se manifester par de l'énurésie, de l'encoprésie, un refus alimentaire, des angoisses, des comportements anxieux, des agressions contre eux-mêmes ou les autres. Eux vont devenir de futurs mauvais élèves ou souffrir de phobie scolaire. Ils s'isolent, et très souvent même, quand

ils tisseront un début de lien, ils se montreront tellement intolérants à la frustration qu'ils agresseront ceux qui les gênent. On retrouve le schéma de l'attachement ambivalent.

Quelques-uns de ces enfants vulnérables se sentiront mieux à l'école que chez eux, où on crie, où on les frappe, on les isole. L'école va servir pour eux de facteur de résilience. Ils vont même y trouver un tel bonheur qu'ils vont la surinvestir et devenir de bons élèves, avant qu'ils ne s'effondrent parfois à l'adolescence, l'âge où l'on se prépare à quitter sa famille. C'est souvent là que se manifeste, pour eux aussi, la violence.

Pourquoi la violence ?

L'aptitude à la violence peut être acquise dans les premiers mois de la vie lorsqu'un enfant a été isolé sensoriellement par un malheur parental (et je parle de malheur pour éviter l'inculcation des mères, abusivement généralisée pendant des décennies) : maladie ou mort de la mère, conflit conjugal, précarité sociale, qui joue un grand rôle parce que les parents sont souvent anxieux et absents, la priorité étant de trouver à manger et de quoi se loger parfois pour le soir même. Certains enfants, de par les malheurs frappant leur environnement, souffrent ainsi d'un dysfonctionnement cérébral avec une multiplication par 8 ou 10 du volume de l'amygdale rhinencéphalique, socle neurologique des émotions intenses qui ne peuvent être freinées à cause d'une atrophie des deux lobes préfrontaux (qui ont pour fonction ordinaire de réguler le comportement). L'enfant ne peut alors apprendre à contrôler son angoisse, sa colère, son désespoir. Bébé, élève puis adolescent, il réagit facilement à la moindre information avec une violence comportementale ou verbale à fonction défensive.

Outre ce versant neurologique, l'émotion est modulée par deux autres régulateurs, la parole et la culture. Mais lorsque les enfants ont été isolés socialement, ils ne disposent que d'un très petit stock de mots. Ils passent à l'acte parce qu'ils ne savent pas dire qu'ils sont malheureux ou frustrés, la parole ayant précocement une fonction affective bien plus qu'informative. Ou ils s'inhibent complètement, ou ils explosent. Certaines cultures



organisent des lieux où l'on peut s'expliquer, se rencontrer, exprimer sa frustration, tandis que d'autres au contraire empêchent, parfois interdisent, les lieux de parole, comme dans les régimes totalitaires qui ne tolèrent pas la remise en question de la seule vérité, qu'elle soit religieuse, idéologique ou scientifique.

Voilà donc les trois sources hétérogènes de la violence : neurologique, verbale, socioculturelle. Lorsqu'un de ces trois facteurs régulateurs de l'émotion n'est pas construit ni proposé par l'environnement, la violence prend le relai.

Se résoudre à la complexité

On voit combien les troubles de l'enfant ne sont pas linéaires. Ils sont résiliables dans tous les cas, même dans les premiers mois de la vie, à condition de produire un système de compensation en réparant la niche affective, maternelle, parentale, sociale, et plus tard culturelle (quand l'enfant parlera). La résilience neuronale est la plus facile à déclencher, ce qui paraît totalement contre-intuitif. Et pourtant on l'observe par neuro-imagerie comme dans les comportements, dans les paramètres biologiques comme par des tests psychologiques, à toutes les étapes de reprise d'un nouveau développement. Nos préjugés tendent à nous faire croire que ce qui est neurologique est incurable, alors que c'est exactement le contraire ! Il est beaucoup plus facile de réparer la niche affective en cas d'altérations neurologiques, que de lutter contre un préjugé culturel qui nécessitera des années de discussions avec des philosophes, des psychologues, des artistes...

Il est indispensable de renoncer aux causalités simplistes du type : « J'ai trouvé l'explication de la violence, c'est la société ! - Mais non, pas du tout, c'est la biologie ! » Dans certains quartiers, des gosses déculturés sont violents parce qu'on ne leur a pas appris les trois régulateurs de l'émotion. Au lieu de chercher à les leur proposer, nous tenons un raisonnement en termes de bouc émissaire : « C'est nous qui sommes coupables de votre violence, vous n'êtes coupables de rien ! » Ou au contraire : « Vous êtes des monstres que nous devons punir ! » De tels arguments tout trouvés empêchent de chercher la solution, qui ne peut être qu'hétérogène. On ne peut pas tout apprendre, on ne peut pas

être spécialiste en tout, alors il nous faut travailler en équipe pluridisciplinaire, chacun ayant sa part de vérité et la proposant aux autres. Mais en France, ce genre de débats est difficile : on dégaîne tout de suite. Il reste des progrès relationnels et culturels à accomplir pour raisonner paisiblement ! Ce livre est donc le bienvenu pour nourrir le dialogue entre spécialistes comme pour informer le grand public.

Boris Cyrulnik

TROUBLES DE L'ENFANT : ÉTAT DES LIEUX

- Les principaux troubles chez l'enfant (*Marc Olano*)
- Les troubles de l'enfant en quatre questions clés (*Héloïse Junier*)
- L'examen psychologique de l'enfant, une pratique exigeante.
Rencontre avec Claire Meljac
- Les théories de l'attachement, d'hier à aujourd'hui
(*Sarah Chiche*)
- Hyperactivité : attention, souffrance ! (*Marie-France Le Heuzey*)
- Les 1001 « dys » (*Héloïse Junier*)
- La dyslexie, un cerveau à remodeler (*Michel Habib*)
- Quand le langage défaille (*Michèle Mazeau*)
- L'autisme : une affaire de spectre ? (*Marc Olano*)
- Autisme. Repères historiques (*Jean-François Marmion*)
- L'anorexie, de plus en plus précoce
(*Rébecca Shankland et Christelle Prost-Lehmann*)

LES PRINCIPAUX TROUBLES CHEZ L'ENFANT

Il existe différentes familles de troubles mentaux, catégorisées par des classifications internationales, cependant diagnostiquer un enfant est un exercice délicat, qui passe par des bilans spécifiques.

Les troubles anxieux

Les peurs diverses et variées (peur du noir, des chiens, des inconnus...) sont relativement fréquentes chez l'enfant et ne devraient pas inquiéter outre mesure les parents, tant qu'il s'agit de peurs isolées et passagères. On parle de troubles anxieux lorsque ces peurs ont des répercussions durables et quotidiennes sur la vie de l'enfant. Les troubles anxieux toucheraient environ 5 % des enfants. Le trouble d'anxiété généralisé (Tag) concerne des enfants qui s'inquiètent de façon excessive pour des situations quotidiennes, comme être à l'heure à l'école, réussir un exercice, ne pas oublier ses affaires... Ces peurs disproportionnées s'accompagnent souvent de problèmes de sommeil, de difficultés de mémorisation, de maux de ventre, de nausées, etc. Elles peuvent dans certains cas évoluer vers un trouble obsessionnel compulsif (Toc), dans lequel l'enfant va lutter contre cette angoisse en mettant en place des rituels compulsifs, comme le lavage répétitif des mains, des classements incessants de son matériel scolaire ou encore des comptages irrépressibles. Parmi les troubles anxieux il y a également les phobies, comme la phobie sociale ou la phobie scolaire, qui apparaissent plutôt à l'adolescence. Les thérapies cognitives et comportementales sont souvent efficaces dans les troubles anxieux, surtout pour ce qui concerne les phobies et les Toc.

Les troubles dépressifs

Beaucoup pensent que la dépression ne concerne que les adultes. C'est faux. Il y aurait entre 0,5 et 3 % de dépressions chez les enfants et entre 3 et 14 % chez les adolescents, selon les estimations. Ces grands écarts viennent du fait que la dépression est souvent difficile à détecter chez les enfants. Elle ne se manifeste pas forcément par une tristesse visible au grand jour, mais plus souvent par des comportements d'évitement : refus d'aller à l'école, retrait social, sentiment d'ennui, perte d'appétit, troubles du sommeil... Il y a souvent chez ces enfants, d'un côté, un sentiment d'abattement, une perte d'estime de soi et, de l'autre, des réactions de révolte et de colère qui peuvent se traduire par de l'agressivité, des vols, mensonges répétés ou encore de l'hyperactivité. Pour traiter la dépression, la HAS (Haute Autorité de santé) préconise en première intention une psychothérapie de soutien. Si les symptômes persistent ou s'aggravent, celle-ci peut être accompagnée dans certains cas d'un traitement par antidépresseurs.

Les troubles de l'attention

Le trouble du déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) est souvent évoqué pour les enfants qui n'arrivent pas à tenir en place et qui ont de grosses difficultés de concentration. Mais son diagnostic est controversé. Certains y voient plutôt un symptôme de la dépression. Le TDA/H concernerait entre 3 et 5 % des enfants, dont trois fois plus de garçons que de filles. Dans ce trouble, il y a deux volets.

- Le volet « inattention » : ces enfants ont du mal à soutenir l'attention de façon continue, à s'organiser, oublient fréquemment des choses, sont facilement distraits et ont tendance à éviter les tâches qui demandent un trop gros effort mental.

- Le volet « hyperactivité » : ces enfants peuvent également être très impulsifs. On parle alors d'un trouble du déficit d'attention avec hyperactivité (TDA/H). Touche-à-tout, ils ont tendance à se tortiller sans cesse, à grimper partout, à parler sans arrêt... En général dotés d'une bonne intelligence, ils se retrouvent néanmoins souvent en échec scolaire en raison de leurs difficultés de concentration.



Dans certains cas, le traitement par méthylphénidate, plus connu sous les noms commerciaux de Ritaline ou Concerta, peut réduire l'instabilité de l'enfant et améliorer ses capacités d'apprentissages. Mais l'utilisation de ce psychostimulant proche des amphétamines est sujette à caution, car ses effets à long terme restent méconnus.

Les « dys »

Les troubles des apprentissages, plus connus sous l'appellation « dys », semblent en grande partie d'origine neurologique. Ils sont de plus en plus souvent diagnostiqués chez les enfants. Ils seraient entre 6 et 8 % à souffrir au moins d'une « dys », voire de plusieurs. Les plus évoquées sont la dyslexie (difficultés de lecture) qui va souvent de pair avec la dysphasie (difficulté à construire des phrases à l'oral). D'autres « dys » sont la dysgraphie (difficulté à écrire de façon lisible), la dyspraxie (difficulté à coordonner des gestes précis, comme tracer un trait ou découper) ou encore la dyscalculie (difficulté à associer un chiffre et la quantité qui lui correspond). Ces troubles sont principalement pris en charge par des rééducateurs : orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes ou orthoptistes (rééducation visuelle) selon les cas.

La cyberaddiction

La cyberaddiction est-elle un trouble à part entière ? La question divise. Certains pensent que c'est une réelle addiction, pour d'autres il s'agirait plutôt d'un symptôme de la dépression, de la phobie sociale ou du trouble de l'attention (TDA/H). Les « cyberaddicts » ont un besoin excessif et irréprensible d'utiliser Internet. Certains affectionnent les jeux vidéo, d'autres les réseaux sociaux, d'autres encore les contenus pornographiques. La cyberaddiction apparaît surtout à l'adolescence, rarement avant. Elle touche plus particulièrement les garçons, qui sont notamment de gros consommateurs de jeux en ligne. Ces jeux présentent des possibilités d'extensions sans fin et peuvent donc s'étirer sur un laps de temps extrêmement long. L'enfant interagit avec d'autres joueurs qui se connectent en même temps