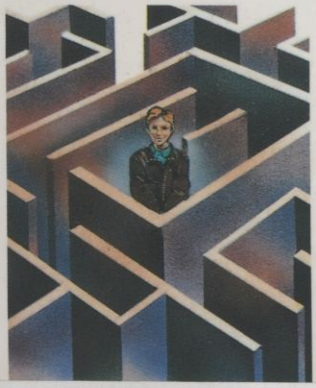
PARENTS
ENFANTS

« C'est un problème d'adolescence »

L'adolescence est un moment de souffrance présentant des risques que l'on peut éviter par une meilleure compréhension.

Dr Patrick Delaroche



POCKET

169169

"C'EST UN PROBLÈME D'ADOLESCENCE"

EL 8°Z
15
(6614)

Dr Patrick Delaroche

"C'EST UN PROBLÈME D'ADOLESCENCE"

ALBIN MICHEL

DL-02021994-01795

La loi du 11 mars 1957 n'autorisant, aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part, que les copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite (alinéa 1er de l'article 40).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal.

© Editions Albin Michel, S.A., 1992
© Retz/Pocket 1994

ISBN 2-266-05878-9

A la fin d'une émission de télévision consacrée aux difficultés psychologiques des adolescents et traitant aussi bien des conflits avec les parents que des accidents psychiatriques, un journaliste conclut sans que l'on puisse lui répondre qu'on venait de traiter un aspect tout à fait partiel de l'adolescence et que la grande majorité des jeunes passait ce cap sans conflit majeur.

Ce livre s'adresse d'abord aux parents qui pensent comme lui et se laissent surprendre par une crise qui les déconcerte et parfois même les déstabilise. La méconnaissance ou la négation par les parents des problèmes que leur enfant doit résoudre à cette période peut laisser s'installer insidieusement une absence de dialogue véritable qui risque d'être brutalement interrompue par un drame : prise de drogue, crise délirante, anorexie mentale ou tentative de suicide. Or, si ce drame peut être surmonté avec une aide appropriée, c'est aussi parce qu'il oblige les uns et les autres à renouer avec la parole et que le dialogue permet d'intégrer l'accident en question dans le mouvement même de l'adolescence.

Ce livre a donc aussi l'ambition de prévenir ou de limiter ces catastrophes en tentant d'expliquer aux parents

ce qu'est l'adolescence en profondeur. L'expérience m'a montré en effet que ces parents-là n'étaient pas plus « mauvais » que d'autres. Leur propre histoire est souvent responsable de leur cécité ou de leur surdité psychiques. Ils demandent les explications qui leur ont manqué en coopérant avec les psychologues et cet échange leur permet de prendre de la distance, d'accepter de se remettre en cause et de progresser car, bien souvent, ils n'ont pas vécu une véritable adolescence.

Celle-ci ne se résume pas à la crise, elle correspond aussi à un processus inconscient qui peut se simplifier en deux mouvements opposés et complémentaires. J'appelle le premier le *défi adolescent* : il pousse à se dépasser soi-même, à dépasser ses parents avec leur propre assentiment car ceux-ci projettent dans leur enfant l'espoir de changement qu'ils n'ont pu réaliser. Le défi, c'est l'acte parfois provocant dont on est fier parce qu'on le réalise seul et que c'est la première fois. Bien entendu, le défi ne va pas sans risques et il faut les assumer pour avancer. Le second mouvement, le *deuil*, se produit au même moment ou avec un certain décalage. Autant le premier s'adresse à l'autre, autant celui-ci se retourne sur soi : il réalise le deuil de l'enfance et de ses sortilèges, mais aussi il consiste à assumer son histoire, à la reconnaître pour la faire sienne, c'est-à-dire irréductiblement unique et différente.

La coexistence pas toujours pacifique de ces deux mouvements explique les changements soudains et variés qui caractérisent l'humeur et les goûts de l'adolescent. Rien d'anormal dans tout cela, même si souvent l'amour du risque ou la propension au spleen peuvent inquiéter à juste titre. Parfois en revanche l'un des deux prend des proportions inquiétantes, qu'il s'agisse de délinquance ou,

à l'opposé, de dépression. Il faut non seulement consulter mais prendre des mesures indispensables.

La pathologie psychique de l'adolescence est donc spécifique : qu'elle tente de le rompre ou qu'elle en constitue un avatar, elle est inséparable de ce *processus*, et il est indispensable que le traitement en tienne compte en restant souple. Chaque accident, chaque maladie exagère parfois à l'extrême l'une des faces du processus et réprime du même coup l'autre : la délinquance, par exemple, caricature du défi, cherche à nier et à éviter le retour sur le passé et le deuil de l'enfance; de la même façon, la dépression est un refus ou un ratage du désir d'émancipation. Dans chaque cas, il faut donc laisser s'exprimer la vitalité potentielle et se demander pourquoi le processus normal a échoué avant de soigner cet échec médicalement.

Le psychologue a besoin pour cela de l'aide et de la compréhension des parents. C'est pourquoi ce livre se veut un guide. Il décrit, classe et tente de remettre un peu de clarté dans le désordre apparent des troubles pour faire la part de ce qui revient à l'adolescence elle-même et qui ne se soigne pas. Dans la plupart des cas d'ailleurs, le dynamisme de l'adolescence explique qu'une ou quelques consultations d'un psychanalyste suffisent pour que les choses rentrent dans l'ordre. Cela peut prévenir une crise plus grave et éviter bien des erreurs. Il ne s'agit donc pas d'une médicalisation ou d'une psychiatrisation des problèmes, bien au contraire. Cela étant dit, si nos adolescents sont fragiles et si les problèmes psychologiques et psychiatriques remplacent les rites de passage de l'enfance à l'âge adulte, c'est peut-être un fait de société qu'il faut assumer.

L'intérêt des psychanalystes pour l'adolescence ou les adolescents arrive donc sans doute à point nommé dans

notre histoire. Mais il est vrai aussi que la psychanalyse a des affinités certaines avec l'adolescence : même chez l'adulte, on peut dire qu'elle rouvre le processus d'adolescence. En laissant s'exprimer les pulsions et le désir, elle lance un défi aux répressions de l'enfance, mais elle permet aussi de faire le deuil des échecs. C'est que tout au long de son déroulement, elle relance l'imagination et les idéaux tout en permettant d'assumer la solitude de l'être humain, être humain en devenir dont elle cherche, comme la véritable adolescence, à faire un adulte.

Le premier chapitre traite de la norme. Elle a une importance considérable pour l'adolescente(e) qui cherche constamment des repères. Norme physique, biologique même mais aussi corporelle et esthétique, norme morale et en particulier sexuelle enfin. La puberté, sans être le seul, est un des éléments déclenchants du processus. Le second, abordé dans le deuxième chapitre, étant la « contrainte à l'émancipation », contrainte paradoxale car émise par les parents à leur corps défendant. Ce chapitre traite aussi de la découverte de l'autre, du partenaire, mais en passant par celle de la famille qu'il s'agisse des ancêtres, des parents ou de la fratrie.

Le troisième aborde le processus lui-même, ses exagérations, ses ratés, bref ce qui fait que l'adolescence est une affaire de temps, temps qui constitue son « remède » essentiel.

Le quatrième chapitre, lui, envisage la pathologie de l'adolescence, pathologie comprise comme un avatar, ou au contraire une tentative de rupture du processus.

Au cinquième, nous abordons certaines réactions des parents, réactions frisant la pathologie parfois, mais aussi ce qui pousse parents et adolescents à faire appel au spécialiste.

Le dernier chapitre enfin parle du traitement. Il explique les différentes méthodes, tente de définir les spécialistes qui sont amenés à voir les adolescents et de dire ce qui peut (ou non) se passer pendant une consultation.

Ce livre est donc destiné aux parents, aux éducateurs, aux enseignants, à tous ceux que l'adolescence concerne, mais il n'est pas interdit aux adolescents qui veulent en savoir plus, ni d'ailleurs aux spécialistes qui, je l'espère, y reconnaîtront leur travail quotidien. Enfin, les exemples sont nombreux, ils sont bien entendu modifiés pour éviter toute reconnaissance, mais j'espère en revanche que les intéressés s'y reconnaîtront et revivront notre travail commun.

I

LA QUESTION DE LA NORME

La question de la norme obsède l'adolescent. C'est tellement vrai que, s'il se trouve différent des autres, s'il s'oppose à son milieu familial, c'est pour réagir contre une norme supposée – celle de la « société », celle de la famille, celle tout simplement « des autres » – et c'est ce qui lui permet de se construire. Comment expliquer aussi son impérieuse nécessité de vivre en groupe, lorsqu'il s'évade de sa famille, sinon par le besoin de s'abriter derrière de nouvelles normes?

L'explication de cette hantise paraît de prime abord évidente : les modifications corporelles amenées par la *puberté* inquiètent l'adolescent, même s'il est prévenu par l'éducation (qui a pourtant fait d'énormes progrès par rapport aux générations antérieures). Quelles que soient les explications (en particulier la culpabilité inhérente à tout ce qui concerne le sexe), il faut bien convenir que tout ce qui est *nouveau*, et qui de plus touche au corps, est de nature à susciter des inquiétudes.

Denis, lors de sa première pollution nocturne, pense qu'il s'agit d'une émission de pus. Il se croit donc malade mais trouve cette « maladie » survenue

au cours d'un rêve érotique suffisamment agréable pour ne pas en parler à ses parents.

Les fantasmes de ce genre sont légion et, comme dans ce court exemple, même si la norme est délibérément ignorée, elle n'en est que plus prégnante. C'est pourquoi je parlerai pour commencer de la puberté et de ses avatars.

Mais il est d'autres sources d'inquiétudes en rapport avec la norme. En premier lieu, l'*image* qu'on donne aux autres. Parfois cause de souci dès l'enfance, c'est à l'adolescence que cette image préoccupe le plus. Là aussi, l'explication simple saute aux yeux, mais elle ne suffit pas : l'écart est parfois considérable entre l'image réelle et celle que l'adolescent croit donner de lui. Aussi convient-il de ne pas taxer de narcissique l'adolescent qui s'inquiète de son image.

Il y a enfin, à l'adolescence, une interrogation sur les *normes morales* particulièrement aiguë. Même s'il ne conteste pas la morale familiale, l'adolescent a besoin de se forger la sienne propre. Pour ce faire, il lui faut comprendre comment s'est construite celle de ses parents. Et, là aussi, il existe un décalage entre ce qu'ils ont transmis à leur enfant et ce qu'ils disent. D'où des motifs multiples d'affrontements, liés le plus souvent à l'angoisse de l'inconnu. En outre les parents évoluent en fonction du monde environnant et de l'expérience qu'ils acquièrent au contact de leurs enfants. Or l'adolescent va souvent leur reprocher des faits caducs, car survenus au cours de son enfance. Le rôle des parents est, ici, difficile et ingrat. Quant à l'adolescent, il cherche un peu partout de nouvelles normes qui ne sont peut-être pas si nouvelles que ça.

1

Croissance et puberté : ce qu'il faut savoir sur le plan médical [1]

On peut tenter de donner des réponses objectives aux inquiétudes des adolescents. Je dis « tenter » car, à l'adolescence en particulier, les explications les plus rationnelles ont souvent du mal à l'emporter sur l'angoisse qui affecte les modifications corporelles. Ainsi, par exemple, de l'apparition des règles et du développement des seins chez la jeune fille, ou de la taille de la verge chez le garçon : les réponses scientifiques peuvent être jugées insatisfaisantes, ou ne rassurer que momentanément.

D'autre part les données médicales, bien qu'extrêmement précises à beaucoup d'égards, restent sur certains plans incomplètes : on ne sait toujours pas pourquoi, par exemple, la puberté se déclenche à tel moment et non pas à tel autre.

Enfin, dans le domaine de la sexualité – en ce qui concerne en particulier le sentiment d'appartenance à un sexe donné – les facteurs psychologiques priment sur la réalité biologique. Ce dernier fait est maintenant acquis, mais peut rester difficilement admissible pour certains.

1. Nous nous inspirons largement de l'ouvrage de Jean-Claude Job et Michel Pierson : *Endocrinologie pédiatrique et croissance*, 2e édition, Flammarion.

Je vais donc tenter, modestement, de définir certaines frontières entre le domaine psychologique et le domaine médical.

Croissance et déclenchement de la puberté

Si on ne sait pas *pourquoi* la puberté se déclenche à tel moment de la vie, on sait en revanche qu'il faut, pour que la puberté débute, qu'il existe une certaine *maturation de l'ensemble de l'organisme. On peut donc dire que croissance et puberté vont de pair.* Cela se vérifie par défaut, si je puis dire, puisque le cas d'un adolescent qui grandit sans se former, ou bien au contraire celui d'une puberté qui apparaît chez un enfant, évoquent tous les deux une maladie que l'on doit définir et soigner.

D'ailleurs, les préoccupations des adolescents d'aujourd'hui concernent peut-être encore plus le fait de grandir que la date d'apparition de la puberté. C'est pour toutes ces raisons que je parlerai aussi de la croissance ici.

Différenciation sexuelle et maturation sexuelle

Sur le plan biologique, il faut distinguer la *différenciation* sexuelle, c'est-à-dire l'évolution des organes génitaux de l'embryon vers l'un ou l'autre sexe (ce qui permettra la détermination du sexe), de la *maturation* sexuelle, mûrissement qui transforme des organes génitaux, déjà différents mais infantiles, en organes adultes. La *différenciation sexuelle* est normalement terminée au quatrième mois de la *grossesse*. C'est elle qui aboutit à des organes génitaux soit masculins, soit féminins, qui

permettent de déterminer le sexe à la naissance. La *maturation sexuelle* ou puberté survient, elle, à l'adolescence.

Dans des cas très rares, ces deux mécanismes peuvent subir des altérations, sur lesquelles les médecins pourront agir. Pourtant, même si tout se passe dans les limites de la normale, l'adolescent s'inquiète : quel(le) adolescent(e) ne s'est pas posé la question de la bonne conformation de son sexe? Quel(le) adolescent(e) ne s'est pas inquiété(e) d'un retard de puberté?

Au départ, l'œuf constitué par la pénétration du spermatozoïde dans l'ovule (les fameuses « petites graines » venant l'une du père, l'autre de la mère) est déjà potentiellement sexué puisqu'il contient, soit deux chromosomes « X » pour les filles, soit un « X » et un « Y » pour les garçons. L'œuf va se diviser en 2, 4, 6, 8, etc. cellules pour former un embryon. Or, l'embryon va disposer rapidement d'organes génitaux primitifs qui sont indifférenciés, c'est-à-dire qui ont *toutes les potentialités*, mâle et femelle. Mais, progressivement, le chromosome Y, pour le garçon, va sécréter une substance qui va provoquer le développement de la partie mâle de ces organes, tandis que la partie femelle va s'atrophier. Chez la fille, où les choses sont moins connues, c'est l'un des chromosomes X qui va induire la formation des organes génitaux.

Les hormones entrent, elles aussi, très vite en jeu. Les hormones sont des substances chimiques déversées dans le sang par les glandes. Dès qu'elles sont formées, la glande mâle (testicule) et la glande femelle (ovaire) vont chacune produire un type d'hormones qui va parachever la formation des organes génitaux.

Le mécanisme de la puberté

Si on ne sait pas exactement *ce qui* la déclenche, on sait en revanche *comment* se passe la puberté. A un certain moment, *les glandes sexuelles* déversent de nouveau des hormones (mâles ou femelles) dans le sang. Ces hormones vont provoquer l'augmentation de volume des testicules et de la verge ainsi que l'apparition des poils pubiens chez le garçon, tandis que, chez la fille, on voit apparaître d'abord l'augmentation du volume des seins puis l'apparition des poils.

Ce déversement des hormones obéit à une véritable réaction en *cascade*. En effet, si le testicule et l'ovaire se mettent à réagir, c'est qu'ils ont eux-mêmes reçu des hormones d'une autre glande, très importante, appelée *hypophyse*. L'hypophyse, située à la base du cerveau, est une glande capitale puisque non seulement elle commande toutes les autres glandes (pas uniquement les glandes sexuelles, puisque intervient aussi dans la puberté une glande située sur le rein), mais aussi qu'elle sécrète l'*hormone de croissance*, celle qui permet de grandir. Il existe d'ailleurs une interrelation entre toutes ces hormones. Par exemple, à petites doses, les hormones sexuelles stimulent la croissance, à fortes doses elles la diminuent.

Mais l'hypophyse est aussi en relation avec les centres nerveux qui la commandent à leur tour. C'est donc le cerveau qui dirige cette organisation complexe. Sans que l'on ait de preuve formelle chez l'homme, on peut cependant penser que le cerveau intervient dans la puberté, et il est prouvé qu'il agit dans la croissance (chez le pigeon, en revanche, on sait que la simple *vue* du congénère sexuel

peut déclencher la maturation de la gonade). Or les centres visuels sont en connexion avec l'épiphyse, elle-même reliée à l'hypophyse.

Hermaphrodisme, transsexualisme, homosexualité

Je mélange volontairement dans ce titre des concepts qui n'ont de point commun... que la confusion qu'ils sèment parfois dans la tête de beaucoup de gens. La *différenciation sexuelle,* laquelle dépend des chromosomes, peut dans des cas rarissimes présenter des anomalies qui se révèlent soit dès la naissance, soit parfois seulement à la puberté et qu'on appelle *hermaphrodismes* (de la contraction d'*Hermès* et d'*Aphrodite,* dieu et déesse grecs). Il arrive donc exceptionnellement que le *sexe apparent,* celui qui compte pour l'officier d'état civil qui enregistre la naissance, soit différent du *sexe biologique* lié aux chromosomes sexuels. Le problème, encore une fois rarissime, mais intéressant à connaître, peut être dédramatisé avec l'aide des médecins qui ont l'habitude de la question, comme le Dr L. Kreisler et l'équipe de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul. Mais les choses se compliquent encore, si je vous dis qu'à ces deux sexes (chromosomique et apparent) s'en ajoute un troisième qui est le *sexe psychologique.* Ce sexe psychologique, c'est-à-dire le sentiment d'appartenir à la classe des garçons ou à celle des filles, n'est pas aussi évident qu'il y paraît. C'est ce que démontre le *transsexualisme* qui est le sentiment, ou plutôt la conviction d'une erreur de la nature. Le transsexuel (masculin ou féminin) est persuadé qu'il appartient au sexe opposé bien que son *sexe apparent* soit parfaitement constitué et absolument normal. Cette conviction, *apparemment*

délirante, ne s'accompagne pas forcément de troubles psychologiques importants. Mais le transsexuel vrai n'attend qu'une seule chose : que les chirurgiens le fassent changer de sexe, ce que des techniques éprouvées arrivent à faire. Il lui faut aussi convaincre les autorités de changer d'état-civil, par l'intermédiaire d'une commission créée à cet usage. Certains transsexuels ont pu ainsi changer de vie, ce dont les médias se sont fait l'écho.

Le transsexualisme « prouve » la prééminence du sexe psychologique, lequel dépend avant tout de l'entourage et de l'éducation. Ce sexe psychologique, jusque-là *réversible,* se « fixe » aux alentours de la troisième année. Pour cette raison, que la conformation du sexe soit normale (dans le cas du transsexualisme), ou incertaine (dans les cas d'hermaphrodisme), le sexe est fixé par l'éducation. Evidemment, dans l'immense majorité des cas, les « trois sexes » – chromosomique, apparent et psychologique –, correspondent, mais il faut savoir que cette correspondance ne va pas de soi et qu'il n'y a pas de lien organique entre le sexe psychologique et les autres.

Encore différent est le problème de l'*homosexualité.* Ici, en effet, le sexe *biologique* correspond au sexe *psychologique* (qu'on appelle aussi *sentiment d'identité* sexuelle). Et quelle que soit l'attitude de l'homosexuel(le), caricaturant parfois les attitudes du sexe opposé, le sentiment d'appartenance au sexe propre, non seulement n'est pas dénoncé, mais est le plus souvent revendiqué. Ce qui est en question dans l'homosexualité, en effet, ce n'est pas l'*identité* sexuelle, mais l'*attrait* sexuel. Bien sûr, dans la mesure où cet attrait touche une personne du même sexe, cela signifie que l'homosexuel(le) *se comporte* non pas selon le caractère de son propre sexe, mais *copie* le sexe opposé, en « s'identifiant » à ce sexe opposé. Mais cette *identifi-*

cation, évidente chez les homosexuels efféminés et chez les homosexuelles viriles, ne l'est pas chez tous les homosexuels et ne touche pas, de toute façon, le sentiment d'*identité* sexuelle (voir p. 50).

Les transformations de la puberté chez le garçon

Elles commencent par l'augmentation du volume des testicules puis, dans l'ordre, par le développement de la verge, suivi quelques mois après par celui des poils pubiens qui précède celui des poils des aisselles et de la barbe.

Voici quelques chiffres qui jalonnent ces étapes :

Augmentation du volume des testicules :	entre 10 et 13 ans
Augmentation de la taille du pénis :	entre 11 et 15 ans
Apparition des poils pubiens :	entre 11 1/2 et 15 ans 1/2

Croissance (vitesse de croissance moyenne) :
Première année de la puberté : 8,7 cm
Deuxième année : 6,5 cm

Ces chiffres ne sont que des *moyennes* : la *moitié* des individus se situe au-dessous de cette moyenne, l'autre *moitié* au-dessus. D'autre part tout reste normal quand on se situe dans la *fourchette* considérée. Ajoutons quelques remarques :

– *La taille de la verge* est très variable selon les individus. Cette dimension est une source intarissable d'inquiétudes où la subjectivité l'emporte de loin sur toute objectivité. Tel adolescent, par exemple, se plaindra d'avoir

une verge trop petite alors qu'il n'en est rien. C'est que cet organe a une valeur *symbolique* (virilité, puissance) d'une importance telle que cette valeur peut être comparée à l'*organe réel* qui n'en est, si je puis dire, que le support.

– *La première éjaculation* se produit en général au milieu de la puberté. Elle se traduit le plus souvent par une pollution nocturne qui peut être mal vécue si l'adolescent n'en est pas prévenu. C'est de préférence au père de le faire.

– *Les aréoles* (ce petit cercle qui entoure le mamelon du sein) s'élargissent à la puberté. Ce phénomène peut s'accompagner d'un léger *gonflement mammaire* qui est normal.

– *La masturbation* peut être considérée comme un phénomène biologique puisqu'elle peut survenir de façon impulsive dans certaines pubertés précoces.

– *L'acné* est une « maladie » typique de l'adolescence puisque due en partie à l'afflux d'hormones mâles. Elle se manifeste par : 1) une *peau grasse* (séborrhée), 2) des points noirs ou comédons, 3) des points blancs. Son mécanisme est à la fois hormonal et nerveux : les glandes sébacées, situées à la base des poils et responsables de la séborrhée, sont sous le contrôle des hormones mâles; mais l'anxiété augmente la séborrhée par l'intermédiaire des hormones hypophysaires. Cela explique l'importance des facteurs psychologiques dans la guérison de l'acné. Signalons aussi que la sueur favorise la séborrhée, et qu'elle est aussi sous la dépendance des nerfs (sympathique et parasympathique), ce qui explique son déclenchement par les émotions [1].

1. D'après *Précis de dermatologie et vénérologie,* Masson.

Les transformations de la puberté chez la fille

Elles commencent par le développement mammaire. Celui-ci débute par une surélévation des mamelons, suivie d'un élargissement des seins, puis de l'augmentation du volume de la glande. Les poils pubiens apparaissent quelques mois après, précédant la pilosité des aisselles.

Voici les chiffres :

Augmentation du volume des seins :	entre 9 et 13 ans 3/4
Apparition des poils pubiens :	entre 9 1/2 et 14 ans

Croissance (vitesse de croissance moyenne) :
Première année de la puberté : 7,5 cm
Deuxième année de la puberté : 5,5 cm

Ajoutons ces remarques indispensables :

– *Le développement des seins,* première manifestation de la puberté, est souvent *unilatéral* ou *asymétrique* : il s'agit là d'un phénomène normal.

– *Un léger écoulement* blanchâtre par la vulve (leucorrhée) est fréquent au moment où se développent grandes lèvres et petites lèvres.

– *Les premières règles* surviennent en général de 1 à 3 ans après le début de la puberté. En outre, un intervalle de *plusieurs mois* est fréquent entre la première et la deuxième menstruation. Enfin, il arrive que les premières règles soient très retardées sans que cela constitue une anomalie.

Les retards de croissance

Le *retard de croissance* est pratiquement toujours associé avec le retard pubertaire. Mais, comme il peut intervenir *avant* la puberté et qu'en cela il peut inquiéter le futur adolescent, j'en parlerai à part, d'autant qu'il ouvre des perspectives psychosomatiques passionnantes et, une fois n'est pas coutume, scientifiques.

C'est au *pédiatre* de déterminer s'il y a retard de croissance, c'est-à-dire un écart significatif avec la norme statistique de l'âge, en se fiant également à l'âge osseux (caractérisant l'état des « cartilages de conjugaison », parties situées aux extrémités de l'os, par lesquelles celui-ci s'allonge), l'hérédité et la vitesse de croissance. Ensuite, c'est à lui de rechercher l'une des maladies responsables du blocage de la croissance. Quand une cause de ce type a été diagnostiquée et supprimée, la croissance s'accélère, et surtout *rattrape son retard.*

Lorsque aucune cause médicale n'est retrouvée, on parle de *retard essentiel* dont il faut distinguer deux sortes : le retard simple et la petite taille « constitutionnelle » (c'est-à-dire normale dans le milieu familial considéré).

Y a-t-il un facteur psychosomatique dans le retard de croissance?

Outre les hormones, plusieurs facteurs interviennent dans la croissance. Ce sont : l'*hérédité,* l'*alimentation* et... l'*ambiance affective.*

– *L'hérédité* : chaque parent intervient pour 50 % dans

la taille de l'enfant. La taille dépend de trois gènes dont l'un est situé sur le chromosome sexuel X (ce qui explique la ressemblance de certains fils avec leur mère et de certaines filles avec leur père!). L'augmentation de la taille de chaque génération, appelée « croissance séculaire », montre que d'autres facteurs (comme l'alimentation) ne limitent plus la croissance et que le « potentiel génétique de l'espèce humaine approche de sa réalisation [1] ».

– *L'alimentation* montre son influence, hélas, par la négative : la sous-alimentation entraîne un retard global. Elle agit autant par la qualité que par la quantité (c'est-à-dire l'*équilibre*).

– *L'affectivité,* enfin, a prouvé relativement récemment son importance. Des pédiatres, en effet, se sont aperçus que certains enfants retirés à leur famille, en général pour des raisons sociales, et présentant une petite taille se mettaient à grandir à l'hôpital ou dans une famille d'accueil. Remis dans leur famille, les enfants s'arrêtent de grandir, tandis qu'une nouvelle séparation fait redémarrer la croissance. Ce fait clinique assez extraordinaire est raconté par le Dr Léon Kreisler dans son livre *Le Nouvel Enfant du désordre psychosomatique,* où il cite en particulier les travaux du Pr Rappaport et de G. Raimbault. Il n'a reçu qu'il y a peu de temps l'explication de son mécanisme. On s'est en effet aperçu, en dosant dès le premier jour de la séparation l'*hormone de croissance,* que les taux de celle-ci étaient effondrés. Mais *« fait remarquable, l'administration d'hormone n'influençait pas la croissance si l'enfant restait soumis aux conditions familiales traumatisantes ».*

De plus, ces enfants présentent constamment des

1. Jean-Claude Job et Michel Pierson, *op. cit.,* p. 14.

troubles du sommeil. Or, on s'est rendu compte que l'hormone de croissance était sécrétée par l'hypophyse durant la phase de sommeil dit *lent* ou *profond.* A. Guillaume, cité par L. Kreisler, a montré chez une fillette victime de rejet de la part de sa mère une quasi-disparition des phases du *sommeil profond.* Le sommeil est caractérisé par l'enregistrement électro-encéphalographique par deux types d'ondes : le sommeil paradoxal (celui des rêves) et le sommeil lent plus ou moins profond. Les deux types de sommeil se succèdent plusieurs fois au cours d'une même nuit.

J'ai rappelé, à propos de la puberté, la relation en chaîne entre le cerveau – l'hypothalamus – l'hypophyse, les glandes sexuelles. Ici, en ce qui concerne la croissance, la relation commandée par le cerveau passe par les mêmes intermédiaires mais on a, avec le dosage de l'hormone de croissance, la « preuve » de l'influence du cerveau sur le fait de grandir. On est donc en droit de supposer, cette fois-ci par extrapolation – mais l'observation parle d'elle-même –, qu'un mécanisme du même genre joue pour les troubles pubertaires, au premier rang desquels l'absence de règles chez la jeune fille (aménorrhée) dont on sait la sensibilité extrême aux facteurs psychologiques.

Les retards pubertaires

Il existe plusieurs sortes de retards pubertaires. Ici aussi je n'insisterai pas sur les maladies *organiques,* c'est-à-dire liées à une cause physique. Le *retard pubertaire* est beaucoup plus fréquent chez le *garçon* (75 garçons pour