

Djaouida Petot

L'évaluation clinique en psychopathologie de l'enfant

4^e édition
complétée et actualisée

DUNOD

Maquette de couverture :
Atelier Didier Thimonier

Maquette intérieure :
www.atelier-du-livre.fr
(Caroline Joubert)

<p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements</p>		<p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.</p> <p>Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p>
--	---	--

© Dunod, 2018
11 rue Paul Bert - 92240 Malakoff
ISBN 978-2-10077561-3

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), 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 » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Table des matières

<i>Avant-propos</i>	11
CHAPITRE 1 – L'ANGOISSE DE SÉPARATION	19
1. Définition et description clinique	21
2. Nosographie	24
3. Épidémiologie.....	26
4. L'angoisse de séparation et les troubles associés ou comorbides.....	28
5. Hypothèses étiologiques	29
6. Évolution de l'angoisse de séparation.....	35
7. Diagnostic et évaluation psychologique	37
8. Cas clinique : Marina, 9 ans et 6 mois	45
CHAPITRE 2 – LA NÉVROSE D'ANGOISSE, L'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE ET LA QUESTION DU TROUBLE PANIQUE ET DE L'AGORAPHOBIE CHEZ L'ENFANT	61
1. Définition et description clinique	63
2. Nosographie	67
3. Épidémiologie.....	70
4. Anxiété généralisée et troubles associés	73
5. Hypothèses étiologiques	74
6. Évolution de l'anxiété généralisée	78
7. Diagnostic et évaluation psychologique	81
8. Cas clinique : Cyrille, 8 ans et 6 mois	85
CHAPITRE 3 – PHOBIE SPÉCIFIQUE OU NÉVROSE PHOBIQUE	99
1. Définition et description clinique	101
2. Nosographie	105
3. Épidémiologie.....	106
4. Phobies spécifiques et troubles associés	107
5. Hypothèses étiologiques	108
6. Évolution de la phobie spécifique.....	113
7. Diagnostic et évaluation psychologique	114
8. Cas clinique : Rodolphe, 10 ans.....	117

CHAPITRE 4 – PHOBIE SOCIALE ET ANXIÉTÉ SOCIALE	127
1. Définition et description clinique	129
2. Nosographie	133
3. Épidémiologie.....	134
4. Phobie sociale et troubles associés	135
5. Hypothèses étiologiques	136
6. Évolution de la phobie sociale.....	141
7. Diagnostic et évaluation psychologique	142
8. Cas clinique : Caroline, 12 ans	145
CHAPITRE 5 – LA NÉVROSE OBSESSIONNELLE (LE TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF)	163
1. Définition et description clinique	165
2. Nosographie	168
3. Épidémiologie.....	169
4. Névrose obsessionnelle et troubles associés	171
5. Hypothèses étiologiques	172
6. Évolution de la névrose obsessionnelle	175
7. Diagnostic et évaluation psychologique	176
8. Cas clinique : Damien, 9 ans et 10 mois	179
CHAPITRE 6 – LA NÉVROSE TRAUMATIQUE ET LES « ÉTATS DE CHOC » PSYCHOTRAUMATIQUES (ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET ÉTAT DE STRESS TRAUMATIQUE)	191
1. Définition et description clinique	193
2. Nosographie	197
3. Épidémiologie.....	200
4. Névrose traumatique et troubles associés.....	202
5. Hypothèses étiologiques	203
6. Évolution de la névrose traumatique	208
7. Diagnostic et évaluation psychologique	210
8. Cas clinique : Chiraz, 12 ans et 10 mois	213

CHAPITRE 7 – LES EFFETS PSYCHOLOGIQUES DES MAUVAIS TRAITEMENTS (NÉGLIGENCE, VIOLENCES PHYSIQUES ET SEXUELLES)	223
Remarque préliminaire.....	225
1. Les approches classiques de la maltraitance : maltraitance intrafamiliale et maltraitance sexuelle	225
2. La maltraitance entre enfants : la persécution par les pairs	235
3. Diagnostic et évaluation psychologique	250
4. Cas clinique : maltraitance intra-familiale – Valérie, 11 ans et 6 mois.....	252
CHAPITRE 8 – LES ÉTATS DÉPRESSIFS	269
1. Définition et description clinique	271
2. Nosographie	274
3. Épidémiologie.....	279
4. Dépression et troubles associés.....	280
5. Hypothèses étiologiques	281
6. Évolution de la dépression.....	290
7. Diagnostic et évaluation psychologique de la dépression.....	293
8. Cas clinique : Sébastien, 12 ans	299
CHAPITRE 9 – HYPOMANIE, MANIE, TROUBLES BIPOLAIRES ET CYCLOTHYMIE	311
1. Définition et description clinique	313
2. Nosographie	316
3. Épidémiologie.....	320
4. La manie, l'hypomanie et les troubles associés.....	320
5. Hypothèses étiologiques	321
6. Évolution de la manie	324
7. Diagnostic et évaluation psychologique	326
8. Cas clinique : Julien, 10 ans	330
CHAPITRE 10 – L'HYPERACTIVITÉ AVEC DÉFICIT DE L'ATTENTION OU L'HYPERKINÉSIE	345
1. Définition et description clinique	347
2. Nosographie	350
3. Épidémiologie.....	352
4. Hyperactivité et troubles associés.....	353
5. Hypothèses étiologiques	355

6. Évolution de l'hyperactivité.....	357
7. Diagnostic et évaluation psychologique.....	359
8. Cas clinique : Samuel, 6 ans et 4 mois.....	365
CHAPITRE 11 – LE TROUBLE DES CONDUITES.....	379
1. Définition et description clinique.....	381
2. Nosographie.....	384
3. Épidémiologie.....	387
4. Troubles associés.....	388
5. Hypothèses étiologiques.....	388
6. Évolution du trouble des conduites.....	393
7. Diagnostic et évaluation psychologique.....	396
8. Cas clinique : Manuel, 6 ans et 11 mois.....	401
CHAPITRE 12 – LE TROUBLE OPPOSITIONNEL AVEC PROVOCATION OU LE TROUBLE DU CARACTÈRE.....	415
1. Définition et description clinique.....	417
2. Nosographie.....	420
3. Épidémiologie.....	422
4. Troubles associés.....	423
5. Hypothèses étiologiques.....	424
6. Évolution du trouble oppositionnel.....	426
7. Diagnostic et évaluation psychologique.....	427
8. Cas clinique : Kevin, 10 ans et 6 mois.....	430
CHAPITRE 13 – LA SCHIZOPHRÉNIE INFANTILE ET LES PSYCHOSES INFANTILES.....	443
1. Définition et description clinique.....	445
2. Nosographie.....	450
3. Épidémiologie.....	454
4. Schizophrénie et troubles associés.....	455
5. Hypothèses étiologiques.....	457
6. Évolution de la schizophrénie infantile.....	462
7. Diagnostic et évaluation psychologique.....	463
8. Cas clinique : Grégoire, 5 ans et 5 mois.....	468

CHAPITRE 14 – LE HANDICAP INTELLECTUEL	481
1. Définition et description clinique	483
2. Nosographie	486
3. Épidémiologie.....	492
4. Handicap intellectuel et troubles associés	493
5. Hypothèses étiologiques	494
6. Évolution du handicap intellectuel	500
7. Diagnostic et évaluation psychologique	500
8. Cas clinique : Adrien, 7 ans	519
CHAPITRE 15 – L’AUTISME INFANTILE ET LES SYNDROMES VOISINS	533
1. Définition et description clinique	535
2. Nosographie	540
3. Épidémiologie.....	544
4. Autisme et troubles associés.....	545
5. Hypothèses étiologiques	546
6. Évolution de l’autisme infantile.....	549
7. Diagnostic et évaluation psychologique	551
8. Cas clinique : Jacques, 10 ans et 5 mois.....	553
<i>Bibliographie</i>	557
<i>Index des notions, instruments et principales études épistémologiques</i>	583
<i>Index des noms</i>	593



Avant-propos

Les connaissances ont tellement progressé depuis la parution de la deuxième édition de *L'Évaluation clinique en psychopathologie de l'enfant* que, lorsque cette édition a été épuisée, il m'a paru indispensable d'actualiser l'ouvrage tout en restant fidèle aux choix initiaux qui semblent en avoir fait un instrument utile aux chercheurs, aux praticiens, aux étudiants en psychologie mais aussi aux éducateurs soucieux de comprendre le fonctionnement psychologique de leurs élèves et au public cultivé.

Dès 2003, j'avais tenté de présenter dans la première édition l'ensemble des connaissances les plus solides en matière de psychopathologie de l'enfant, les faits les mieux établis et les théories qui me semblaient les plus plausibles. Les connaissances d'ordre empirique viennent le plus souvent de la recherche psychopathologique anglo-saxonne, qui est particulièrement active dans le domaine de la collecte et du traitement quantitatif des données cliniques et épidémiologiques. Ses avancées récentes nous ont appris beaucoup sur les facteurs de risque, la fréquence et le devenir de la plupart des troubles psychopathologiques des enfants et des adolescents. J'ai privilégié les conceptions théoriques qui m'ont semblé les plus éclairantes, qu'elles soient issues de la psychanalyse freudienne et kleinienne, des théories comportementales ou cognitives, des recherches sur le tempérament et la personnalité ou de la psychologie évolutionniste néodarwinienne. J'ai organisé la présentation de ces faits et de ces théories en fonction de quelques idées générales qui se sont imposées à moi au fil des années.

La première est que les méthodes de ce que Daniel Lagache (1949) appelait l'observation clinique « armée » apportent une amélioration considérable à l'observation psychiatrique. L'observation clinique directe, sans utilisation d'instruments spécialisés, si approfondie qu'elle soit, ne donne qu'une représentation très incomplète de la pathologie et du fonctionnement mental des enfants présentant des troubles psychologiques. L'entretien clinique et l'observation du comportement de l'enfant au cours des entretiens peuvent suffire à porter un diagnostic psychiatrique, mais ils ne permettent pas de comprendre l'ensemble du fonctionnement psychologique de l'enfant. Or, si l'on ne comprend pas comment les symptômes observables s'intègrent dans le fonctionnement cognitif, affectif et relationnel de l'enfant, on risque fort d'être incapable de mettre en œuvre une prise en charge efficace. En outre, il arrive assez souvent que certains aspects pourtant bien réels d'un trouble soient inaccessibles à la simple observation : pour ne prendre qu'un exemple, les enfants hyperactifs présentent souvent des sentiments dépressifs profonds et douloureux qui échappent complètement à leur entourage et que les enfants eux-mêmes n'expriment jamais spontanément au cours des entretiens.

Seules les méthodes de la clinique « armée », c'est-à-dire les techniques d'entretien, les questionnaires et les tests, mises au point par des générations de psychologues cliniciens, permettront de faire apparaître la souffrance cachée de ces enfants dont l'exubérance épuise leur entourage, qui est à cent lieues d'imaginer qu'ils pourraient être dépressifs. Seuls des entretiens structurés posant explicitement des questions précises sur les moments de tristesse, de découragement, voire sur les idées suicidaires, seuls des tests projectifs comme le test de Rorschach ou les tests d'aperception thématique (TAT ou CAT) permettront de découvrir cet aspect important de la souffrance liée au syndrome hyperkinétique.

Les psychologues sont donc en mesure d'ajouter, à la liste des symptômes psychiatriques les plus courants, un assez grand nombre de manifestations qui ne sont observables qu'au moyen de leurs instruments spécialisés. La psychiatrie en prend parfois acte en intégrant les données de la psychométrie clinique à son corpus sémiologique. C'est ainsi que l'application systématique d'une grille d'analyse des réponses au test de Rorschach a permis d'affiner la description des troubles du cours de la pensée, découverts depuis le début du xx^e siècle mais longtemps décrits avec beaucoup d'approximations. Ces recherches ont influencé la psychiatre Nancy Andreasen qui a intégré une partie de leurs résultats à ses travaux sur la schizophrénie. Elles ont de plus montré que les troubles du cours de la pensée ne sont pas propres aux schizophrènes, ce qui a constitué un progrès théorique, et a sans doute évité bien des diagnostics imprudents et dévastateurs qu'on aurait tranquillement posés avant ces découvertes. On sait maintenant que ces troubles se rencontrent dans beaucoup de pathologies anxieuses ou dépressives et qu'ils sont au moins aussi nombreux chez les maniaques, adultes ou enfants, que chez les schizophrènes.

Cela me conduit à une conception ambitieuse de la psychopathologie : elle est l'ensemble des connaissances psychologiques, obtenues grâce aux méthodes spécifiques de recueil des données de la psychologie clinique, qui viennent s'ajouter au savoir psychiatrique pour le compléter, l'affiner et l'approfondir. Le lien de la psychopathologie avec la psychiatrie est donc complexe, au moins double. D'un côté, elle la complète. Mais de l'autre côté, elle s'appuie sur elle. Mais alors que la psychopathologie s'étaye très généralement sur la sémiologie et sur la nosologie psychiatrique, elle néglige trop souvent l'épidémiologie psychiatrique, discipline d'apparition plus récente qui avait contribué aux progrès les plus importants de la psychiatrie de l'enfant à la fin du xx^e siècle. Dès la première édition de cet ouvrage, j'avais tenu compte de ce fait nouveau, et j'avais systématiquement appuyé ma présentation des principaux syndromes cliniques, non seulement sur les données

sémiologiques et les regroupements nosographiques de la psychiatrie de l'enfant, mais aussi sur les données épidémiologiques les plus récentes.

Or les progrès se sont accélérés. Plusieurs groupes de chercheurs qui avaient entrepris en Australie, aux États-Unis, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni, voici trente ou quarante ans des études longitudinales de vastes cohortes de plusieurs milliers d'enfants sont maintenant en mesure de nous dire ce que deviennent, vingt ou trente ans après, les enfants qui ont souffert de tel trouble ou de telle combinaison particulière de troubles « comorbides ». Grâce à ces chercheurs, nous connaissons de mieux en mieux les caractéristiques des très jeunes enfants qui sont annonciatrices d'un trouble futur et les risques d'évolution ultérieure à l'adolescence et à l'âge adulte de beaucoup de pathologies infantiles. Cela nous permet désormais non seulement d'intervenir à titre thérapeutique, mais aussi d'anticiper et d'envisager si nécessaire des actions de prévention plus précisément orientées.

Les publications issues de ces études se sont multipliées à tel point depuis 2009 ou 2010 que presque tout ce que nous pensions jusqu'alors est à reconsidérer partiellement et parfois totalement. Nous savons maintenant que la plupart des troubles psychopathologiques sont identifiables chez de très jeunes enfants. Nous cernons mieux les facteurs de risque de l'apparition de ces troubles. Nous savons que l'évolution de certains troubles, tels que la dépression, dépend fortement de la présence simultanée ou de l'absence d'autres troubles dits associés ou comorbides. Nous savons que les enfants qui ont été harcelés par leurs camarades de classe, non seulement développent à court terme des troubles anxio-dépressifs mais aussi présentent, une fois devenus adultes, plus de problèmes de santé physique, ont un revenu plus faible et un réseau d'amis et de connaissances moins fourni que ceux qui n'ont pas subi de harcèlement au cours de leur enfance.

J'ai donc remanié la plupart des chapitres en fonction de ces informations nouvelles. De plus, j'ai présenté et souvent discuté dans chaque chapitre les changements introduits en 2013 par la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique* de l'Association américaine de psychiatrie, le DSM-5 et j'ai tenu compte des modifications introduites en 2012 dans la dernière édition de la *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent*.

L'évolution de mes activités cliniques m'a conduite à concentrer de plus en plus mon intérêt sur les troubles les plus fréquents, dont l'impact individuel et social est trop méconnu. Psychologue hospitalière à mes débuts, j'ai été, comme beaucoup de

collègues, fascinée dans un premier temps par les troubles les plus graves, psychoses ou autisme. Je me suis progressivement rendu compte que ces troubles gravissimes, si douloureux qu'ils soient pour les patients et pour leurs proches, ne doivent pas nous faire négliger l'urgence d'aider des enfants beaucoup plus nombreux, dont les troubles sont moins évidents et sont donc souvent méconnus.

Or ces troubles les plus courants ont généralement pour premier effet perceptible d'entraîner une baisse des résultats scolaires ou une détérioration du comportement en classe. Alors que l'anxiété ou la dépression peuvent être ignorées par l'entourage, l'apparition des difficultés scolaires alerte rapidement les parents, les maîtres et l'enfant lui-même. C'est souvent le seul motif ou le motif principal de la demande de consultation psychiatrique ou psychologique. Même si le psychologue s'inquiète plus de la souffrance anxieuse ou dépressive qu'il devine que de la baisse des notes en calcul ou en français, il lui faut prendre au sérieux la demande initiale, prendre le temps d'une exploration approfondie des raisons de cette baisse des résultats, notamment en examinant les aptitudes intellectuelles de l'enfant. C'est à cette condition seulement qu'il pourra nouer un dialogue confiant avec l'enfant et ses parents et qu'il pourra les convaincre que les difficultés scolaires seront rapidement surmontées lorsque le problème psychologique sous-jacent sera traité. Cette étape est d'autant plus indispensable que, si l'enfant ne reçoit pas une aide efficace, l'installation durable dans l'échec scolaire perturbera les acquisitions, ce qui compromettra gravement l'adaptation ultérieure lors de l'adolescence et de l'âge adulte.

Même si cela semble paradoxal, le coût humain, individuel et social des troubles anxieux et dépressifs des enfants est sans doute plus élevé que celui qui est lié aux pathologies les plus graves. Celles-ci mobilisent à juste titre une bonne partie de l'activité des pédopsychiatres. Il me semble donc que la psychologie clinique et la psychopathologie de l'enfant ont la mission prioritaire d'approfondir la connaissance, et donc les possibilités de prise en charge, des troubles psychologiques les plus fréquents dans la population.

Ces troubles sont les troubles anxieux, les dépressions, l'hyperactivité et les troubles du comportement. Depuis de nombreuses années, j'ai consacré l'essentiel de mes recherches et de mon activité clinique aux trois premiers. On ne s'étonnera pas de constater que je les présente d'une manière particulièrement approfondie.

Alors que la plupart des traités et ouvrages disponibles exposent l'ensemble des troubles anxieux en un seul chapitre, j'ai tenu à donner une description détaillée

de chacun de ces troubles et des méthodes d'évaluation pertinentes dans chaque cas. On pourra constater en effet que les théories applicables à la phobie sociale, et les méthodes permettant de l'évaluer, sont bien différentes de celles qu'on devra évoquer quand on s'intéresse à l'angoisse de séparation ou à la névrose traumatique. Un premier ensemble de sept chapitres traitera donc de chacun de ces syndromes : angoisse de séparation, névrose d'angoisse, phobies spécifiques, phobie sociale, névrose obsessionnelle et névrose traumatique et, dans la mesure où les conséquences des mauvais traitements sont souvent des souffrances anxio-dépressives, troubles consécutifs à la maltraitance. J'ai ajouté au chapitre 7 une section consacrée aux effets du harcèlement dont certains enfants sont victimes, généralement à l'école, de la part d'autres enfants.

Les chapitres 8 et 9 portent sur les troubles de l'humeur : dépression et manie. Ils font la transition entre la partie consacrée aux troubles d'internalisation, dont la dépression fait partie, et les troubles d'externalisation, auxquels la manie et l'hypomanie se rattachent clairement. Je trouve éclairante la classification des troubles mentaux de l'enfant en deux grandes catégories qu'on pourrait appeler des styles pathologiques : les troubles d'intériorisation ou d'« internalisation » sont avant tout des troubles des émotions ou de l'humeur : ils comportent les troubles anxieux, la dépression, la peur des relations interpersonnelles et les plaintes somatiques considérées comme l'expression d'un malaise intérieur. Les troubles d'extériorisation ou d'« externalisation » sont essentiellement des troubles du comportement observables de l'extérieur : ils comprennent la manie et l'hypomanie, l'hyperactivité avec déficit de l'attention, les troubles de la conduite, le trouble oppositionnel avec provocation et les comportements agressifs (Kovacs et Devlin, 1998).

Les chapitres 9 à 12 portent sur les troubles d'externalisation : manie et hypomanie, hyperactivité, troubles des conduites et trouble oppositionnel.

Enfin les trois derniers chapitres sont consacrés aux pathologies les plus graves, qui ne sont ni intériorisantes ni extériorisantes, et dont l'étude et la prise en charge ont longtemps constitué le noyau de la psychiatrie de l'enfant : les psychoses infantiles, l'autisme et le handicap intellectuel.

L'un des objectifs principaux de cet ouvrage est de présenter de manière raisonnée les méthodes d'investigation clinique les plus pertinentes dans chaque cas. Cela nécessite une présentation des instruments les plus utiles et les plus importants. Pour être utile, cette présentation doit être assez technique et donc assez aride. La logique la plus simple aurait consisté à présenter d'abord, dans une

série de chapitres introductifs, les principales méthodes d'entretien standardisé, de questionnaire et de tests. Mais cela aurait risqué d'être fastidieux. J'ai donc choisi de répartir la présentation des instruments spécialisés entre les différents chapitres. Beaucoup de ces instruments sont présentés et illustrés dans le premier chapitre consacré à l'angoisse de séparation. D'autres sont introduits dans le chapitre consacré à la pathologie pour l'évaluation de laquelle ils sont particulièrement irremplaçables : c'est ainsi qu'on trouvera la présentation du Hand Test dans le chapitre sur les troubles de la conduite ou celle du WISC, qui est l'instrument privilégié de l'évaluation de l'intelligence, dans le chapitre sur le handicap intellectuel.

La plupart des chapitres suivent le même plan : description clinique des troubles, puis présentation des questions nosographiques, épidémiologie, troubles associés, théories étiologiques, évolution et méthodes d'évaluation. Chaque chapitre se termine par la présentation du dossier complet d'un enfant ayant fait l'objet d'un examen psychologique approfondi. La plupart de ces cas sont tout à fait banals et ont été choisis parce qu'ils sont bien représentatifs des formes les plus fréquentes des pathologies concernées. Cependant, j'ai parfois choisi de présenter des cas qui correspondent peut-être moins aux formes habituelles, mais qui posent des problèmes techniques, cliniques et théoriques fondamentaux constituant la difficulté majeure de l'évaluation de la pathologie concernée.