

M1 Parcours Clinique et Psychothérapies

Clinique des troubles de l'enfant et de l'adolescent (ENB1CTEC)

Audrey IMBS

Psychologue Clinicienne – Psychothérapeute

2020-2021

Table des matières

INTRODUCTION	3
---------------------	----------

PARTIE I : ENFANCE, ADOLESCENCE, PSYCHOPATHOLOGIE : DES OBJETS SOCIAUX POUR

LES SCIENCES	4
---------------------	----------

1. APPROCHES ANTHROPOLOGIQUES ET HISTORIQUES DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE	4
1.1. DES ENFANCES, DES ADOLESCENCES	5
1.2. L'ENFANT ET L'ADOLESCENT FACE AUX PROBLEMES DE NOTRE TEMPS	6
2. REFLEXION CRITIQUE SUR LES CATEGORIES DIAGNOSTIQUES, LE PSYCHOLOGUE ET LA NORME	7
2.1. LE PSYCHOLOGUE, L'ENFANT ET LA NORME	7
2.2. L'USAGE DU DIAGNOSTIC EN PEDOPSYCHIATRIE	9
3. LA PSYCHOPATHOLOGIE DEVELOPPEMENTALE COMME PROGRAMME DE RECHERCHE	12
3.1. LA PSYCHOPATHOLOGIE DEVELOPPEMENTALE : PRESENTATION ET PRINCIPES FONDAMENTAUX	12
3.2. LE CAS DU TROUBLE DES CONDUITES A TRAVERS DEUX REVUES DE LITTERATURE SCIENTIFIQUE	12
3.3. L'ETUDE SCIENTIFIQUE DES EFFETS DE LA MALTRAITANCE INFANTILE	13

PARTIE II: FONDEMENT DE LA PRATIQUE EN PSYCHOPATHOLOGIE DE L'ENFANT ET DE

L'ADOLESCENT	13
---------------------	-----------

1. LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT	14
2. LA SEMIOLOGIE EN PEDOPSYCHIATRIE	16
3. L'ORGANISATION DES DONNEES RECUEILLIES	17
4. L'EVALUATION DE LA PSYCHOPATHOLOGIE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT	18
5. QUEL PROJET UNE FOIS LE DIAGNOSTIC POSE ?	20

Introduction

Ce document est le point de départ que je vous propose pour structurer votre apprentissage et explorer les multiples contenus associés au cours. L'enseignement à distance devant faire sans la transmission orale, il a été conçu de manière à contourner au mieux cette difficulté. Au début de chaque partie, vous trouverez sa finalité, les fichiers à récupérer sur la plateforme et les ouvrages à consulter. En général, le cours s'appuiera autant que possible sur des références extérieures précises. Le but premier d'un enseignement à l'université étant de vous aider à vous orienter dans la pensée (et non celui de vous fournir des formules ou des solutions « prêtes à porter »), j'aimerais que ce cours vous interpelle, et que vous n'hésitez pas à ouvrir la discussion sur le forum.

Votre cours est ponctué de références à des articles et documents à consulter. Vous les trouverez dans la section « Articles et documents scientifiques » de la plateforme. La majorité des articles est en anglais. La raison en est simple : 98% de la littérature scientifique dans notre domaine s'écrit en anglais. Il sera donc important que vous puissiez vous familiariser avec le vocabulaire scientifique dans cette langue afin de ne pas manquer l'essentiel de la production de recherche contemporaine. Pour ceux d'entre vous qui ont des difficultés à lire l'anglais, je vous propose de mettre en place une entraide entre vous sur le forum. Signalez-vous et voyez si vous pouvez solliciter l'aide d'autres étudiants plus à l'aise, pour construire ensemble une traduction, bénéficier de leurs notes, ou trouver un autre moyen de dépasser cette barrière. La littérature scientifique actuelle peut paraître fastidieuse de prime abord mais il est indispensable de vous y familiariser dès maintenant et ainsi garder le pli de la consulter lorsque vous serez praticiens.

Ce document s'organise autour de deux grandes parties. La première s'intitule « Enfance, Adolescence, Psychopathologie : des objets sociaux pour les sciences ». Elle vous fournira un cadre théorique général pour comprendre la recherche et les débats en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. La seconde partie, qui a pour titre « Fondements de la pratique en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent », a deux principaux objectifs. Le premier est de vous apporter un ensemble de connaissances précises indispensables concernant chacun des principaux troubles psychopathologiques rencontrés chez l'enfant et de l'adolescent. Le second objectif, pratique, est de vous apprendre à mettre en œuvre une démarche et de vous donner de premiers éléments sur les approches cliniques et thérapeutiques à privilégier.

Partie I : Enfance, Adolescence, Psychopathologie : des objets sociaux pour les sciences

Cette première grande partie a pour finalité de vous donner des pistes de réflexion et vous engager dans une démarche de documentation autonome sur des problématiques qui fondamentales pour un psychologue-clinicien travaillant auprès d'enfants et d'adolescents.

Vous avez choisi de consacrer vos études à un objet d'une complexité infinie, l'esprit humain, à l'intersection des réalités biologiques et sociétales. Il est impératif que vous ayez conscience de cette complexité, et que vous vous représentiez les outils conceptuels que vous utiliserez avec une certaine distance critique.

La deuxième partie du cours vous donnera des fondements pour la pratique d'une manière directive, cette première partie, elle, est conçue comme une invitation à la pensée.

J'aimerais vous sensibiliser à trois grands axes de réflexion auxquels vous serez confrontés tout au long de votre carrière de psychologue-clinicien :

- 1/ la relativité anthropologique de l'esprit dans son fonctionnement symbolique ;
- 2/ la dimension politique de la pratique en psychologie (dans son rapport à la norme) ;
- 3/ la limitation intrinsèque des catégories utilisées en psychopathologie.

Cette partie à également la finalité de vous introduire à la recherche en psychopathologie développementale, à ses principes et à ses résultats, ainsi qu'aux problématiques contemporaines de l'enfance et de l'adolescence.

1. Approches anthropologiques et historiques de l'enfance et de l'adolescence

La visée de cette première sous-partie est de vous sensibiliser dans un premier temps à la relativité historique et anthropologique de l'esprit, puis de vous plonger dans la contemporanéité à travers deux questions-clé chez l'enfant, le préadolescent et l'adolescent aujourd'hui : celle des mutations liées aux nouvelles technologies, et celle de l'usage récréatif des drogues.

1.1. Des enfances, des adolescences

Nous allons débiter ce cours sous un angle culturaliste qui mette un peu en perspective tout ce qui va vous être enseigné et expliqué par la suite (notamment dans la seconde partie). La psychologie est une discipline en tension, entre une prétention à la scientificité visant à un progrès du savoir et une amélioration du soin, et la nécessité de prendre en considération la complexité de son objet (l'esprit humain dans l'infinité de ses variations culturelles et historiques).

Pour la pratique clinique, je défendrai plus loin la nécessité pour vous d'apprendre l'usage de catégories diagnostiques qui prétendent à une certaine universalité d'application (que vous receviez dans votre cabinet un malien, un indien d'Amérique du nord, un japonais ou un français, elles sont supposées vous être utiles pour comprendre les difficultés psychiques de votre patient et lui venir en aide).

Pour autant, cette prétention universaliste ne doit pas vous rendre aveugles aux identifications et significations culturelles de l'autre. Un comportement ou un phénomène psychologique prend sens pour le patient à partir de son histoire individuelle, marquée par les ensembles culturels auxquels il se rattache et qu'il a traversés (pays, langue, sous cultures, traditions). En France, pays d'immigration et de diversité religieuse, il est possible que vous rencontriez des migrants, il est probable que vous rencontriez en tout cas des enfants de migrants, voire que vous soyez amenés à travailler en ethnopsychiatrie si cette pratique vous intéresse.

Je ne pousserai délibérément pas très loin cette première sous partie car elle n'est pas au cœur de ce cours (il ne s'agit pas d'un cours de psychologie interculturelle), mais je voudrais simplement vous faire prendre conscience de cette dimension de la pratique psychologique en vous demandant de lire les deux textes suivants :

1) Le premier est l'introduction à l'ouvrage de Doris Bonnet et Laurence Pourchez « Du Soins au Rite dans l'Enfance » (cf. 2007_Bonnet_Du soins au rite 2007.pdf) . Ces auteurs y décrivent la manière dont s'est constituée historiquement la discipline de l'anthropologie de l'enfance, des premiers travaux des anthropologues pionniers tels que Margaret Mead jusqu'aux recherches contemporaines. Vous y découvrirez la construction d'un objet, les débats épistémologiques qui traversent la discipline et des références auxquelles vous pourrez vous reporter si vous souhaitez approfondir votre réflexion. L'article s'achève sur une comparaison des concepts de soins et de rite, en montrant qu'il n'est pas si simple de distinguer une pratique de soins d'une pratique de rite, ce qui est un point intéressant pour des futurs psychologues.

2) Le second vous rapproche à une question qui traverse l'histoire de la psychologie au XXème et XXIème siècles, et que vous ne manquerez pas de rencontrer dans votre pratique si vous travaillez en pédopsychiatrie : celle de la crise d'adolescence. En consultation, souvent, vous verrez des parents y faire référence pour expliquer les difficultés rencontrées soit par leur enfant, soit par toute la famille à la maison. Cette supposée crise serait ainsi la cause

profonde des difficultés rencontrées. Pourtant, les adolescents, eux, contesteront systématiquement son existence. Si l'adolescence est une période de changements physiologiques majeurs, se traduit-elle pour autant par une crise ? Dans ce cours, vous verrez que j'ai tendance à m'appuyer sur les références les plus récentes sur le plan scientifique. Ici, je vous propose à l'inverse de découvrir un texte historique, écrit par Maurice Debesse (cf. 1958_Debesse_Adolescence crise.pdf), un grand éducateur français du XXème siècle, qui pose la question de manière frontale : « L'adolescence est-elle une crise ? » (cf. Debesse_Adolescence crise 1958.pdf) . C'est un texte fort par sa clarté, sa justesse et son actualité. La question de la crise d'adolescence est toujours brûlante aujourd'hui, entre une tradition d'inspiration psychanalytique qui pense qu'elle est pour ainsi dire inévitable, et d'autres auteurs à l'image de Michel Fize qui considèrent que rien de tel n'existe et qu'il s'agit d'un mythe néfaste. Si vous êtes intéressés par le débat, vous pouvez consulter le texte du psychanalyste Philippe Jeammet (cf. 2011_Jeammet_Paradoxes Adolescence.pdf), ou l'article au lien http://lien-social.com/spip.php?article1468&id_groupe=4).

1.2. L'enfant et l'adolescent face aux problèmes de notre temps

Les familles qui consultent en cabinet ou en institution aujourd'hui sont confrontées à des questions éducatives nouvelles du fait du développement des nouvelles technologies. Réseaux sociaux, tablettes, smartphones, jeux vidéo en ligne,... ces objets (matériels comme virtuels) n'existaient pas quelques décennies plus tôt, et en particulier lorsqu'ils ont grandi. Les parents ne peuvent donc pas s'appuyer sur une transmission intergénérationnelle, car leurs propres parents ne leur ont souvent rien appris en la matière. Pour décider d'une position face à la pratique chez l'enfant (quel objet à quel âge, combien de temps, où, comment...) ils sont souvent démunis, car leur seule source d'information est internet, avec tous les avis contradictoires qu'on peut y lire.

En tant que psychologues-cliniciens, vous serez souvent considérés par les parents comme les dépositaires d'un savoir normatif sur ce qui est bon ou non pour l'enfant ou l'adolescent. Votre avis - s'il a été demandé - sera pris en considération dans leurs pratiques éducatives. Il est donc de votre responsabilité de futurs professionnels de vous informer et de mener une réflexion personnelle face aux problématiques sociétales les plus prégnantes : pouvoir addictif des drogues, dangers des réseaux sociaux, d'internet, des jeux vidéo, rapport à la sexualité et à la pornographie,...

Vous ne pourrez pas rester dans une entière neutralité face à ces questions, car vous représenterez pour les parents une médiation vers le savoir scientifique et les réflexions des psychologues de notre temps. Sans vous, ils se trouvent face à une source infinie d'informations (sur internet) qu'ils ne savent pas hiérarchiser. Impossible pour eux de démêler le vrai du faux dans ce qu'on leur dit. Il est donc de votre devoir de vous informer, ou de dire aux familles que vous allez le faire (et de le faire) si vous n'êtes pas en mesure de répondre à leurs questions au moment même où elles vous sont posées.

Une fois l'information récupérée, il me paraît important que vous soyez également en mesure de rester humbles et de transmettre aux parents le caractère nécessairement relatif de votre point de vue. Nous disposons d'un recul encore largement insuffisant sur toutes ces questions et chacun y va de sa petite analyse personnelle, parfois publiée dans des livres aux titres racoleurs. Il faut alors faire la différence entre un discours informé par des études scientifiques, et d'autres discours qui représentent des points de vue très personnels, parfois appuyés surtout sur l'expérience personnelle de l'essayiste, avec les limites inhérentes à ce type d'analyse. Il faudra donc bien situer les différents niveaux de discours, entre ce qui a été

solidement démontré dans la littérature scientifique, ce qu'on suspecte, votre expérience dans le domaine, etc. Si vous pouvez accompagner les parents dans leurs démarches de réflexion en leur donnant accès à des sources d'information simples mais solides (sur les addictions par exemple), c'est encore mieux.

Dans le document sur la plateforme (2013_AcademieSciences_Enfant et écran.pdf) vous trouverez un long rapport de qualité réalisé par plusieurs psychologues français (dont Serge Tisseron, dont je vous recommande le site personnel <http://www.sergetisseron.com/> . Dans la catégorie Adolescence, vous trouverez des réflexions informées et pointues sur des thèmes comme la violence des jeux vidéo ou l'usage du téléphone portable chez les préadolescents). Vous n'avez pas à connaître ce rapport dans le détail mais je vous demande de le lire et d'en retenir les principales recommandations, vous pourrez être interrogés là- dessus à l'examen. C'est une excellente illustration de la manière dont les psychologues peuvent porter un regard éclairé sur une question de pratique éducative sur la base de recherches scientifiques.

Parallèlement aux nouvelles technologies, une des grandes problématiques de notre époque est évidemment la question des drogues, souvent disponibles dès un âge jeune (le cannabis en tête). Concernant le cannabis, que vous soyez favorable ou non à sa consommation, vous vous devez d'être informés. Distinguer les effets d'un usage récréatif et d'un usage chronique, mais aussi connaître les risques associés aux deux, notamment le risque d'un épisode psychotique chez les sujets vulnérables du fait d'un terrain génétique prédisposant.

Sur ce point je vous demande de lire la revue en anglais de Radhakrishnan intitulée *Gone to pot: a review of the association between cannabis and psychosis* » (cf. 2014_Radhakrishnan_Gone to pot.pdf). Pour ceux qui lisent trop péniblement l'anglais, vous pouvez vous reporter vers la revue en langue française de Le Bec dans l'Encéphale intitulée « Cannabis et psychose : recherche d'un lien de causalité à partir d'une revue critique et systématique de la littérature » (cf. 2013_LeBec_Cannabis et psychose.pdf dans le fichier ressources complémentaires). Au-delà de la question de la psychose, l'usage chronique du cannabis est associé à un ensemble de conséquences néfastes pour la santé qu'il vous faut connaître. Je vous demande donc de lire également la revue de littérature de Hall de 2014 intitulée « What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use? (cf all_Researchcannabis2014.pdf).

2. Réflexion critique sur les catégories diagnostiques, le psychologue et la norme

Cette seconde sous-partie, va vous donner des clés pour l'utilisation effective (langagière et conceptuelle) des catégories diagnostiques que je vous demanderai d'apprendre plus loin. Je vous demande ainsi d'y réfléchir par avance, puis de les apprendre et les utiliser en connaissance de cause. Cette réflexion part d'un point de vue sur l'aspect politique de la pratique du psychologue-clinicien (au sens où il cautionne ou non certaines pratiques sociétales).

2.1. Le psychologue, l'enfant et la norme

Les enfants ne sont guère en mesure d'influencer la manière dont ils sont perçus et

traités par les adultes. Ils sont pour une très large part façonnés par nos choix éducatifs et nos pratiques. En particulier, ce sont les adultes qui déterminent si le comportement des enfants qui les entourent est ou n'est pas acceptable, et qui définissent ce qui distingue le pathologique du normatif (au sens de ce qui « est dans la norme »). La différence entre l'acceptable et l'inacceptable n'est pas ce qui différencie le pathologique du normal : un enfant peut faire des crises de colère régulièrement, crises jugées inacceptables par ses parents, sans pour autant remplir les critères diagnostiques d'un trouble mental.

Lorsque des parents viennent nous voir avec leur enfant, il faut être en mesure de dire si ce dont on parle relève selon nous de la norme ou de la psychopathologie. En libéral, les parents nous consulteront parfois pour leurs enfants pour des difficultés modérées qui relèvent des variations de la norme : tel enfant a des problèmes relationnels avec un groupe d'ami(e)s et s'en plaint, tel autre ne travaille pas suffisamment à l'école, un autre fait des crises de colère à la maison, un autre encore communique peu et joue beaucoup aux jeux vidéos.

En tant que psychologues-cliniciens, nous pouvons bien sûr les aider face à ces problématiques, mais il faudra d'abord mettre en œuvre une évaluation, afin de déterminer si l'on travaille quelque chose qui relève ou non de la psychopathologie, et donner des éléments clairs à la famille sur ce point. Par exemple, à peu près tous les enfants manifesteront des signes plus ou moins visibles de tristesse après un divorce, et pourront bénéficier d'une thérapie de soutien (pour le peu qu'ils soient en demande d'un lieu de parole). Pour autant, une fraction seulement de ces enfants entrera dans un véritable épisode dépressif majeur. Il vous reviendra d'être capable d'identifier ce cas de figure, afin d'alerter la famille et de mettre en place un suivi adapté.

Pour ce faire, l'usage d'instruments de mesure standardisés représentera un outil précieux. Dans les cas semblant relever de prime abord de simples variations de la norme, il faudra également vérifier qu'il n'y a pas en amont un trouble mental non repéré, comme par exemple un trouble anxieux (en particulier, face aux nombreuses demandes relatives aux résultats scolaires : l'enfant n'a-t-il pas de problèmes de sommeil ? N'y a-t-il pas un trouble des apprentissages qui mériterait d'être diagnostiqué ?).

La distinction entre le normal et le pathologique n'est toutefois gravée nulle part. Dans une édition antérieure de l'ouvrage de Dumas, on pouvait trouver une citation de l'écrivain américain Herman Melville qui illustre bien cette problématique : « Qui, dans un arc-en-ciel, peut tracer une ligne qui marque la fin de la teinte violette et le commencement de la teinte orange ? La différence de couleur est très claire, mais qui peut dire l'endroit précis où l'une devient l'autre ? Il en va de même de la raison et de la folie. Les cas graves ne font aucun doute. Mais dans certains cas apparemment moins graves, rares sont ceux qui sont prêts à tirer une ligne de démarcation, si ce n'est quelques experts moyennant paiement. Autrement dit, il y a des situations dans lesquelles il est pour ainsi dire impossible de déterminer si un être humain est sain d'esprit ou s'il commence à ne plus l'être ». Melville utilise les catégories anciennes de raison et de folie, mais vous pouvez aisément transposer son propos à la question du normal et du pathologique. Faire cette distinction est une décision que le psychologue prend à chaque fois sur la base des critères diagnostiques, de ce qu'il sait du développement normal de l'enfant et de l'adolescent et des attentes existantes dans un contexte culturel donné. Les critères diagnostiques représentent un point de repère important pour s'orienter, mais ils ne sont en aucune manière une réponse entièrement objective (nous reviendrons sur cette question dans la sous partie suivante) à la question de la distinction entre le normal et le pathologique.

Au-delà de l'identification de la psychopathologie, en tant que psychologue-clinicien, vous devrez toujours être attentif à l'influence que diverses pratiques éducatives peuvent avoir sur la santé mentale de l'enfant. Cela signifie notamment que c'est à vous qu'il reviendra, si vous le jugez nécessaire, d'alerter les parents sur certaines pratiques ou au moins de les questionner. Certains parents engagent par exemple leurs enfants dès leur plus jeune âge dans des établissements scolaires qui les font travailler au primaire sur des rythmes qu'on pourrait rapprocher de ceux d'étudiants en classe préparatoire post-baccalauréat. L'enfant n'a même plus de temps à consacrer au jeu, qui représente pourtant une activité très importante pour son développement. Lorsqu'ils viennent vous voir avec un enfant surmené et anxieux, sans faire le lien avec le contexte quotidien de leur enfant qu'ils jugent normal, quelle doit-être votre réaction ? Faut-il cautionner implicitement ce système social qui produit de la psychopathologie chez l'enfant en considérant simplement qu'il a un trouble anxieux ? Il n'est bien sûr pas concevable d'attaquer frontalement leurs choix d'établissement (ce sont leurs décisions éducatives), et ce n'est pas certainement pas votre rôle. En revanche, il est possible par le dialogue d'aider les parents à prendre conscience de l'impact d'un tel surmenage sur l'enfant et des conséquences néfastes sur son développement. Il leur reviendra par la suite d'en tirer ou non des conséquences en terme d'orientation. Entendre décrire les pratiques parentales des autres activera inévitablement vos propres représentations (plus ou moins conscientes, car liées à votre histoire personnelle) en matière d'éducation. Dans vos discours de psychologue- clinicien, en entretien, il vous faudra mettre à distance ces jugements (que vous ne pourrez pas manquer d'avoir, mais que vous n'avez pas à communiquer à vos patients) pour vous centrer sur une évaluation de la problématique en présence s'appuyant sur les connaissances scientifiques.

Il faut impérativement rester humble sur ces questions de choix éducatifs : il y a beaucoup de choses que l'on ignore, ce qui est bon pour un enfant peut ne pas l'être pour un autre, et un même comportement peut avoir un sens différent d'une famille à l'autre.

Pour illustrer ce dernier point et souligner l'importance de la prise en considération du contexte culturel, je vous demande de lire le très bel article de Yolande Govindama intitulé « Trouble du sommeil chez le jeune enfant et le mode de coucher : une étude transculturelle » [(cf. 2004 _ Govindama_ Transculturel 2004.pdf) . Dans cet article, elle s'interroge sur le caractère pathologisant ou non de la pratique du co-sleeping (le fait pour les parents de laisser leur enfant coucher dans le même lit qu'eux). Elle démontre que l'étude objectivant de cette pratique manque l'essentiel en passant à côté de la signification culturelle qu'elle peut avoir. Elle explique ainsi qu'une même pratique (le co-sleeping) peut relever d'un fonctionnement pathologisant ou non en fonction du contexte familial.

2.2. L'usage du diagnostic en pédopsychiatrie

Dans la seconde partie du cours, à travers les chapitres du Précis, je vais vous demander d'apprendre les critères diagnostics du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (plus communément appelé DSM, aujourd'hui sa cinquième édition, vous trouverez la version en anglais parmi les ressources complémentaires) pour un ensemble de troubles que vous pourrez être amenés à rencontrer chez l'enfant et l'adolescent.

Comme un grand nombre d'acteurs de la pédopsychiatrie mondiale, j'utilise cette classification dans ma pratique et je vous inviterai à le faire. Toutefois il est très important

d'en connaître également les limites : croire que le DSM établit des frontières nettes et précises entre ce qui est un trouble et ce qui n'en est pas sur une base objective serait une grossière erreur. Réfléchir à cette question est très important, car lorsque les parents viennent vous voir en consultation, ils se demandent souvent si leur enfant a ou n'a pas telle ou telle maladie. Cette vision dichotomique et l'idée que les troubles mentaux seraient des maladies comme les autres sont tous deux très problématiques. Un bon psychologue clinicien ne dit jamais à un parent que son enfant a « tel ou tel trouble ». Pour autant, je crois qu'il est essentiel de connaître ces diagnostics et de les utiliser pour s'orienter dans la psychopathologie pour au moins deux raisons : la première, c'est parce qu'ils permettent aux praticiens de partager un langage commun (si je dis à ma collègue infirmière psychiatrique qu'un enfant présente un trouble dépressif majeur et un trouble d'anxiété sociale, elle aura une idée directe des symptômes en présence). La seconde, c'est parce ces catégories diagnostiques ont fourni jusqu'à ce jour un langage commun aux chercheurs qui a permis de développer un ensemble de recherches en psychopathologie développementale (cf. sous partie suivante). Elles nous permettent ainsi de lire la littérature scientifique sur l'efficacité des psychothérapies et de savoir quelles sont les thérapies indiquées face à un certain type de difficultés (par exemple, chez le pré-adolescent, pour un trouble oppositionnel avec provocation, une thérapie familiale peut tout à fait être indiquée. Dans le cas d'un trouble d'anxiété sociale, cette thérapie sera d'une plus faible utilité et une indication pour une thérapie cognitivo-comportementale me semblera bien plus appropriée). Il n'est pas dit que ces catégories perdurent indéfiniment, mais elles sont l'outil dont nous disposons actuellement, et le resteront tant qu'une alternative crédible n'aura pas émergé.

Lorsque je parle diagnostic avec les parents, il faut leur expliquer précisément ce point de vue : leur dire que les diagnostics en pédopsychiatrie sont des conventions que les praticiens de la santé mentale utilisent pour décrire un ensemble de symptômes, mais que la ligne qu'on place entre celui qui a un trouble et celui qui n'en a pas, a une position qui est par nécessité en partie arbitraire. J'aborde cette question avec eux en termes d'utilité : je leur dis qu'étant donné l'étendue des difficultés rencontrées par leur enfant et le fait qu'elles ne se résorbent pas, il nous est utile de dire qu'il souffre d'un trouble d'anxiété sociale, ou de poser un diagnostic de trouble déficit de l'attention avec hyperactivité. Je leur dis encore que cela ne fait pas de leur enfant un être radicalement différent d'un enfant qui n'a pas le diagnostic, au sens où il aurait une maladie que l'autre n'a pas.

Ce sont des questions complexes et subtiles sur le plan théorique, mais qui doivent se résoudre en mots simples à l'usage des familles qui nous font face pour essayer de ne pas trop caricaturer les choses (car vous n'allez pas consacrer la thérapie à un débat épistémologique sur le statut ontologique des troubles mentaux). Bien que ce cours ne soit pas consacré à cette question, il est important que vous en saisissiez vous-même la subtilité pour trouver vos propres mots et ne pas déployer une approche scientifique de la santé mentale. Il est évident que vous n'irez pas par vos lectures au bout des réflexions philosophiques très complexes qui opposent les spécialistes de l'épistémologie en psychiatrie, mais je voudrais tout de même que vous saisissiez quelque chose de cette complexité pour pouvoir le retranscrire aux familles qui vous feront face.

Pour cela, au terme de vos lectures et de vos réflexions au fil de cette sous-partie du cours, je voudrais que vous sachiez :

- 1) Comment a été construit le DSM et comment sont établis les diagnostics qu'il incorpore ;
- 2) Quelle est la différence entre une approche catégorielle et une approche dimensionnelle des

troubles mentaux et quelles sont les limites de la première ;

3) Qu'est-ce au fond qu'un trouble mental ?

4) Quelles critiques (intelligentes) peut-on faire au DSM ?

Les deux premiers sont directement de pertinence avec ce cours, donc ils nécessitent d'être approfondis.

Concernant le point 1 (Qu'est-ce que le DSM ?), je vous invite à lire l'article très clair de Steeves Demazeux «L'échec du DSM-V, ou la victoire du principe de conservatisme » (cf. 2013_Demazeux_info psy.pdf), philosophe des sciences, un des meilleurs spécialistes du DSM en France à ce jour. Cet article vous donnera un aperçu historique des principes et de l'évolution du DSM.

Concernant le point 2 (Approches catégorielles vs. Dimensionnelles), la revue de littérature de David Coghill et Edmund Sonuga-Bark (cf. 2012_Coghill_SonugaBarke_jcpp.pdf) peut vous aider. Il s'agit d'un article technique, en anglais, qui va vous donner du fil à retordre. N'hésitez pas à échanger entre vous à son sujet. Lorsqu'on commence à entrer dans la littérature scientifique, le temps de lecture et de compréhension d'un article semble infini. Puis petit à petit, on prend le pli, et on peut lire plus facilement les publications. Notez que David Coghill et Edmund Sonuga-Barke sont deux grands spécialistes mondiaux du trouble déficit de l'attention avec hyperactivité et plus généralement de la psychopathologie de l'enfant. Ce sont également les éditeurs du journal en question, 'Journal of Child Psychology & Psychiatry', un des grands journaux dans le champ de la recherche en pédopsychiatrie. Leur article est une excellente synthèse portant sur la question des approches dimensionnelles et catégorielles.

En complément de ces lectures, vous pouvez également consulter cette courte video (<https://www.youtube.com/watch?v=DP1Hp7QqCIM>) ou, pour se prendre un peu moins au sérieux, celle-ci (<https://www.youtube.com/watch?v=0rm5p3DTyE8>).

Concernant le point 3 (Qu'est-ce qu'un trouble mental ?), pour ceux d'entre vous qui souhaitent réfléchir sur ce que sont ces entités que nous appelons troubles mentaux, je vous invite à lire l'excellent article de Luc Faucher « La théorie des systèmes développementaux et la construction sociale des maladies mentales » (cf. 2006_Faucher_Latheoriedessytemes.pdf parmi les ressources complémentaires) qui représente une synthèse passionnante et un point de vue original sur cette question.

Concernant le point 4 (Quelles critiques pour le DSM ?), si vous souhaitez pousser plus loin la réflexion l'article de François Gonon « Quel avenir pour les classifications des maladies mentales ? Une synthèse des critiques anglo-saxonnes les plus récentes » (cf. 2013_Gonon_info psy 2013.pdf parmi les ressources complémentaires) .

Enfin, vous trouverez sur la plateforme un article en anglais de Brett Deacon «The biomedical model of mental disorders, a critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research » (cf. 2013_Deacon_Clin Psy Review 2013.pdf) qui représente une critique intéressante du modèle biomédical qui sous-tend l'approche contemporain des troubles mentaux. Ce sont des débats avancés qui mériteraient un cours entier et qui nous entraîneraient bien au-delà des objectifs de cet enseignement. J'attire votre attention sur le fait qu'il s'agit de critiques argumentées et subtiles du DSM, ce qui les différencie d'autres mouvements qui relient de manière automatique tout diagnostic à Big Pharma (i.e. l'emprise

financière de l'industrie pharmaceutique). Méfiez-vous de certains mouvements comme <http://www.stop-dsm.org> qui avancent parfois des arguments assez faibles, manifestant une connaissance superficielle de la psychopathologie ou des enjeux en question.

3. La psychopathologie développementale comme programme de recherche

Dans cette troisième sous partie, nous entrons véritablement dans la description du programme de recherche qu'est la psychopathologie développementale. Je vous y présente ses grands principes explicatifs, et vous donne des exemples d'application à travers l'étude du trouble des conduites d'une part, et de la maltraitance d'autre part. C'est une partie très importante puisqu'elle vous donnera le cadre de pensée nécessaire pour conceptualiser de manière suffisamment fine les troubles mentaux que vous rencontrerez dans votre pratique clinique. Elle vous donnera également un cadre pour intégrer les informations que vous découvrirez par la suite dans le *Précis de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent*.

3.1. La psychopathologie développementale : présentation et principes fondamentaux

Vous trouverez cette partie du cours dans le premier chapitre du Précis : *Penser les troubles mentaux en psychopathologie développementale*. Cette présentation est inspirée notamment de deux articles de Sheree L. Toth et Dante Cicchetti («The historical origins and developmental pathways of the discipline of developmental psychopathology », 2010 et « The past achievements and future promises of developmental psychopathology: the coming of age of a discipline », 2009).

Elle reflète ainsi le point de vue de deux grands noms du champ. Je vous invite à vous renseigner au sujet de Dante Cicchetti, une des figures de la psychopathologie développementale. Vous pouvez découvrir le personnage dans la vidéo ci-dessous (un talk consacré à l'analyse des effets de la maltraitance, malheureusement assez mal filmé) (<https://www.youtube.com/watch?v=xJNWE0tqYCg>)

Si vous lisez l'anglais, vous pouvez lire une présentation antérieure dans un chapitre écrit par Cicchetti lui-même sur la plateforme (cf. *Cicchetti_Development and Psychopathology.pdf*).

3.2. Le cas du trouble des conduites à travers deux revues de littérature scientifique

Vous trouverez dans la seconde partie du cours un ensemble de données scientifiques relatives à chaque trouble psychopathologique issues de ce programme de recherche. Dans cette sous-partie, je vous propose de vous confronter à nouveau de manière directe à la littérature scientifique, en abordant le cas du trouble des conduites à travers deux revues de littérature écrites par des chercheurs importants du domaine :

1) Un article de Lahey et Waldman intitulé « Annual Research Review : phenotypic and causal structure of conduct disorder in the broader context of prevalent forms of psychopathology » (cf. *2012_LaheyWaldman_AnnualResearchReviewConductDisorder 2012.pdf*) ;

2) Un article de 2013 de Dustin Pardini et Paul Frick intitulé « Multiple developmental pathways to conduct disorder : current conceptualizations and clinical implications » (cf. PardiniFrick_MultiplepathwaysCD 2013.pdf)

Cette partie est facultative mais, idéalement, si vous veniez à travailler un jour en santé mentale chez l'enfant, il faudrait que vous fassiez l'effort d'aller lire vous-même les revues de littérature les plus récentes sur chaque trouble. Les connaissances construites dans ce champ n'ont d'intérêt que si elles servent à orienter le regard clinique et les choix thérapeutiques des praticiens. Par ailleurs, faire l'effort d'être au contact de la littérature scientifique apporte un intérêt conceptuel indéniable à la pratique.

3.3. L'étude scientifique des effets de la maltraitance infantile

Dans cette sous-partie du cours, en lien avec les intérêts de recherche, je vous propose de faire le chemin inverse de la partie précédente : au lieu de partir d'un trouble et d'étudier le savoir qui le concerne, je vous propose de vous plonger dans deux revues de littérature récentes portant sur les effets psychologiques et neurobiologiques d'un facteur de risque très important pour la psychopathologie : la maltraitance infantile. Cette partie du cours, comme la précédente, est facultative mais j'insiste vraiment sur l'importance qu'il y a à entrer vous-même dans la littérature scientifique en psychologie.

Ces deux articles s'intitulent :

- 1) 'Disentangling the mental health impact of childhood abuse and neglect' (Cecil_2017_Disantengling.pdf)
- 2) 'Childhood maltreatment, latent vulnerability and the shift to preventative psychiatry – the contribution of functional brain imaging' (McCrory_2017_Latentvulnerability.pdf)

D'autres ressources sur ce thème sont disponibles dans la section ressources complémentaires.

Partie II: Fondement de la pratique en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent

Dans la seconde partie de cet enseignement, nous abordons les fondements de la démarche diagnostique en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Au terme de cet enseignement, il faudra que vous sachiez :

- faire la recension des signes cliniques d'un patient (sémiologie) ;
- organiser les informations recueillies de manière standardisée (organisation des données) sélectionner des outils d'évaluation (échelles, entretiens structurés) adaptés au cas en présence émettre une (des) hypothèse(s) diagnostique(s) à partir de votre analyse ;
- faire une indication de prise en charge thérapeutique

Pour pouvoir mettre en œuvre cette démarche pratique, il vous faudra dans un premier temps acquérir un solide bagage théorique : dans la première sous-partie s'intitulant « Les troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent » vous serez redirigés vers le Précis, sources d'information vous fournissant toute les connaissances scientifiques à maîtriser concernant une série de troubles présents chez l'enfant et l'adolescent : caractéristiques du trouble, critères diagnostiques, diagnostic différentiel, comorbidités attendues, évolution typique, outils d'évaluation adaptés, ainsi que des éléments concernant l'étiologie, les traitements les plus efficaces, et l'approche clinique à adopter. Ce savoir vous servira de base de travail pour construire vos hypothèses diagnostiques, proposer des instruments d'évaluation, et envisager une approche thérapeutique lorsque vous êtes confrontés à un cas clinique. La démarche diagnostique est le préalable à tout travail en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Elle se réalise au cours des premiers entretiens et peut s'étaler sur plusieurs séances en fonction du cas en présence. Il n'y a pas un nombre d'entretiens fixe à lui consacrer. Prenez le temps nécessaire, car il est important que vous soyez confiants dans votre ou vos diagnostic(s) avant d'engager un suivi. Si ce n'est pas le cas n'hésitez pas à poursuivre votre évaluation sur plusieurs séances, ou même (si vous intervenez dans une institution) à solliciter un bilan ou un contre-avis diagnostique de la part d'un confrère.

1. Les troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent

Cette sous-partie extrêmement importante pour la validation de ce cours s'appuie principalement sur le *Précis de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent* que vous trouvez en ligne sur la plateforme.

Le précis décrit les troubles suivants :

- 1) Trouble du spectre autistique
- 2) Trouble déficit de l'attention / hyperactivité

- 3) Troubles du comportement
- 4) Troubles du spectre de la schizophrénie
- 5) Troubles bipolaires et apparentés
- 6) Troubles dépressifs
- 7) Trouble d'anxiété sociale
- 8) Autres troubles anxieux
- 9) Troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés
- 10) Troubles de l'attachement
- 11) Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments

Il représente une source d'information à jour (2020), avec les données les plus récentes, et les tableaux diagnostiques du DSM-5. Il vous faudra compléter cette source d'information à l'aide du Manuel de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent de Jean Dumas. Dans ce manuel, il vous faudra lire spécifiquement les chapitres suivants :

- La déficience intellectuelle
- Les troubles de la communication et des apprentissages
- Les troubles du contrôle sphinctérien
- Les tics

Au-delà de ces quatre chapitres, le manuel vous sera utile pour l'ensemble des troubles décrits de par ses descriptions de cas clinique, que je vous demande de lire, ainsi que pour ses tableaux comparant les critères diagnostiques du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux et de la CIM10.

Si vous le souhaitez, vous pouvez également lire en intégralité les chapitres autres que les cinq indiqués, mais leurs informations recoupent celles du Précis de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent.

Les critères diagnostiques des troubles présentés dans le Précis et dans les chapitres indiqués du Manuel doivent être bien connus, un apprentissage par cœur bête et méchant n'est pas forcément nécessaire mais lorsque je vous évoque un de ces troubles, vous devez impérativement connaître les principaux critères. Sans cela vous ne serez pas capables de traiter le cas clinique proposé à l'examen dans le temps imparti.

Vous devez également connaître les éléments de diagnostic différentiel, les comorbidités, les outils d'évaluation et les principales hypothèses étiologiques relatives à chacun de ces troubles, bref le Précis et les chapitres associés du Manuel doivent représenter pour vous une base de travail parfaitement maîtrisée.

Concernant le système diagnostique à retenir pour l'examen, le Précis vous présente les

critères diagnostiques du DSM-5 (la version française a été publiée depuis peu sous la direction de Marc-Antoine Crocq et Julien-Daniel Guelfi, l'intégralité du texte anglais est disponible parmi les ressources). Dans le Dumas en revanche, vous seront présentés dans les cinq chapitres à consulter les critères diagnostiques du DSM-IV. Cette juxtaposition des deux éditions ne doit cependant pas vous inquiéter pour l'examen : pour l'ensemble des troubles en présence, vous pourrez vous appuyer sur les critères du DSM-IV ou 5, et il ne vous sera pas tenu rigueur de possibles 'incohérences' liées au fait que vous avez reçu des informations touchant aux deux éditions. Les changements survenus d'une édition à l'autre vous sont décrits dans le Précis, de manière ce que vous puissiez vous repérer convenablement.

2. La sémiologie en pédopsychiatrie

La sémiologie est l'étude des signes cliniques. Elle s'appuie sur l'observation du patient au cours de l'entretien et sur l'échange verbal avec le patient et ses parents. C'est la première étape de la démarche diagnostique. Il s'agit pour vous de trouver à chaque fois un terme qui décrive les signes cliniques que vous observez (ou que les parents ou l'enfant vous rapportent) et de les noter. Dans le cadre de ce cours, vous ne serez pas confrontés à des patients, mais nous vous demanderons de le faire au fil du texte face à votre cas clinique. Je reviendrai là-dessus dans les consignes pour l'examen et pour les devoirs.

Il est important de repérer, en particulier, les signes liés :

- ✓ **Au relationnel** (inhibition, retrait, excitation, repli sur soi, instabilité, inertie, passivité, soumission) ;
- ✓ **Aux conduites** (conduites déviantes (vol, fugues), conduites auto et hétéro agressives (automutilation), d'usage de substances, conduites dangereuses et équivalents suicidaires) ;
- ✓ **Aux manifestations motrices** (agitation, inhibition, ralentissement moteur, mimique, maniérisme, stéréotypies gestuelles, attitude cataleptique) ;
- ✓ **Aux comportements** (tics, rituels, compulsions, comportement d'évitement phobique, bizarreries comportementales) ;
- ✓ **Aux manifestations émotionnelles** (agressivité, irritabilité, colère, jalousie, crises clastiques, impulsivité, autoritarisme, impatience, rage, attitude de prestance, bouderie, conduites d'opposition, immaturité affective, ambivalence affective, froideur affective) ;
- ✓ **A l'humeur** (versant dépressif : tristesse, douleur morale, vision pessimiste du monde et de soi, sentiment de culpabilité, d'insatisfaction, d'indignité ; versant expansif : exaltation de l'humeur, de la joie à l'euphorie extrême ; les états mixtes : alternance et association d'états dépressifs et d'états expansifs ; l'indifférence thymique : indifférence de l'humeur quels que soient les événements de vie) ;
- ✓ **À l'alimentation** (comportement boulimique avec prise de poids (hyperphagie) ou comportement alimentaire restrictif) ;
- ✓ **Au sommeil** (hypersomnie, insomnie, difficultés d'endormissement, cauchemars, terreurs nocturnes, somnambulisme) ;
- ✓ **À des troubles somatiques** (ulcère, psoriasis, eczéma, asthme, ORL, reflux gastro-œsophagien, constipation) ;
- ✓ **À des troubles de la conscience** (hallucinations psychosensorielles ou psychiques, état confusionnel) ou du cours de la pensée (pensée accélérée, fuite des idées).

Cette liste est évidemment non exhaustive. Il faudra que vous cherchiez à chaque fois le

mot qui vous semble le plus juste pour décrire ce que vous observez ou ce qu'on vous décrit. Cette précision de la langue vous permettra de construire un tableau précis des difficultés qui vous font face. Elle vous sera utile dans le temps (si vous revenez à vos notes plus tard), et dans la communication avec vos collègues (qui pourront s'appuyer sur la finesse de votre relevé pour leur propre pratique). C'est évidemment à partir de ce relevé de signes que vous formulerez vos hypothèses en termes de diagnostic. Lorsque vous ne parvenez pas à rendre compte des signes en présence à partir des diagnostics que vous connaissez, notez-les, et songez à demander qu'un bilan soit réalisé par un spécialiste (par exemple si vous remarquez des bizarreries dans la gestuelle de l'enfant, demandez un bilan psychomoteur).

3. L'organisation des données recueillies

Il est important que les données issues de vos premiers entretiens soient organisées d'une manière standardisée. En suivant un schéma pré-défini (en remplissant par exemple des documents pré-imprimés avec des catégories déjà établies au préalable) vous serez certains de ne pas oublier d'informations essentielles.

Je vous propose ci-dessous une manière d'organiser vos données, mais d'autres structurations sont évidemment possibles, il conviendra d'adapter ce document ou de créer vos propres grilles lorsque vous pratiquerez. Toutes les catégories ne sont pas à remplir à chaque fois. En particulier, certaines ne sont pertinentes qu'à différents âges de l'enfant ou en fonction de certaines hypothèses diagnostiques (il n'y a pas d'intérêt a priori à évoquer dans le détail le développement psychomoteur et langagier d'un collégien que l'on reçoit en consultation pour des problèmes actuels, sauf si notre observation clinique et les propos des parents nous orientent vers une hypothèse de trouble du spectre autistique par exemple, auquel cas il faudra examiner dans le détail l'acquisition du langage et le comportement lors des premières années de vie. Ce sont les hypothèses que vous vous formulez progressivement au cours de l'entretien qui doivent dicter les questions que vous posez).

1/ Présentation de l'enfant :

- Nom de l'enfant, Age, Origine culturelle
- Motif de la consultation ? Qui adresse l'enfant ?
- A-t-il déjà consulté auparavant ? (quand, pourquoi, combien de temps, pourquoi a-t-il arrêté)
- Situation scolaire (niveau de scolarité ou mode de garde)
- Situation des parents (âges des parents, profession des parents, situation maritale)
- Fratrie (place dans la fratrie, âge de la fratrie)

2/ Comportement de l'enfant dans la consultation

- mode de contact avec le thérapeute
- mode de contact avec les parents
- réaction à la séparation (si l'enfant est reçu seul un moment sans ses parents)
- réaction devant les évaluations (tests, jeux, dessins)
- mode d'utilisation de l'espace (reste assis, repli, gigote, ne tient pas en place)
- humeur (enfant qui semble joyeux, souriant, agréable, triste, colérique)
- comportement (enfant qui paraît calme, agité, anxieux).

3/ Le tableau symptomatique actuel (liste des symptômes relevés et, pour chaque symptôme) :

- date de survenue (âge de début), mode de début (aigu ou progressif), contexte ;

- déclencheur (présence ou non d'un facteur déclenchant), contexte d'apparition (famille et/ou école ;
- Evolution des symptômes ;
- Hypothèse diagnostique (ou diagnostic si établi précédemment)

4/ Les antécédents personnels et médicaux : hospitalisations, longues maladies en enfance, soupçon de troubles sans diagnostic au préalable

5/ Les antécédents familiaux : troubles dans la famille Les données sur le développement de l'enfant :

- La grossesse (déroulement de la grossesse et de l'accouchement)
- L'alimentation (sein ou biberon, passage à l'alimentation solide)
- Le développement psychomoteur (station assise, station debout, rampe, marche)
- Le développement affectif (premier sourire, regard, tolérance à la séparation)
- Le développement langagier (premiers mots, premières phrases)
- Le développement cognitif (capacité à encadrer, à comprendre une consigne)
- Le développement social (la qualité des relations aux pairs, adultes, fratrie)
- L'acquisition de la propreté (diurne et nocturne)
- Le jeu (jeu d'imitation immédiate, différé, type de jeux, capacité à jouer seule, avec l'adulte, avec un autre enfant).

6/ Autres éléments importants :

- Les événements de vie (naissance d'un puiné, déménagement, deuil)
- La qualité de l'ambiance familiale (tendue, sereine)
- La qualité des relations aux autres (parents, fratrie, grands-parents, cousins, voisins, amis, autres enfants)
- Au point de vue éducatif : le mode de garde (crèche, nounou, assistante familiale, est-ce qu'il y a eu des discontinuités dans ce mode de garde, pour quelles raisons), sa chambre (est-ce qu'il investit sa chambre, est-ce qu'il y joue, est-elle rangée, est-ce qu'il la partage avec un frère ou une sœur), l'enfant aide-t-il à la maison (débarrasse son assiette, range sa chambre), audiovisuel (temps passé devant la télévision, où est la télévision, regarde-t-il la télévision à la demande, existe-t-il un contrôle parental, programme préférée, etc.), attitudes devant les devoirs (quand, où, combien de temps, colère, pleure, avec l'aide d'un adulte) , le sommeil (qualité du sommeil, facilité d'endormissement, réveils fréquents, dort seul), l'alimentation (mange seul, légumes, dessert, rapidité, grignote entre les repas, crises), activités extrascolaires (absentes ou multiples), ses projets d'avenir (en fonction de l'âge de l'enfant, se projette-t-il dans l'avenir, un loisir, un métier, un sport).

4. L'évaluation de la psychopathologie chez l'enfant et l'adolescent

En complément de l'observation du patient et du recueil de données au cours de l'entretien avec les parents et l'enfant, le psychologue-clinicien a à sa disposition des échelles d'évaluation, des questionnaires, et des grilles pour mener des entretiens semi- structurés (ces derniers visant pour l'essentiel à passer en revue les symptômes des principaux troubles psychiatriques).

De tels outils peuvent se révéler d'une grande utilité face à des enfants et des adolescents qui n'ont le plus souvent pas une conscience franche de ce qui constitue leurs difficultés

psychologiques, ou qui ne trouvent pas les mots pour les exprimer, ou encore n'osent pas en parler directement. A travers un questionnaire, vous leur donnez la possibilité d'y réfléchir à travers des tournures et des phrases préparées à l'avance, qu'ils n'ont donc pas à produire ou imaginer d'eux-mêmes. Cela peut permettre de révéler des problématiques que vous n'auriez pas soupçonnées à travers votre observation et l'entretien. On peut, par exemple, remplir ou faire remplir l'échelle d'anxiété-trait pour enfant (STAIC) par ses patients, et il arrive souvent d'être surpris de constater combien une symptomatologie est présente alors que la plainte du patient et du parent tournaient autour d'autre chose. Encore, il est très difficile d'évaluer l'étendue des affects dépressifs par le simple échange verbal, tandis que les échelles permettent de se construire une représentation afin de décider si l'on se trouve en présence d'un épisode dépressif majeur, et ce de manière frappante.

Je vous présente ci-dessous brièvement quelques-uns des outils que je juge intéressants pour l'évaluation en psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Vous retrouverez également dans le Précis une présentation détaillée des outils adaptés à chacun des troubles étudiés. Si vous étiez amenés un jour à travailler en population pédiatrique, je vous recommande très fortement l'achat des ouvrages « Echelles et questionnaires d'évaluation chez l'enfant et l'adolescent » tomes 1 et 2 de Martine Bouvard. Ces deux tomes recensent en effet la quasi-intégralité des outils disponibles à ce jour en langue française et vous fournissent les échelles libres de droit afin que vous puissiez les utiliser.

Liste non exhaustive des principaux outils pour l'évaluation de l'enfant et de l'adolescent :

- **Entretien semi-structuré Kiddie-Sads Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school-age children):** cet entretien permet d'explorer la psychopathologie des enfants de 6 à 18 ans à partir des critères standards de plus de trente diagnostics, dont le trouble déficit de l'attention avec hyperactivité, la dépression majeure, la dysthymie, le trouble panique, l'agoraphobie,... Les diagnostics sont examinés à partir de la combinaison des informations provenant de l'enfant et de ses parents suivant une cotation de la fréquence et de la sévérité des symptômes. Lorsque vous soupçonnez la présence d'un trouble, il peut ainsi être utile de vous saisir de cet outil et de vérifier les critères diagnostiques un à un. Je l'utilise par exemple systématiquement dans l'évaluation du trouble déficit de l'attention avec/sans hyperactivité.
- **Entretien pour le diagnostic de l'autisme révisé (Autism Diagnostic Interview Revised ADI-R) :** cet entretien semi-structuré mené auprès des parents permet de rechercher les symptômes de l'autisme dans le domaine des interactions sociales, de la communication et des comportements répétitifs et stéréotypés. Il tient compte de l'histoire du développement de l'enfant et de la symptomatologie actuelle.
- **Échelle comportementale d'anxiété et phobie de Vera :** utilisée surtout avec les moins de dix ans, mais qui s'adresse aux 8 – 18 ans, elle permet d'évaluer les peurs du patient face à de multiples objets (évaluation de la phobie scolaire, phobie sociale, phobie des maladies, anxiété de séparation, phobie simple). Le questionnaire est très facile d'accès, il est constitué une succession d'items de type « j'ai peur de » avec des énoncés différents (« les ours ou les loups », « les endroits en hauteur », « parler au téléphone »,...).

- **Échelle d'anxiété état-trait pour enfant (Stait-Trait Anxiety Inventory for children STAI-C)** la composante de loin la plus utile est la composante trait. Elle comporte 20 items, et permet d'investiguer un ensemble de manifestations anxieuses (« je suis préoccupé à l'idée de faire des erreurs », « je m'inquiète à propos de l'école », « j'ai peur et je n'en parle à personne », « je pleure facilement »,...). Elle est très utile pour dépister l'anxiété et notamment l'anxiété de performance (liée à l'école), fréquente chez l'enfant.
- **Inventaire de dépression de l'enfant (Children Depression Inventory CDI)** : Il s'agit d'une adaptation de l'inventaire de dépression de Beck pour les 7 – 17 ans. Elle comporte 27 items, du type (« je suis triste tout le temps », « rien ne marchera jamais bien pour moi », « j'ai envie de pleurer tous les jours »)
- **Échelle d'hyperactivité de Conners** : disponible en une version parent et une version enseignant, le mieux étant de recueillir les deux. Elles peuvent être utilisées avec des patients de 7 à 18 ans. Chaque item est coté de 0 à 3, puis les scores sont additionnés pour obtenir le score à chaque facteur (les facteurs cotés dans la version révisée parent sont les difficultés de comportement, les difficultés d'apprentissage, la psychosomatisation, l'impulsivité, l'anxiété et l'index d'hyperactivité, ceux cotés dans la version enseignant sont l'hyperactivité, les troubles des conduites et l'inattention).
- **Échelle d'estime de soi de Rosenberg (R-SES)** : elle peut être utilisée dès l'âge de 8 ans. Elle permet d'évaluer l'estime de soi globale. Très utilisée en recherche, elle est composée de 10 items. La personne doit indiquer son degré d'accord ou désaccord sur une échelle en 4 points, à des items comme « je sens que je possède un certain nombre de belles qualités », ou encore « je sens peu de raisons d'être fier de moi »).

5. Quel projet une fois le diagnostic posé ?

Une fois un ou plusieurs diagnostics posés, il convient de décider d'une orientation thérapeutique pour votre patient. Le projet peut être de différents ordres :

1) psychothérapie : thérapie familiale, thérapie cognitivo-comportementale, psychothérapie mère-enfant, groupe d'affirmation de soi, ethnopsychothérapie, psychothérapie psychodynamique, thérapie de soutien ;

2) rééducation : orthophonique (du langage, de la lecture, de l'orthographe, du calcul), psychomotrice (travail des éléments toniques, statiques et dynamiques du comportement gestuel dans le temps et l'espace), rééducation psychopédagogique (remédiation cognitive), rééducation orthoptique (capacités visuelles) ;

3) Changement passager ou au long cours de l'environnement de vie : thérapie

institutionnelle, hôpital de jour, SESSAD, internat, foyer d'adolescent,...

En libéral, lorsque vous jugez que le cas en présence est trop grave (risque suicidaire important, trouble obsessionnel-compulsif très envahissant, symptomatologie qui évoque une schizophrénie ou un trouble apparenté), il est important de savoir passer la main en réorientant le patient vers une structure hospitalière de pédopsychiatrie.

En ce qui concerne les aspects de rééducation, à moins que vous soyez spécialisés dans ce domaine, vous n'aurez sans doute pas à prendre de décision de cette nature. Il conviendra tout de même de savoir repérer les troubles éventuels et de demander un bilan d'un spécialiste (psychomotricien, orthophoniste,...) lorsque vous le jugez nécessaire. Les aspects de changement de vie sont eux plutôt liés à la pratique de psychologue-clinicien en institution, et ils vous seront enseignés sur le terrain en fonction de votre lieu de pratique. Nous allons donc nous concentrer ici sur ce qui revient fondamentalement au psychologue-clinicien, à savoir le choix de l'approche thérapeutique.

Il existe de nos jours une littérature scientifique de plus en plus riche portant sur l'efficacité des psychothérapies, avec des études comparant les résultats de diverses approches thérapeutiques. Ces études sont très importantes pour nous autres praticiens car elles nous permettent de savoir quel traitement favoriser en fonction du cas auquel nous nous trouvons confrontés. Il vous reviendra un jour de choisir une approche thérapeutique, et de vous y former. Quelque-soit votre choix, le plus important est de connaître les limites de l'approche que l'on pratique et de savoir ré-adresser son patient lorsqu'on pense qu'un autre pratique représente une approche plus efficace pour le cas en présence. A cet égard, le Précis représente une source d'information à jour concernant les approches ayant reçu en 2020 des éléments de preuve pour tel ou tel trouble, ou a minima des données prometteuses. Si une approche n'est pas mentionnée, cela signifie que ses résultats pour le trouble en question chez l'enfant ou l'adolescent sont très incertains, et qu'elle n'est donc pas à proposer en première intention.

Pour achever ce cours, je vous demande de consulter le livre 'L'étude de cas en psychologie clinique : quatre approches théoriques'. Cet ouvrage a une démarche passionnante et inédite en France : ses auteurs ont en effet proposé à des tenants de diverses approches thérapeutiques de s'atteler chacun au même cas et d'expliquer comment ils interpréteraient et traiteraient les symptômes en présence. Je vous demande d'y lire le cas de phobie scolaire de Romain, treize ans, analysé à travers une approche systémique, TCC, ethnopsychiatrie et psychanalytique. Vous en trouverez l'introduction sur la plateforme, (cf. 2012_Schauder_Etude de cas.pdf), ce qui vous donnera je l'espère l'envie de vous le procurer ou au moins de le lire en bibliothèque. Il n'est pas nécessaire de le posséder mais il faut que vous trouviez le moyen de consulter le cas.

Pour toute question je reste disponible par mail et sur le

forum.

Bon travail !

Audrey IMBS

audreyimbs.psychologue@gmail.com