|  |
| --- |
| SOUS LA DIRECTION DE  Pierre Lalonde Jocely Aubut et Frédéric Grunberg  (2001)  PSYCHIATRIE CLINIQUE :  Une approche bio-psycho-sociale  TOME 2  *Spécialités, traitements, sciences fondamentales et sujets d’intérêt*  TROISIÈME PARTIE : **SPÉCIALITÉS PSYCHIATRIQUES**  **LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES** CHICOUTIMI, QUÉBEC <http://classiques.uqac.ca/> |



<http://classiques.uqac.ca/>

*Les Classiques des sciences sociales* est une bibliothèque numérique en libre accès, fondée au Cégep de Chicoutimi en 1993 et développée en partenariat avec l’Université du Québec à Chicoutimi (UQÀC) depuis 2000.



<http://bibliotheque.uqac.ca/>

En 2018, Les Classiques des sciences sociales fêteront leur 25e anniversaire de fondation. Une belle initiative citoyenne.

**Politique d'utilisation  
de la bibliothèque des Classiques**

Toute reproduction et rediffusion de nos fichiers est interdite, même avec la mention de leur provenance, sans l’autorisation formelle, écrite, du fondateur des Classiques des sciences sociales, Jean-Marie Tremblay, sociologue.

Les fichiers des Classiques des sciences sociales ne peuvent sans autorisation formelle:

- être hébergés (en fichier ou page web, en totalité ou en partie) sur un serveur autre que celui des Classiques.

- servir de base de travail à un autre fichier modifié ensuite par tout autre moyen (couleur, police, mise en page, extraits, support, etc...),

Les fichiers (.html, .doc, .pdf, .rtf, .jpg, .gif) disponibles sur le site Les Classiques des sciences sociales sont la propriété des **Classiques des sciences sociales**, un organisme à but non lucratif composé exclusivement de bénévoles.

Ils sont disponibles pour une utilisation intellectuelle et personnelle et, en aucun cas, commerciale. Toute utilisation à des fins commerciales des fichiers sur ce site est strictement interdite et toute rediffusion est également strictement interdite.

**L'accès à notre travail est libre et gratuit à tous les utilisateurs. C'est notre mission.**

Jean-Marie Tremblay, sociologue

Fondateur et Président-directeur général,

LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES.

Un document produit en version numérique par Diane Brunet, bénévole,

Diane Brunet, bénévole, guide, Musée de La Pulperie, Chicoutimi

Courriel: [Brunet\_diane@hotmail.com](mailto:Brunet_diane@hotmail.com)

[Page web](http://classiques.uqac.ca/inter/benevoles_equipe/liste_brunet_diane.html) dans Les Classiques des sciences sociales

à partir de :

Sous la direction de Pierre Lalonde, Jocelyn Aubut et Frédéric Grunberg

**PSYCHIATRIE CLINIQUE : UNE APPROCHE BIO-PSYCHO-SOCIALE. Tome 2 : Spécialités, traitements, sciences fondamentales et sujets d’intérêt. 3e partie : SPÉCIALITÉS PSYCHIATRIQUES.**

Chicoutimi, Québec : Gaëtan Morin, Éditeur, 3e édition, 2001, pp. 833-2092, 1292 pp.

Le directeur de la publication, M. Pierre Lalonde, a accordé son autorisation de diffuser ce livre en libre accès dans Les Classiques des sciences sociales le 17 septembre 2015.

 Courriel : Pierre Lalonde, psychiatre : [lalonde.md@videotron.ca](mailto:lalonde.md@videotron.ca)

Police de caractères utilisés : Times New Roman 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2008 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE US, 8.5’’ x 11’’.

Édition numérique réalisée le 3 octobre 2022 à Chicoutimi, Québec.



SOUS LA DIRECTION DE

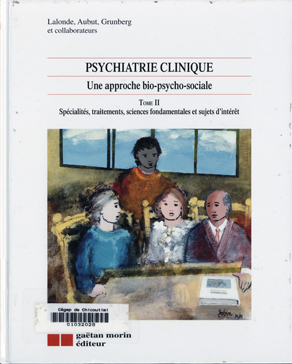
Pierre Lalonde, Jocelyn Aubut et Frédéric Grunberg

PSYCHIATRIE CLINIQUE :  
UNE APPROCHE BIO-PSYCHO-SOCIALE.

Tome2:  
Spécialités, traitements, sciences fondamentales et sujets d’intérêt.

*Troisième partie: spécialités psychiatriques*

**3e partie : SPÉCIALITÉS PSYCHIATRIQUES.**



Chicoutimi, Québec : Gaëtan Morin, Éditeur, 3e édition, 2001, pp. 833-2092, 1292 pp.

**Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale**Tome 2. Spécialités, traitements, sciences fondamentales  
et sujets d’intérêt

Quatrième de couverture

[Retour à la table des matières](#tdm)

Vingt ans d’évolution de la psychiatrie se retrouvent condensés dans cet ouvrage qui constitue une révision majeure, ainsi qu’une mise à jour élargie, des deux éditions précédentes (1980 et 1988) du premier manuel québécois de psychiatrie. Étant donné l’ampleur de l’avancement des connaissances au cours des dernières années, les sujets traités sont maintenant répartis en deux tomes.

|  |  |
| --- | --- |
| Tome I | Tome II |
| ♦ Introduction à la psychiatrie | ♦ Spécialités psychiatriques |
| ♦ Syndromes cliniques | ♦ Traitements psychiatriques |
|  | ♦ Sciences fondamentales |
|  | ♦ Sujets d’actualité |

Un grand nombre de psychiatres et de spécialistes, québécois et européens, sous la direction des docteurs Lalonde, Aubut et Grunberg, ont été associés à la rédaction des 85 chapitres touchant aux diverses psychopathologies décrites classiquement dans les manuels de psychiatrie et à leur traitement, ainsi qu’à certains aspects actuels et controversés de la clinique psychiatrique.

L’ouvrage s’appuie sur une approche bio-psycho-sociale éclectique, qui sert de trait d’union dans cette diversité et qui permet de concilier, en une synthèse harmonieuse, des données scientifiques complémentaires, pour une meilleure compréhension du comportement humain normal et pathologique. La psychiatrie contemporaine doit continuellement veiller à intégrer ces trois composantes — biologique, psychique et sociale — de l’être humain pour arriver à des diagnostics plus précis et à des traitements mieux adaptés aux différentes facettes des difficultés que vivent les patients aux prises avec une maladie mentale ou avec d’autres problèmes de santé mentale.

Pour le lecteur francophone, ce manuel ouvre une fenêtre sur la psychiatrie nord-américaine fondée sur une méthode scientifique et descriptive qui est à la base de la nosographie du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) ; il fait aussi systématiquement le lien avec la démarche empirique de la psychiatrie européenne et la Classification internationale des maladies (CIM-10).

Unique en son genre en français, l’ouvrage s’adresse en particulier au psychiatre, au médecin de famille et à l’étudiant en médecine, mais les autres professionnels de la santé y trouveront aussi une information accessible et pratique. Facile à lire, ce livre rend enfin la psychiatrie compréhensible et intéressante, même pour le profane, sans pour autant négliger la rigueur scientifique. Il fait le point sur les connaissances actuelles — bien que toujours à enrichir — de la psychiatrie contemporaine.



***Pierre Lalonde***, M.D., F.R.C.P.C., a fait ses études de médecine et de psychiatrie à l’Université de Montréal. Outre ses fonctions de professeur titulaire au Département de psychiatrie de l’Université de Montréal, il dirige depuis plusieurs années le Programme jeunes adultes à l’Hôpital Louis-H. Lafontaine (Montréal), un programme qui s’adresse aux jeunes souffrant de schizophrénie et à leur famille. Il a été désigné Exemplary Psychiatrist par la National Alliance for the Mentally III et a reçu le prix Excellence académique décerné par le Département de psychiatrie de l’Université de Montréal.

***Jocelyn Aubut***, M.D., F.R.C.P.C., a étudié la médecine et la psychiatrie à l’Université de Montréal. Il est professeur agrégé de clinique au Département de psychiatrie de l’Université de Montréal et chef du Département de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM). À l’Institut Philippe Pinel de Montréal, il a instauré un programme de traitement pour agresseurs sexuels.

***Frédéric Grunberg***, M.D., F.R.C.P.C., a fait ses études de médecine à l’Université de Montpellier, en France.

Il s’est spécialisé en psychiatrie en Angleterre, à l’Institute of Psychiatry de l’Université de Londres et au Maudsley Hospital. Professeur titulaire de clinique au Département de psychiatrie de l’Université de Montréal, il dirige aussi un service de consultation en bioéthique et psychiatrie légale à l’Hôpital Louis-H. Lafontaine (Montréal).

[iv]

Données de catalogage avant publication (Canada)

Lalonde, Pierre, 1941 2 mars-

Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale

Comprend des réf. bibliogr. et des index.

Sommaire : t. 2. Spécialités, traitements, sciences fondamentales et sujets d’intérêt.

ISBN 2-89105-691-4 (v. 1)

ISBN 2-89105-751-1 (v. 2)

1. Psychiatrie. 2. Psychologie pathologique. 3. Psychiatrie biologique. 4. Psychiatrie sociale. 5. Maladies mentales - Traitement. 6. Maladies mentales. I. Aubut, Jocelyn, 1950- II. Grunberg, Frédéric, 1927-

III. Titre.

RC456.P79 1999 616.89 C99-940739-2

Tableau de la couverture : ***Premier entretien***

**Œuvre de** Gilles Jobin

Gilles Jobin est né à Jonquière (Arvida) en 1942. À l’adolescence, il démontre des dispositions pour le dessin et la peinture par des pratiques assidues qui occupent le plus clair de ses loisirs. Entre 1959 et 1966, il étudie à l’École des Beaux-Arts de Québec. Bien que diplômé en arts graphiques, Jobin se rendra compte rapidement que la peinture allait devenir sa meilleure corde. Ainsi décrit-il son art :

« Expressionnisme, fauvisme, intimisme : autant de termes pouvant correspondre à ce que je fais.

L’action doit précéder ma pensée lorsque j’œuvre ; c’est ainsi que je réussis le mieux. »

Gilles Jobin expose ses tableaux notamment à la Galerie La Corniche de Chicoutimi.

Gaëtan Morin Éditeur ltée

171, boul. de Mortagne, Boucherville (Québec), Canada Tél. : (450) 449-2369

[v]

**Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale**Tome 2. Spécialités, traitements, sciences fondamentales  
et sujets d’intérêt

LISTE DES AUTEURS

[Retour à la table des matières](#tdm)

Sous la direction de

Pierre Lalonde, M.D., Jocelyn Aubut, M.D.

et Frédéric Grunberg, M.D.

avec la collaboration de

Andrée Adams, M. Serv.soc.

Mark Adams, M.D.

Guy Ausloos, M.D.

Linda Beauclair, M.D.

Nagy Charles Bedwani, M.D.

Gabriel Belzile, M.D.

Pierre Belzile, M.Ps.

Odette Bernazzani, M.D.

Louise Blais, Ph.D.

Luc Blanchet, M.D.

Bernard Boileau, M.D.

François Borgeat, M.D.

Michel Botbol, M.D.

Pierre Bourgouin, M.D.

Pierre Bovet, M.D.

Jacques Bradwejn, M.D.

Clare C. Brant † M.D.

Richard Brière, Ph.D.

Jacques Buteau, M.D.

Vincent Caillard, M.D.

Louis Georges Castonguay, Ph.D.

Nicole Catheline, M.D.

Dara Charney, M.D.

Maryse Charron, M.D.

Guy Chouinard, M.D.

Richard Cloutier, M.D.

Jean-Charles Crombez, M.D.

Bruno Debruille, Ph.D.

Guy Deleu, M.D.

Pascale Des Rosiers, M.D.

Pierre Doucet, M.D.

Jean-Luc Dubreucq, M.D.

Natasha Dufour, M.D.

José L. Fabian, M.D.

Joël Gailledreau, M.D.

Jacques Gasser, M.D.

Yvon Gauthier, M.D.

Patrick Gosselin, M.Ps.

Nicolas Gougoulis, M.D.

Michel Goutal, M.D.

Marie-Jeanne Guedj, M.D.

Louis Guérette, M.D.

Jean-Marc Guilé, M.D.

François Guillem, Ph.D.

Emmanuel Habimana, Ph.D.

Jean Hébert, M.D.

Jean Huot † M.D.

Carol Jonas, M.D.

Barry D. Jones, M.D.

Vassilis Kapsambelis, M.D.

Catherine Kissel, M.D.

Alain Labelle, M.D.

Pierre Landry, M.D.

Yvon D. Lapierre, M.D.

Denis Laurendeau, M.D.

Yvon-Jacques Lavallée, M.D.

Germain Lavoie, Ph.D.

Ginette Lavoie, M.D.

Louis Legault, M.D.

Jean-Marc Legrand, M.D.

[vi]

André Lelièvre, M.D.

Michel Lemay, M.D.

Jean-Michel Le Mellédo, M.D.

Denis Lepage, M.D.

Sonia Mansour-Robaey, M.D.

Daniel Marcelli, M.D.

Gérard Massé, M.D.

Michel Maziade, M.D.

Carole Ménard-Buteau, M.D.

Chantal Mérette, Ph.D.

Michel J. Messier,

M.D. Frédéric Millaud, M.D.

Gérard Montagne, M.D.

Raymond Morissette, M.D.

Laurent Mottron, M.D.

Carole Murphy, M.D.

John Allison O’Neil, M.D.

Isabelle Paquette, M.D.

Gilbert Pinard, M.D.

Marie-Carmen Plante, M.D.

François Primeau, M.D.

Rosita Punti, M.D.

Philippe Robaey, M.D.

Pierre-Paul Rompré, Ph.D.

Cécile Rousseau, M.D.

Marc-André Roy, M.D.

Renée Roy, M.D.

Martin St-André, M.D.

Daniel Saint-Laurent, M.D.

Marie Saint-Laurent, M.D.

Marc Sasseville, M.D.

Jean-François Saucier, M.D.

Jean-Paul Soucy, M.D.

Emmanuel Stip, M.D.

Ursula Streit, Ph.D.

Valérie Tourjman, M.D.

Martin Tremblay, M.D.

Jean-Robert Turcotte, M.D.

Claude Vanier, M.D.

Jacques Voyer, M.D.

Hubert Wallot, M.D.

[vii]

**Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale**Tome 2. Spécialités, traitements, sciences fondamentales  
et sujets d’intérêt

REMERCIEMENTS

[Retour à la table des matières](#tdm)

Outre les auteurs des chapitres, plusieurs personnes ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de cet ouvrage. Nous tenons à leur exprimer notre gratitude. Nous remercions plus particulièrement :

Danielle Marois, secrétaire, qui a assuré le lien entre les auteurs et les directeurs de la publication.

Claire Brassard, secrétaire, pour son dévouement et sa disponibilité.

Patrick Barabé et Philippe Côté, résidents en psychiatrie, qui ont fait le relevé des mots pour l’index des sujets, et Johanne Massé, qui l’a construit.

Pascal Triboulet, psychiatre, ainsi que Christiane Lessard et Jean-François Charbonnel, pharmaciens, qui ont révisé les listes de médicaments.

L’équipe de Gaëtan Morin Éditeur, en particulier Marise Labrecque, éditrice ; Lucie Turcotte, chargée de projet ; Jocelyne Dorion et Jean-Pierre Leroux, réviseurs linguistiques.

Nos familles et celles de nos collaborateurs, qui ont fait preuve de beaucoup de patience et nous ont soutenus dans ce projet collectif.

Nous dédions ce livre à nos patients et à leurs proches, les véritables moteurs de notre formation, qui nous placent chaque jour devant le défi d’enrichir nos connaissances pour améliorer la qualité de leur vie.

[viii]

[ix]

**Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale**Tome 2. Spécialités, traitements, sciences fondamentales  
et sujets d’intérêt

Note au lecteur

[Retour à la table des matières](#tdm)

Les descriptions cliniques des diverses psychopathologies que contient ce manuel se fondent sur les critères établis dans la 4e édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) et dans la 10e révision de la *Classification internationale des maladies* (CIM-10). Nous nous sommes efforcés de mettre en parallèle les éléments de ces deux nosographies à la lumière desquelles le médecin pose un diagnostic psychiatrique. Dans les tableaux comparatifs, comme nous avons donné la priorité à la séquence alphanumérique du DSM-IV, il arrive donc que la présentation des critères diagnostiques de la CIM-10 ne respecte pas l’ordre original.

Pour faciliter la lecture et par souci de clarté, nous avons évité autant que possible les formules masculin-féminin du type « le-la patient-e... » qui alourdissent le texte. Sauf quand le contexte l’indique autrement, la plupart des observations concernent autant les femmes que les hommes.

[x]

[xi]

**Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale**Tome 2. Spécialités, traitements, sciences fondamentales  
et sujets d’intérêt

Table des matières

**TOME II  
Spécialités, traitements,  
sciences fondamentales et sujets d’intérêt**

[Liste des auteurs](#psychiatrie_3e_ed_t2_liste_auteurs) [v]

[Remerciements](#psychiatrie_3e_ed_t2_remerciements) [vii]

[Note au lecteur](#psychiatrie_3e_ed_t2_note_au_lecteur) [ix]

[Liste des abréviations](#psychiatrie_3e_ed_t2_liste_abreviations) [xv]

[**TROISÈME PARTIE**](#psychiatrie_3e_ed_t2_pt_3) **Spécialités psychiatriques** [833]

Chapitre 29. *Marc Sasseville, Martin Tremblay, en collaboration avec Claire Gagnon, Jean-François de La Sablonnière, Jean-Yves Roy, Daniel Bordeleau, Francine Morin,* [Urgences psychiatriques](#psychiatrie_3e_ed_t2_pt_3_chap_29) [834]

Chapitre 30. *André Lelièvre, Jean-Robert Turcotte,* [Consultation-liaison](#psychiatrie_3e_ed_t2_pt_3_chap_30) [874]

Chapitre 31. *Isabelle Paquette, Maryse Charron, Rosita Punti, Carole Murphy,* [Psychiatrie gériatrique](#psychiatrie_3e_ed_t2_pt_3_chap_31) [890]

***Psychiatrie légale***

Chapitre 32. *Renée Roy, Frédéric Grunberg,* [Psychiatrie légale au Québec](#psychiatrie_3e_ed_t2_pt_3_chap_32) [924]

Chapitre 33. *Carol Jonas*, [Psychiatrie légale en France](#psychiatrie_3e_ed_t2_pt_3_chap_33) [950]

***Pédopsychiatrie***(Michel Lemay et coll.)

Chapitre 34. *Michel Lemay, Philippe Robaey, Sonia Mansour-Robaey,* [Introduction à la pédopsychiatrie](#psychiatrie_3e_ed_t2_pt_3_chap_34) [974]

Chapitre 35. *Martin St-André, Laurent Mottron, Yvon Gauthier,* [Troubles précoces de l’enfance](#psychiatrie_3e_ed_t2_pt_3_chap_35) [990]

Chapitre 36. *Bernard Boileau, Louis Legault,* [Troubles à expression somatique et psychomotrice](#psychiatrie_3e_ed_t2_pt_3_chap_36) [1018]

Chapitre 37. *Jean-Marc Guilé,* [Troubles de la cognition](#psychiatrie_3e_ed_t2_pt_3_chap_37) [1038]

Chapitre 38. *Guy Ausloos, Michel Lemay,* [Troubles de l’adaptation sociale](#psychiatrie_3e_ed_t2_pt_3_chap_38) [1068]

Chapitre 39. *Ginette Lavoie, Denis Laurendeau,* [Troubles anxieux](#psychiatrie_3e_ed_t2_pt_3_chap_39) [1086]

Chapitre 40. *Nagy Charles Bedwani,* [Psychoses et dépressions](#psychiatrie_3e_ed_t2_pt_3_chap_40) [1102]

Chapitre 41. *Nicole Catheline, Daniel Marcelli,* [Pédopsychiatrie en France](#psychiatrie_3e_ed_t2_pt_3_chap_41) [1122]

**QUATRIÈME PARTIE  
Traitements psychiatriques** [1137]

***Traitements biologiques***

Chapitre 42. *Jean-Michel Le Mellédo, Jean-Marc Legrand, Jacques Bradwejn, Natasha Dufour,* Anxiolytiques et hypnotiques [1138]

Chapitre 43. *Alain Labelle, Yvon D. Lapierre, Barry D. Jones,* Antipsychotiques [1160]

Chapitre 44. *Pierre Landry,* Antidépresseurs [1182]

Chapitre 45. *Linda Beauclair, Guy Chouinard,* Stabilisateurs de l’humeur [1206]

[xii]

Chapitre 46. *Claude Vanier, Valérie Tourjman,* Électroconvulsivothérapie [1226]

Chapitre 47. *Vincent Caillard, Joël Gailledreau,* Traitements biologiques en France [1238]

***Traitements psycho-sociaux***

Chapitre 48. *Louis Georges Castonguay, François Borgeat,* Fondements de la psychothérapie [1260]

Chapitre 49. *Pierre Doucet,* Thérapie psychanalytique [1276]

Chapitre 50. *Yvon-Jacques Lavallée, Patrick Gosselin,* Thérapie comportementale [1300]

Chapitre 51. *Marie Saint-Laurent, Gilbert Pinard,* Thérapie cognitive [1326]

Chapitre 52. *Guy Deleu, Pierre Lalonde,* Thérapie psychoéducative [1342]

Chapitre 53. *Guy Ausloos,* Thérapie systémique [1364]

Chapitre 54. *Jean-Charles Crombez,* Thérapie expérientielle [1380]

Chapitre 55. *Jean Huot †, Gabriel Belzile, Pierre Belzile,* Relaxation [1396]

Chapitre 56. *Germain Lavoie,* Hypnose [1408]

Chapitre 57. *Louis Guérette,* Éclectisme et intégration en psychothérapie... [1426]

Chapitre 58. *Michel Botbol, Nicolas Gougoulis, Marie-Jeanne Guedj, Vassilis Kapsambelis,* Psychothérapie en France [1442]

**CINQUIÈME PARTIE**

**Sciences fondamentales** [1466]

Chapitre 59. *John Allison O’Neil,* Épistémologie [1468]

Chapitre 60. *Michel Maziade, Chantal Mérette, Marc-André Roy,* Génétique [1484]

Chapitre 61. *Pierre Landry, Richard Brière,* Neurobiologie [1500]

Chapitre 62. *Emmanuel Stip, Pierre-Paul Rompré, Bruno Debruille, François Guillem,* Psychophysiologie et neuropsychologie [1538]

Chapitre 63. Jean-Paul Soucy, Pierre Bourgouin, Catherine Kissel*,* Imagerie cérébrale [1572]

Chapitre 64. *Raymond Morissette,* Développement de la personnalité [1592]

Chapitre 65. *Marc-André Roy, Michel Maziade,* Épidémiologie [1614)

Chapitre 66. *Louise Blais, avec la collaboration de Louise Mulligan-Roy,* Sociologie et maladie mentale [1632]

Chapitre 67. *François Primeau,* Éthique et psychiatrie [1648]

SIXIÈME PARTIE

Sujets d’intérêt[1663]

Chapitre 68. *Daniel Saint-Laurent,* Évaluation de la qualité des soins [1664]

Chapitre 69. *Andrée Adams, Mark Adams,* Couple et famille [1682]

[xiii]

Chapitre 70. *Pascale Des Rosiers, Odette Bernazzani, Dara Charney,* Psychiatrie et différences sexuelles [1700]

Chapitre 71. *Denis Lepage,* Travail, chômage et invalidité [1716]

Chapitre 72. *Luc Blanchet, Michel J. Messier,* Réseaux et partenariat [1730]

Chapitre 73. *Emmanuel Habimana, Cécile Rousseau, Jean-François Saucier, Ursula Streit,* Psychiatrie transculturelle, migrations [1746]

Chapitre 74. *Gérard Montagne, Clare C. Brant †,* Psychiatrie des autochtones [1760]

Chapitre 75. *Carole Ménard-Buteau, Jacques Buteau,* Suicide [1770]

Chapitre 76. *Frédéric Millaud,* Violence [1794]

Chapitre 77. *Marie-Carmen Plante,* Comorbidité [1810]

Chapitre 78. José L. Fabian*,* Manifestations psychiatriques du sida [1828]

Chapitre 79. *Jacques Voyer,* Maladie incurable [1844]

Chapitre 80. *Jean-Luc Dubreucq, Jean Hébert, Richard Cloutier,* Maladie psychiatrique chronique [1860]

Chapitre 81. *Michel J. Messier,* Réadaptation [1876]

Chapitre 82. *Michel Goutal,* Réhabilitation psychosociale en France [1892]

Chapitre 83. *Hubert Wallot,* Évolution des services psychiatriques au Québec [1908]*,*

Chapitre 84. *Gérard Massé,* Évolution des services psychiatriques en France [1924]

Chapitre 85. *Pierre Bovet, Jacques Gasser, François Borgeat,* Évolution des services psychiatriques en Suisse [1940]

INDEX DES AUTEURS [1951]

INDEX DES MÉDICAMENTS [1993]

INDEX DES SUJETS [2003]

[xiv]

**Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale**Tome I. Introduction aux syndromes cliniques

Table des matières

Quatrième de couverture

Liste des auteurs [v]

Remerciements [vii]

Note aux lecteurs [viii]

Préface de la 3e édition, Yves Lamontagne [ix]

Préface de la 2e édition, Yvon Gauthier [x]

Préface de la 1re édition, Yvon Gauthier [xi]

Préface de la 1re édiction, Cyrille Koupernik [xii]

**Première partie.  
Introduction à la psychiatrie** [1]

Chapitre 1. “Psychiatrie bio-psycho-sociale.” *Frédéric Grunberg, Gérard Massé, Pierre Lalonde, Jocelyn Aubut* [2]

Chapitre 2. “Relation médecin-malade.” *Jacques Gagnon* [20]

Chapitre 3. “Examen psychiatrique.” *Jean-François Denis, Jacques Gagnon, Fabien Gagnon* [34]

**Deuxième partie  
Syndromes cliniques**[71]

Chapitre 4. “Déficience intellectuelle.” *Jacques Goineau, Marie-Josée Prévost* [72]

Chapitre 5. “Troubles cognitifs”. *Isabelle Paquette, Hélène St-Jacques, Marie-Claire Baril* [102]

Chapitre 6. “Alcoolismes.” *Maurice Dongier, Lucie Legault* [144]

Chapitre 7. “Toxicomanies.” *Michel Brabant, Louise Guay* [172]

Chapitre 8. “Troubles psychotiques aigus et transitoires.” *Jocelyne Cournoyer* [210]

Chapitre 9. “Troubles délirants.” *Pierre Lalonde* [224]

Chapitre 10. “Schizophrénies.” *Pierre Lalonde* [242]

Chapitre 11. “Troubles de l’humeur (affectifs).” *Jean Leblanc* [286]

Chapitre 12. “Troubles anxieux, trouble panique et phobies.” *Lucie Fortin* [330]

Chapitre 13. “Trouble obsessionnel-compulsif.” *Christo Todorov* [360]

Chapitre 14. “Troubles reliés au stress intense.” *Léon-M. Larouche* [378]

Chapitre 15. “Troubles de l’adaptation.” *Marie -Josée Filteau, Philippe Baruch* [396]

Chapitre 16. “Troubles dissociatifs.” *Manuel Serrano* [410]

Chapitre 17. “Troubles du contrôle des impulsions.” André Luyet [428]

[xxii]

Chapitre 18. “Troubles mentaux dus à une affection médicale générale.” *Louis Morissette* [448]

Chapitre 19. “Facteurs psychologiques influençant une affection médicale.” *Jacques Moriday* [464]

Chapitre 20. “Troubles somatoformes.”*Pierre Verrier, Jean Charbonneau* [482]

Chapitre 21. “Troubles factices.” *Jean-François Denis* [506]

Chapitre 22. “Troubles de l’alimentation.” *Guy Pomerleau, Carole Ratté* [522]

Chapitre 23. “Troubles du sommeil et de la vigilance.” *Odile Lapierre, Jacques Montplaisir* [538]

Chapitre 24. “Dysfonctionnements sexuels.” *Pierre Assalian, Hélène Côté* [578]

Chapitre 25. “Paraphilies.” *Jocelyn Aubut* [614]

Chapitre 26. “Troubles de l’identité sexuelle.” *Pierre Assalian, Marilyn Amias-Wilchesky, Hélène Côté* [636]

Chapitre 27. “Troubles de la personnalité.” *Jean Goulet* [652]

Chapitre 28. Particularités nosographiques en France.” *François Caroli, Stefano Rampa, Marie-Noëlle Vacheron* [684]

COMPARAISONS DIAGNOSTIQUES

A. Grandes catégories diagnostiques [710]

B. Catégories diagnostiques [712]

C. Classes diagnostiques [715]

INDEX DES AUTEURS [784]

INDEX DES MÉDICAMENTS [795]

INDEX DES SUJETS [799]

[xv]

**Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale**Tome 2. Spécialités, traitements, sciences fondamentales  
et sujets d’intérêt

Liste des abréviations

[Retour à la table des matières](#tdm)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| AA | | acide arachidonique ; Alcooliques Anonymes | |
| AAH | | allocation aux adultes handicapés | |
| ACh | | Acétylcholine | |
| AChE | | Acétylcholinestérase | |
| ACHS | | Australian Council of Health Care Standards | |
| ACT | | Assertive Community Treatment, suivi communautaire Intensif | |
| ACTH | | *adrenocorticotropic hormone,* hormone corticotrope hypophysaire, hormone de libération du cortisol, corticotrophine | |
| Ad | | Adrénaline | |
| ADH | | *antidiuretic hormone,* hormone antidiurétique (vasopressine) | |
| ADN | | acide désoxyribonucléique | |
| ADT | | activité dynamique dans le temps | |
| AFAR | | Association pour la formation, l'animation et la recherche | |
| AFLS | | Association française de lutte contre le sida | |
| AGEFIPH | | Association nationale de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des handicapés | |
| AHC | | antidépresseur hétérocyclique | |
| AINS | | anti-inflammatoire non stéroïdien | |
| AIPS | | Association pour l'insertion professionnelle et sociale | |
| AJCS | | Association des jeunes contre le sida | |
| ALT | | alanine transférase | |
| AMC | | Association médicale canadienne | |
| AMM | | Autorisation de mise sur le marché ; Association médicale mondiale | |
| AMP | | adénosine monophosphate | |
| AMPA | | acide a-amino-3-hydroxy-5-méthyl-4-isoxazole-propionique | |
| AMPc | | adénosine monophosphate cyclique | |
| AMRP | | Association mondiale pour la réadaptation psycho-sociale | |
| ANAES | | Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé | |
| ANDEM | | Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale | |
| ANF | | *atrial natriuretic factor,* peptide natriurétique | |
| ANOVA | | *analysis ofvariance,* analyse de la variance | |
| AP | | action prolongée | |
| APA | | American Psychiatric Association | |
| APAJH | | Association pour adultes et jeunes handicapés | |
| APART | | Association de promotion des appartements et rencontres thérapeutiques | |
| APC | | Association des psychiatres du Canada | |
| APVP | | années potentielles de vie perdues | |
| ARC | | *AIDS-related complex* | |
| ARN | | acide ribonucléique | |
| ASC | | aire sous la courbe | |
| ASEPSI : | | Association pour l'étude de la promotion de structures intermédiaires | |
| ASFFALTA | | Association française de foyers, appartements et logements thérapeutiques et associatifs | |
| ASI | | Addiction Severity Index | |
| ASP | | action semi-prolongée | |
| AST | | aspartate transférase | |
| ATC | | antidépresseurs tricycliques | |
| ATP | | adénosine triphosphate | |
| ATV | | aire tegmentaire ventrale | |
| AVC | | accident vasculaire cérébral | |
| AZT | | azidothymidine (zidovudine) | |
| BAPU | | Bureau d'aide psychologique universitaire | |
| BH | | barrière hémato-encéphalique | |
| b.i.d. | | *bis in die,* deux fois par jour | |
| BPRS | | Brief Psychiatrie Rating Scale | |
| BSS | | Barber Suggestibility Scale | |
| Cmax | | concentration maximale | |
| CAAT | | Centre d'accueil et d'aide aux toxicomanes | |
| CAMSP | | centre d'action médico-sociale précoce | |
| CAT | | choline acétyltransférase | |
| CATTP | | centre d'accueil thérapeutique à temps partiel | |
| CC | | cognitivo-comportemental | |
| CCNE | | Comité consultatif national d'éthique | |
| CCPE | | commission de circonscription préélémentaire et élémentaire | |
| C.c.Q. | | Code civil du Québec | |
| CCK | | Cholécystokinine | |
| CCPPRB | | Comité consultatif de protection de personnes dans la recherche biomédicale | |
| CCSD | | commission de circonscription de second degré | |
| CDES | | Commission départementale d'éducation spéciale | |
| CDI | | Clinical Diagnostic Interview | |
| CEMEA | | Centre d'entraînement aux méthodes d'éducation active | |
| CER | | comité d'éthique de recherche | |
| CFRP | | Centre de formation et de recherche psychanalytique | |
| [xvi] | |  | |
| CFTMEA | | *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent* | |
| CGIS | | Clinical Global Impression Scale | |
| CGRP | | *calcitonin gene related peptide,* peptide du gène de la calcitonine | |
| CH | | centre hospitalier | |
| CHA | | Centre d'hygiène alimentaire | |
| CHG | | centre hospitalier général | |
| CHRS | | centre d'hébergement et de réadaptation sociale | |
| CHS | | centre hospitalier spécialisé | |
| CHSLD | | centre d'hébergement et de soins de longue durée | |
| CIDI | | Composite International Diagnostic Interview | |
| CIM | | *Classification internationale des maladies* | |
| CLSC | | Centre local de services communautaires | |
| CMDP | | Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens | |
| CMP | | centre médico-psychologique | |
| CMPP | | centre médico-psycho-pédagogique | |
| CMQ | | Collège des médecins du Québec | |
| CNEM | | Comité national de l'évaluation médicale | |
| CNRS | | Centre national de la recherche scientifique | |
| COMT | | catéchol-O-méthyl-transférase | |
| COTOREP | | Commission technique d'orientation et de reclassement professionnels | |
| CPK | | créatinine phosphokinase | |
| CPOA | | Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil | |
| CPT | | Continuous Performance Test | |
| CR | | *controlled release,* libération lente | |
| CRF | | *corticotropin-releasingfactor,* substance libératrice de la corticotrophine, corticolibérine | |
| CRIPS | | Centre régional d'information et de prévention du sida | |
| CRM | | Conseil de recherches médicales du Canada | |
| CRSAO | | Centre de post-cure et de réadaptation sociale agricole de l'Ouest | |
| CRSSS | | Conseil régional de la santé et des services sociaux | |
| CSP | | Community Support Program | |
| CSTP | | Carleton Skills Training Program | |
| CTNERHI | | Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations | |
| CT-SCAN | | *computerized tomography,* tomographie axiale | |
| CURSS | | Carleton University Responsiveness to Suggestion Scale | |
| D : | | dopamine | |
| DA | | dopamine | |
| DAG | | diacylglycérol | |
| DAH | | déficit de l'attention/hyperactivité | |
| DAO | | diamine-oxydase | |
| DCP | | dysharmonie cognitive pathologique | |
| DGS | | Direction générale de la santé | |
| *die* | | une fois par jour | |
| DIS | | Diagnostic Interview Schedule | |
| DMT | | Diméthyltryptamine | |
| DOM | | 2,5-diméthoxy-4-méthylamphétamine | |
| DOMA | | acide dihydroxymandélique | |
| DOPAC | | acide dihydroxyphénylacétique | |
| DOPEG | | Dioxyphényléthylèneglycol | |
| DRP | | Diagnostic Rating Procedure | |
| DSM | | *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* | |
| DT | | delirium tremens | |
| DTPA | | *diethylene triamine pentaacetic acid,* acide diéthylène triamine pentaacétique | |
| ECA | | Epidemiologic Catchment Area | |
| ECD | | éthylène cysténiate dimer | |
| ECG | | électrocardiographie, électrocardiogramme | |
| ECT | | Electroconvulsivothérapie | |
| EE | | émotion exprimée | |
| EEG | | électroencéphalographie, électroencéphalogramme | |
| EHS | | entraînement aux habiletés sociales | |
| ER | | Échelle de responsabilité | |
| ESPT | | état de stress post-traumatique | |
| ETP | | équivalent temps plein | |
| FACES | | Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale | |
| FCMT | | Family and Case Manager Test | |
| FDG | | Fluorodéoxyglucose | |
| FMH | | Fédération des médecins suisses | |
| FNA Psy | | Fédération nationale des associations de patients et ex-patients des services "psy" | |
| FNARS | | Fédération nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale | |
| FÎT | | *failure-to-thrive* | |
| GABA | | *gamma amino butyric acid,* acide gamma-aminobutyrique | |
| GDP | | guanosine diphosphate | |
| GH | | *growth hormone,* hormone de croissance | |
| GHB | | gamma-hydroxybutyrate | |
| GH-RH | | *growth hormone-releasing hormone,* hormone de libération de l'hormone de croissance, somatolibérine | |
| GMPc | | guanosine monophosphate cyclique | |
| GNRH | | *gonadotropin-releasing hormone,* gonadolibérine | |
| GREPFA | | Groupe de recherche européen en accueil familial | |
| GTP | | guanosine triphosphate | |
| H | | Histamine | |
| [xvii] | |  | |
| HDC | | histidine décarboxylase | |
| HDT | | hospitalisation sur demande d’un tiers | |
| HEDIS | | Health Plan Employer Data and Information Set | |
| HF | | histoire familiale | |
| HGSHS | | Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility | |
| 5-HIAA | | *5-hydroxyindoleacetic acid,* acide 5-hydroxy-indolacétique | |
| HIP | | Hypnotic Induction Profile | |
| HMO | | Health Maintenance Organization | |
| HMPAO | | hexaméthyl propylèneamine oxime | |
| HMT | | histamine méthyltransférase | |
| HO | | hospitalisation d’office | |
| hs | | *hora somni,* à l’heure du coucher | |
| 5-HT | | 5-hydroxytryptamine, sérotonine | |
| 5-HTP | | 5-hydroxytryptophane | |
| HVA | | *homovanillic acid,* acide homovanillique | |
| IAB | | Inventaire d’anxiété de Beck | |
| ICIDH | | *International Classification of lmpairments, Disabilities and Handicaps* | |
| ICT | | insuffisance cérébrale transitoire | |
| IDB | | Inventaire de dépression de Beck | |
| IFC | | intervention familiale de crise | |
| Ig | | Immunoglobuline | |
| i.m. | | Intramusculaire | |
| IMAO | | inhibiteur de la monoamine-oxydase | |
| IMP | | institut médico-pédagogique | |
| IMPro | | institut médico-professionnel | |
| INSERM | | Institut national de la santé et de la recherche médicale | |
| IP | | Inventaire de Padova | |
| IP3 | | inositol triphosphate | |
| IPA | | International Psychoanalytical Association | |
| IPD | | identique par descendance | |
| IR | | institut de rééducation | |
| IRM | | imagerie par résonance magnétique | |
| IRMA | | *immunoradiometric assay,* dosage radio-immunométrique | |
| IRMAO | | inhibiteur réversible de la monoamine-oxydase | |
| IRMAO-A | | inhibiteur réversible de la monoamine-oxydase de type A | |
| IRMf | | imagerie par résonance magnétique fonctionnelle | |
| IRND | | inhibiteur du recaptage de la noradrénaline et de la dopamine | |
| IRPro | | institut de rééducation professionnelle | |
| IRSN | | inhibiteur du recaptage de la sérotonine et de la Noradrénaline | |
| ISO | | International Organization for Standardization, Organisation internationale de normalisation | |
| ISRS | | inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine | |
| i.v. | | intraveineux | |
| JCAH | | Joint Commission on Accreditation of Hospitals | |
| JCAHO | | Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations | |
| KA | | *kainic acid,* acide kainique | |
| K-FTDS | | Kiddie Formal Thought Disorder Rating Scale | |
| K-SADS | | Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia | |
| LCR | | liquide céphalorachidien | |
| L-DOPA | | lévo-dihydroxyphénylalanine | |
| LH | | *luteinizing hormone,* hormone lutéinisante | |
| LH-RH | | *luteinizing hormone-releasing hormone,* hormone de libération de l'hormone lutéinisante, gonadolibérine | |
| LP | | libération prolongée | |
| LPC | | *late positive component,* composante positive tardive | |
| LSD | | acide lysergique diéthylamide (sigle de l'allemand *Lysergsaüïrediäthylamid)* | |
| MAO | | monoamine-oxydase | |
| MAO-A | | monoamine-oxydase de type A | |
| MAO-B | | monoamine-oxydase de type B | |
| MAST | | Michigan Alcoholism Screening Test | |
| mCPP | | méta-chlorophénylpipérazine | |
| MDEA | | 3,4-méthylènedioxyéthylamphétamine | |
| MDMA | | 3,4-méthylènedioxyméthamphétamine | |
| MED | | meilleure estimation diagnostique | |
| mÉq | | milliéquivalent | |
| MFFT | | Matching Familiar Figure Test | |
| MGEN | | Mutuelle générale de l'éducation nationale | |
| MHPG | | méthoxy-hydroxy-phénylglycol | |
| MMDA | | 5-méthoxy-3,4-méthylènedioxyamphétamine | |
| mmol | | millimole | |
| MMN | | *mismatch negativity* | |
| MMSE | | Mini-Mental State Examination (Folstein) | |
| MNEF | | Mutuelle nationale des étudiants de France | |
| MOR | | mouvements oculaires rapides | |
| MPOC | | maladie pulmonaire obstructive chronique | |
| MSH | | *melanocyte-slimulating hormone,* hormone mélanotrope, mélanotrophine | |
| NA | | noradrénaline | |
| NCAM | | *neural cell adhesion molecule,* protéine d'adhésion neuronale | |
| NCCIP | | National Center for Clinical Infant Programs | |
| NCQA | | National Committee for Quality Assurance | |
| NCS | | National Comorbidity Study | |
| NIMH | | National Institute of Mental Health | |
| [xviii] | |  | |
| NMDA | N-Méthyl-D-Aspartate |
| NPY | neuropeptide Y |
| NT | neurotensine |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG | organisation non gouvernementale |
| PACT | Program of Assertive Community Treatment |
| PAIO | permanence d’accueil, d’information et d’orientation |
| PCL | psychiatrie de consultation-liaison |
| PCP | phénylcyclohexyl-piperine, phencyclidine |
| PEA | psychiatrie de l’enfant et de l’adolescent |
| PEP | *Performance Evaluation Procedure* |
| PET-scan | Positron Emission Tomography |
| PI | psychodynamique-interpersonnel |
| PIF | *prolactin-inhibiting factor,* facteur inhibiteur de la prolactine |
| PiP2 | phosphatidyl-inositol biphosphate |
| PLE | potentiels liés aux événements |
| pmol | picomole |
| PN | *Processing negativity* |
| PNLADAA | Programme national de lutte contre l’abus de drogues et d’alcool chez les autochtones |
| PNMT | phényléthanolamine-N-méthyl-transférase |
| po | *per os,* par la bouche |
| 1-PP | pirimidinyl-1-pipérazine |
| PPi | pyrophosphate inorganique |
| PPO | Preferred Provider Organization |
| PROSSM | plans régionaux d’organisation de services en santé mentale |
| PSI | plan de soins individualisé |
| PTSM | pyruvaldéhyde thiosemicarbazone |
| Q.I. | quotient intellectuel |
| QALY | *quality adjusted life year* |
| q.i.d. | *quater in die,* quatre fois par jour |
| QU | Questionnaire d’intolérance à l’incertitude |
| QIP | Quality Indicator Project |
| QIPS | Questionnaire sur les inquiétudes de Penn State |
| QSA | Questionnaire de sensibilité à l’anxiété |
| QSP | Questionnaire sur les sensations physiques |
| RAMQ | Régie de l’assurance-maladie du Québec |
| RIA | *radioimmuno assay,* dosage radio-immunologique |
| RMI | revenu minimum d’insertion |
| RMN | résonance magnétique nucléaire |
| RMNf | résonance magnétique nucléaire fonctionnelle |
| RMO | références médicales opposables |
| ROR | retard d’organisation du raisonnement |
| RRSSS | Régie régionale de la santé et des services sociaux |
| SAMU | Service d’aide médicale d’urgence |
| s.c. | sous-cutané |
| SCID | Structured Clinical Interview (for DSM-III-R, for DSM-IV) |
| SHALIT | Stanford Hypnotic Arm Levitation Induction Test |
| SHCS | Stanford Hypnotic Clinical Scale |
| SHSS | Stanford Hypnotic Susceptibility Scale |
| sida | syndrome immunodéficitaire acquis |
| SIM | suivi intensif dans le milieu |
| SIP | Service d’inspection professionnelle |
| SNA | système nerveux autonome |
| SNC | système nerveux central |
| SPASM | Société parisienne d’aide à la santé mentale |
| SPECT | *Single Photon Emission Computed Tomography,* tomographie par émission de photon unique |
| SPSHS | Stanford Profile Scale of Hypnotic Susceptibility |
| SR | *slow release,* à libération prolongée |
| SRFI | Self Report Family Inventory |
| stat | *statim,* immédiatement |
| STP | Serenity Tranquility Peace |
| T3 | triiodothyronine |
| T4 | thyroxine |
| TA | trouble des apprentissages |
| TAT | Thematic Apperception Test |
| TC | thérapie cognitive |
| TCA | *trichloracetic acid,* acide trichloracétique |
| TEP | tomographie par émission de positrons |
| TEPU | tomographie par émission de photon unique |
| TFC | thérapie familiale comportementale |
| THC | Tétrahydrocannabinol |
| t.i.d. | *ter in die,* trois fois par jour |
| TL | trouble du langage |
| TOC | trouble obsessionnel-compulsif |
| TRH | *thyrotropin-releasing hormone,* hormone de libération de la thyréostimuline, thyréolibérine |
| TSH | *thyroid-stimulating hormone,* thyréostimuline, hormone thyréotrope |
| UMD | unité pour malades difficiles |
| UNAFAM | Union nationale des amis et familles de malades mentaux |
| UNAPEI | Union nationale des associations de parents d’enfants inadaptés |
| VCN | variation contingente négative |
| VIH | virus de l’immunodéficience humaine |
| VIP | *vasoactive intestinal polypeptide,* polypeptide intestinal vasoactif, peptide intestinal vasomoteur |
| VLS | Vaincre le sida |
| VMA | *vanillylmandelic acid,* acide vanilmandélique |
| WISC | Wechsler Intelligence Scale for Children |

[833]

**Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale**Tome 2. Spécialités, traitements, sciences fondamentales  
et sujets d’intérêt

Troisième partie

SPÉCIALITÉS  
PSYCHIATRIQUES

[Retour à la table des matières](#tdm)

[834]

**Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale**Tome 2. Spécialités, traitements, sciences fondamentales  
et sujets d’intérêt

TROISIÈME PARTIE  
Spécialités psychiatriques

Chapitre 29

URGENCES  
PSYCHIATRIQUES

[Retour à la table des matières](#tdm)

Marc Sasseville, M.D., L.M.C.C.

Psychiatre, chef du Service des urgences psychiatriques de l’Hôpital Louis-H. Lafontaine (Montréal), Professeur adjoint de clinique au Département de psychiatrie de l’Université de Montréal

Martin Tremblay, M.D., M.Sc. (sciences neurologiques), F.R.C.P.C.

Psychiatre aux urgences psychiatriques du Centre hospitalier de l’Université de Montréal (Hôpital Notre-Dame), Professeur adjoint de clinique au Département de psychiatrie de l’Université de Montréal

En collaboration avec

Claire Gagnon, T.S.P. ;

Jean-François de La Sablonnière, M.D. ;

Jean-Yves Roy, M.D., F.R.C.P.C. ;

Daniel Bordeleau, M.D.

Francine Morin, M.D., M.Ps., F.R.C.P.C.

[835]

**PLAN**

29.1. Définition et spécificité

29.2. Évaluation

29.2.1 Raison de consultation

29.2.2 Données factuelles

29.2.3 Organicité

29.2.4 Évaluation séméiologique

29.2.5 Examen mental

29.3 Idée suicidaire et estimation du risque

29.3.1 État suicidaire

• *Estimation du risque suicidaire*

• *Évaluation du patient suicidaire*

29.4 Situations cliniques

29.4.1 Patient confus

29.4.2 Patient menaçant

29.4.3 Patient anxieux

29.4.4 Patient méfiant

29.4.5 Patient déprimé

29.4.6 Patient psychotique

29.4.7 Patient d’allure intoxiquée

29.4.8 Patient toxicomane

29.4.9 Patient atteint d’un trouble de la personnalité

• *Notion de pseudo-irresponsabilité*

29.5 Effets secondaires des médicaments et

pathologies iatrogènes

29.6 Intervention de crise

29.6.1 Aperçu historique

29.6.2 Intervention en situation de crise

• *Résolution du problème*

29.7 Aspects médico-légaux de la pratique aux urgences psychiatriques au Québec

29.7.1 Ordonnance d’examen psychiatrique

29.7.2 Types de garde

• *Garde préventive* • *Garde provisoire* • *Garde à la demande des psychiatres ou garde en établissement (anciennement dite cure fermée)*

29.7.3. Mesures thérapeutiques urgentes sans consentement

Bibliographie

Lectures complémentaires

[836]

La médecine militaire et la médecine d’intervention en situation catastrophique sont à l’origine de la psychiatrie d’urgence. Dans une situation de combat, la prise en charge des urgences psychiatriques devait s’amorcer sur le front même. Le retour des soldats au front dès qu’ils étaient rétablis renforçait leur personnalité. Cela évitait la stigmatisation des problèmes mentaux et les effets néfastes d’une démobilisation. L’intervention psychiatrique d’urgence centrée sur la crise non seulement rétablissait le fonctionnement antérieur, mais pouvait même induire de nouvelles stratégies adaptatives et prévenir la nécessité d’une intervention à plus long terme. Dans la société civile, les actes criminels, les désastres et les catastrophes naturelles ont montré l’importance de l’intervention rapide quand survient un état de crise, une telle intervention permettant de prévenir les complications psychiatriques tels la dépression et l’état de stress post-traumatique.

Caplan (1964), entre autres, a milité en faveur de la mise en place de services d’urgences psychiatriques comme il devenait de plus en plus évident que les hospitalisations à long terme se révélaient non seulement peu nécessaires, mais parfois même néfastes dans le traitement de plusieurs problèmes psychiques.

En conséquence, une variété de modes d’intervention dite « de crise » ont été proposés. Bien que ces approches utilisent des critères particuliers que l’on peut difficilement appliquer intégralement dans les services des urgences psychiatriques, elles en ont néanmoins imprégné l’approche psychothérapeutique des situations de crise, approche qu’on peut qualifier de pragmatique et d’éclectique.

À l’instar de la médecine militaire en situation de combat dont elle est issue, l’urgence psychiatrique est, pour ainsi dire, en première ligne du système de santé. C’est l’endroit où les moindres changements se répercutent, car il s’agit souvent du seul où l’on peut se présenter 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 et avoir l’assurance d’être vu le jour même par un médecin. En raison de la progression des mouvements de désinstitutionnalisation, les services psychiatriques d’urgence sont devenus la principale porte d’entrée pour l’ensemble des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale dans la société nord- américaine. Ces services sont parfois la seule source de traitements pour bien des patients souffrant d’une affection chronique. Pour nombre d’entre eux, la visite à l’urgence déterminera le choix des traitements subséquents et influera sur le cours de leur maladie, voire sur leur vie. Cette réalité, combinée à la tendance actuelle à privilégier les hospitalisations brèves sur les lieux mêmes de l’urgence, amène les services des urgences à jouer un rôle majeur et grandissant dans nos systèmes de santé.

L’apparition des services d’urgences psychiatriques a par ailleurs facilité l’accès au psychiatre, en permettant aux patients de consulter rapidement pour des problèmes psychiques qu’ils auraient auparavant négligés. Il en résulte un dépistage précoce des maladies de même qu’une prise en charge plus rapide. Les problèmes liés à la consommation de drogues et d’alcool nécessitant une intervention d’urgence sont également plus nombreux à être pris en considération grâce à ces services.

L’effet cumulatif de ces divers facteurs a placé les services d’urgences psychiatriques sur la sellette, en première ligne du système de dispensation de soins en santé mentale, d’où la nécessité de bien définir l’urgence psychiatrique et de comprendre sa spécificité.

29.1. DÉFINITION ET SPÉCIFICITÉ

D’une façon générale, le terme « urgence » renvoie à la nécessité d’agir vite. Il peut caractériser un type de pratique (l’intervention d’urgence). Plus spécifiquement, une urgence désigne un cas nécessitant une intervention médicale rapide, cas qu’on rencontre le plus souvent dans les services des urgences des hôpitaux. Du point de vue psychiatrique, l’urgence se définit comme une situation dangereuse et critique appelant une prise en charge rapide par une équipe psychiatrique spécialisée.

La détermination d’une urgence psychiatrique repose sur deux procédures, soit le triage et l’évaluation (Click et coll., 1976).

Initialement, l’urgence ou la situation de crise se trouve définie par la personne qui demande la consultation, qu’il s’agisse du patient, d’un membre de son entourage ou d’un médecin. La nécessité d’une action rapide ne peut être établie tant que l’évaluation n’a pas été faite. Comme plusieurs cas potentiellement urgents peuvent se présenter en même temps, un système de triage s’avère nécessaire.

[837]

La pratique du triage est issue du besoin incontournable de départager, sur le champ de bataille, les soldats blessés nécessitant des soins immédiats de ceux qui peuvent attendre ou qui, malheureusement, ne peuvent être soignés sur le site même du combat. Une définition opérationnelle de l’urgence et de la crise s’impose. Il appartient aux médecins s’occupant des urgences (médicales comme psychiatriques) de confirmer l’urgence et de définir la crise, ce qu’ils font souvent d’une manière différente de celle du demandeur.

La définition la plus pragmatique de l’urgence psychiatrique se rapporte à tout état menaçant :

- l’intégrité physique du patient (automutilation, intoxication) ;

- l’intégrité physique d’une autre personne (voie de fait, tentative d’homicide) ;

- l’intégrité psychologique ou fonctionnelle du patient (traumatisme) ;

- l’intégrité du fonctionnement de la famille ou du groupe social (décès, divorce).

L’intégrité psychologique renvoie aux fonctions du Moi telles l’habileté à percevoir la réalité et la capacité à moduler ses émotions et à utiliser de façon adéquate son jugement et sa mémoire. L’intégrité fonctionnelle permet de faire face à des situations plus complexes comme le travail, la vie de famille, le maintien des relations interpersonnelles, les activités de la vie quotidienne et les soins personnels.

Une fois déterminé le problème principal, le patient doit être promptement évalué (voir la section 29.2). Une approche flexible et individualisée, tenant compte de la situation clinique, est de mise.

Le cadre conceptuel de toutes les interventions en situation d’urgence psychiatrique est inspiré de l’intervention de crise. Il se résume dans la question « Pourquoi ici et maintenant ? » Cette question, on doit se la poser en toute circonstance. Il faut comprendre que le mode de présentation d’une urgence psychiatrique, c’est-à-dire les symptômes, les signes et les comportements amenant le patient à consulter, résulte de l’interaction entre un facteur de stress et les capacités d’adaptation du patient et de son réseau social. La crise survient au moment où, psychologiquement, la personne tente de maîtriser ce stress. Celui-ci peut naître d’une situation objective, tels des événements de vie, mais peut également être engendré par des éléments subjectifs comme des conflits intrapsychiques, la crainte d’une séparation, la crainte du jugement d’autrui. L’émergence d’une maladie mentale fonctionnelle est également considérée comme un agent de stress important.

Par comparaison aux urgences médico-chirurgicales, l’approche des urgences psychiatriques est contextuelle, conjoncturelle ou situationnelle plutôt que diagnostique (Caroli et Massé, 1985 ; Grivois, 1986). Évaluer les risques liés à une situation donnée et agir sur la crise et sur les facteurs l’ayant précipitée ou pouvant l’aggraver sont les principaux objectifs de l’intervention. L’établissement d’un diagnostic clair et précis selon un système multiaxial, habituellement essentiel à l’ordonnance d’un traitement, reste important dans le contexte d’une urgence, mais un tel diagnostic est assurément secondaire.

La première tâche d’un service d’urgences psychiatriques est de vérifier s’il existe une cause physique. Un patient risque plus de mourir des suites d’un delirium s’il est traité comme s’il s’agissait d’une psychose que dans le cas inverse. La prudence est donc de règle dès qu’il y a soupçon d’étiologie organique.

Par ailleurs, plusieurs situations d’urgence impliquent des aspects médico-légaux du fait que le patient représente une menace pour lui-même ou pour autrui. Il en est ainsi lorsque, à cause de son état mental, le patient n’est pas apte à accepter ou refuser un traitement. Le recours à la loi constitue alors une véritable mesure thérapeutique. Ces divers aspects caractérisent les situations de crise et l’urgence psychiatrique.

29.2. ÉVALUATION

Dans une évaluation psychiatrique, les objectifs de l’entrevue diffèrent grandement selon qu’il s’agit d’un contexte d’urgence, d’une évaluation pour suivi en externe ou d’une admission à l’hôpital. En situation d’urgence, la préoccupation centrale est la situation de crise (la question « Pourquoi ici et maintenant ? »).

L’évaluation psychiatrique ne peut être faite de manière adéquate sans qu’un minimum de sécurité soit assuré à l’évaluateur. Pour que le médecin puisse procéder à une évaluation de la sphère émotionnelle d’un patient, la sienne propre ne doit pas être [838] elle-même occupée à évaluer les dangers potentiels liés à l’entrevue.

L’évaluation s’attachera aux aspects décrits dans les paragraphes qui suivent.

29.2.1. RAISON DE CONSULTATION

La raison de consultation est le point de départ de l’évaluation psychiatrique en salle d’urgence. Elle constitue l’objet de la crise à l’origine de la démarche du patient et, en ce sens, elle oriente rapidement l’évaluation dans la direction de la crise actuelle et permet ainsi au médecin de trouver rapidement et plus efficacement une solution.

L’importance de la raison de consultation tient aussi au fait que le premier dilemme devant lequel se trouve le médecin est de savoir si l’urgence définie par le demandeur nécessite réellement une intervention immédiate. Le médecin doit ainsi confirmer ou infirmer l’urgence.

L’étape cruciale consiste à déterminer le véritable motif de la consultation. L’évaluation psychiatrique reposant largement sur les dires du patient, la fiabilité de ce dernier s’avère fondamentale dans le contexte d’une urgence psychiatrique. En effet, il arrive que des patients invoquent faussement des raisons « plausibles » pour justifier une démarche visant à des gains secondaires. Il est, par exemple, facile de prétendre avoir des idées suicidaires ou des hallucinations, ce qui est propre à alarmer au moment d’une première rencontre. Le médecin doit toutefois découvrir si les symptômes que rapporte le patient correspondent à un état habituel ou s’ils coïncident avec une situation de crise.

Le médecin tentera donc de savoir, de façon précise, ce qui, aux yeux du patient, nécessite une intervention psychiatrique. Il explorera chaque élément qui a motivé sa venue à l’urgence. Il faut ici se référer aux faits et non pas à l’interprétation des faits donnée par le patient ou par les personnes qui l’accompagnent afin de pouvoir orienter l’évaluation vers une compréhension adéquate du problème.

29.2.2. Données factuelles

Après avoir déterminé avec soin ce qui amène le patient en consultation, le médecin recueillera les données pertinentes le concernant, soit ses antécédents personnels et familiaux (médicaux et psychiatriques), les médicaments qu’il prend et ses habitudes de vie, notamment sa consommation d’alcool et de drogues. En ce qui a trait au travail, il explorera la possibilité d’une exposition à des produits toxiques pouvant avoir un effet sur le fonctionnement psychique. L’histoire sexuelle fera également l’objet d’une investigation dans le but de déceler des facteurs de risque en ce qui a trait au sida et aux autres maladies transmises sexuellement.

29.2.3. Organicité

La mise en évidence d’une cause organique devrait faire partie de toute évaluation psychiatrique en salle d’urgence. Elle constitue en fait le premier objectif de l’évaluation. Il faut rechercher une telle cause lorsque le tableau comprend les éléments suivants :

- un premier épisode de maladie fonctionnelle ;

- un mode d’apparition atypique en ce qui concerne l’âge, le mode de présentation (aigu, subaigu), l’évolution des symptômes ;

- une maladie somatique concomitante ;

- un âge avancé, surtout en l’absence d’antécédents psychiatriques personnels ;

- des troubles perceptifs autres qu’auditifs (hallucinations visuelles ou kinesthésiques) ;

- des symptômes neurologiques associés (symptômes sensoriels ou moteurs évoquant la possibilité de lésions cérébrales très localisées, perte de conscience, convulsions, céphalée inhabituelle, altération de la vision ou de la parole, mouvements anormaux) ;

- des caractéristiques catatoniques telles que le négativisme, la rigidité, les postures inhabituelles, la cataplexie (flexibilité cireuse), l’échopraxie, l’écholalie ou le mutisme.

Les tumeurs cérébrales sont fréquemment à l’origine de symptômes psychiatriques. Une tumeur à croissance lente entraîne généralement des changements de la personnalité telle une désinhibition lorsque les lobes frontaux sont atteints. Les tumeurs à développement un peu plus rapide causent pour leur part des déficits cognitifs, alors que les accidents vasculaires cérébraux (AVC) survenant brutalement (rupture d’anévrysme) altèrent l’état de conscience de l’individu.

[839]

Le sida est aussi une cause à envisager et le praticien prêtera une attention particulière à la recherche de comportements dits « à risque » de même qu’à toute manifestation neuropsychiatrique susceptible d’être reliée à cette pathologie, les plus courantes étant l’encéphalite subaiguë et la démence progressive. Des symptômes tels que la fièvre, des convulsions ou d’autres signes suggérant une atteinte du système nerveux central chez un patient qui a de tels comportements à risque devraient également inciter à penser au sida (voir le chapitre 78).

29.2.4. Évaluation séméiologique

Une fois l’urgence validée, la raison de consultation clarifiée et les principaux antécédents médicaux et psychiatriques du patient ainsi que ses habitudes de vie connus, le médecin peut déjà se faire une idée du champ séméiologique dans lequel il devra pousser plus loin ses investigations. Il recherchera plus spécifiquement les signes et les symptômes de psychose, de dépression majeure ou d’atteintes des fonctions mentales supérieures pouvant engendrer une désorganisation de la pensée et une altération du jugement et faisant en sorte que le patient constitue une menace pour lui-même ou pour autrui.

L’évaluation séméiologique se fait en même temps que l’exploration des circonstances de la crise actuelle. L’objectif est de parvenir à une formulation articulant les aspects biologiques, psychologiques et sociaux de la crise qui pourra être communiquée au patient et qu’il pourra utiliser au moment de la recherche d’une solution. Il ne s’agit pas ici d’établir un diagnostic formel en vertu d’une classification nosographique non personnalisée qui, faut-il le rappeler, ne permet pas de rendre compte de la situation psychologique particulière d’un patient donné à un instant précis de sa vie. L’exploration phénoménologique de la crise actuelle permettra donc de préciser comment ce patient perçoit subjectivement ce qu’il vit.

L’exploration minutieuse permettra aussi de mettre en évidence les tentatives de manipulation et d’envisager la possibilité d’un trouble factice. S’il est facile pour certains patients de prétendre avoir un symptôme (évaluation séméiologique), il est plus difficile d’en donner une description détaillée en manifestant l’affect approprié (exploration individuelle). Par exemple, faire état d’un symptôme psychotique est à la portée de tous, alors que simuler une psychose demande de grandes qualités de comédien.

En somme, le but de l’exploration est l’objectivation et la différenciation des symptômes que présente le patient. Par exemple, une humeur dépressive est-elle de l’ordre de la tristesse, du découragement, de la nostalgie ou du désespoir ? L’hallucination auditive prend-elle une voix masculine ou féminine ? A-t-elle un caractère cordial, péremptoire ou agressif ? Le contenu de l’hallucination est-il ou non en accord avec ce que le patient pense de lui-même ? D’une certaine manière, on pourrait dire que l’évaluation séméiologique est d’ordre quantitatif, alors que l’exploration ajoute l’ordre qualitatif. Les deux forment un tout permettant d’éclairer la situation actuelle.

Par ailleurs, comme l’individu interagit continuellement avec son milieu social, il va sans dire que l’apparition d’un problème psychiatrique s’y répercute inévitablement. L’évaluation d’une urgence doit donc se compléter par un examen des conséquences réelles ou psychologiques de la crise dans la vie et l’environnement du patient. Les conséquences réelles peuvent être une blessure physique, une rupture amoureuse ou l’enclenchement d’actions juridiques, par exemple pour retirer au patient la garde légale d’enfants. Quant aux conséquences psychologiques, elles dépendent du sens que chaque individu intervenant dans le système social du patient (parents, amis, collègues, voisins) donne à la crise actuelle.

29.2.5. Examen mental

L’examen mental est la partie de l’évaluation psychiatrique qui fournit des informations objectives sur la situation immédiate (au moment de l’entrevue). Alors que l’anamnèse devrait se confirmer, si le patient et les tiers informateurs sont fiables, d’une entrevue à l’autre, l’état mental peut connaître des changements rapides et parfois dramatiques. Il s’agit donc de la partie de l’évaluation qui servira de point de référence à court terme (durant l’observation ou l’hospitalisation) sur l’état du patient et son évolution. Le tableau 29.1 (p. 840) donne un aperçu des éléments sur lesquels doit porter l’examen mental.

Cette partie de l’évaluation ne diffère pas d’un examen mental dans un autre contexte psychiatrique (voir le tome I, chapitre 3). Cependant, le médecin [840] sera plus attentif à certains points particuliers au contexte d’urgence.

On note l’aspect général dès le premier contact visuel, parfois même dans la salle d’attente. On s’attarde à la tenue et à la propreté du patient, à son attitude générale, à son comportement et à ses interactions avec le personnel et les autres patients. On prêtera une attention spéciale à tout changement brusque d’attitude (p. ex., un soudain repli sur soi ou, au contraire, une agitation subite) pouvant témoigner d’une imprévisibilité des comportements et, conséquemment, d’un potentiel d’agression physique.

TABLEAU 29.1.

Éléments de l’examen mental

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Comportement |
|  | Allure générale |
|  | Niveau d’activité |
|  | Attitude envers l’évaluateur |
|  | Degré de coopération |
|  | Langage |
|  | Fiabilité estimée |
| 2. | Humeur et affect |
|  | Humeur prédominante |
|  | Affect |
|  | Concordance idéo-affective |
| 3. | Pensée |
|  | Cours |
|  | Forme |
|  | Contenu |
| 4. | Perception |
|  | Hallucinations |
|  | Illusions |
| 5. | Fonctions cognitives |
|  | État de conscience |
|  | Attention et concentration |
|  | Orientation |
|  | Mémoire |
|  | Capacité d’abstraction |
|  | Autocritique et jugement |
|  | Intelligence |

L’intégrité du langage doit être appréciée dès le début de l’examen. Il sera décrit en termes de débit, de volume, de rythme et de prosodie. La présence d’une pression du discours devra être notée. L’habileté à nommer des objets sera évaluée.

L’humeur et ses variations seront observées soigneusement. L’irritabilité et le contrôle émotionnel sont des points importants en salle d’urgence. On évaluera si les émotions sont appropriées au contenu du discours du patient. Le degré de conscience et l’autocritique par le patient de ses émotions seront également notés.

Au chapitre de la pensée, on porte attention au cours, à la forme (concrète ou abstraite), au processus (cohérent ou non) et à la structure de la pensée. Le contenu sera évalué sur les plans quantitatif et qualitatif : pauvreté, conviction délirante, idée de référence, obsession, phobie, découragement, désespoir, idée suicidaire, etc. On veillera à ne pas considérer comme nécessairement délirants des contenus de la pensée ayant un caractère « bizarre ». Le délire se définit surtout par la présence d’une conviction erronée inébranlable et inaltérable par la logique.

Les hallucinations visuelles ou tactiles laissent soupçonner la possibilité d’une cause organique. Les hallucinations péremptoires (ordonnant au patient d’accomplir certaines actions) seront explorées sous l’angle de la dangerosité. La capacité de réponse du Moi aux ordres reçus sera déterminante à cet égard.

La présence d’une désorientation marquée ou d’un état de conscience altéré doit laisser supposer une atteinte organique jusqu’à preuve du contraire. Le Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein (Folstein, Folstein et McHugh, 1975) est un outil simple et pratique pour l’évaluation du fonctionnement cognitif (voir le tome I, tableau 5.8, p. 128).

L’appréciation de la capacité du patient à juger de ses actes est déterminante pour la conduite à tenir en salle d’urgence. L’autocritique est la capacité qu’a l’individu de jeter un regard critique sur lui-même et sur ses comportements. Il ne s’agit pas de la capacité à porter un « bon » jugement dans un sens moral, mais de l’habileté à avoir une opinion critique de soi.

Le DSM-IV définit les traits de personnalité comme un style persistant de perception, une manière durable de penser et de se relier à son environnement et à soi-même se manifestant dans toutes les sphères d’activité de l’individu. Quand ces traits sont rigides et mal adaptés, ils causent des atteintes fonctionnelles significatives ou une détresse subjective et constituent alors un « trouble de la personnalité ».

[841]

Les traits de personnalité sont susceptibles d’aider à comprendre la dynamique et l’articulation des facteurs psychologiques et sociaux intervenant dans la situation de crise.

La pseudo-irresponsabilité (voir la section 29.4.9) constitue une problématique que l’examen psychiatrique mental ne doit pas négliger. La salle d’urgence et son contexte particulier rendent plus facilement détectable la présence de cette attitude relationnelle reliée à certains troubles de la personnalité.

\* \* \*

Pour élaborer son diagnostic en salle d’urgence, le médecin aura recours à la classification multiaxiale du DSM-IV. Le diagnostic comprendra un énoncé succinct résumant le problème actuel et répondant à la question « Pourquoi ici et maintenant ? » Il est important que le diagnostic en salle d’urgence caractérise bien la situation présente, puisqu’il oriente la conduite à tenir. L’objectif de l’évaluation à l’urgence est d’établir un diagnostic exact lorsque c’est possible, mais il importe davantage d’arriver à une compréhension bio-psycho-sociale de la situation de crise actuelle.

29.3. IDÉE SUICIDAIRE  
ET ESTIMATION DU RISQUE

Le risque qu’un patient commette un suicide constitue assurément une urgence psychiatrique, et le médecin joue un rôle important dans l’estimation de ce risque. La plupart des personnes qui se suicident ont vu leur médecin dans l’année, les mois et parfois les heures précédant le geste. Un grand nombre de patients vus en situation d’urgence psychiatrique ont des idées suicidaires à divers degrés. Si la prévalence « d’idées suicidaires » est très élevée, le suicide est, quant à lui, beaucoup moins fréquent. Lorsqu’on considère la prévalence des parasuicides (tentatives de suicide) et des idées suicidaires au cours de la vie, près de 8 Québécois sur 100 admettront avoir pensé à se suicider, alors que 3,6% des Québécois ont déjà tenté de s’enlever la vie à un moment particulier de leur existence (Boyer et coll., 1992). Le chapitre 75 traite plus en détail de cette question.

La détermination du risque suicidaire est complexe et le risque, difficile à quantifier. Elle sera abordée sous deux angles : l’estimation du risque suicidaire et l’évaluation du patient suicidaire. Une attention particulière sera portée à la distinction entre patient suicidaire et patient pseudo-suicidaire.

29.3.1. État suicidaire

L’état suicidaire peut être engendré par différentes psychopathologies et peut par ailleurs exister en dehors de tout trouble psychique ou de la personnalité.

La majorité des patients vus dans le contexte d’une urgence psychiatrique sont dits « suicidaires » (montrant des idéations suicidaires et présentant un potentiel de passage à l’acte) et ne souffrent pas d’un trouble clinique majeur relevant de l’axe I de la classification multiaxiale du DSM-IV. Le plus souvent, ces patients vivent des problèmes situationnels tels des conflits conjugaux, une peine d’amour, un deuil ou un échec professionnel qui provoquent une « crise » psychologique. À cet égard, les patients dits suicidaires se distinguent des suicidés (individus qui se sont donné la mort), parmi lesquels on trouve une plus forte proportion d’individus ayant souffert de schizophrénie (dont les voix leur disaient de se tuer), de trouble délirant (qui ont voulu fuir leur persécuteur dans la mort), de dépression majeure (qui veulent expier une culpabilité délirante ou une indignité intolérable), de toxicomanie ou d’alcoolisme.

Estimation du risque suicidaire

Les expressions « patient suicidaire » et « état suicidaire » recouvrent plusieurs réalités. La précision du vocabulaire facilite l’estimation du risque.

On dit d’un patient qu’il a une idée suicidaire lorsqu’il pense qu’il pourrait s’enlever la vie, mais qu’il n’a pas de plan précis. Beaucoup de patients ne dépassent pas ce stade. L’idéation suicidaire devient une rumination suicidaire quand elle se fait récurrente et insistante. Il y a intention suicidaire lorsque le patient a pris la décision d’attenter à ses jours. Il pense au suicide, au moyen qu’il prendra. Il veut passer à l’acte et peut avoir pris des dispositions en ce sens, avoir élaboré un plan suicidaire.

La tentative de suicide est d’une plus grande gravité et fait appel à des moyens qui comportent un [842] risque élevé d’entraîner la mort. L’individu a alors accompli son geste et n’a pu être sauvé que par hasard ou par erreur de calcul. Le raptus suicidaire est une impulsion violente et soudaine pouvant conduire un individu délirant à commettre un acte entraînant sa mort. On parle de comportement suicidaire pour qualifier un style de vie qui amène l’individu à s’exposer à certains dangers sans qu’il ait une intention ferme et immédiate de mourir (p. ex., omission d’un traitement médical, conduite dangereuse, abus d’alcool et de drogues).

Une précision importante concerne la notion de létalité du moyen utilisé. Le médecin doit évaluer la létalité du geste planifié (ou déjà accompli) non seulement par rapport à ses connaissances, mais aussi en tenant compte du potentiel de létalité que le patient lui-même attribue au plan suicidaire qu’il a élaboré.

L’estimation du risque se fait selon deux approches : l’approche « épidémiologique » et l’approche « clinique ». Ces deux approches sont indissociables dans la pratique clinique quotidienne, et leur distinction ici obéit à une intention didactique. Il convient de préciser que l’estimation du risque par ces méthodes ne peut remplacer l’évaluation clinique complète (bio-psycho-sociale) du patient en état de crise présentant des « idées suicidaires ».

Approche épidémiologique

L’approche épidémiologique ou statistique consiste à s’enquérir d’un certain nombre de facteurs relevés rétrospectivement parmi les individus ayant réussi un suicide. On présume que ces observations permettent de situer une personne présentant des idées suicidaires sur une échelle graduée des facteurs de risque. L’avantage de cette méthode est qu’elle peut s’appliquer rapidement, habituellement en quelques minutes, qu’elle est simple et ne requiert pas de formation particulière.

Les études et les statistiques concernant les cas de suicide montrent que plusieurs caractéristiques différencient les suicidés de la population générale (voir le tableau 75.3, p. 1790). L’analyse de ces données fait ressortir divers facteurs de risque que le médecin doit s’efforcer de mettre en évidence lorsqu’il évalue un patient suicidaire. Les caractéristiques, variables et facteurs de risque résumés ici constituent des données de base à mettre en parallèle avec la situation du patient. On ne saurait toutefois tirer de conclusions quant au risque suicidaire à la lumière de ces seules données.

- Facteurs démographiques et géographiques. Au Québec, dans a population âgée de 20 ans et plus, le taux de suicide ne varie pas beaucoup en fonction de l’âge.

- Religion. Plus une religion encourage les liens communautaires, favorise la rencontre, les rituels, permet aux individus d’exprimer leurs difficultés et assure un encadrement social, plus elle protège ses adeptes contre le suicide. Il faut toutefois porter une attention spéciale à l’appartenance à certaines sectes professant des croyances, telles la réincarnation ou l’imminence d’une apocalypse, propres à encourager le suicide.

- Situation familiale. Le mariage et la vie en famille sont associés à de bas taux de suicide, alors que les divorcés présentent un risque suicidaire accru. On trouve plus de célibataires parmi ceux qui se suicident que parmi ceux qui meurent d’autres causes.

TABLEAU 29.2

Moyens utilisés par les suicidés, selon le sexe, aux États-Unis

|  |  |
| --- | --- |
| **HOMMES** | **FEMMES** |
| Armes à feu (59%) | Armes à feu (40%) |
| Pendaison (14%) | Intoxication (26%) |
| Intoxication (10%) | Pendaison (12%) |

Source : D’après J.L. Mcintosh, « Method of suicide » dans R.W. Maris (sous la dir. de) Assessment and Prediction of suicide, New York, Guilford Press, 1992, p. 388

- Enfance. Les études sur le développement indiquent que certaines problématiques sont reliées au suicide chez l’adulte : perte d’objet tôt dans la vie, séparation d’avec la mère pour de longues périodes durant l’enfance, abus physiques et émotifs de la part des parents, y compris l’inceste, et déménagements fréquents.

- Méthode. Le moyen utilisé pour mettre fin à ses jours diffère selon le sexe (voir le tableau 29.2).

- Isolement. Dans la mesure où l’interaction avec autrui est bénéfique, l’engagement social de toute sorte réduit le risque suicidaire. Inversement, l’isolement augmente le risque. Une attention [843] particulière doit être portée au phénomène d’isolement en prison. Le suicide est une des causes principales de décès en milieu carcéral.

- Planification. Dans la plupart des cas de suicide, la personne avait exprimé des idées suicidaires, tenu des propos en ce sens et élaboré un plan. Un fort pourcentage de suicidés (70% à 80%) ont laissé des indices avant de passer à l’acte. Il faut donc être très attentif à ces éléments au cours de l’entrevue psychiatrique en situation d’urgence. L’élaboration d’un plan peut être soupçonnée si le patient a récemment rédigé un nouveau testament ou souscrit à une nouvelle police d’assurance-vie, ou encore s’il a fait don d’objets auxquels il semblait affectivement lié. La découverte d’une lettre d’adieu doit évidemment laisser craindre la possibilité d’un plan suicidaire en cours.

- Maladie mentale ou physique. L’alcoolisme, la toxicomanie et les troubles affectifs sont des facteurs de risque majeurs. Par ailleurs, de 35% à 40% de tous les suicidés souffraient d’une maladie physique, notamment l’épilepsie, le cancer, les problèmes gastro-intestinaux et les problèmes liés au système locomoteur, comme l’arthrite et la lombalgie.

Il faut aussi souligner que seule une minorité (15%) de ceux qui ont déjà accompli un geste para-suicidaire se suicident. Par ailleurs, la plupart (90%) des hommes âgés qui font une tentative de suicide réussissent la première fois. Ceux-ci optent pour des moyens radicaux, privilégiant le plus souvent la pendaison ou l’emploi d’une arme à feu.

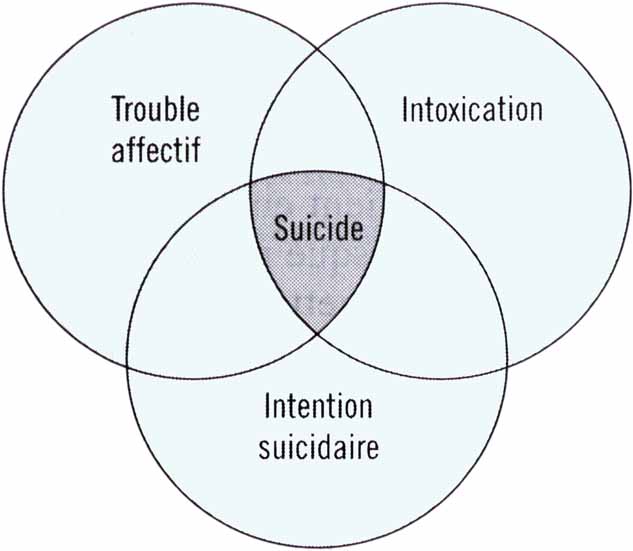
Ces facteurs de risque constituent des outils d’évaluation du risque suicidaire utiles, mais une trop grande confiance en ceux-ci, sans égard pour la situation clinique singulière du patient, peut susciter un faux sentiment de sécurité ou mener à dramatiser une situation dans laquelle le danger réel est modéré.

Une dernière remarque a trait aux cas d’intoxication par l’alcool ou une drogue qu’on a souvent tendance à relier à une intention de mourir. Il est en outre tentant de croire qu’une telle intention constitue un signe pathognomonique d’un état dépressif. Mais il s’agit là d’erreurs communes qui obligent à aller au-delà des mots « déprimé » et « suicidaire » et à approfondir le sens de leur emploi. En fait, intoxication et intention suicidaire ne vont pas toujours de pair, tout comme l’intention suicidaire n’est pas synonyme de dépression. Il peut cependant exister une interrelation entre le suicide et ces conditions, illustrée dans la figure 29.1.

La présence simultanée, chez un patient, de ces trois conditions - intoxication liée à une intention suicidaire liée à une dépression - ne se rencontre en réalité que rarement. Parmi tous les « suicidaires », les déprimés sont en minorité. En fait, il est plus fréquent de diagnostiquer chez eux un trouble de l’adaptation ou un trouble de la personnalité. L’approche épidémiologique a donc une utilité relative.

FIGURE 29.1

Interrelation entre intoxication, intention suicidaire et trouble affectif



Approche clinique

Les données empiriques, objectives et mesurables qui déterminent le degré de risque suicidaire de façon statistique pour un groupe particulier peuvent avoir une signification très différente, grande ou négligeable, selon l’histoire individuelle du patient évalué. Il faut conséquemment interpréter les facteurs de risque de suicide en les intégrant dans une perspective plus personnalisée, psychodynamique.

Le suicide peut survenir à partir du moment où le degré de douleur psychique atteint ou dépasse le seuil de tolérance de l’individu. Le processus de l’évaluation clinique du risque suicidaire consiste essentiellement à déterminer à quel point la souffrance ressentie est proche du seuil de tolérance de l’individu. La souffrance et le seuil de tolérance peuvent varier en fonction de différents facteurs dont la fatigue, l’insomnie, [844]

le degré d’intoxication par l’alcool et les drogues. La présence d’une maladie ou d’une douleur chronique peut abaisser le seuil de tolérance de façon graduelle. Un événement imprévu, réel ou imaginé, peut l’abaisser rapidement. Le seuil de tolérance et la souffrance sont ainsi en variation constante selon les expériences d’un individu.

Questionner le patient en vue de mettre en évidence ces facteurs de risque ne peut assurément pas l’inciter au suicide, et omettre cette investigation est une erreur sur les plans clinique et médico-légal. De la même façon que le chirurgien palpe un abdomen aigu et cerne le siège de la douleur, le médecin explore la souffrance psychique en abordant graduellement les thèmes qui composent la trame de la situation de crise et de l’état suicidaire et en observant les réactions émotionnelles du patient. L’investigation doit aussi inclure l’évaluation des facteurs « protecteurs » associés à une diminution du risque (emploi, mariage, « parentalité »).

Les patients collaborent habituellement bien à l’évaluation du risque suicidaire et, en règle générale, une seule entrevue suffit pour qu’on puisse s’en faire une idée valable. Il n’y a rien de magique. Il s’agit d’écouter le patient, de lui parler, de s’enquérir de ses préoccupations concrètes du moment. L’état suicidaire a son histoire et sa dynamique, et il est souvent déconcertant de voir avec quelle facilité, devant un médecin empathique, tous les éléments se mettent en place. C’est le scénario sous-jacent à cet état qu’il faut élucider. Le psychiatre cherche à en cerner les raisons.

Évaluation du patient suicidaire

Intention suicidaire ou pseudo-suicidaire

L’intention suicidaire (désir ardent de mourir) et l’intention pseudo-suicidaire (où la motivation n’est pas la mort, mais découle plutôt de facteurs relationnels liés, p. ex., à la colère envers autrui tournée contre soi, à un désir de vengeance, à un désir d’obtenir une réponse de l’entourage) forment les deux pôles d’un continuum. Il n’est pas exclu qu’un patient se déplace, dans le temps, le long de ce continuum, bien que le mode de présentation puisse paraître identique à l’occasion des consultations. Une tentative ratée ne fait pas nécessairement du patient un « pseudo-suicidaire ». De la même façon, un suicide réussi ne procède pas obligatoirement d’une intention suicidaire. Ce sont les conditions dans lesquelles l’action a été accomplie, et non pas les résultats, qui permettent de caractériser l’intention.

L’intention apparaît d’autant plus suicidaire lorsqu’un moyen rapide et efficace (présentant un risque mortel élevé) est utilisé. Le patient suicidaire réalise un scénario qui a une forte possibilité de réussite, comme le recours à une arme à feu, la pendaison, l’intoxication par le monoxyde de carbone en un lieu isolé, l’absorption de tricycliques et d’alcool dans une chambre d’hôtel. À l’inverse, le geste du patient pseudo-suicidaire est souvent voué à l’échec avant même d’être amorcé (p. ex., tenter de s’étrangler avec une ceinture devant sa conjointe) ou le scénario comporte une erreur flagrante qui est, de toute évidence, délibérément voulue (prendre des médicaments quelques minutes avant l’arrivée du conjoint). Le patient suicidaire accomplit son geste en solitaire et en privé et ne se donne habituellement pas en spectacle de façon théâtrale et dramatique comme peut le faire le patient pseudo-suicidaire. Le tableau 29.3 compare les caractéristiques de ces deux types d’intention.

Le patient suicidaire est une personne angoissée, souvent désespérée. La mort est souvent envisagée comme une fin en soi. Le pseudo-suicidaire peut être assuré, dominateur, parfois même arrogant. La crainte que ses menaces inspirent lui procure une grande satisfaction, particulièrement lorsqu’elles lui valent des gains secondaires. Il se prend lui-même en otage et demande à l’autre d’être un garde du corps.

Le patient suicidaire envisage la mort comme inéluctable, incontournable, comme l’unique solution contre un sentiment aigu d’indignité ou un problème chronique jugé insurmontable. Il se montre peu disposé à rechercher d’autres solutions ou à changer son attitude. Le patient pseudo-suicidaire exprime pour sa part une « demande d’aide » qui se rapporte habituellement à un problème récent et concret.

Au contraire du patient suicidaire qui s’adresse à lui-même, vise à se changer lui-même, le patient pseudo-suicidaire s’adresse plus clairement à un membre de son entourage qui lui a fait un reproche. Il cherche à modifier son environnement.

En général, les patients pseudo-suicidaires présentent un trouble de la personnalité et un trouble de l’adaptation.

[845]

Le contre-transfert est un outil utile dont dispose le praticien. Le médecin se montre habituellement plus empathique face au patient suicidaire qui inspire de la compassion que face au patient pseudo-suicidaire chez qui il perçoit une certaine fausseté, un manque d’authenticité, une volonté de manipulation. Il serait erroné d’attribuer d’emblée de mauvaises intentions au patient ayant des comportements ou des attitudes manipulateurs. Ils peuvent être l’expression malhabile d’une souffrance psychique véritable. Le contre-transfert négatif qu’ils suscitent doit être considéré comme un élément parmi un ensemble de données cliniques et statistiques.

Deux objectifs principaux sont poursuivis dans l’entrevue : évaluer l’état mental du patient et le risque qu’il représente, puis analyser la situation de crise afin de la clarifier aux yeux mêmes du patient. Il faut prendre au sérieux chaque menace suicidaire, même si, de toute évidence, il s’agit d’une manipulation pseudo-suicidaire. C’est en prenant au sérieux la menace suicidaire que le médecin pourra mettre en évidence la tentative de manipulation et faire s’exprimer la souffrance sous-jacente.

Tableau 29.3

Caractéristiques de l’intention suicidaire  
et de l’intention pseudo-suicidaire

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Intention suicidaire | Intention pseudo-suicidaire |
| Moyen | Rapide et efficace | Lent et inefficace |
| Risque | Élevé («sauvé par pure chance) | Faible (« erreur flagrante dans le scénario] |
| Contexte | En solitaire | Besoin de « spectateur » dramatique |
| Rôle | Victime de lui-même « a peur de lui-mëme » | Agresseur contre lui-même (« se prend en otage » |
| Attitude | Inquiète et traquée | Assurée et dominatrice |
| Fin envisagée | Mort inéluctable | Mort conditionnelle |
| Dyade | Moins évidente, personnage internalisé | Plus claire : personne de la vie courante |
| But | Résolution d’un problème chronique | Appel à l’aide, réactionnel |
| Pronostic | Risque de suicide direct et immédiat | Risque de récidive, de parasuicide ou de suicide par erreur |
| Diagnostic | + psychose, dépression majeure | + troubles de la personnalité |
| Contre-transfert évoqué | Positif | Négatif |

Source : D’après J.F. Denis, « Suicidaire ou pseudo-suicidaire ? Dilemme à l’urgence, Union Med. Can., vol. 113, no 9. 1984, 769.

Le patient devra décrire en détail le déroulement de sa journée, en commençant par son réveil pour en arriver au moment précis où est apparue l’idée de mort ou l’idée suicidaire. Cet exercice vise à recréer le contexte du geste ou de l’idée suicidaire, à reconnaître l’affect qui y était relié, à replacer le patient dans l’état émotionnel où il se trouvait. La reconstruction minutieuse des événements ayant mené au geste ou à l’idée suicidaire permet de reconnaître les buts personnels et relationnels qui composent la réponse à la question fondamentale « Pourquoi ici et maintenant ? » Au cours de cette évaluation, le patient prend ses distances par rapport à l’idée suicidaire et la met en relation avec les événements de la journée. Il peut alors concentrer son énergie sur la véritable problématique dont elle est le symptôme. Cette démarche permet à la fois de recueillir les éléments d’évaluation pertinents et de soulager le patient.

Comme les notions d’intentions suicidaire et pseudo-suicidaire, l’idée suicidaire peut revêtir un caractère « autoplastique » ou « alloplastique ». Elle sera dite « autoplastique » lorsque la personne vise sa propre transformation et « alloplastique » lorsqu’une modification du milieu environnant est souhaitée. La recherche de visées autoplastiques permettra de se centrer sur la nature du changement voulu ou sur le désir de changement contenu dans cette situation. L’idée suicidaire, sur le plan psychique, constitue un des moyens que l’organisme utilise pour faire savoir que quelque chose doit changer, que la situation est devenue intolérable et qu’elle doit disparaître pour laisser place à un nouvel équilibre. Ce message symbolique peut donc être envisagé comme une demande [846] de changement. Cette façon d’aborder les idées suicidaires est un outil très utile pour la recherche et l’évaluation du message que le patient s’adresse à lui-même ou adresse à son entourage.

Les idéations de nature alloplastique, relevant de l’extrémité « pseudo-suicidaire » du continuum de l’intentionnalité suicidaire, cherchent plus clairement à envoyer un message à une personne de l’entourage. Les comportements issus de telles idéations sont souvent associés, péjorativement, à une manipulation. Celle-ci peut être consciente ou inconsciente. La manipulation est inconsciente lorsque, sans l’avoir voulu ni recherché de façon consciente, le patient obtient un gain secondaire de la part de l’entourage. L’idée ou le geste suicidaire est ici une manière inconsciente de se relier aux autres, d’obtenir l’attention d’autrui. L’« état suicidaire chronique » représente un mode de relation stable et durable fondé sur une telle attitude (Gutheil, 1985). La manipulation consciente s’observe chez les patients qui parlent de suicide ou font un geste en ce sens lorsque leurs demandes, habituellement très précises, ne sont pas satisfaites. Un objectif clair, bien défini et concret est alors volontairement poursuivi par le patient. Par exemple, il peut désirer obtenir une ressource d’hébergement ou échapper aux conséquences judiciaires d’un acte.

\* \* \*

L’utilisation concomitante des méthodes épidémiologique et clinique permet une compréhension globale et complète, bio-psycho-sociale, de la situation problématique dans laquelle se trouve un patient. L’évaluation du risque suicidaire correspond à l’évaluation d’un comportement hypothétique pour lequel il n’existe, malgré tous les outils mentionnés ci-dessus, aucun marqueur pathognomonique fiable. Néanmoins, le médecin doit se prononcer en qualifiant le risque suicidaire : imminent, imprévisible, faible, modéré grâce au soutien, etc. La décision de mettre en œuvre des mesures pour protéger un patient, avec ou sans son consentement, contre lui-même ou pour protéger autrui découle naturellement de cette appréciation du risque et demeure teintée de subjectivité. Du coup, un sentiment d’inconfort et de doute peut envahir le médecin habitué à appuyer ses décisions sur des critères objectifs. Au-delà des connaissances théoriques, l’expérience permet d’apprivoiser ce doute inhérent à la pratique psychiatrique d’urgence.

29.4. SITUATIONS CLINIQUES

29.4.1. Patient confus

EXEMPLE CLINIQUE

Une femme vient d'arriver à l'urgence. Elle a 64 ans, vit avec son mari et n'a pas d'antécédents médicaux. Quelques minutes plus tôt, des inconnus l'ont trouvée étendue sur le sol, dans un magasin, et l'ont aidée à se relever. Comme elle leur apparaissait très anxieuse, ils ont appelé une ambulance. Elle est examinée par le médecin omnipraticien de service qui parvient difficilement à comprendre ses propos et la voit très nerveuse. L'examen physique ne révèle rien d'anormal. Le bilan sanguin montre une leucocytose importante en l'absence de signes cliniques d'infection. Alors que la patiente attend pour rencontrer le cardiologue, qui assurera que sa chute n'a pas une cause cardiaque, une infirmière la découvre gisant sur le sol, tremblante, et note une sialorrhée importante. La patiente est alors plus nerveuse, répond de façon évasive aux questions et bouge beaucoup. L'examen neurologique est difficile à réaliser, mais semble indiquer une faiblesse de l'hémicorps gauche associée à un tonus augmenté et des réflexes ostéo-tendineux hypervigilants. Elle ne se souvient pas des événements de la journée, mais répète sans cesse que cela n'est pas grave et qu'elle veut retourner chez elle. Elle se trompe sur la date, ne collabore pas lorsqu'on tente d'évaluer ses fonctions cognitives supérieures au moyen du MMSE de Folstein, mais se rappelle son numéro de téléphone, son adresse et la liste de ses médicaments. Elle se situe adéquatement par rapport au lieu. Un électroencéphalogramme (EEG), puis une tomographie cérébrale confirment la présence d’une masse tumorale imposante au lobe temporal droit.

La nervosité de la patiente de l’exemple ci-dessus a coloré l’évaluation en rendant l’examen difficile et en masquant une atteinte cognitive qui serait passée inaperçue si elle n’avait pas été évaluée formellement. Dans le cas de cette patiente, l’altération de l’état de conscience, la désorientation temporelle, l’augmentation de l’activité psychomotrice, l’amnésie au sujet [847] des événements récents et l’incapacité à collaborer à une évaluation des fonctions cognitives de base sont des éléments suggérant la présence d’un état délirieux. Une affection médicale, de nature métabolique, infectieuse, endocrinienne, neurologique ou autre, doit alors obligatoirement être recherchée. Le tableau 29.4 présente les principaux indices qui devraient inciter à soupçonner une affection médicale.

L’anamnèse doit d’abord être obtenue auprès du patient, puis elle peut être confirmée et complétée par un tiers fiable. Une attention particulière doit être portée aux problèmes de santé actuels et aux médicaments ou substances consommés. Les informations que fournit le patient peuvent être déformées, partielles ou incohérentes en raison de l’atteinte cognitive. L’examen mental doit nécessairement être complété par une recherche active de signes physiques pouvant témoigner d’une pathologie médicale non psychiatrique, d’une étiologie organique.

La mise en évidence et le traitement des affections médicales entraînant des symptômes psychiatriques (voir le tableau 29.5) se font en collaboration avec les médecins des autres spécialités médicales. Parmi les différents syndromes, le delirium constitue une urgence et devrait toujours être promptement dépisté. Le taux de mortalité lié à cette pathologie est élevé (voir le tome I, chapitre 5).

TABLEAU 29.4.

Indices de la présence d’une pathologie organique  
pouvant mimer un syndrome psychiatrique

|  |
| --- |
| À l‘histoire |
| Absence d’antécédents psychiatriques personnels |
| Changement dans le mode de présentation clinique habituel |
| Âge |
| Apparition brusque |
| Changement de la personnalité |
| À l’examen |
| Ataxie |
| Dysarthrie |
| Labilité affective |
| Sensorium altéré ou fluctuant |
| Hallucinations olfactives, visuelles, cénesthésiques ou illusions |
| Atteinte cognitive |
| Désorientation temporelle ou spatiale |

Tableau 29.5.

Diagnostic différentiel des problèmes médicaux  
se traduisant par des symptômes psychiatriques

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Maladies neurologiques** | | |
| Chorée de Huntington Convulsions et épilepsie Démence Hématome sous-dural | | Hydrocéphalie normotensive  Sclérose en plaques  Trauma |
| **Maladies infectieuses** | | |
| Encéphalite Infection urinaire Méningite | | Pneumonie  Sepsis  Sida |
| **Troubles métaboliques** | | |
| Déséquilibre électrolytique (Na+, Ca+…  Carence vitaminique (B12, thiamine) | | |
| **Troubles endocriniens** | | |
| Hyper et hypoparathyroïdie Hyper et hypothyroïdie Hypoglycémie | | Maladie d'Addison  Maladie de Cushing |
| **Maladies inflammatoires** | | |
| Lupus érythémateux | | Vasculite |
| Néoplasies | |  |
| Tumeur cérébrale | | Phénomène paranéoplasique |
| **Troubles cardiovasculaires** | | |
| Accident vasculaire cérébral | | Insuffisance cardiaque |
| **Trouble hématologique** | | |
| Porphyrie aiguë intermittente | | |
| **Intoxication** | | |
| Alcool et drogue  Médicaments :  Benzodiazépine  Cimétidine  Digoxine  Lévodopa | Narcotique  Pénicilline (par voie i.v.)  Propranolol  Stéroïde, etc.  Métaux toxiques : plomb, cuivre  Syndrome anticholinergique | |

[848]

Une fois amorcée la recherche de la cause de la confusion, l’approche psychiatrique du patient confus vise à prévenir les complications consécutives à l’agitation et à la perte du jugement inhérente à l’état confusionnel. Le potentiel d’agression, le désespoir suicidaire, les chutes, l’épuisement ainsi que les difficultés éprouvées par le personnel infirmier doivent être considérés. Les méthodes suivantes peuvent s’avérer fort utiles pour résoudre ces problèmes : le réconfort verbal, la surveillance étroite, l’aménagement sécuritaire des lieux physiques et l’emploi de contentions.

Sur le plan pharmacologique, un tranquillisant de type benzodiazépine peut être administré, tel le lorazépam à raison de 1 à 2 mg par voie orale ou intramusculaire, à répéter à des intervalles de 30 minutes (si administré par voie i.m.) à 1 heure (si utilisé po) selon la réponse clinique. Un « tranquillisant majeur » tel l’halopéridol (2,5 à 5 mg po liquide ou par voie i.m. à répéter selon les mêmes intervalles que ci-dessus jusqu’à ce que le patient se calme et que les symptômes s’atténuent) peut également être administré. La combinaison de ces deux molécules est fréquemment utilisée et comporte l’avantage d’un effet synergique sur le plan de l’apaisement ainsi que d’une atténuation des effets secondaires de type extrapyramidal des neuroleptiques par l’agent benzodiazépine. Il est préférable de donner d’emblée une médication antiparkinsonienne lorsqu’un neuroleptique incisif est prescrit sur une base régulière, sauf si la dose quotidienne nécessaire utilisée est minime comme elle peut l’être lorsqu’on traite une personne âgée.

L’acétate de zuclopenthixol est une option intéressante pour traiter de façon rapide l’agitation qui accompagne la psychose dont le diagnostic est confirmé. Son action prolongée sur 48 à 72 heures permet d’éviter les recrudescences d’agitation, fréquentes dans les premiers jours. Les occasions d’affrontement entre le personnel et le patient qui refuse la médication deviennent plus rares, diminuant ainsi les risques d’accident. La dose d’attaque varie de 50 à 150 mg et peut être répétée à intervalles de 24 heures, mais la dose cumulative maximale ne doit pas dépasser 400 mg. Comme son absorption est lente, un délai de 2 à 8 heures est nécessaire avant que se manifeste un effet sédatif. Pour calmer le patient plus rapidement, il est recommandé d’ajouter au départ une benzodiazépine par voie intramusculaire qui sera répétée au cours des 24 premières heures pour produire l’effet désiré. La dose de zuclopenthixol est ajustée après 24 heures. Les effets secondaires sont les mêmes que ceux des autres neuroleptiques classiques. Il est préférable d’ajouter d’emblée un antiparkinsonien au zuclopenthixol lorsque celui-ci est administré aux jeunes hommes, le risque de dystonie aiguë étant dans ce groupe de patients plus élevé.

Si une contention est employée, il est usuel d’administrer un tranquillisant pour diminuer l’anxiété et la frustration et éviter l’épuisement dû à l’effort que le patient peut fournir en tentant de se dégager. Lorsque l’agitation peut être nocive pour le patient (p. ex., condition cardiaque précaire), il est possible d’accélérer la sédation en utilisant l’halopéridol et le lorazépam par voie intraveineuse. Le patient doit alors être mis en surveillance cardiorespiratoire, de préférence dans une unité de soins intensifs médicaux. Le tableau 29.6 résume le traitement de l’agitation.

29.4.2. Patient menaçant

EXEMPLE CLINIQUE

Un homme arrive à l'urgence accompagné par un policier et un ambulancier Quelques minutes plus tôt, un commerçant s'était plaint que cet individu menaçait et harcelait d'autres clients. Peu de temps après son inscription auprès du service d’accueil de l’hôpital, le patient doit être maîtrisé par les gardiens de sécurité, et l'urgentiste est appelé. Un gardien explique que l’homme a commencé à s'agiter, puis a menacé de mort un employé, exigeant qu’on le laisse partir immédiatement de l'hôpital. Au cours de l'évaluation par le médecin, le patient affirme sur un ton agressif qu’il ne répondra pas aux questions tant qu'il sera maîtrisé par des contentions. On ne dispose d'aucun renseignement sur le patient. Personne ne l'accompagne et il n’a pas de dossier antérieur dans cet hôpital.

Les causes possibles d’un comportement agressif sont diverses. Le médecin responsable de l’évaluation d’urgence doit avant tout tenter de prévenir les actes de violence et prendre les moyens nécessaires afin d’assurer la sécurité du patient, celle des autres bénéficiaires de l’hôpital de même que celle du personnel soignant. Pour bien remplir son rôle, le médecin doit pouvoir procéder à l’évaluation clinique en toute sécurité. Cela peut comprendre la mise en [849] œuvre de mesures particulières avant même que le patient soit transféré des services policiers ou ambulanciers aux soins de l’hôpital. La vigilance d’un personnel entraîné devrait permettre de détecter les signes précurseurs de violence (agitation, nervosité, fébrilité, incohérence, désorganisation, rage, tentative de fuite, changement abrupt du comportement).

Avant même de procéder à l’évaluation clinique du patient menaçant, il est nécessaire de connaître les circonstances à l’origine de la consultation de même que les informations déjà consignées au dossier. La violence étant un phénomène qui tend à se reproduire, tout antécédent de geste agressif doit être recherché. L’examen doit idéalement se faire en un lieu ouvert, aisément accessible au personnel des services de sécurité. Ce lieu doit permettre au médecin de sortir rapidement et offrir la possibilité d’un secours rapide. Les objets contondants doivent être placés hors de portée du patient (patère, cendrier, lampe, objets mobiles divers). La non-disponibilité de moyens d’agression est un élément de prévention.

TABLEAU 29.6

Traitement de l’agitation

|  |
| --- |
| Situation où une benzodiazépine est préférable |
| Delirium du sevrage alcoolique |
| Intoxication par des substances abaissant le seuil convulsif ou entrainant des effets anticholinergiques notables |
| S‘il y a fièvre (les neuroleptiques ont tendance à faire baisser la fièvre susceptibles de masquer un signe clinique important) |
| Situation où un neuroleptique incisif est préférable |
| Désinhibition ou désorientation accrue avec les benzodiazépines |
| Diagnostic psychiatrique de psychose chez un patient recevant déjà des neuroleptiques |
| Chez un patient dément |
| Utilisation d’un antiparkinsonien anticholinergique en prophylaxie |
| Chez le patient jeune |
| En particulier chez les hommes |
| Chez le patient ayant déjà connu des manifestations extra pyramidales  Exemple : benztropine, 1 à 2 mg po ou i.m  diphénhydramine, 25 à 50 mg po, i.m. ou i.v.  procyclidine, 2,5 à 5 mg po |

Dans des conditions prévues et aménagées en fonction de sa sécurité et de celle du patient, le médecin peut exercer son jugement adéquatement, sans être influencé par l’anticipation d’un affrontement physique. Son attitude doit être assurée, respectueuse et calme. Il doit parfois être ferme sans être à son tour menaçant. Il n’est habituellement pas recommandé de céder au marchandage pour obtenir la collaboration du patient ou pour se soustraire à des menaces. Devant un comportement susceptible de tourner en acte violent, le médecin devra signifier clairement au patient menaçant quels comportements ne peuvent être tolérés dans le milieu hospitalier et quelles mesures de contrôle seront le cas échéant appliquées. Pendant l’évaluation, le médecin doit bien observer le patient, noter son état d’anxiété et de frustration et veiller à adoucir le caractère de confrontation de certaines interventions. Il est essentiel de savoir mettre un terme à une entrevue avant que le patient ne puisse plus contenir son agressivité.

Il est utile de recueillir le plus d’informations possible avant de porter un jugement sur l’éventualité d’un geste violent. Les sources d’information sont le dossier médical et psychiatrique antérieur, le patient lui-même, sa famille et ses proches de même que les différents témoins de l’événement ayant mené à la consultation psychiatrique. Dans le contexte de l’urgence, il faut juger de la possibilité d’un passage à l’acte agressif dans les heures qui suivent l’entrevue. L’évaluation du risque hétéroagressif s’effectue essentiellement selon la même approche que l’évaluation du risque suicidaire dont il a été question précédemment. Pour émettre un tel jugement, il n’existe pas de méthode plus fiable que l’analyse approfondie des antécédents, de l’état mental actuel et des caractéristiques de l’intention agressive. En situation d’urgence, il faut souvent se contenter d’informations parcellaires et adopter une attitude prudente. Il est parfois difficile, dans le cadre de l’entrevue, de se prononcer sur la dangerosité non imminente, c’est-à-dire la violence pouvant se manifester plusieurs heures ou plusieurs jours après la rencontre. Lorsqu’un risque de violence imminente apparaît présent, il est utile d’observer plus longuement le patient et de se référer à des établissements spécialisés dans la prise en charge des problématiques judiciaires et de violence liées à la maladie mentale. Le tableau 29.7 (p. 850) donne les principaux paramètres de l’évaluation du risque de violence.

[850]

Comme toutes les attitudes menaçantes n’impliquent pas nécessairement l’imminence d’un passage à l’acte, il est possible au médecin, par son attitude et par ses paroles, de désamorcer certaines crises. L’agressivité peut être l’expression de diverses émotions (peur, révolte, irritation, culpabilité, déception), engendrées elles-mêmes par différentes cognitions (« un danger [réel ou imaginaire] me menace », « le destin est injuste », « ce que vous faites n’est pas bon », « ce que j’ai fait n’est pas bon », « ce que j’espérais n’est pas arrivé »). Il est nécessaire de s’attacher à ces dimensions afin de bien comprendre les facteurs intervenant dans l’agressivité du patient, de lui en faire prendre conscience et de chercher une solution appropriée au problème sous-jacent. Ainsi, toute expression d’agressivité ne devrait pas automatiquement conduire à la mise en œuvre de moyens de contrôle chimiques ou physiques. La communication et l’établissement d’une relation d’aide, lorsque c’est possible, permettent d’explorer la signification de l’agressivité et d’en favoriser l’expression verbale.

L’emploi d’un médicament est souvent utile. Il peut être administré par voie entérale lorsque le patient collabore. L’administration par voie intramusculaire après l’immobilisation du patient par des moyens de contention s’avère nécessaire lorsque l’agression est en cours. Les recommandations pharmacologiques pour les situations de tension agressive sont les mêmes que pour le patient confus. On prêtera toutefois une attention particulière à l’effet de désinhibition des comportements que l’utilisation d’une benzodiazépine à faible dose peut produire, augmentant ainsi le risque de passage à l’acte agressif chez certains individus. Il est donc préférable de combiner benzodiazépine et neuroleptique ou de donner une benzodiazépine jusqu’à l’apaisement.

Tableau 29.7

Paramètres de l’évaluation du risque de violence et affections associées

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Antécédents | Altération de l’état mental | Autres paramètres | Affections associées à la violence |
| Antécédents pesonnels de violence | Agitation | Distinction entre fantaisie, idée et intention agressive | Trouble de la personnalité (antisociale, limite) |
| Antécédents judiciaires | Fébrilité | Présence de planification agressive | Schizophrénie (paranoïde, catatonique) |
| Histoire de trouble des conduites dans l’enfance | Hallucinations mandatoires | Disponabilité des moyens | Delitium (causes diverses) |
|  | Délire persécutoire | Cible identifiée et atteignable | Intoxication (alcool, stimulants, phencyclidine (PCP) |
|  | Catatonie | Caractère envahissant des pensées hétéroagressives (égo-syntones ou non) | Trouble de la personnalité organique |
|  |  | Perception par le patient de sa propre capacité de contrôle | Épilepsie temporale |
|  |  | Faible tolérance à la frustration |  |

L’isolement est parfois efficace, permettant au patient de se calmer dans la mesure où les stimuli extérieurs sont réduits. Lorsque l’isolement demeure insuffisant, par exemple en cas d’agressivité extrême, ou que le comportement de l’individu menace sa propre intégrité physique, l’usage des contentions physiques apparaît indiqué pourvu qu’elles soient employées sans abus, selon un protocole défini par la direction de l’hôpital. Le recours à des moyens de contention physique appelle certaines précautions :

- disposer d’au moins cinq intervenants pour un patient agité ;

- expliquer au patient les raisons de la mise en place d’une contention ;

- prendre soin de ne pas comprimer les membres ;

- administrer un tranquillisant pour calmer l’anxiété ou l’agressivité

- assurer une surveillance continuelle ;

- réexaminer le patient périodiquement ;

- retirer les contentions graduellement.

Dans un autre ordre d’idée, il faut insister sur la notion de responsabilité, à laquelle le médecin doit être sensible lorsqu’il est en présence d’un patient agressif. Un individu qui ne souffre d’aucune psychopathologie [851] de nature affective, psychotique ou autre susceptible de fausser son jugement et d’altérer ses fonctions cognitives doit être considéré comme responsable de ses actes. Cette règle s’applique aussi au patient chez qui l’agressivité est due à une intoxication volontaire par l’alcool ou les drogues. Il est par conséquent nécessaire d’aviser le patient qu’un processus judiciaire sera enclenché s’il profère des menaces ou commet des actes violents ou délictueux (voies de fait, bris de matériel). Le travail des soignants doit s’accomplir dans un cadre qui fait en sorte que le patient sent la fermeté du médecin et la présence de limites claires à ses excès. L’existence d’un cadre thérapeutique ferme et défini est, en règle générale, rassurante non seulement pour le patient lui-même, mais aussi pour le personnel hospitalier. En dehors d’un tel cadre, il est illusoire d’espérer que la psychiatrie puisse apporter une solution valable aux comportements agressifs et menaçants liés aux divers troubles mentaux.

Il n’existe actuellement aucune méthode véritablement fiable permettant de prédire avec certitude la manifestation d’un comportement agressif. Les conséquences des actes violents pouvant s’avérer désastreuses, il ne serait donc pas raisonnable de se contenter d’appliquer un modèle mathématique prédictif des « risques de passage à l’acte » pour déterminer la marche à suivre sur le plan clinique. La décision d’intervenir ne se fonde pas uniquement sur l’évaluation du risque, mais davantage sur une attitude préventive et une grande prudence (Hugues, 1996).

29.4.3. Patient anxieux

EXEMPLE CLINIQUE

Un jeune homme de 20 ans, monsieur Y, se présente au service des urgences d’un hôpital général à 2 heures du matin. Il était au volant de son véhicule, retournant chez lui après une soirée avec des amis, lorsqu’il s’est senti soudainement opprimé, saisi d’une sensation de boule dans la gorge. En l’espace de quelques minutes, sa respiration était devenue laborieuse, rapide et superficielle, des sueurs lui coulaient dans le dos, ses mains tremblaient et s’engourdissaient, comme traversées de 1 000 aiguilles. Au médecin qui l’accueille, il raconte en haletant qu’il est convaincu qu’il a une attaque cardiaque tellement le malaise à la poitrine est intense. Après une évaluation physique, un ECG et un bilan biochimique sommaire, le médecin tente de rassurer le patient sur sa condition physique. Mais celui-ci insiste, arguant que, quelques minutes plus tôt, il a bien pensé mourir, et il refuse de croire qu’il s’agissait simplement de l’effet de la nervosité ou de son imagination. Il accepte tout de même de discuter de ses difficultés au travail, du stress lié à son nouvel emploi. Il rapporte que son père a eu une crise cardiaque dont il a été témoin il y a trois ans et que, depuis ce temps, il surveille son alimentation, ne fume plus et pratique excessivement toutes sortes de sports pour éviter que cela ne lui arrive. Sa mère souffrirait de « bouffées d’angoisse » pour lesquelles son médecin aurait prescrit un « antidépresseur ».

L’anxiété est un état de malaise psychique engendré par le sentiment de l’imminence d’un événement fâcheux ou dangereux, réel ou imaginaire. Cet événement appréhendé demeure fréquemment indéfini et son anticipation est plus ou moins consciente. Les symptômes somatiques peuvent parfois prédominer et même précéder l’apparition d’une idée angoissante. La sensation de perdre le contrôle est une manifestation fréquemment associée à cet état. L’anxiété prend plusieurs formes, est d’intensité variable et peut être plus ou moins envahissante et altérer le jugement pratique. Elle peut exacerber certains comportements ou des mécanismes de défense, faire adopter des attitudes régressives ou hostiles. L’anxiété, lorsqu’elle est considérée isolément, n’a que valeur de symptôme, n’est pas spécifique et n’est aucunement un diagnostic en soi.

Pour arriver à bien circonscrire l’origine de cette manifestation, l’entrevue doit chercher à mettre en évidence l’ensemble des symptômes qu’éprouve le patient, tant sur le plan psychique (émotions, pensées, comportements) que sur le plan physique. Une revue des principaux systèmes physiques (neurologique, digestif, cardiorespiratoire, endocrinien, etc.) doit être faite afin d’exclure toute cause médicale pouvant être à l’origine de la manifestation anxieuse. Parmi ces causes, on peut mentionner :

- les problèmes cardiaques : arythmie, angine, insuffisance ;

- les problèmes pulmonaires : asthme, pneumothorax, embolie, pneumonie, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ;

[852]

- les troubles endocriniens : hypo et hyperthyroïdie, hypoglycémie, phéochromocytome, maladie de Cushing ;

- les intoxications : stimulants, hallucinogènes, cannabis ;

- les empoisonnements alimentaires ;

- les sevrages : benzodiazépines, alcool, opiacés.

Il est important de questionner le patient sur le contexte d’apparition, la chronologie des symptômes éprouvés (physiques, psychiques et comportementaux), les pensées associées, de même que sur les stratégies qu’il a mises en œuvre en vue de se soulager. Les symptômes psychiques concomitants peuvent comprendre des idées suicidaires. Le fonctionnement global du patient, son jugement et les ressources dont il peut disposer doivent parallèlement faire l’objet d’une investigation. Comme dans toute évaluation psychiatrique, les antécédents psychiatriques et médicaux (personnels et familiaux) seront examinés.

Il est habituellement assez facile de circonscrire la nature et la source de l’anxiété. L’observation et des tests sanguins peuvent, au besoin, compléter l’évaluation. L’attaque de panique (telle que la décrit monsieur Y) constitue un problème relativement bénin, très fréquent et généralement méconnu de la population générale qui a tendance à en attribuer les symptômes à une maladie physique grave. En urgence, l’anxiété généralisée, les états de stress post-traumatique et les troubles de l’adaptation sont d’autres troubles anxieux fréquemment rencontrés. Les symptômes dissociatifs, tels que la dépersonnalisation et la déréalisation accompagnant souvent les manifestations anxieuses et pouvant être engendrées par l’hyperventilation et l’hypercortisolémie consécutive à une expérience stressante, sont particulièrement perturbants pour le patient. Un état psychotique peut par ailleurs se manifester par une anxiété morcelante, envahissante, qui vient perturber le jugement ou les capacités cognitives du sujet. L’akathisie consécutive à la prise de neuroleptiques peut également se présenter sous une forme anxieuse.

Quelle que soit la cause de la manifestation anxieuse, certaines interventions peuvent s’avérer fort utiles dans le cas d’un patient anxieux. L’état anxieux est caractérisé par l’appréhension d’un danger potentiel, par le questionnement répété « un danger me menace, quel est ce danger ? » Il est donc essentiel d’informer le patient sur son état de santé physique, que l’anxiété ait ou non une étiologie médicale. L’éventualité de dangers sociaux réels doit également être examinée. Il est nécessaire d’assurer au patient un encadrement stable et sécuritaire dans le milieu hospitalier. Dans le cas de monsieur Y, une explication des différences entre une attaque de panique et une crise cardiaque, appuyée sur l’histoire de ses propres symptômes, ses antécédents personnels, ses prédispositions et les résultats des examens paracliniques, peut se révéler extrêmement rassurante. Une telle intervention pourrait prendre la forme suivante : « Une crise cardiaque se manifeste habituellement par une douleur thoracique intense, irradiant parfois au cou ou aux bras, survenant généralement chez des hommes de plus de 50 ans qui présentent des problèmes physiques tels l’hypertension, un taux élevé de cholestérol ou le diabète, et qui ont de mauvaises habitudes de vie comme une alimentation grasse, la sédentarité et l’usage de tabac, ce qui est fort loin de vous ressembler. Une attaque cardiaque est rarement accompagnée de tremblements, d’étourdissements, d’engourdissement des extrémités et d’une sensation de perdre le contrôle. À l’examen, votre cœur est régulier et la tension est normale. Les tests de sang et l’électrocardiogramme ne montrent rien d’anormal. Une attaque de panique, toutefois, caractérise essentiellement ce que vous avez éprouvé. C’est un phénomène à la fois anxieux et physique, très souffrant et effrayant, mais jamais dangereux, qui se corrige spontanément. Personne n’en est jamais décédé et elle n’entraîne aucune perte de contrôle réelle et durable ni aucun dommage à la santé. Elle survient habituellement les premières fois sans déclencheur identifiable, mais peut être favorisée par des situations de stress que l’on peut vivre quotidiennement. Il est parfois possible de déterminer certaines circonstances qui ont favorisé son déclenchement. » Le médecin peut contribuer à calmer les appréhensions du patient en lui expliquant aussi avec soin les modalités du traitement qui suivra.

Ce qui précède est un exemple de dédramatisation par une approche psychoéducative. Par ailleurs, une interprétation psychodynamique peut également être efficace pour réduire, sans intervention pharmacologique, l’anxiété actuelle et quotidienne du sujet. Dans le cas de monsieur Y, le psychiatre pourrait l’amener à voir combien il investit d’énergie et d’espoir dans son nouveau travail, en quoi cela correspond à ce qu’il conçoit des attentes de son père. Le [853] médecin pourra explorer les circonstances de la crise cardiaque du père du patient, ce qu’il en a pensé, ce qu’il a ressenti, de même que la modification de sa perception de la vie, du rôle qu’il joue dans la société, de celui qu’il se donne auprès de son père à la suite de sa maladie. Cette démarche peut procurer au patient du matériel complémentaire, stimuler d’autres éléments de compréhension. Dans la conduite à moyen terme, il peut être pertinent de diriger le patient vers des soins spécialisés pour prévenir la chronicité. Dans ces situations, expliciter la prise en charge de façon concrète est très sécurisant.

Lorsque ces moyens sont insuffisants pour calmer l’anxiété ou lorsque l’entrevue est impossible en raison d’une angoisse envahissante, une médication de type benzodiazépine peut être utilisée (p. ex., lorazépam, à raison de 0,5 à 2 mg po, diazépam, 5 à 10 mg po). Soulignons toutefois que l’intervention d’urgence, malgré une demande parfois pressante du patient désirant obtenir un traitement médicamenteux, doit se limiter aux conditions requérant une action immédiate et ne doit pas se substituer à la prise en charge globale habituellement amorcée par le médecin traitant. Il revient à ce médecin, qui a une vision longitudinale et prospective de la situation, de définir le plan d’intervention bio-psycho-social à court, moyen et long terme en considérant les risques et les bénéfices de la pharmacothérapie de l’anxiété.

29.4.4. Patient méfiant

EXEMPLE CLINIQUE

Madame X est amenée par ambulance. Elle a avisé elle-même le service d’appels d’urgence qu’elle saignait abondamment après s’être coupée accidentellement. Les ambulanciers ont pansé sur place son poignet gauche profondément et largement entaillé, puis l’ont conduite à l’hôpital. Malgré les questions du médecin sur l’origine de cette lacération, elle persiste à dire que cela est arrivé bêtement en cuisinant et refuse de répondre à d’autres questions. Devant le psychiatre demandé en consultation, la patiente conserve la même attitude. Elle refuse de collaborer et dit : « Je ne vois pas pourquoi je répondrais à vos questions. » Elle accepte de révéler son âge et son adresse, mais refuse de donner l’adresse d’un membre de sa famille. Elle affirme être très fatiguée et exige son congé immédiatement.

L’attitude méfiante de certains patients représente un défi de taille pour le médecin. Comme la décision de garder un patient contre son gré exige du médecin un minimum d’éléments pour justifier cette mesure contraignante, ce type de situation pousse parfois le médecin aux limites de son questionnement éthique et de sa capacité à tolérer l’incertitude.

La méfiance témoigne d’un besoin de rester maître d’une situation face à laquelle l’individu n’entrevoit par ailleurs pas d’issue. L’enjeu d’une évaluation médicale peut ne pas être perçu de la même façon par les différents acteurs. Le médecin a une vision curatrice de son intervention que ne partage probablement pas le patient méfiant. Beaucoup craignent de dire des choses qui pourraient être utilisées contre eux, dans l’intention, par exemple, de les contraindre à une hospitalisation ou de leur faire prendre un médicament contre leur gré. Dans les cas d’un trouble délirant ou psychotique, la certitude que le médecin ou l’hôpital font partie d’une quelconque organisation hostile et malfaisante peut être présente. Par ailleurs, l’anxiété provoquée par l’intrusion d’un tiers, ici le système médical, dans une situation de crise peut suffire pour entraîner le repli défensif du patient. La crainte du ridicule, du non-respect de la confidentialité ou de la stigmatisation par l’étiquette psychiatrique peut également amener le patient à ne pas vouloir communiquer ouvertement. La méfiance peut parfois se traduire par le mutisme, ce qui complique l’évaluation psychiatrique, cet état pouvant être engendré par différents troubles psychiques, soit la psychose, le ralentissement lié à la dépression et les syndromes d’origine organique.

Toutefois, le refus de collaborer ne dénote pas nécessairement la présence de méfiance. Par exemple, le patient en colère peut se taire pour éviter d’exploser ; le patient déprimé peut refuser de partager l’intérêt du médecin pour sa propre situation ; le patient passif-agressif peut remettre entre les mains du médecin la responsabilité de trouver une solution ; le patient dépendant peut se sentir réconforté de voir un médecin tant s’efforcer à le sortir de son inactivité ; un individu narcissique peut se valoriser par l’échec du thérapeute qui ne parvient pas à comprendre la situation. Rappelons que la collaboration du patient peut également être entravée, malgré sa volonté, par des pathologies psychiatriques ou physiques [854] altérant le jugement, le processus et la structure de la pensée et les fonctions cognitives supérieures.

Malgré la difficulté évidente, le médecin ne doit pas abandonner l’espoir d’obtenir une meilleure collaboration du patient. Le temps est un facteur important qui joue en faveur de l’établissement d’une relation d’aide, le patient se rassurant par l’absence d’événements nuisibles à ses yeux et s’adaptant graduellement au milieu et à la présence des intervenants. Il faut donc éviter de prendre des décisions sous le coup de l’impatience et de l’agacement. Il importe plutôt d’être prudent si l’on veut instaurer un lien de confiance, de bien mesurer ses propos et ses attitudes. La formulation des questions et les interventions doivent viser l’établissement d’une communication dans laquelle le patient ne sentira pas menacée son intégrité physique et psychique. Le tableau 29.8 donne des exemples de formulations.

Lorsqu’il est impossible de surmonter cette barrière dans la communication, le médecin peut avoir recours à des informations fournies par des tiers, à l’observation du comportement du patient et à l’examen physique pour déterminer les premières dispositions thérapeutiques à prendre. Pour vérifier la concordance de certaines informations, la famille, les amis, les personnes qui amènent le patient au service des urgences, de même que les gens qui vivent et côtoient habituellement le patient, sont des sources utiles qu’il faut solliciter activement. Si cela est possible, il est préférable de rencontrer ces tiers en compagnie du patient. Un refus par le patient de permettre une telle rencontre est un élément qui confirme parfois la nature troublante de sa situation. Le droit du patient à la confidentialité n’est pas un absolu et est à juger selon la gravité des conséquences que laissent entrevoir les circonstances. Par ailleurs, le médecin peut toujours demander de l’information aux proches, tout en ne divulguant pas les confidences que le patient lui a faites.

TABLEAU 29.8

Exemples de formulations provocantes et sécurisantes

|  |  |
| --- | --- |
| Formulation potentiellement provocantes | Formulations sécurisantes |
| Pourquoi avez-vous été amené ici contre votre gré ? | Vous semblez avoir été amené ici contre votre gré et on ne vous a pas laissé la chance de vous exprimer,,, |
| Pourquoi ces gens veulent-ils que vous rencontriez un psychiatre ? | Vous ne semblez pas d’accord avec ces gens qui vous ont amené vous devez avoir vos raisons… |
| Si vous ne m’en dites pas plus, je devrai vous garder. | Quand je ne sais pas, je trouve difficile de prendre une décision, alors je dois attendre. |

29.4.5. Patient déprimé

EXEMPLE CLINIQUE

Monsieur X a 39 ans, il travaille dans un centre de mécanique automobile et est activement engagé dans le syndicat de l’entreprise. Il a accepté de venir ; en compagnie de sa femme, au service des urgences psychiatriques après plusieurs heures de négociation. Depuis quelque temps, il dort mal, ce qui fait qu’il est souvent en retard le matin et qu’il éprouve une fatigue persistante qui le porte à commettre des erreurs mineures au travail. Pour lui, la cause de cet état de fatigue est que son patron lui en veut pour un grief déposé il y a de cela trois ans et cherche depuis à lui rendre la vie difficile. De plus, il est fréquemment en conflit avec d’autres employés, surtout lorsque sa compétence et son expérience ne sont pas reconnues d’emblée. La femme rapporte ne plus reconnaître son mari depuis quelques mois. Il ne prend plus goût à rien, délaisse leurs activités et passe-temps communs, rentre du travail épuisé pour se coucher immédiatement et se fâche pour des riens alors qu’il était auparavant aimable et avenant. Le matin de la visite à l’hôpital, monsieur X a réprimandé assez durement son fils parce qu’il tardait à se préparer pour l’école. En entrevue, le patient se dit fatigué de tout et affirme que sa mort ne dérangerait personne. Il ajoute nonchalamment avoir recherché, la veille, un endroit dans le garage où il pourrait se pendre, prévoyant passer à l’acte au cours de la prochaine fin de semaine, alors que sa femme accompagnera leur fils à une partie de hockey.

Cet exemple illustre un cas de trouble dépressif majeur. Celui-ci est ici caractérisé par le changement de l’état affectif, l’omniprésence de pensées négatives et des symptômes neurovégétatifs associés. La détermination de la pathologie est toutefois compliquée par les différentes composantes psychosociales qui se [855] dégagent de l’histoire. Le fonctionnement professionnel de monsieur X semble refléter des éléments de structure de personnalité narcissique. Il serait cependant risqué de limiter l’évaluation aux composantes relationnelles de l’histoire et de négliger ainsi la recherche des symptômes dépressifs. Le diagnostic de dépression majeure peut alors être erroné, car il peut s’agir d’un état de crise chez un patient atteint d’un trouble de la personnalité ou d’un trouble de l’adaptation transitoire relié à des événements de vie difficiles. Pour pouvoir comparer le fonctionnement antérieur du patient avec son fonctionnement actuel, le médecin doit obtenir les informations de la part d’une personne qui connaît le patient. Il faut se rappeler que toute perturbation de l’état psychique peut engendrer des troubles du comportement et qu’un trouble du comportement n’est pas obligatoirement le signe d’un trouble de la personnalité.

Aux urgences psychiatriques, il est courant d’évaluer des personnes envoyées en consultation simplement pour « dépression ». Les critères diagnostiques de l’épisode dépressif majeur, tels qu’ils sont établis dans le DSM-IV (voir le tome I, tableau 11.3, p. 302- 303), ne caractérisent toutefois qu’une minorité des patients dits « déprimés », ce qui illustre à quel point l’humeur triste, dite déprimée ou dépressive, est fréquemment confondue avec le trouble. En fait, humeur dépressive n’est pas synonyme de dépression majeure. La souffrance morale n’est pas un symptôme spécifique de la dépression majeure. Le patient souffrant d’une dépression majeure peut parfois être calme, peu exigeant et accaparant, et exprimer une souffrance difficile à percevoir. Par contraste, un individu qui présente un trouble de la personnalité sévère a tendance à décrire ses états d’âme de façon flamboyante et à émettre ses idées suicidaires comme une menace en vue d’obtenir une réponse de l’environnement.

Au cours de l’évaluation, le médecin ne peut se dispenser de détailler les circonstances de la consultation. Il doit fonder son jugement sur les éléments les plus objectifs de l’histoire afin de ne pas se laisser submerger par l’intensité des émotions exprimées. En situation d’urgence, où le patient ou sa famille exercent une forte pression en vue d’une action rapide, il faut rechercher les faits plus que les interprétations et les opinions.

Dans l’évaluation des patients atteints de dépression majeure, il importe de chercher activement les signes de psychose, car ceux-ci sont associés à une dépression de forte intensité et à un risque suicidaire élevé. Les indices de désengagement social et affectif sont parfois subtils et peuvent annoncer un geste autodestructeur délibéré souvent à visée autoplastique. Il faut donc s’informer si le patient est porté à s’isoler des personnes significatives pour lui, s’il a donné des objets ayant une valeur affective à ses yeux, s’il a délaissé ce qui pouvait auparavant lui procurer une certaine jouissance. Il faut souligner qu’en post-partum les symptômes dépressifs peuvent évoluer rapidement vers la psychose. Une dépression majeure survenant après un accouchement nécessite ainsi une attention particulière et un suivi serré. Le risque de suicide et d’infanticide de même que le risque de violence et de négligence doivent être évalués.

Le médecin doit tenter d’établir une alliance avec les patients qui délaissent passivement toute interaction affective avec leur entourage. Les solutions envisagées doivent être présentées de façon positive pour susciter un certain espoir. Des démarches concrètes doivent également être entreprises immédiatement : procéder à l’hospitalisation du patient, le mettre en observation à l’hôpital pour un court séjour, lui donner un rendez-vous en clinique externe, lui expliquer les bienfaits potentiels de la médication, amorcer une intervention psychothérapeutique et une psychoéducation, solliciter la participation de la famille ou des amis. Lorsque le patient refuse de collaborer en raison d’une absence complète d’espoir, il convient de le responsabiliser face à sa condition actuelle : « Votre responsabilité est maintenant d’accepter le traitement, faites-le pour vous ou faites-le pour vos enfants. » Des moyens légaux seront mis en œuvre lorsque le patient refuse tout traitement et qu’en raison de son état mental sa propre sûreté et celle d’autrui sont compromises.

29.4.6. Patient psychotique

EXEMPLE CLINIQUE

Une jeune femme de 23 ans, célibataire, qui n'a encore jamais eu recours à des services psychiatriques, est amenée aux urgences psychiatriques par ses parents. Ceux-ci racontent au médecin que leur fille était très réticente à venir, mais qu'ils ne pouvaient plus supporter ses comportements. [856] Depuis quelques semaines, disent-ils, elle refuse de sortir de la maison, s’enferme souvent dans sa chambre et leur parle continuellement de ce gourou qui doit la libérer de la possession des « corps subtils ». Ils rapportent n’avoir eu que peu de contacts avec leur fille au cours des dernières années en raison de son appartenance à une secte religieuse. Récemment, elle avait demandé à venir habiter chez eux, arguant vouloir se reposer en un lieu « protégé ». La jeune femme explique au psychiatre qu’elle a été expulsée de la secte, que depuis quelque temps son corps astral est dissocié, ce qui la rend vulnérable aux possessions, et qu’elle entend, par télépathie, la voix du gourou lui annonçant sa libération.

Tel que l’illustre ce cas clinique, il peut parfois être difficile de juger du caractère psychotique des propos d’un patient. Certaines personnes tiennent un discours inspiré de lectures mystiques, professent des croyances ésotériques ou des idées marginales. Un patient peut rapporter des faits plausibles que l’auditeur croira simplement exagérés. Par ailleurs, un individu atteint d’une maladie psychotique chronique partiellement réfractaire aux traitements peut vivre d’une façon normale tout en cultivant des croyances erronées et en expérimentant des phénomènes hallucinatoires. La présence de symptômes psychotiques n’est pas en soi une urgence psychiatrique. Pour que le médecin soit en mesure de déterminer l’urgence de la situation, il doit considérer le caractère envahissant et perturbant de ces croyances, leur évolution dans le temps et la capacité du patient à fonctionner en dehors de leur influence. Dans le cas présent, le médecin doit faire préciser, exemple à l’appui, ce que les parents appellent des « comportements insupportables » et tâcher de comprendre, à la lumière de l’entrevue clinique et de l’observation directe des comportements de la patiente à l’unité de soins, quel est l’état psychique qui engendre ces comportements.

La principale caractéristique de la psychose est la perte, plus ou moins grande, de contact avec la réalité extérieure. Cet état traduit surtout une perturbation du contenu de la pensée due à des troubles de la perception (idées délirantes, idées de référence, hallucinations, illusions). Des anomalies de la forme et de la structure de la pensée peuvent être présentes et l’affect est parfois inapproprié. L’évaluation de ces perturbations est souvent difficile en raison d’une incapacité du patient à collaborer à l’entrevue psychiatrique, car il peut être agité, catatonique, mutique ou replié sur lui-même. L’état psychotique peut être aigu et marquer une rupture dans le fonctionnement habituel de l’individu ou chronique et s’harmoniser d’une façon acceptable à la vie quotidienne du patient. Il peut entraver le fonctionnement global ou se limiter à quelques manifestations bien définies qu’il sera alors possible de maîtriser. Des patients sont capables de critiquer et de reconnaître certains symptômes comme étant anormaux, hors de leur volonté, étrangers à leur expérience (égo-dystones), mais l’absence de critique caractérise plus fréquemment la psychose. La situation peut évoluer rapidement, apparaître brutalement et se résorber en peu de temps ou connaître une progression lente et persistante. Plusieurs praticiens se demandent comment aborder le monde cryptique dans lequel vivent les psychotiques. En général, pour les besoins de l’évaluation, il faut tenter de mettre en évidence et de préciser les symptômes. La psychose est désarmante pour le médecin qui ne systématise pas sa procédure d’examen mental. Doit-on entrer dans le délire ? Non. Doit-on appuyer ou confirmer les distorsions psychotiques ? Non. Le patient qui perçoit de l’intérêt chez le médecin est habituellement plus enclin à livrer le contenu de ses pensées. Pour démontrer cet intérêt, il n’est pas nécessaire de confirmer ce qui est, de toute évidence, faux. Être attentif, s’investir dans l’entrevue, orienter le dialogue sans être autoritaire sont souvent les meilleures façons d’établir un lien de confiance avec le patient psychotique. Confirmer ou infirmer ses croyances n’apparaît ni nécessaire ni utile à la collecte de données et peut nuire à l’établissement de la relation thérapeutique. Que répondre à un patient qui demande : « Est-ce que vous pensez que je suis fou, docteur ? » En ce cas, comme pour d’autres questions du même type, il est sans nul doute stérile pour la relation et frustrant pour le patient que de répondre par une explication intellectualisée et de se lancer dans des distinctions diagnostiques ou terminologiques. Il vaut mieux tenter de souligner l’anxiété et la crainte éprouvées qui ont conduit à une telle question et permettre au patient de s’exprimer directement. Les formulations suivantes peuvent s’appliquer, mais on doit garder à l’esprit que les termes employés doivent être adaptés à la capacité de compréhension du patient (capacité d’attention, éducation, niveau intellectuel) :

Qu’est-ce qui vous fait croire ça ?  
Que craignez-vous qu’il arrive ?

[857]

Les médecins n’emploient pas ce terme, mais quelle importance cela pourrait-il avoir pour vous de savoir ce que je pense maintenant de votre situation ?

Votre question est embêtante, car c’est une façon de formuler le problème qui n’est pas la mienne. Mais je crois comprendre que vous vous sentez dans une position inconfortable qui vous fait craindre que l’on ne tienne pas compte de ce que vous avez à dire.

Pour établir un plan de traitement d’urgence, il faut être en mesure de juger de l’influence des symptômes psychotiques sur le fonctionnement du patient. Une perspective longitudinale et l’appréciation de la situation sous un angle évolutif permettent d’évaluer le niveau d’adaptation de la vie du patient aux symptômes psychotiques et le degré d’imprévisibilité de ses comportements. L’imprévisibilité des comportements est intimement liée au potentiel de dangerosité associée à un état psychotique. Les autres conséquences psychosociales possibles de psychose doivent également faire l’objet d’une investigation : conflits conjugaux et sociaux, suicide, agression, actes criminels, abus de substances, marginalité et réclusion, stigmatisation, pauvreté, itinérance, inanition, etc. La psychose n’est pas synonyme de danger ou de perte d’autonomie. L’aptitude du patient à s’occuper de lui-même peut demeurer adéquate et intègre malgré de lourds symptômes psychotiques.

La psychose possède quelques analogies avec un autre état pathologique : le processus infectieux. Comme pour une infection et sa réaction inflammatoire, la manifestation la plus apparente chez un patient psychotique n’est pas la cause initiale du problème, mais bien une réaction de l’organisme pour se défendre. Le traitement, quant à lui, dépend de la nature de l’agent pathogène, de ses répercussions sur d’autres systèmes, de la chronicité de la maladie et de l’état général des défenses du patient. Le choix de la meilleure solution est donc déterminé par une analyse multidimensionnelle tenant compte des facteurs sociaux, tel l’isolement, et individuels, telle l’observance du traitement.

En situation d’urgence, il faut d’abord exclure toute cause neurologique, toxique ou métabolique. Au besoin, l’état d’agitation du patient peut être contenu par une médication, l’isolement en chambre sécuritaire ou l’usage d’un moyen de contention. Une fois le patient apaisé, il devient possible d’établir une relation en vue de limiter la désorganisation et de favoriser un meilleur contact avec la réalité. Le médecin peut tenter de corriger, de façon respectueuse, certaines distorsions en confrontant le patient avec la réalité de l’environnement actuel (où il se trouve, pourquoi il est confiné à une salle d’isolement ou maintenu dans son lit par des contentions, quel est le but des interventions actuelles, etc.). Plusieurs patients sont capables, malgré leur état, de comprendre la finalité des interventions les concernant. Leur collaboration et leur aptitude à établir une relation de confiance demeurent parfois surprenantes et ne devraient jamais être négligées comme ingrédient thérapeutique, même dans les cas de patients dont le comportement paraît très désorganisé.

29.4.7. Patient d’allure intoxiquée

EXEMPLE CLINIQUE

Monsieur X est un quinquagénaire divorcé travaillant comme enseignant. La veille de la rentrée scolaire, vers 3 heures du matin, il appelle la police et dit être victime de harcèlement de la part de voyous. Une fois sur les lieux, le policier ne voit rien de louche alors que l'homme insiste, affirme les apercevoir cachés sous les banquettes d'une voiture. Le policier note la transpiration abondante de monsieur X, trouve ses propos bizarres et décide de l'emmener à l'urgence. Au psychiatre, le patient raconte avec conviction les raisons plutôt vagues de ce harcèlement. Son haleine dégage une odeur d'alcool et il admet boire fréquemment mais sans exagération. Il transpire abondamment et présente une tachycardie à 110 pulsations par minute. Il tremble et a de la difficulté à saisir un crayon. Cependant, l'orientation dans le temps et l'espace demeure intacte. Dans l’ensemble, le patient est calme et capable de collaborer.

De tels tableaux cliniques ne sont pas rares en situation d’urgence psychiatrique. Ils appellent une démarche diagnostique plus complexe qu’il n’apparaît à première vue. On doit d’abord éliminer la possibilité d’une pathologie organique susceptible de mimer de tels états (voir le tableau 29.9, p. 858). Il importe de garder à l’esprit l’éventualité d’une intoxication non alcoolique, d’une dysfonction hépatique ou [858] rénale ou d’une lésion intracrânienne dont l’existence n’est pas connue, n’ayant pas été encore détectée. Un patient diabétique dans un état précomateux pourrait aussi présenter un tableau clinique voisin de celui de monsieur X. En outre, l’haleine fruitée engendrée par l’élimination de corps cétoniques chez un diabétique est semblable à celle qui se dégage par suite d’une intoxication alcoolique. Une telle haleine provient de la dégradation de cétones secondaires qu’on trouve plus fréquemment dans les produits alcooliques de moindre qualité. Bien que l’haleine qui sent l’alcool témoigne d’une consommation d’alcool, elle ne fournit aucun indice sur la quantité absorbée.

Dans le cas de monsieur X, la transpiration, les tremblements et la tachycardie, de même que l’histoire d’une consommation habituelle, incitent à soupçonner un syndrome de sevrage alcoolique. On devra alors s’enquérir, auprès du malade ou auprès d’un tiers, de l’importance réelle de la consommation récente et habituelle. En présence d’un consommateur de longue date, il sera pertinent de s’informer des situations antérieures de sevrage. Le patient a-t-il déjà eu des convulsions ? A-t-il déjà présenté des états délirieux ? La présence d’hallucinose alcoolique, en état d’intoxication ou de sevrage, devra également être recherchée. De telles informations constituent les meilleurs indicateurs de l’évolution probable du tableau actuel.

TABLEAU 29.9

Conditions pouvant mimer une intoxication alcoolique

|  |  |
| --- | --- |
| Haleine forte | Ataxie |
| Acidocétose diabétique  (odeur fruitée)  Défaillance hépatique  (odeur de poisson)  Infection du tractus respiratoire  (odeur fétide)  Insuffisance rénale  (odeur d’ammoniac  ou d’urine)  Intoxication par cyanide  (odeur d’amande),  par formaldéhyde  (odeur de solvant) | Accident vasculaire cérébelleux  Encéphalite  Hydrocéphalie normotensive  Hypothyroïdie  Intoxication par benzodiazépine, anticonvulsivant ou lithium  Sclérose en plaques  Tumeur |

La distinction entre un abus ponctuel et une dépendance aura des conséquences non seulement sur le diagnostic immédiat, mais également sur l’élaboration du plan de traitement à court, moyen et long terme (voir le tome I, chapitre 6).

Les premiers symptômes d’un syndrome de sevrage alcoolique peuvent se manifester de quatre à six heures après l’arrêt de la consommation. Ils évoluent ensuite progressivement pour atteindre leur maximum en 48 à 72 heures après cette interruption.

Il est également primordial de se renseigner sur la consommation récente d’une ou de plusieurs autres substances, licites ou non, dont la toxicité est susceptible de potentialiser celle de l’alcool.

L’anamnèse et l’examen du patient intoxiqué comportent des difficultés particulières. L’état de conscience n’est pas toujours optimal, rendant la collaboration aléatoire ou impossible. En de telles circonstances, il faut poursuivre l’observation médicale, prendre régulièrement les signes vitaux, amorcer un traitement symptomatique et procéder à un examen psychiatrique complet sitôt que les conditions le permettront.

La consommation d’alcool peut induire une désinhibition des comportements. Certains individus deviendront belliqueux, d’autres, dangereusement insouciants. Combinée à une humeur dépressive, cette désinhibition peut favoriser l’expression d’idées suicidaires et un passage à l’acte.

Malgré le caractère ponctuel d’une intoxication aiguë, l’alcoolisme est souvent un problème chronique. Les épisodes d’intoxication menant à une consultation médicale ou psychiatrique d’urgence constituent des occasions privilégiées d’intervention. En confrontant le patient avec la réalité de ses comportements en état d’ivresse, en lui montrant l’aspect chronique et répétitif de sa dépendance, de même que les conséquences sociales de ses abus, le médecin favorise chez lui une plus grande capacité d’autocritique.

Bien que le traitement de la dépendance à l’alcool ne soit pas du ressort de l’équipe d’urgence, il importe d’informer le patient de la nature de la maladie dont il souffre. Parmi les ressources qui existent au sein de la communauté, le médecin doit indiquer au patient celles qui paraissent davantage correspondre à ses besoins. L’évaluation de la motivation du patient, la chronicité de sa dépendance à l’alcool, le succès ou l’échec de thérapies antérieures, le degré de fréquentation de groupe de soutien (de type [859] Alcooliques Anonymes, Narcotiques Anonymes), l’existence d’un réseau d’entraide naturel - famille, syndicat, programme d’aide aux employés - de même qu’une bonne connaissance de la variété des organismes et programmes d’aide existant dans la communauté permettront de déterminer judicieusement les ressources susceptibles de convenir au patient et de l’accompagner durant la période de sevrage.

Au cours de la période de sevrage, la grande majorité des patients éprouvent une humeur dépressive ou font des rechutes et peuvent ainsi revenir consulter au service des urgences. Une attitude empathique du médecin est plus à même d’amener le patient à accepter une aide spécialisée (El Guebaly, 1993 ; Milmoe et coll., 1967) [voir aussi le tome I, chapitre 6].

Le sevrage alcoolique, volontaire ou par suite d’une incapacité à se procurer la substance (p. ex., au cours d’une hospitalisation), comporte toujours des risques d’apparition de troubles graves tels que crises convulsives, delirium tremens ou hallucinose. En cas d’agitation chez un patient en manque d’alcool, l’emploi de neuroleptiques paraît peu judicieux, car ils abaissent le seuil convulsif. Par ailleurs, certains travaux ont noté un accroissement du nombre de décès chez les patients atteints de delirium lorsque des phénothiazines étaient utilisées pour traiter l’agitation, décès attribuables à l’hypotension ou à la toxicité hépatique (Lowinson et coll., 1997, p. 146, 378-379, 558). L’emploi d’une benzodiazépine à action prolongée (tel le chlordiazépoxide) sera donc préféré. En présence de convulsions, on pourra administrer lentement, par voie parentérale, du diazépam ou du lorazépam. Si l’on soupçonne une insuffisance hépatique, l’oxazépam sera préféré aux autres benzodiazépines, car son élimination dépend moins d’un métabolisme hépatique. L’efficacité de la phénytoïne dans le traitement des convulsions dues au sevrage n’a pas été établie. Le patient atteint d’alcoolisme chronique pouvant tirer de l’alcool consommé toutes les calories nécessaires à son fonctionnement, différentes carences d’apports alimentaires sont à craindre. Des vitamines du complexe B sont alors indiquées, pour prévenir l’émergence d’un syndrome de Wernicke-Korsakoff. On administrera, d’ordinaire, soit une dose initiale de thiamine (100 mg) par voie parentérale, soit des doses quotidiennes successives de 50 mg de thiamine par voie intramusculaire pendant 3 jours, puis des doses orales jusqu’à stabilisation. De la pyridoxine (50 mg) peut également être administrée (voir le tome I, chapitre 6). Le tableau 29.10 fait un survol des complications psychiatriques de l’alcoolisme et de leur traitement d’urgence.

Les patients ayant un « double diagnostic » (alcoolisme ou toxicomanie associés à une pathologie psychique sévère comme la schizophrénie, un trouble bipolaire ou une déficience intellectuelle modérée ou sévère) et prenant déjà des neuroleptiques risquent plus de faire des convulsions durant un sevrage. Par conséquent, pendant la période de sevrage aigu, il conviendra de limiter l’usage des neuroleptiques au minimum nécessaire en leur substituant temporairement des benzodiazépines à longue durée d’action lorsque la fonction hépatique le permet.

29.4.8. Patient toxicomane

EXEMPLE CLINIQUE

Un jeune homme dans la vingtaine est amené au service des urgences par des policiers. Il s’y était présenté un mois auparavant dans un état de grande agitation. L’évaluation avait alors établi qu’il consommait régulièrement de la cocaïne et du cannabis. Il avait reçu son congé après une nuit en observation à l’hôpital. Aujourd’hui, il est en proie à une agitation psychomotrice importante, est facilement irritable, se montre agressif et revendicateur. Il affirme n’avoir pris aucune drogue depuis une semaine, mais rapporte entendre des voix qui commentent son comportement et lui disent de se tuer. Ses parents déclarent avoir noté, depuis quelques mois, des changements importants chez leur fils : il s’isole fréquemment dans sa chambre, fait du bruit la nuit et parle seul. Ils soupçonnent une forte consommation de drogues. Depuis un mois, il ne va plus à ses cours à l’université. La recherche de drogues dans l’urine est négative. Le patient est hospitalisé et, après une stabilisation de son état au moyen de neuroleptiques, il admet qu’il consomme effectivement de la cocaïne et du cannabis depuis quelques mois, mais dans le seul but de faire disparaître les symptômes psychotiques qui l’envahissent progressivement.

La consommation de substances psychoactives peut entraîner des symptômes qui miment plusieurs troubles mentaux. Par ailleurs, la souffrance morale engendrée par les psychopathologies peut inciter le patient à rechercher un soulagement dans la [860] consommation de drogues. C’est pourquoi il est important d’interroger le patient sur les effets recherchés par l’usage de drogues, en plus de qualifier et de quantifier le plus justement possible ses habitudes de consommation (voir le tome I, tableau 7.16, p. 198). L’utilisation de certains instruments de dépistage, dont le questionnaire CAGE (Cut down, Annoyed, Guilt, Eye opener) [Mayfield, McLeod et Hall, 1974], peut compléter l’évaluation usuelle (voir aussi la version abrégée du Michigan Alcoholism Screening Test [MAST], tome I, tableau 6.7, p. 161).

Tableau 29.10

Complications psychiatriques aigues de l’alcoolisme

| Symptômes et signes | Diagnostic | Traitement d'urgence |
| --- | --- | --- |
| Troubles du comportement avec dysarthrie, incoordination, ataxie, nystagmus et hyperhémie cutanée. La quantité d'alcool consommée doit être égale ou supérieure à 100 mg/dL | Intoxication | Surveillance et précautions pour prévenir agression ou accident. Administration de faibles doses de benzodiazépine pour calmer l'agitation: lorazépam, 1 à 2 mg po ou par voie i.m., répéter aux 30 minutes au besoin. |
| Comportement verbal agressif ou violence physique à la suite d'une faible consommation d'alcool. | Intoxication alcoolique pathologique (intoxication idiosyncrasique) | Même que pour intoxication simple. Attention particulière au risque d'assaut physique. Donner un neuroleptique incisif (halopéridol) au besoin. |
| Tremblements grossiers, nausées et vomissements, malaise et faiblesse, anxiété, dysphorie ou irritabilité, hallucinations ou illusions transitoires, céphalées et insomnie, tachycardie, hypertension, diaphorèse, convulsions.  Apparition après une réduction de la quantité d'alcool consommée et disparition en 5 à 7 jours. | Sevrage | Bien réhydrater. Corriger les anomalies électrolytiques s'il y a lieu (y compris Ca++ et Mg+).  Traitement préventif : thiamine (100 mg par voie i.m.) et acide folique (1 à 5 mg par voie i.m. stat), puis thiamine, vitamine B12 et acide folique à forte dose pendant une semaine (p. ex., vitamine du complexe B et acide folique, 1 mgt.i.d.).  Traitement: chlordiazépoxide (25 à 100 mg po q.i.d.) ; si la fonction hépatique est anormale, le lorazépam (1 à 2 mg po ou par voie i.m., q.i.d.) est préférable. Régler la posologie selon les symptômes et réduire sur 5 à 10 jours. |
| État délirieux (diminution de l'attention, pensée désorganisée, altération de l'état de conscience, désorientation, troubles psychomoteurs, perturbations de la mémoire, du rythme veille-sommeil, de la perception), en plus de troubles dysautonomiques. Débute quelques jours après la réduction de la consommation d'alcool et ne dure habituellement que de 2 à 3 jours. | Delirium de sevrage (delirium tremens) | Urgence médicale. Surveillance intensive du comportement et des signes vitaux. Réhydratation i.v. et diète à haute teneur calorique. Vitaminothérapie et surveillance des signes de sevrage décrits ci-contre. Administrer une benzodiazépine par voie i.v. (lorazépam, 1 à 2 mg aux 15 minutes); ne pas donner si le patient est somnolent. |
| Hallucinations visuelles ou auditives persistantes, apparaissant de 1 à 2 jours après la cessation ou la réduction de la consommation d'alcool. Durée très variable, parfois chronique. | Hallucinose alcoolique | Vitaminothérapie préventive, comme pour le sevrage. Si des symptômes de sevrage sont présents, traiter au moyen de benzodiazépines. Prescrire un antipsychotique incisif (p. ex., halopéridol) après la période de sevrage. |
| Confusion, ataxie et ophtalmoplégie (nystagmus, paralysie du VI nerf crânien, etc.), parfois hypothermie, hypotension, anomalies pupillaires et neuropathies. Patient apathique plutôt qu'agité. | Encéphalopathie de Wernicke | Thiamine, 100 mg par voie i.v. ou i.m. (glucose par voie i.v. après, si coma). Poursuivre l'administration parentérale de thiamine pendant quelques jours, puis passer à la voie orale. Traiter les symptômes de sevrage s'il y a lieu. |

Le questionnaire CAGE constitue l’un des outils diagnostiques les plus fiables dont dispose le médecin en situation d’urgence. Sa validité prédictive en ce qui concerne la consommation réelle est l’une des plus élevées qui soit parmi les divers outils de dépistage. Le CAGE comporte quatre questions :

1. Avez-vous déjà voulu cesser votre consommation (d’alcool ou de drogue) ? [Une consommation abusive entraîne des conséquences fâcheuses sur les plans physique, psychologique et social sur [861] lesquelles le patient sent n’avoir aucune prise, ce qui peut l’inciter à vouloir changer ses habitudes.]

2. Les gens autour de vous ont-il déjà manifesté de l’agressivité face à votre consommation ? [Cette question évalue plus spécifiquement la présence de conséquences sociales liées à la consommation.]

3. Par rapport à votre consommation, avez-vous déjà éprouvé de la gêne ou de la culpabilité ?

4. Vous est-il arrivé, le lendemain d’une consommation importante d’alcool ou de drogue, de ressentir dès l’éveil le besoin d’en reprendre ? [Cette dernière question fournit un indice sur une possible dépendance physiologique, en plus de donner une idée de la quantité habituellement consommée.]

Tableau 29.11

Dépistage des substances psychoactives

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Substances | Durée d'action (heures) | Demi-vie (heures) | Durée de détection dans l'urine (jours) |
| Amphétamines a (ice, speed, meth) | 0,5 à 48 | 10 à 15 | 2 |
| Barbituriques | (Inconnue) | 20 à 100 | là 14 |
| Benzodiazépines | (Inconnue) | 20 à 90 | 2 à 9 |
| Cannabis (haschich, pot) | Moins de 6 | 10 à 40 | 2 à 8 |
| Delta 9-tétrahydrocannabinol (THC) |  |  | 10 à 42 b |
| Cocaïne {free-base, crack) | Moins de 1,5 | 0,8 à 1,5 | 2 à 4 |
| Hallucinogènes: LSD, mescaline, psilocybine | 2 à 12 | 3 c | (Inconnue) |
| (magie mushroom), diméthyltryptamine (DMT) |  |  |  |
| Méthaqualone | (Inconnue) | 2 à 60 | 7 à 14 |
| Opiacés d : méthadone, morphine, héroïne, codéine | Moins de 6 | 2 à 4 | 1 à 3 |
| Phencyclidine (PCP, angeldust, crystal) | Moins de 6 à 48 | 6 à 7 | 2 à 8 jusqu'à 30 |

a Comprend aussi les dérivés synthétiques des amphétamines :

- 3,4-méthylènedioxyméthamphétamine (MDMA, eestasy) ;

- N-éthyl-3,4-méthylènedioxyamphétamine (MDEA, Eve) ;

- 5-méthoxy-3,4-méthylènedioxyamphétamine (MMDA);

- 2,5-diméthoxy-4-méthylamptiétamine (DOM).

b Consommation de longue date importante.

c. Pour le LSD seulement.

d. Comprend aussi les dérivés synthétiques des opiacés.

On pourra compléter l’évaluation du patient par une recherche d’informations complémentaires auprès de ses proches. Cette démarche est d’autant plus utile que ces derniers sont fréquemment témoins des complications sociales de la consommation du patient et seront souvent impliqués dans le traitement. Leur participation dès le stade du diagnostic ne peut que favoriser une juste compréhension de la situation.

Le patient, en raison de son état de conscience, de sa confusion, de sa désorientation, de son anxiété ou de son irritabilité, n’est pas toujours en mesure de fournir au médecin les informations désirées. L’examen physique peut alors renseigner sur le type de substance consommée. Par exemple, la consommation de cannabis et de ses dérivés s’accompagne d’une mydriase, alors qu’on pourra observer un myosis à la suite d’une consommation de cocaïne, d’un stimulant ou d’un opiacé.

Le dépistage urinaire de substances psychoactives offre également des possibilités diagnostiques réelles (voir le tableau 29.11). Ce dépistage peut confirmer les hypothèses cliniques et peut montrer la présence de substances insoupçonnées même par le patient. En effet, différentes substances vendues sur le marché noir peuvent être constituées d’un mélange de [862] dierses drogues. Par exemple, il n’est pas rare que le cannabis acheté en milieu urbain contienne des doses substantielles de phencyclidine (PCP) à l’insu du consommateur. L’intoxication par le PCP, le 3,4-méthylènedioxyméthamphétamine (MDMA ou « ecstasy »), l’acide lysergique diéthylamide (LSD), le gamma-hydroxybutyrate (GHB), entre autres, peut engendrer un tableau clinique en tous points semblable à certains tableaux psychotiques classiques. Les corps policiers de la communauté sont également une excellente source d’information sur les drogues de rue couramment en usage dans une collectivité donnée.

Le traitement de la dépendance aux substances psychoactives relève, dans la plupart des cas, de services spécialisés non psychiatriques et non hospitaliers : centres de désintoxication, communautés thérapeutiques, groupes de soutien, etc. Une fois les dangers d’un syndrome de sevrage aigu écartés, le médecin doit orienter le patient vers la ressource la plus appropriée, puis assurer, ou du moins offrir, une liaison avec cette ressource. Les patients ayant un « double diagnostic » doivent idéalement recevoir un traitement intégré en un seul milieu qui vise les deux problématiques. De telles ressources sont toutefois rares. Selon Regier et coll. (1990), 47% des schizophrènes ont un problème de consommation de substances psychoactives cliniquement significatif. Le cas présenté plus haut illustre cette problématique.

Par ailleurs, établir une distinction entre les symptômes des maladies affectives (troubles de l’humeur) et les symptômes dus à une consommation de substances psychoactives est souvent difficile. La prise régulière de substances psychoactives illicites est susceptible d’engendrer des modifications neurochimiques dans le métabolisme cérébral pouvant durer plusieurs mois après une cessation complète de la consommation. Il en résulte des perturbations de l’humeur, un affect dépressif qui peut prendre des mois avant de se corriger. En pratique, à moins de disposer d’une histoire longitudinale permettant de déterminer clairement l’existence d’épisodes dépressifs, d’hypomanie ou de manie sans lien chronologique avec un abus de substances, il faut attribuer un tableau de tristesse à un usage régulier de celles-ci, et un « double diagnostic » ne sera pas posé avant qu’une période de deux mois d’abstinence soit écoulée. Si, après cette période, le malade présente toujours un état dépressif important, un traitement antidépresseur approprié apparaît justifié.

On note, enfin, une association fréquente de dépendances toxiques et de troubles de la personnalité, particulièrement du type antisocial. Le coût et les conditions de consommation de ces substances illicites conduisent souvent le toxicomane à des actes criminels : vol, fraude, prostitution. Il importe de distinguer ces conduites ponctuelles, engendrées par la nécessité de se procurer la substance, des conduites inadéquates répétées caractérisant un individu ayant une structure de personnalité antisociale. Une telle structure de personnalité, par définition, se manifeste entre autres par de la délinquance ou des actes criminels répétés repérables dès l’enfance, avant l’âge de 15 ans. Si un tel mode de fonctionnement ne peut être mis en évidence, il faut considérer l’origine des conduites antisociales comme consécutives à la dépendance. Par conséquent, elles devraient disparaître avec l’abstinence.

La substance donnant lieu à l’abus ou à la dépendance peut être un médicament licite délivré sur ordonnance. Barbituriques, opiacés, tranquillisants, hypnotiques seront ici les substances que le patient atteint de toxicomanie cherche à se procurer. Les patients abusant de telles substances peuvent se présenter aux urgences psychiatriques dans un état marqué d’anxiété relié au sevrage. Lorsqu’il est prescrit dans le but de corriger un problème anxieux, l’arrêt de ces médicaments peut entraîner un retour du trouble initial, lesquels ne seront pas nécessairement associé à un syndrome de sevrage. Il s’agit alors d’une « anxiété rebond ». Un diagnostic d’abus de médicaments, puis, plus tard, de dépendance, commande qu’on fasse au patient, sitôt que sa vie n’est plus en danger, des recommandations thérapeutiques précises. Il est avisé de s’enquérir de la consommation concomitante de substances stimulantes. La consommation prolongée de cocaïne, par exemple, peut engendrer des états anxieux attribués à des décharges de catécholamine par le système nerveux sympathique.

Le patient qui se présente à l’urgence en état d’intoxication par des substances psychoactives pose au médecin un certain nombre de problèmes. Souvent anxieux, irritable ou agité, il peut avoir des comportements qui dérangent les autres patients, ne pas écouter les consignes et ne pas collaborer avec le personnel soignant. Il indispose par son arrogance, sa désinhibition et son insouciance. Les symptômes délirants, paranoïdes, mégalomaniaques ou hallucinatoires qu’il présente peuvent faire penser à des [863] tableaux cliniques connus, en particulier à ceux de la schizophrénie et des troubles de l’humeur. Dans la plupart des cas, l’intervention d’urgence visera à assurer un milieu sécuritaire, à traiter l’intoxication (voir le tableau 29.12), puis à diriger le patient vers un organisme spécialisé dans le traitement de la toxicomanie. Lorsqu’un trouble psychiatrique concomitant est diagnostiqué et que celui-ci est en phase aiguë, le patient sera hospitalisé. Dans chacune de ces circonstances, l’intervention d’urgence pourra aider le patient à prendre lui-même toute la mesure des méfaits de sa consommation et des risques qu’il court à maintenir une conduite addictive.

Tableau 29.12

Traitement des intexications

|  |  |
| --- | --- |
| Amphétamines, cocaïne | Agitation : diazépam, 5 à 10 mg par voie i.m. ou orale aux 3 heures.  Tachyarythmie: propranolol, 10 à 20 mg po aux 4 heures. |
| Benzodiazépines | Substitution par une benzodiazépine à demi-vie plus longue (p. ex., diazépam) et diminution graduelle par la suite sur plusieurs semaines. |
| Hallucinogènes | Agitation légère: attitude rassurante, soutien; diazépam, 10 mg par voie i.m. ou orale aux 6 heures.  Agitation sévère: halopéridol, 1 à 5 mg par voie i.m. aux 6 heures + diphénhydramine, 25 à 50 mg.  Halopéridol, 1 à 2 mg/jour, pendant quelques semaines pour prévenir les symptômes perceptuels persistants (flashback). |
| Opiacés | Sevrage graduel : méthadone, 5 à 10 mg po aux 6 heures pour 24 heures (max. 40 mg/jour), diminution graduelle par la suite (10 % à 20 % par jour). |
| PCP | Potentiel de violence: surveillance étroite. En cas d’agitation: halopéridol, 1 à 4 mg aux 2 à 4 heures jusqu'à sédation. Phénothiazines contre-indiquées. |
| Solvants volatils | Agitation : halopéridol, 1 à 5 mg par voie i.m. ou orale aux 6 heures jusqu’à sédation ; épinéphrine à éviter. |

Une démarche psychoéducative en ce qui a trait aux complications médicales reliées à l’usage de substances psychoactives, particulièrement par voie intraveineuse (VIH, hépatite virale, phlébite, abcès, septicémie, etc.), complétera l’intervention. Les conseils d’ordre préventif font partie des tâches du praticien en situation d’urgence psychiatrique.

29.4.9. Patient atteint d’un trouble  
de la personnalité

EXEMPLE CLINIQUE

Une femme dans la trentaine est amenée aux urgences psychiatriques par son conjoint. À la suite d'une dispute particulièrement violente, elle s'était enfermée dans la salle de bains et le conjoint, après avoir défoncé la porte, l'a retrouvée gisant sur le sol, les poignets lacérés. Il affirme qu'elle a besoin d’être hospitalisée et évoque une séparation. La patiente insiste aussi pour être gardée à l'hôpital. Elle dit qu'elle n’en peut plus et qu’elle ne sait pas ce qu’elle va faire. Elle explique qu'elle est maniaco-dépressive (trouble aujourd'hui désigné sous le nom de trouble bipolaire), et actuellement en dépression. Elle rapporte passer de moments où elle est énergique, enthousiaste et encouragée à d’autres moments où elle est sans force, irritable et triste. L’alternance entre les moments d'euphorie et les moments d'abattement est très fréquente et les épisodes sont de courte durée, habituellement de quelques heures à quelques jours, n’excédant jamais une semaine. Ces moments d’exubérance et de tristesse sont toujours liés à des événements heureux ou malheureux survenant dans ses relations intimes. Elle dit avoir fait plusieurs tentatives de suicide dans le passé, mais changeait d'idée après son geste et appelait un ami ou un service téléphonique d’aide pour être secourue. Sur le plan amoureux, elle décrit un ensemble de relations caractérisées par une période idyllique où elle est « en amour par-dessus la tête », suivie rapidement par la conviction que son partenaire ne la comprend pas. Elle raconte se sentir étrange par moments, comme si une force s’emparait d’elle, ce qui explique ses accès de colère. Elle se décrit comme dépendante, connaissant peu ses goûts et ses intérêts. Elle a occupé différents emplois, commençant chaque fois avec une ferveur hors du commun pour rapidement se lasser et abandonner son emploi. En entrevue, son comportement est dramatique, ponctué de pleurs intenses alternant avec des propos revendicateurs et agressifs, surtout lorsque le médecin cherche à explorer les [864] circonstances qui ont provoqué la dispute du couple. Aucun symptôme psychotique n’est mis en évidence. Le médecin éprouve un vague malaise durant l’entrevue, avec l’impression d’être piégé dans un jeu sans issue.

Les patients atteints d’un trouble de la personnalité sont reconnus comme étant difficiles autant par leur entourage que par les intervenants du réseau de santé. Un fonctionnement inadapté et rigide, qui perturbe leurs relations interpersonnelles et colore leurs attitudes professionnelles et sociales, les caractérise. Leur façon d’entrer en relation, depuis l’adolescence ou le début de l’âge adulte, entraîne une vie ponctuée de crises auxquelles contribue leur faible capacité d’adaptation. Le DSM-IV classifie les divers troubles de la personnalité selon certains critères descriptifs. Ce sont celles du groupe B (personnalités dramatiques et émotives) que l’on rencontre le plus souvent dans les services des urgences, particulièrement les personnalités limites caractérisées par une instabilité de l’identité, des relations sociales et des affects (voir le tome I, chapitre 27).

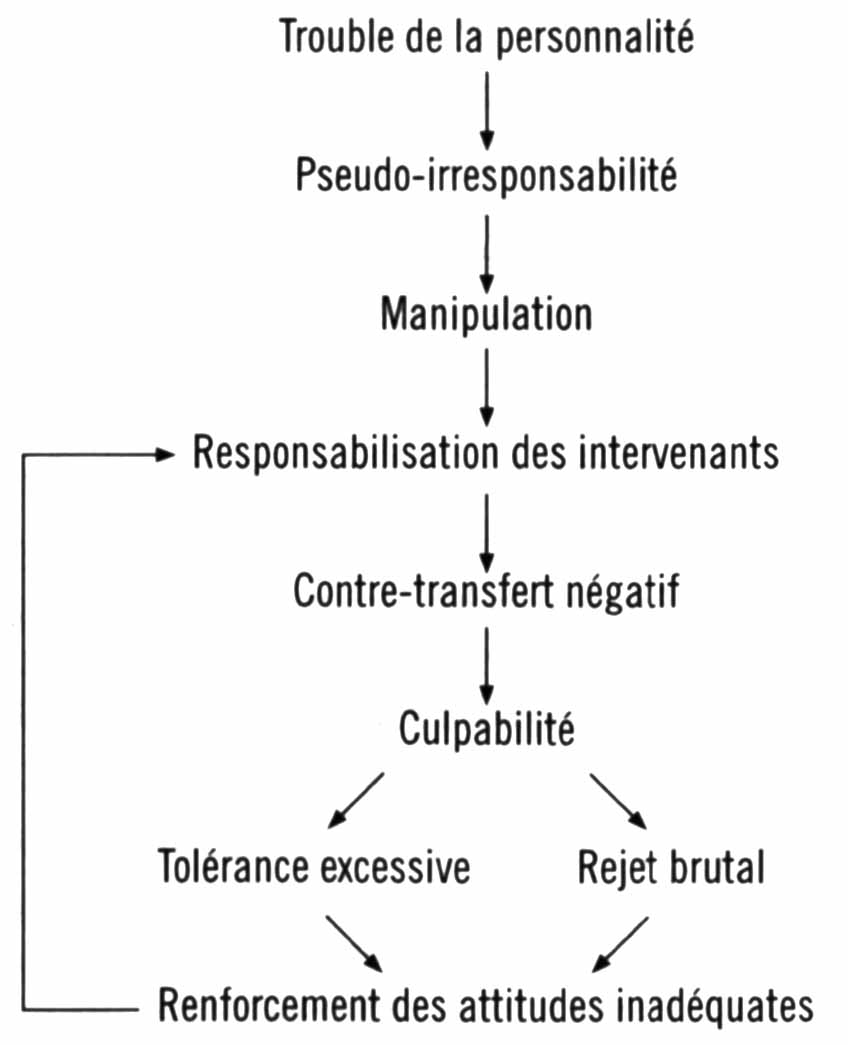
Un trouble de la personnalité implique un trouble relationnel, une difficulté à entrer en relation avec autrui. Durant l’évaluation d’urgence, le médecin doit établir une relation avec un patient qui éprouve habituellement de la difficulté à le faire de façon adéquate. Le processus d’évaluation psychiatrique, qui repose en grande partie sur l’histoire des symptômes rapportée par le patient, s’en trouve fortement perturbé et compliqué, surtout que le patient souffrant d’un trouble de la personnalité peut décrire ses symptômes de façon si inadéquate qu’ils orientent le diagnostic vers un trouble psychique sévère relevant de l’axe I, alors que l’examen mental au moment de l’entrevue dément la présence d’une telle pathologie. La situation est d’autant plus complexe que ces patients peuvent effectivement souffrir d’une pathologie psychiatrique s’ajoutant à leur trouble de la personnalité. La personnalité limite est un trouble qui peut s’accompagner de micro-psychoses pendant lesquelles se manifestent, de façon brève et transitoire, des symptômes psychotiques. Le cas clinique présenté plus haut illustre bien la complexité de l’évaluation psychiatrique chez une patiente dont les propos suggèrent un tableau d’allure bipolaire en plus de velléités suicidaires. Il ne faut pas oublier que les traits de personnalité modulent aussi la présentation et l’évolution d’une pathologie de l’axe I.

Notion de pseudo-irresponsabilité

Le problème du diagnostic différentiel n’est qu’un aspect de la complexité de l’évaluation et du traitement des troubles de la personnalité. Certains patients amènent de façon souvent insidieuse et fort habile les membres de leur entourage à croire qu’ils ne sont pas responsables de leurs comportements et de leurs décisions. Les médecins, psychiatres, psychologues et autres soignants ne sont pas à l’abri de ce genre de situation. Le piège d’une connivence avec le patient quant à son incapacité à gérer sa vie - la pseudo-irresponsabilité - et la totale prise en charge qui s’ensuit logiquement sont à la source des impasses thérapeutiques fréquentes dans le traitement de ces pathologies. Un cercle vicieux s’installe dans la relation médecin-patient qui perpétue et accentue le dysfonctionnement social perturbateur de ce dernier (voir la figure 29.2).

FIGURE 29.2

Cycle du trouble de la personnalité



Plusieurs facteurs contribuent à la mise en place d’un tel cycle. Le médecin est confronté à des réactions contre-transférentielles négatives, souvent inavouables, et peut en éprouver une culpabilité qui favorise l’adoption d’une attitude de surinvestissement thérapeutique. Un diagnostic de trouble sévère [865] de l’axe I, de nombreuses hospitalisations, une pharmacothérapie excessive en sont parfois les conséquences. Les proches du patient, également pris dans cette dynamique, peuvent exercer une pression sur le médecin afin qu’il trouve un traitement adéquat. Pressé d’un côté par ces derniers, de l’autre par les plaintes du patient, le médecin peut craindre une hypothétique poursuite judiciaire en cas de passage à l’acte suicidaire et tâcher de satisfaire les demandes des deux parties. À l’opposé, le médecin peut répondre aux demandes du patient par un rejet brutal. Ces deux attitudes emprisonnent le patient dans son mode de relation en renforçant sa vision de lui-même et du monde où il se perçoit telle une victime injustement traitée par un environnement « persécuteur ». Face à un refus, le patient peut se sentir obligé d’être encore plus « malade » pour appuyer sa demande d’aide.

Devant ce type de problématique, il est essentiel d’appliquer certains principes généraux afin d’éviter de devenir un autre élément renforçant ce système pathologique (Denis, 1990) :

1. Éviter le modèle de la « prise en charge » ;

2. Responsabiliser le patient ;

3. Fixer des limites explicites ;

4. Reconnaître ses propres limites et celles de ses collègues ;

5. Avouer d’emblée l’impuissance médicale ;

6. Adopter une démarche éducative ;

7. Faire preuve d’une fermeté bienveillante ;

8. Employer la confrontation au besoin ;

9. Bien étayer le dossier ;

10. Partager la responsabilité entre collègues ;

11. Élaborer une philosophie thérapeutique avec son équipe de travail.

29.5. EFFETS SECONDAIRES  
DES MÉDICAMENTS ET PATHOLOGIES  
IATROGÈNES

La pharmacothérapie occupe une place importante dans la thérapeutique psychiatrique. Elle est cependant responsable d’un bon nombre de complications et d’une morbidité élevée. Les patients âgés sont plus fréquemment aux prises, parfois de façon insidieuse et chronique, avec un emploi au long cours de psychotropes. Certains effets secondaires toxiques ont tendance à se produire en début de traitement, alors que la sensibilité du patient au médicament n’est pas connue. D’autres effets se manifestent par suite de changements dans la dose, de l’ajout d’un nouveau médicament ou de l’arrêt d’un traitement. Quelques syndromes sont quasi exclusifs à la pharmacothérapie psychiatrique, notamment :

- le syndrome anticholinergique, qui est causé par une surdose d’un médicament ayant un effet anticholinergique ou par l’emploi simultané de plusieurs agents bloquant les récepteurs muscariniques, par exemple un neuroleptique et un antiparkinsonien à forte dose ;

- le syndrome sérotoninergique, qui est causé par une suractivation du système sérotoninergique, à la suite, entre autres, de l’utilisation concomitante de deux molécules stimulant cette activité par des mécanismes différents (p. ex., retrait de la fluoxétine et début d’un traitement par la paroxétine dans un intervalle de moins de cinq semaines).

On trouvera dans le tableau 29.13 (p. 866) une description des diverses réactions indésirables à des médicaments fréquemment prescrits en psychiatrie ainsi que des traitements d’urgence qu’elles appellent.

29.6. INTERVENTION DE CRISE

29.6.1. Aperçu historique

Les théories et les techniques d’intervention de crise ont été élaborées par Lindemann (1944) et par Caplan (1964). Grâce à leurs travaux, l’intervention de crise a connu un essor important et constitue aujourd’hui une méthode d’intervention spécifique particulièrement adaptée au travail de l’urgence psychiatrique.

L’intervention de crise découle de la notion d’adaptation de l’individu à son environnement introduite par les tenants de la psychologie du Moi tels Hartmann et Rado. Se distanciant quelque peu des conceptions psychanalytiques freudiennes classiques, Hartmann a avancé que les fonctions autonomes primaires du Moi (mémoire, pensée, langage) se

[866]

TABLEAU 29.13

Réactions indésirables à des médicaments fréquemment  
prescrits en psychiatrie et traitement d’urgence

| Médicaments | Symptômes et signes | Diagnostic | Traitement d’urgence |
| --- | --- | --- | --- |
| Benzodiazépines | Somnolence, dysarthrie, ataxie, apathie, baisse de la concentration, désinhibition | Intoxication aiguë ou chronique (chez les personnes âgées) | Retrait du médicament. Lavage gastrique et charbon de bois, surveillance des fonctions vitales et neurologiques si intoxication aiguë. Attention au risque de syndrome de sevrage subséquent chez les dépendants. |
| Nausées, vomissements, malaise, anxiété, tremblements, insomnie, hypertension, tachycardie, sudation, convulsions, delirium | Sevrage | Si la dose est de moins de 15 mg/jour de diazépam : cesser.  Si la dose est de 15 à 40 mg/jour, changer pour une benzodiazépine à longue demi-vie (diazépam), puis diminuer la dose de 10% chaque jour, ou plus lentement selon la tolérance. |
| Dose de plus de 40 mg/jour, envisager une hospitalisation pour sevrage. |
| Tricycliques | Douleur abdominale et dysurie | Rétention urinaire (effet anticholinergique) | Cathétérisme intermittent, sonde à demeure. Béthanéchol, 2,5 à 5 mg par voie s.c., à répéter aux 15 minutes, pour un maximum de 4 doses. Per os-. 10 à 50 mg t.i.d. ou q.i.d. |
| Douleur à l’œil, vue brouillée, halo visuel | Crise de glaucome aiguë (effet anticholinergique) | Urgence ophtalmologique : faire appel à un spécialiste. |
| Chute, étourdissements | Hypotension orthostatique (blocage alphanoradréner- gique) | Conseiller de se lever lentement, de bien s’hydrater, ajouter du sel à la diète.  Port de bas de soutien. |
| Diminuer la dose du médicament ou changer de médicament. |
| Palpitations, perte de conscience | Arythmie (effet quinidine/ anti-arythmique à dose thérapeutique et effet arythmogène à dose toxique) | Urgence cardiologique : faire appel à un spécialiste. |
| Inhibiteurs de la monoamine-oxydase  (IMAO) | Céphalées (surtout occipitales), raideur de la nuque, nausées et vomissements, sudation, hypertension artérielle : manifestations après l’ingestion de nourriture contenant de la tyramine ou à l’occasion d’un usage concomitant d’agents sympathicomimétiques et autres (péthidine, certains anesthésiques, etc.) | Crise hypertensive | Cesser le ou les médicaments. Phentolamine par voie i.v., diazoxide par voie i.v. ou nifédipine po avec surveillance des fonctions vitales en permanence. À éviter : méthyldopa, guanéthidine, réserpine, pargyline.  Le patient peut avoir avec lui un comprimé de chlorpromazine (50 ou 100 mg) à prendre dès les premiers symptômes. |

[867]

TABLEAU 29.13

Réactions indésirables à des médicaments fréquemment   
prescrits en psychiatrie et traitement d’urgence (suite)

| Médicaments | Symptômes et signes | Diagnostic | Traitement d’urgence |
| --- | --- | --- | --- |
| Neuroleptiques | Hyperthermie, raideur musculaire (en tuyau de plomb), sensorium altéré, instabilité autonomique : les manifestations surviennent habituellement dans les 10 jours suivant le début du traitement | Syndrome neuroleptique malin | Cesser le neuroleptique. Bilan : formule sanguine complète, électrolytes, urée et créatinine, enzymes hépatiques,  CPK (> 1 000 lU/mL). Surveillance des fonctions vitales et de la diurèse. Réhydratation vigoureuse. Rafraîchir le patient. Dantrolène, 25 mg po die à 100 mg po q.i.d. ou 1 à 10 mg/kg en injection i.v. rapide ; ou bromocriptine, 2,5 à 5 mg po t.i.d. jusqu’à un maximum de 40 mg en 24 heures. |
| Crampe musculaire, crise oculogyre, opisthotonos, détresse respiratoire (spasmes du larynx ou du pharynx) | Dystonie aiguë | Benztropine, 1 à 2 mg, ou diphénhydramine, 25 à 50 mg, par voie i.m. ou i.v., à répéter toutes les 15 à 30 minutes. En cas de détresse respiratoire, administrer par voie i.v. et répéter toutes les 5 à 15 minutes.  En l’absence de réponse, administrer du lorazépam, 1 à 2 mg en injection i.v. lente (plus de 1 minute). Préparer le matériel à intubation. Prescrire un antiparkinsonien pour prévenir les crises subséquentes. |
| Respiration irrégulière, dysphagie, toux ou mouvements choréo-athétosiques après une cessation ou une diminution rapide. | Dyskinésie de retrait | Reprendre le neuroleptique à la dose antérieure et la diminuer lentement sur plusieurs mois. |
| Balancement des jambes, piétinement, irritabilité, agitation avec sensorium clair | Akathisie | Réduire, si possible, la dose du neuroleptique. Lorazépam, 1 à 2 mg po t.i.d. ; propranolol, 10 à 40 mg po t.i.d. ; benztropine, 2 mg po b.i.d., ou encore clonidine ou amantadine. |
| Lithium | Tremblements, apathie, agitation, ataxie, delirium, hyperréflectivité, parésie, hyperextension des extrémités, convulsions, coma (même en présence d’une lithémie dans les limites thérapeutiques habituelles) | Intoxication | Dosage sérique et cessation du lithium.  Intoxication légère (concentrations de lithium allant de 1,5 à 2 mÉq/L) : observer, réhydrater par voie orale ou i.v. (6 L/jour).  Intoxication modérée (concentrations supérieures à 2 mÉq/L sans symptômes graves) : soluté à 0,9% NaCI par voie i.v. et furosémide ou mannitol, également lactate sodique et/ou aminophylline par voie i.v. |
| Intoxication sévère (concentrations supérieures à 2 mÉq/L avec symptômes graves) : même traitement, envisager une hémodialyse répétée en réévaluant le patient et en mesurant les taux sériques de lithium (car il y a fluctuation de la lithémie). |
| Acide valproïque Carbamazépine Phénytoïne | Vomissements, somnolence, apathie, faible concentration, nystagmus, ataxie, dysarthrie, tremblements, coma | Intoxication | Dosage sérique, diminuer la dose quotidienne ou cesser. Doser B12 et acide folique et suppléer au besoin. |

[868]

TABLEAU 29.13

Réactions indésirables à des médicaments fréquemment   
prescrits en psychiatrie et traitement d’urgence (suite)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Médicaments | Symptômes et signes | Diagnostic | Traitement d’urgence |
| Clozapine  Carbamazépine  Tricycliques | Hyperthermie, pharyngite, ulcération péribuccale ou anale, infections diverses | Leucopénie  (leucocytes < 3,5 x 109/L)  Granulocytopénie (polynucléaires neutrophiles < 1,5 xl09/L)  Agranulocytose (polynucléaires neutrophiles < 0,5 x 109/L) | Habituellement bénigne, poursuivre le médicament. Formule sanguine complète chaque semaine.  Cesser le médicament. Surveillance médicale et hématologique. Formule sanguine complète 2 fois par semaine.  Urgence médicale: consultation en hématologie. |
| Inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS), IMAO  Clomipramine  L-tryptophane | Nausées, vomissements, crampes abdominales, diarrhée, céphalées, tremblements, rigidité, hyperréflectivité, hyperthermie, sudation, hypotension, agitation, delirium : survenue après un changement de médicament ou par suite d’une combinaison de médicaments ayant des effets sérotoninergiques | Syndrome sérotoninergique | Cesser les médicaments en cause. Surveiller et traiter les complications médicales : déséquilibres électrolytiques, déshydratation, agitation, etc.  Note : La cessation brusque de certains ISRS (paroxétine en particulier) peut entraîner un syndrome de sevrage. Les symptômes sont comparables à ceux du syndrome sérotoninergique. Traitement: réintroduire le médicament et le retirer graduellement. |
| Antiparkinsoniens  Tricycliques  Neuroleptiques | Hyperhémie, peau et muqueuses sèches, hyperthermie, mydriase, tachycardie, iléus, dysurie ou anurie, agitation, delirium, convulsions | Syndrome anticholinergique | Cesser le médicament en cause. Placer le patient en surveillance cardiaque, administrer une benzodiazépine pour calmer l’agitation. |

développent à partir de zones non conflictuelles de la psyché et influent sur la capacité de l’individu à s’adapter à son environnement. Rado, pour sa part, reconnaît l’importance de tenir compte des éléments de la réalité dans les interventions psychothérapeutiques. C’est dans la foulée de la théorie du développement psychosocial de l’individu, élaborée par Erikson, que le concept de crise normale de maturation devient un objet d’intérêt et de recherche. Selon Erikson, le cycle d’une vie comporte normalement huit stades, chacun correspondant à une crise qui déstabilise l’individu, le rend plus vulnérable. L’individu doit résoudre chaque crise avant d’être en mesure d’affronter la crise de l’étape suivante, et la non-résolution d’une crise peut donner lieu à une mauvaise adaptation sur les plans cognitif, physique ou social (voir le chapitre 64).

Par ailleurs, Lindemann (1944) avait découvert, au cours de ses travaux sur l’adaptation au traumatisme, dont son étude sur les survivants de l’incendie au Coconut Grove, que toute situation stressante mettant en péril l’équilibre émotionnel de l’individu et ébranlant ses mécanismes d’adaptation habituels peut être à l’origine de réactions de deuil. Or plusieurs événements inévitables au cours de la vie constituent des situations susceptibles de plonger l’individu dans un état de crise important. Il y a donc lieu d’envisager des interventions dont le but est de favoriser l’adaptation et, ainsi, de prévenir l’apparition de problèmes de santé mentale.

Caplan (1964) construit par la suite une théorie de la crise qui comporte les éléments suivants :

- tout individu doit faire face à certains événements qui rompent son équilibre émotionnel ;

- ces déséquilibres momentanés sont normaux et non nécessairement pathologiques ;

- la crise est limitée dans le temps et son évolution est prévisible ;

[869]

- la crise met souvent en relief certains conflits antérieurs non résolus ;

- les périodes de crise sont souvent propices à la résolution des conflits antérieurs ;

- l’intervention sera brève et d’autant plus efficace qu’elle sera précoce.

Caplan distingue quatre phases possibles dans l’évolution d’une crise :

1) l’individu qui affronte une situation menaçant son équilibre émotionnel tente de la résoudre en mettant en œuvre ses moyens d’adaptation habituels ;

2) l’échec des mécanismes habituels engendre de l’anxiété et entraîne l’apparition de divers symptômes : insomnie, tension, fatigue ;

3) devant la persistance de l’échec, l’individu explore de nouvelles façons d’aborder le problème qui peuvent mener à sa résolution ou, si elles sont incomplètes ou mal adaptées, à la chronicisation des symptômes ;

4) les capacités d’adaptation de l’individu sont complètement dépassées, ce qui engendre une désorganisation plus ou moins grande selon les vulnérabilités préalables de la personnalité de l’individu (voir le tome I, chapitres 14 et 15).

29.6.2. Intervention  
en situation de crise

Morley, Messick et Aguilera (1967) ont proposé un modèle d’intervention de crise applicable aux situations d’urgences psychiatriques.

L’intervention en urgence psychiatrique peut s’effectuer en une seule entrevue, demander plusieurs rencontres ou nécessiter un séjour à l’hôpital pour une observation psychiatrique et l’intervention d’autres ressources (clinique externe, centre de crise, etc.), selon la nature de la crise, les forces et les vulnérabilités de l’individu, de même que la phase dans laquelle il se trouve au moment de sa demande d’aide. L’intervention de crise comporte différentes étapes :

1. Évaluation du patient et de son problème ;

2. Exploration du problème tel que le décrit le patient ;

3. Intervention proprement dite :

- aider le patient à verbaliser les sentiments éprouvés en rapport avec son problème,

- l’amener à cerner ce qui le fait le plus souffrir,

- l’amener à comprendre la situation de crise actuelle par un retour dans le passé pour découvrir des sentiments similaires,

- regarder avec lui les stratégies déjà essayées,

- favoriser l’ouverture sur le monde social,

- explorer de nouvelles pistes de solution,

- mettre en application les solutions trouvées.

Le recours au modèle d’intervention de crise s’est progressivement institué en milieu d’urgence à la suite de la constatation de certaines lacunes :

- le patient était vu par trois ou quatre personnes avant d’être dirigé vers le psychiatre évaluateur ;

- de nombreux patients étaient gardés en observation ou étaient hospitalisés pour des raisons psychosociales : problème d’hébergement, conflits conjugaux, difficultés financières, etc. ;

- la famille ou les accompagnateurs n’avaient pas de place pour faire entendre leur désarroi.

Ces lacunes ont été comblées par la création d’équipes stables, composées d’intervenants ayant chacun des rôles bien définis. Le patient et ses proches sont invités à parler de leur perception de la crise et de leurs difficultés, ce qui facilite la mobilisation des ressources d’aide nécessaires. Il est important de limiter au minimum nécessaire le nombre des intervenants pour permettre au patient d’établir un lien privilégié.

Résolution du problème

Dès la première entrevue, il est essentiel d’aider le patient à créer une alliance avec le traitement et non pas uniquement avec le thérapeute. La résolution du problème se fonde sur une analyse cohérente, rationnelle et concrète des difficultés du patient. Tandis qu’il tente de répondre à la question « Pourquoi ici et maintenant ? », le praticien amène le patient à jeter un regard neuf, objectif, sur ses difficultés. Cette approche doit encourager le patient à exprimer les émotions qu’il a éprouvées au moment de la crise et favorise la catharsis ainsi que la récupération d’un sentiment de maîtrise. Le patient est ensuite invité à cerner ses difficultés concrètes et à leur donner un ordre d’importance selon le niveau de souffrance engendrée. Puis, avec l’intervenant, il explore des situations passées semblables qu’il a vécues. Les stratégies alors mises en œuvre pour régler le problème [870] sont examinées et évaluées sous l’angle de leur pertinence et de leur applicabilité par rapport au problème actuel. Lorsque ces stratégies ne semblent pas appropriées à la situation de crise présente, le patient est amené à rechercher une nouvelle solution concrète relevant de son pouvoir d’action. À cette étape de la démarche de résolution de problèmes, il n’est pas rare qu’un patient ait repris confiance en ses capacités d’action, ait repris le « contrôle de la crise » et en ressente un énorme soulagement. Une fois la solution trouvée, il ne reste plus qu’à l’appliquer.

Pour la plupart des situations de crise rencontrées en milieu psychiatrique, un délai de 48 heures est souvent nécessaire pour trouver des solutions au problème et un délai de 6 à 8 semaines est nécessaire à leur application.

EXEMPLE CLINIQUE

Une femme de 25 ans, mère d’un enfant de 6 ans, se présente au service des urgences accompagnée de son mari, sur la recommandation de son médecin traitant, pour une évaluation d’un tableau dépressif Le conjoint décrit un problème d’agressivité verbale et physique évoluant depuis quelques mois. Sa femme crie, casse des objets, frappe son fils à l’occasion, pleure beaucoup. Son appétit est diminué et son sommeil est perturbé, mais elle demeure capable d’accomplir ses tâches domestiques. Le mari s’attend à ce que sa femme obtienne un médicament et un suivi afin de calmer cette grande anxiété. Pour sa part, la patiente explique se sentir étouffée par toutes les responsabilités que son rôle de mère l’oblige à assumer. Elle rapporte avoir éprouvé un sentiment semblable alors qu’elle vivait avec son père, un homme autoritaire qui la maltraitait. Elle craint de reproduire cette dynamique relationnelle avec son propre fils.

Lorsque le médecin l’amène à exprimer ce qui la fait le plus souffrir, la patiente mentionne sa peur de traduire en actes l’agressivité qu’elle ressent face à son fils. La recherche d’une solution passe ici par ce qui, concrètement, pourrait, selon la patiente, apaiser sa souffrance et sa crainte d’actualiser son agressivité. À cet égard, elle estime que recevoir de l’aide pour l’accomplissement de ses tâches ménagères et avoir la possibilité de parler à quelqu’un lui seraient bénéfiques. Il lui est alors proposé de faire appel à une travailleuse sociale, qui pourrait chercher avec elle des moyens concrets

pour l’aider et rencontrer son fils pour le faire parler de ses propres peurs. La patiente est consciente que son fils a parfois peur d’elle. Le conjoint ajoute, à ce moment de l’entrevue, qu’il pourrait s’occuper davantage du ménage ou de la préparation des repas.

Comme il ne paraît pas pertinent de contacter la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), la patiente est dirigée vers le Centre local de services communautaires (CLSC) de sa région, à qui sera communiquée, avec sa permission, l’information recueillie au cours de cette rencontre. La patiente a déjà demandé une consultation à la clinique externe psychiatrique. Étant donné le tableau de dépression majeure qu’elle présente, la patiente est encouragée à donner suite à cette demande et à rencontrer un psychiatre afin de faire une thérapie pharmacologique et psychologique. La patiente sort de l’entrevue soulagée, convaincue d’avoir repris la situation en main, entrevoyant une possibilité concrète de solution à très court terme.

29.7. ASPECTS MÉDICO-LÉGAUX  
 DE LA PRATIQUE AUX URGENCES  
PSYCHIATRIQUES AU QUÉBEC

L’intervention d’urgence en psychiatrie amène le médecin à accomplir des actes qui ont des implications et des répercussions légales. Parmi ceux-ci, l’application d’un traitement contre le gré du patient, la garde en établissement ou l’évaluation d’un patient à la suite d’une ordonnance de la cour sont des actes cliniques s’inscrivant dans un cadre juridique déterminé. Les lois française et québécoise ne diffèrent pas dans les principes qui les sous-tendent, mais il existe plusieurs distinctions de nomenclature et de procédure entre les deux systèmes juridiques (voir les chapitres 32 et 33). En France, par exemple, la loi du 27 juin 1990, qui réglemente les conditions d’hospitalisation des malades mentaux et la protection de leurs droits, est venue remplacer la loi du 30 juin 1838 dite « loi sur les aliénés ».

29.7.1. Ordonnance  
d’examen psychiatrique

Il est possible aux proches ou à toute personne intéressée de recourir à la loi afin d’obliger un individu [871] dont le comportement paraît perturbé à subir un examen psychiatrique s’il y a des raisons suffisantes de croire que son état mental met en danger sa sécurité ou celle d’autrui. Dans les cas où une intervention immédiate est nécessaire, qu’un délai de plus que quelques heures est jugé dangereux, le service local d’appels d’urgence ou les services ambulanciers ou policiers doivent être contactés. Si la situation nécessite une intervention rapide, mais pouvant attendre le délai nécessaire à l’obtention d’une ordonnance d’examen psychiatrique (de 24 à 48 heures), cette dernière démarche devrait alors être privilégiée. La requête d’examen psychiatrique est une procédure qui, une fois la demande sanctionnée par un juge, permettra aux policiers d’amener le patient dans un établissement de soins pour subir une évaluation psychiatrique. Cette procédure doit être entreprise par une personne intéressée (le requérant) et portée à la connaissance du conjoint, d’un membre de la famille, du tuteur ou du curateur public (appelé le « mis en cause » dans la requête). Si le requérant et le mis en cause s’entendent sur la nécessité d’un examen psychiatrique, la procédure est rapide. Souvent, dans la même journée, il est possible de remplir la requête, de la présenter au juge et de la faire exécuter. Une lettre d’appui d’un médecin qui connaît le patient peut être utile mais n’est pas nécessaire.

Après l’évaluation (qui doit, dans la mesure du possible, être faite dans les 24 heures qui suivent l’ordonnance), le psychiatre doit établir son diagnostic et son plan de traitement et décider s’il est nécessaire d’hospitaliser le patient. Dans les sept jours suivant l’évaluation, il doit aviser la cour de son opinion et lui remettre un rapport détaillé.

29.7.2. Types de garde

Sans que cela autorise l’application d’un traitement non urgent, il est permis à un médecin de garder un patient contre son gré dans un établissement de soins. Les critères d’une telle décision et les pouvoirs des médecins diffèrent selon leur champ de spécialisation.

Pour garder un patient contre son gré dans un établissement de soins, le médecin doit se référer à la Loi sur la protection des personnes dont l’état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (loi 39). Il existe différents types de garde : la garde préventive, la garde provisoire et la garde à la demande des psychiatres (autrefois appelée « cure fermée »).

Garde préventive

Tout médecin pratiquant dans un établissement reconnu peut garder un patient contre son gré pour une durée maximale de 72 heures s’il croit que l’état mental de ce dernier présente un danger grave et immédiat pour lui-même ou pour autrui. Si le patient refuse l’évaluation psychiatrique et qu’un tel danger paraît présent, une requête pour une garde provisoire et une ordonnance d’examen psychiatrique doit être formulée. Si le patient est mineur, les parents ou le titulaire de l’autorité parentale doivent être avisés de la procédure. Si le patient est représenté par un mandataire, un tuteur ou un curateur, ce représentant devra être contacté.

Garde provisoire

Ordonnée par la cour à la demande d’un intéressé ou d’un médecin, la garde provisoire permet de procéder à l’évaluation psychiatrique préalablement autorisée par l’ordonnance d’examen psychiatrique prononcée par le juge.

Garde à la demande des psychiatres ou garde  
en établissement (anciennement dite cure fermée)

Deux examens de l’état psychique du patient, effectués par deux psychiatres différents dans un intervalle maximal de 72 heures, sont nécessaires pour ouvrir la procédure. Si une ordonnance d’examen psychiatrique est délivrée par la cour alors que le patient est déjà sous garde préventive, les deux examens psychiatriques doivent être complétés à l’intérieur d’un délai de 48 heures suivant l’émission de l’ordonnance d’examen. En vertu du Code civil du Québec, une personne ne peut être gardée contre son gré en établissement à moins que son état mental ne soit susceptible de mettre en danger sa santé ou sa sécurité ou celles d’autrui. Il est à noter que cette disposition ne considère pas la notion d’imminence du danger.

Il y aura ensuite jugement et décision de la cour sur la nécessité d’instituer une garde en établissement dont la durée demeure à la discrétion du juge. [872] Le patient peut se représenter lui-même ou être représenté par un avocat. À la suite du délai fixé par la cour (habituellement 21 jours), le psychiatre doit renouveler la procédure s’il estime nécessaire de poursuivre l’hospitalisation. Une nouvelle requête est alors adressée au tribunal. Le Tribunal administratif du Québec (autrefois appelé commission d’examen) est ensuite chargé de réviser périodiquement la nécessité d’une telle ordonnance en visitant les institutions et les patients concernés.

29.7.3. Mesures thérapeutiques  
urgentes sans consentement

Les lois québécoises, par le biais du Code civil ou de la Loi sur la protection des personnes dont l’état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, prévoient un système d’urgence permettant aux médecins de fournir des soins aux patients souffrant d’un trouble mental qui ne peuvent donner un consentement éclairé. En situation d’urgence, il est permis de passer outre au principe de l’inviolabilité de la personne humaine pour donner les soins médicaux nécessaires à la vie d’un patient de même qu’à son intégrité physique et à celle d’autrui. Le traitement administré n’est alors autorisé qu’en vue de régler la situation d’urgence immédiate. Lorsqu’un patient atteint d’une maladie mentale refuse de se soumettre à un traitement jugé nécessaire à son bien-être par son médecin, mais qu’aucune dangerosité immédiate ne résultera de son refus, seule la cour a le pouvoir d’ordonner l’administration dudit traitement. Le processus judiciaire prend alors plusieurs jours, voire des semaines, avant d’être complété.

\*  
\* \*

En situation d’urgence, la pratique psychiatrique requiert une approche globale du patient souffrant de maladie mentale. Le psychiatre exerçant aux urgences se doit d’être très polyvalent. En effet, cette pratique exige de bonnes connaissances relativement aux multiples dimensions des troubles mentaux: biologique (p. ex., détermination des pathologies physiques ayant des manifestations psychiatriques, des psychopathologies fonctionnelles, de leur traitement, connaissance des effets et méfaits des drogues et des médicaments psychotropes), psychologique (p. ex., compréhension psychodynamique de l’adaptation à la maladie mentale et aux événements stressants et des manifestations sur le plan relationnel des troubles de la personnalité) et sociale (p. ex., répercussions de la maladie mentale dans le milieu de vie et le réseau de soutien du patient, jeux relationnels engagés par un patient souffrant d’un trouble de la personnalité ou d’une toxicomanie). Le psychiatre doit chercher à comprendre la situation de crise. Son évaluation doit lui permettre de répondre adéquatement à la question « Pourquoi ici et maintenant ? »

Le plan de traitement doit ensuite être établi de façon individuelle, c’est-à-dire être adapté aux besoins spécifiques du patient. Les approches pharmacologiques et psychothérapeutiques, de même que le recours aux ressources de la communauté, doivent être considérées.

La consultation au service des urgences marque un point crucial dans la vie du patient. Les décisions que prend le médecin à l’occasion de l’intervention psychiatrique auprès d’un patient en état de crise influent sur l’évolution de la problématique. Le psychiatre d’urgence a le pouvoir d’hospitaliser ou non le patient. Cette décision est lourde de sens et de conséquences et, comme toute démarche thérapeutique, n’est pas dénuée d’effets secondaires. Même si, dans certains des cas, le patient quittera le service des urgences avec un sentiment d’insatisfaction, avec la croyance que tout n’a pas été tenté en vue de l’aider, il est important de se rappeler qu’une hospitalisation risque d’accentuer une régression, une dépendance ou une pseudo-irresponsabilité. Dans ces circonstances, laisser partir un patient insatisfait est parfois la conduite la plus appropriée pour « aider sans nuire » (Lamarre, 1998).

L’important est d’adapter l’intervention aux besoins du patient. Il s’agit de donner les soins requis par l’état du patient, que ce soit l’hospitalisation, l’observation brève ou le retour dans la communauté avec le soutien des ressources du réseau social, communautaires et psychiatriques.

[873]

Bibliographie

Boyer, R., et coll.

1992 L'épidémiologie des parasuicides et des idéations suicidaires, enquête Santé Québec 1987, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Caplan, G.

1964 *Principle of Preventive Psychiatry*, New York, Grune & Stratton.

Caroli, F., et Massé, G.

1985 *Les situations d’urgence en psychiatrie*, Paris, Doin.

CLICK, R.A., et coll.

1976 *Psychiatric Emergencies*, New York, Grune & Stratton.

Denis, J.F.

1990 « Le problème des troubles de la personnalité en psychiatrie », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 35, n° 3, p. 208-214.

1994 « Suicidaire ou pseudosuicidaire ? Dilemme à l’urgence », *Union Med. Can*., vol. 113, n° 9, p. 767-770.

El Guebaly, N.

1990 « Managing substance abuse and mental illness : A Canadian perspective », dans D. Riley (sous la dir. de), Dual Diagnoses, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l’alcoolisme et la toxicomanie, p. 33-47.

Folstein, M.F., Folstein, S.E., et McHugh, P.R.

1975 « Mini-mental State : A practical method for gra- ding the cognitive State of patients for the clinician », *J. Psychiatr. Res*., vol. 12, n° 3, p. 189-198.

Grivois, H.

1986 *Urgences psychiatriques*, Paris, Masson.

Gutheil, T.G.

1985 « Medicolegal pitfails in the treatment of borderline patients », Am*. J. Psychiatry*, vol. 142, n° 1, p. 9-14.

Hughes, H.D.

1996 « Suicide and violence assessment in psychiatry », *Gen. Hosp. Psychiatry*, vol. 18, n° 6, p. 416-421.

Lamarre, S.

1998 *Aider sans nuire, de la victimisation à la coopération*, Montréal, Éditions Lescop.

Lindemann, E.

1944 « Symptomatology and management of acute grief », *Am. J. Psychiatry*, vol. 101, p. 141-148.

LOWINSON, J.H., et coll.

1997 *Substance Abuse. A Comprehensive Textbook*, New York, Williams & Wilkins.

McIntosh, J.L.

1992 « Method of suicide », dans R.W. Maris (sous la dir. de), *Assessment and Prediction of Suicide*, New York, Guilford Press, p. 381-418.

Mayfield, D., McLeod, G., et Hall, P.

1974 « The CAGE questionnaire : Validation of a new screening instrument », *Am. J. Psychiatry*, vol. 131, n° 10, p. 1121-1123.

Milmoe, S., et coll.

1967 « The doctor’s voice : Postdictor of successful referral of alcoholic patients », *J. Abnorm. Psychol*., vol. 72, n° 7, p. 78-84.

Morley, W.E., Messick, J.M., et Aguilera, D.C.

1967 « Crisis : Paradigm of intervention », *Journal of Psychiatric Nursing*, vol. 5, n° 6, p. 531-544.

Regier, D.A., et coll.

1990 « Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse », *JAMA*, vol. 264, p. 2511-2518.

Lectures complémentaires

American Psychiatric Association

2000 « Physical restraint in psychiatric emergency services », *Journal of the American Association for Emergency Psychiatry*, vol. 6, n° 1, numéro spécial.

Bâillon, G.

1998 *Les urgences de la folie. L’accueil en santé mentale*, Paris, Gaëtan Morin Éditeur, coll. « Des pensées et des actes en santé mentale ».

De Clercq, M.

1997 *Urgences psychiatriques et interventions de crise*, Bruxelles, De Boeck Université.

Kaplan, H.I., et Sadock, B. J.

1993 *Pocket Handbook of Emergency Psychiatric Medicine*, Baltimore, Williams & Wilkins

Mercuel, A., et coll.

1993 « Loi du 27 juin 1990 », *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Paris, Psychiatrie 37901 A-10, p.1-7.

Sasseville, m., et Roy, J.-Y.

1998 « Les trois paradigmes de l’urgence psychiatrique : la trame, la crise et l’émergence », dans M. De Clercq, S. Lamarre et H. Vergouwen (sous la dir. de), *Urgences psychiatriques et politiques de santé mentale, une perspective internationale*, Paris, Masson, p. 141-152.

[874]

**Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale**Tome 2. Spécialités, traitements, sciences fondamentales  
et sujets d’intérêt

TROISIÈME PARTIE  
Spécialités psychiatriques

Chapitre 30

CONSULTATION-  
LIAISON

[Retour à la table des matières](#tdm)

André Lelièvre, M.D., F.R.C.P.C.

Psychiatre, chef du Service de médecine psychosomatique et de consultation-liaison de l’Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Jean-Robert Turcotte, M.D., M.P.H., F.R.C.P.C.

Psychiatre consultant en neuropsychiatrie au Service de médecine psychosomatique et de consultation-liaison de l’Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Chargé d’enseignement de clinique au Département de psychiatrie de l’Université de Montréal

[875]

**PLAN**

30.1. Principes généraux de la consultation-liaison

30.1.1. Historique

30.1.2 Fonctions de la psychiatrie de consultation-liaison

• Consultation • Liaison • Enseignement • Recherche

30.2 Troubles dépressifs à l’hôpital général

30.2.1 Épidémiologie

30.2.2 Diagnostic

30.2.3 Traitement

30.3 Troubles anxieux à l’hôpital général

30.3.1 Épidémiologie

30.3.2 Diagnostic

30.3.3 Traitement

30.4 Troubles neuropsychiatriques à l’hôpital général

30.4.1 Troubles psychiatriques dus à un accident vasculaire cérébral

30.4.2 Trraumatisme cranio-encéphalique

30.4.3 Maladie de Parkinson

30.4.4 Sclérose en plaques

30.4.5 Épilepsie

30.5 Douleur à l’hôpital général

30.5.1 Douleur chronique

30.5.2 Antidépresseurs et douleur

30.5.3 Narcotiques et douleur

Bibliographie

Lectures complémentaires

[876]

Depuis une vingtaine d’années, la psychiatrie de consultation-liaison s’est énormément développée et elle est devenue, dans les faits, une sous-spécialité à part entière de la psychiatrie. Elle s’articule autour d’un ensemble relativement complet et cohérent de connaissances et de méthodes, et s’y consacrent un nombre grandissant de psychiatres, dont l’expertise s’applique à toutes les branches de la médecine et de la chirurgie. De plus en plus, les médecins des diverses spécialités reconnaissent sa pertinence, son utilité, et y font appel pour les aider à mieux comprendre et soigner leurs patients.

Il aurait été intéressant de traiter de façon complète de la consultation-liaison dans les différentes spécialités médicales et chirurgicales, mais cela était impossible dans le cadre de ce chapitre, qui portera donc essentiellement sur les troubles anxieux et les troubles dépressifs qui accompagnent plusieurs pathologies physiques soignées à l’hôpital général. Une section est aussi consacrée à la neuropsychiatrie en raison de la fréquence des problèmes d’atteinte du système nerveux central et de leurs séquelles psychiatriques. Pour finir, nous aborderons la question de la douleur chronique, qui occupe une place spéciale en médecine, comparativement à la douleur aiguë. La physiopathologie de cette dernière est assez bien connue et il existe des traitements efficaces pour la soulager. Cependant, la physiopathologie de la douleur chronique reste moins bien connue et les traitements sont moins efficaces. On sait maintenant que des facteurs psychologiques y jouent un rôle déterminant et que des syndromes psychiatriques y sont fréquemment associés.

30.1. PRINCIPES GÉNÉRAUX  
DE LA CONSULTATION-LIAISON

30.1.1. Historique

La psychiatrie de consultation-liaison (PCL) est née il y a une soixantaine d’années dans des hôpitaux universitaires américains. Cette naissance s’inscrivait dans un mouvement, encore marginal à l’époque, de rapprochement de la psychiatrie et de la médecine et coïncidait avec l’ouverture progressive de services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux. Dès le début, Billings (1941) décrivait ainsi les buts de la PCL :

- intégrer les principes de la psychobiologie aux principes de la médecine non psychiatrique ;

- enseigner aux médecins à reconnaître les problèmes psychiatriques et psychosociaux chez la personne atteinte d’une maladie physique ;

- faire de la recherche à la jonction de la médecine et de la psychiatrie.

Selon cet auteur, l’atteinte de ces objectifs permettrait de réduire les enlisements diagnostiques et thérapeutiques, d’écourter certaines hospitalisations et de diminuer les coûts pour le patient, l’hôpital et la communauté.

Soixante ans plus tard, ces objectifs demeurent toujours aussi pertinents. De plus, un grand nombre de recherches ont démontré que la PCL permettait d’atteindre ces objectifs (Hall, Rundell et Husch, 1996 ; Saravoy et Lavin, 1994).

30.1.2. Fonctions de la psychiatrie  
de consultation-liaison

De façon très schématique, on peut distinguer quatre fonctions de la PCL qui, dans la pratique quotidienne, se combinent : la consultation, la liaison, l’enseignement et la recherche.

Consultation

Plusieurs études épidémiologiques indiquent que, dans les grands hôpitaux aux États-Unis, de 30% à 60% des patients hospitalisés souffrent de maladies psychiatriques. Pourtant, le taux de consultation en psychiatrie varie entre 5% et 10% dans les hôpitaux universitaires et se situe autour de 1% dans les hôpitaux non universitaires (Wise et Rundell, 1994b).

Ces écarts ont évidemment de multiples causes. On peut mentionner, entre autres, les difficultés qu’éprouvent les médecins à reconnaître les problèmes psychiatriques et leur croyance que ces problèmes ne les concernent pas ou n’affectent pas l’état de santé physique. Pourtant, il a été démontré que le traitement des maladies psychiatriques chez le patient hospitalisé pour des affections médicales diverses réduit significativement la morbidité et la [877]

mortalité (Guthrie et Creed, 1996 ; Von Korff et coll., 1992).

Les raisons les plus fréquentes qui motivent la consultation psychiatrique sont les suivantes :

- problèmes de comportement (p. ex., agitation, agressivité, panique, etc.) ;

- problèmes dans la relation médecin-patient (p. ex., refus des examens diagnostiques ou des traitements recommandés, évaluation de la capacité de consentir aux soins ou de refuser les soins) ;

- mise en évidence ou suspicion par le médecin traitant d’un trouble psychiatrique (p. ex., patient psychotique, confusion, dépression, troubles de l’adaptation) ;

- difficultés diagnostiques (p. ex., investigation médicale négative, tableau clinique atypique, non-réponse aux traitements standard) ;

- présence d’antécédents psychiatriques connus ;

- besoin d’un avis psychopharmacologique ;

- besoin d’un avis concernant des problèmes éthiques ou médico-légaux.

Évidemment, le type de demande varie selon le service médico-chirurgical en cause, selon l’équipe de soins, selon les expériences antérieures avec la consultation psychiatrique.

Selon une étude de Rundell, Murray et Wise (1988), les diagnostics psychiatriques posés par les consultants se répartissent de la façon suivante :

- dépression (de 14% à 50%) ;

- abus de substances psychoactives (de 7% à 31%) ;

- troubles de la personnalité (de 5% à 22%) ;

- troubles de l’adaptation (de 5% à 19%) ;

- troubles cognitifs (de 12% à 18%) ;

- troubles anxieux (de 1% à 12%) ;

- troubles somatoformes (de 1% à 5%) ;

- schizophrénie (de 1% à 5%) ;

- aucun diagnostic psychiatrique (de 12% à 15%).

L’ampleur du dernier groupe (aucun diagnostic psychiatrique) doit sensibiliser les médecins au fait que, dans plusieurs cas, la raison du problème auquel fait face l’équipe traitante n’est pas une maladie psychiatrique, mais bien un problème de communication et de compréhension entre les différents intervenants

et le patient. C’est pourquoi il est nécessaire d’intégrer plusieurs facettes dans le processus d’évaluation du problème qui se présente :

1. L’évaluation complète du patient. Celle-ci comprend :

- l’évaluation de l’état de santé physique actuel,

- l’évaluation de la personnalité, les antécédents médicaux,

- l’histoire de la maladie ;

2. L’évaluation précise de la demande du médecin requérant. Seront examinés :

- le problème que lui pose le patient,

- le type de relation médecin-patient,

- ses attentes à l’endroit de ce patient,

- ce qui l’empêche de trouver des solutions à son problème ;

3. L’évaluation systémique. On évaluera :

- la dynamique à l’œuvre entre le patient et l’équipe de soins (infirmière, travailleuse sociale, physiothérapeute...),

- la situation conjugale, familiale et professionnelle du patient.

De la même façon, le traitement devra s’attacher à toutes ces facettes du problème, en fonction, évidemment, de l’importance relative de chacune. Le psychiatre consultant en hôpital général se doit d’être capable d’appliquer plusieurs types de traitement psychiatrique. Il lui faut être un expert en psychopharmacologie compte tenu des multiples interactions entre les psychotropes et les autres médicaments que prend le patient, ainsi que des problèmes pharmacocinétiques liés à la présence de maladies systémiques pouvant modifier l’absorption, la distribution, la dégradation et l’élimination des psychotropes (Beliles et Stoudemire, 1998 ; Stoudemire et Moran, 1998).

Le psychiatre doit aussi bien maîtriser plusieurs types de psychothérapie brève. Encore ici, l’évaluation des multiples facettes du problème guidera le choix de son approche (Lipsitt, 1996). Ainsi, celle-ci pourra viser principalement à apporter un soutien au patient dans l’évolution d’une maladie grave. Ou bien elle visera à aider le patient à se donner des moyens d’adaptation (coping) face aux conséquences de sa maladie. Pour un autre patient, il s’agira d’adopter une approche cognitive pour l’aider à surmonter des pensées déprimantes ou anxieuses. Tel [878] autre bénéficiera d’une approche comportementale pour vaincre une crainte particulière face aux interventions médicales ou pour modifier un comportement mettant sa santé en péril (tabagisme, alimentation inadéquate, etc.). Parfois, il faudra opter pour une approche analytique brève, par laquelle, par exemple, le patient en viendra à comprendre le sens de sa réaction de refus ou ce qui soulève tant d’angoisse face à sa maladie.

Liaison

Alors que le travail de consultation implique obligatoirement que le psychiatre évalue le patient, la dimension liaison englobe diverses interventions qui se font sans qu’il soit nécessaire de rencontrer le patient. Ainsi, le psychiatre peut participer à des réunions multidisciplinaires où les différents soignants discutent des cas des patients. Il peut aussi accompagner l’équipe soignante dans la tournée des patients ou encore discuter, sur une base informelle, avec un médecin qui veut lui parler d’un de ses patients.

Dans toutes ces situations, l’objectif reste le même : aider le médecin traitant et les autres soignants à mieux comprendre le patient, à mieux saisir la nature des problèmes psychologiques et psychiatriques présents et à trouver des moyens de mieux traiter le patient.

Il va de soi que le psychiatre doit employer un langage clair, compréhensible, adapté au niveau des connaissances de son interlocuteur. Il se doit donc d’éviter d’utiliser des expressions appartenant au jargon de la psychiatrie dont le sens risque d’être nébuleux pour le médecin. Ses recommandations doivent être pratiques et utiles. Elles doivent répondre aux questions formulées par le médecin (Garrick et Stotland, 1982).

Enseignement

L’enseignement constitue une responsabilité très importante du psychiatre travaillant en consultation-liaison. Dans la formation universitaire des médecins, l’enseignement de la psychiatrie est souvent moins poussé que l’enseignement des autres spécialités. Le psychiatre ne doit donc pas laisser passer une occasion de transmettre ses connaissances, tant aux étudiants en sciences de la santé qui suivent un stage qu’aux médecins spécialistes ou omnipraticiens.

Cet enseignement peut se faire de façon formelle (p. ex., conférences, cours, présentations de cas cliniques, supervision) ou informelle (p. ex., par le biais des discussions au sujet de chaque consultation et des activités de liaison). Le psychiatre consultant doit donc posséder des habiletés pédagogiques.

Recherche

La recherche en PCL s’est énormément développée au cours des 10 dernières années, mais elle reste insuffisante compte tenu de l’ampleur des problèmes rencontrés.

Les projets de recherche les plus fructueux sont ceux qui sont réalisés en collaboration avec des médecins d’autres disciplines, de préférence à l’intérieur d’équipes cliniques multidisciplinaires.

Les sujets de recherche sont très variés compte tenu des innombrables points de jonction entre psychiatrie et médecine. Brièvement, on peut mentionner les thèmes suivants :

- comorbidité psychiatrique et médicale ;

- élucidation des liens psychosomatiques ;

- modèles utilisés en consultation-liaison ; résultats des interventions psychiatriques à l’hôpital général ;

- psychopharmacologie chez le patient atteint d’une maladie physique ;

- paramètres économiques de la psychiatrie de consultation-liaison.

30.2. TROUBLES DÉPRESSIFS  
À L’HÔPITAL GÉNÉRAL

30.2.1. Épidémiologie

La dépression est l’un des problèmes cliniques les plus courants en médecine, en psychiatrie et en PCL. De nombreuses études ont noté que la prévalence de la dépression augmentait chez les patients souffrant d’une maladie physique. Ainsi, selon Rodin et Voshart (1986), la prévalence de la dépression majeure est de 2% à 4% dans la population générale, de 5% à 10% chez les patients suivis en clinique externe et recevant des soins de première ligne en médecine et de 15% à 30% chez les patients hospitalisés en médecine.

[879]

Le facteur de risque le plus important serait la sévérité de la maladie. Il existe une relation entre la gravité et la chronicité de la maladie et le risque de dépression, et ce quelle que soit la nature de l’affection médicale. Rouchell, Pounds et Turney (1996) ont trouvé les prévalences suivantes de dépression majeure dans différentes maladies :

- accident vasculaire cérébral (après 6 mois) : 34% ;

- cancer : de 20% à 40%

- diabète : de 14% à 18% ;

- infarctus : de 15% à 20% ;

- insuffisance rénale : de 10% à 22% ;

- maladie de Parkinson : 40% ;

- polyarthrite rhumatoïde : 13%

- traumatisme grave à la moelle épinière : 37%.

Selon Katon et Sullivan (1990), il semble qu’avoir une maladie physique chronique augmente de 40% le risque de souffrir d’un trouble psychiatrique. D’après cette étude, les trois troubles psychiatriques les plus fréquents sont les troubles affectifs, les troubles anxieux et les abus de drogues et d’alcool.

30.2.2. Diagnostic

Alors que les études montrent que la dépression accompagne souvent diverses maladies physiques, d’autres études indiquent qu’un pourcentage élevé, soit entre 50% et 80% selon Rouchell, Pounds et Turney (1996), de ces dépressions ne sont pas diagnostiquées en médecine. Or il est tragique que ces dépressions ne soient pas diagnostiquées, car elles sont associées non seulement à une souffrance accrue, mais aussi à une augmentation de la morbidité, de la mortalité, de la durée des séjours à l’hôpital et des coûts de santé. À ce propos, on peut citer les recherches de Frasure Smith, Lespérance et Talajic (1993, 1995), à Montréal, dont les résultats montrent que chez les patients ayant fait un infarctus du myocarde, la présence d’une dépression en période post-infarctus est un facteur de mortalité à 6 et 18 mois aussi important que la dysfonction ventriculaire ou qu’une histoire antérieure d’infarctus.

Il est vrai que le diagnostic de la dépression chez un patient malade se heurte à plusieurs difficultés. Ainsi, beaucoup de praticiens pensent qu’il est normal d’être déprimé lorsqu’on est atteint d’une maladie chronique. Cette attitude relève de la confusion entre la tristesse éprouvée normalement face à toute perte et le syndrome dépressif qui, lui, est un problème psychopathologique qui traduit le dépassement des capacités d’adaptation de l’individu et l’apparition d’une maladie.

Aussi, la démarche diagnostique est plus difficile dans le cas d’un patient souffrant d’une maladie physique. De nombreux signes et symptômes peuvent être dus à la fois à la maladie et à la dépression : fatigue, perte d’appétit, insomnie, ralentissement psychomoteur, difficultés de concentration. Il est donc essentiel de bien rechercher les symptômes psychologiques qui revêtent alors une grande importance diagnostique : tristesse, perte d’estime de soi et dévalorisation, culpabilité, idées suicidaires, anhédonie, perte d’intérêt généralisée. De plus, il est important de vérifier si les variations de l’humeur suivent les variations de l’état de santé ou si l’humeur dépressive et les autres symptômes persistent indépendamment de l’évolution de la maladie.

Pour tenter de résoudre ce problème, trois approches diagnostiques sont possibles (Cohen-Cole, Brown et McDaniel, 1993) :

1. Approche inclusive. On retient tous les critères diagnostiques de la dépression majeure, tels que les décrit le DSM-IV, y compris les symptômes neurovégétatifs. On s’assure ainsi d’avoir le moins possible de dépressions non diagnostiquées (sensibilité plus élevée) au risque d’inclure des « faux positifs » (spécificité plus faible). C’est l’approche la plus courante.

2. Approche exclusive. L’objectif est l’inverse de celui que vise l’approche inclusive : on veut éviter le plus possible les faux positifs (spécificité plus élevée) au risque de ne pas diagnostiquer certains cas de dépression à présentation plus somatique (sensibilité plus faible). Ce qu’on recherche ici est d’éviter de prescrire des antidépresseurs à des patients n’en ayant pas besoin et qui sont déjà fragilisés par la présence de maladies débilitantes et l’emploi de nombreux médicaments. Le danger est évidemment de ne pas diagnostiquer des dépressions qui bénéficieraient d’un traitement.

3. Approche substitutive. On tente de remplacer les critères d’ordre somatique par d’autres critères, comme l’indécision, les ruminations pessimistes, etc. Toutefois, ces critères n’ont pas été validés, ce qui diminue la validité du diagnostic. Cette méthode est donc peu utilisée.

[880]

Finalement, le médecin doit être à l’affût des présentations « masquées » de la dépression. Le patient exprime alors surtout des plaintes somatiques et minimise, voire nie, les symptômes psychologiques. Les plaintes les plus fréquentes concernent :

- les douleurs : celles-ci peuvent être localisées (p. ex., douleurs abdominales, céphalées) ou plus diffuses (p. ex., douleurs musculaires diffuses, douleurs pelviennes, etc.) ;

- diverses somatisations : dysfonctionnement digestif et intestinal, fatigue et faiblesse chroniques, etc. ;

- la pseudo-démence : plaintes relatives à des pertes de mémoire, des difficultés de concentration, etc.

Des particularités du comportement doivent aussi amener le médecin traitant à soupçonner une dépression. Ainsi, le patient dont les plaintes sont nettement exagérées relativement à sa maladie ou celui qui refuse le traitement médical proposé ou qui réclame l’euthanasie peut être déprimé.

Il est important aussi de vérifier les antécédents personnels et familiaux de dépression, car il faut se rappeler que la dépression majeure, unipolaire ou bipolaire, est une maladie récidivante.

Les troubles affectifs les plus fréquents chez les patients hospitalisés sont :

- le trouble de l’adaptation avec humeur dépressive (voir le tome I, chapitre 15) ;

- les dépressions majeures, unipolaire et bipolaire (voir le tome I, chapitre 11)

- les troubles de l’humeur dus à une affection médicale général.

Il faut toujours penser à éliminer la possibilité qu’il s’agisse d’un trouble affectif d’origine organique. D’innombrables maladies et médicaments peuvent provoquer des syndromes dépressifs. Le tableau 30.1 présente quelques-unes des causes possibles qu’il faut prendre en considération.

TABLEAU 30.1

Affections médicales et substances associées à un trouble dépressif

|  |
| --- |
| A. Affections médicales |
| Troubles endocriniens  Diabète  Hypothyroïdie  Maladie d’Addison  Maladie de Cushing  Néoplasies  Néoplasie du pancréas  Néoplasie des poumons  Néoplasie du système nerveux central  Maladies neurologiques  Accident vasculaire cérébral  Démence  Épilepsie  Maladie de Parkinson  Sclérose en plaques  Traumatisme crânien  Infections  Encéphalite  Hépatite  Infection à VIH  Syphilis tertiaire  Tuberculose |
| B. Médicaments et drogues |
| Antihypertenseurs (méthyldopa, clonidine, réserpine, diurétiques)  Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)  Barbituriques  Benzodiazépines  Cimétidine  Contraceptifs oraux  Corticostéroïdes  Interféron  Lévodopa  Métoclopramide  Opiacés |
| C. Autres |
| Alcoolisme  Anémie  Cocaïne et amphétamines  (cessation donnant lieu à un syndrome de sevrage)  Lupus érythémateux disséminé  Perturbations électrolytiques |

30.2.3. Traitement

Il a été démontré que la combinaison psychothérapie et pharmacothérapie est la plus efficace pour le traitement de la dépression.

Pour ce qui est de la psychothérapie, elle doit être axée le plus souvent sur la réaction psychologique à la maladie. Dans cette optique, on tentera de [881] cerner le sens que le patient donne à la maladie et d’agir sur les schémas cognitifs pathogènes. La psychothérapie pourra aussi faciliter le travail de deuil relativement aux pertes subies au chapitre de l’image corporelle, de l’autonomie, etc. Ces psychothérapies sont en général brèves et peuvent prendre la forme de thérapies cognitivo-comportementales ou analytiques à court terme.

Pour ce qui est de la pharmacothérapie, divers agents sont utiles :

1. Antidépresseurs tricycliques et hétérocycliques. Ils sont beaucoup moins prescrits au patient malade physiquement à cause de leurs effets secondaires, notamment les effets anticholinergiques, l’hypotension orthostatique et les effets cardio-toxiques.

2. Inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS). À cause de leur profil d’effets secondaires qui présente moins de risques pour les patients atteints d’une affection médicale, les ISRS sont devenus les plus fréquemment utilisés. Il n’y en a aucun qui soit plus efficace que les autres. On peut choisir l’un ou l’autre, selon leur pharmacocinétique ou selon certaines particularités de leurs effets secondaires. Il ne faut pas, toutefois, verser dans la banalisation de la prescription de ces médicaments dont l’emploi comporte aussi des risques. On peut citer, par exemple, l’apparition d’un syndrome parkinsonien chez la personne âgée à risque et les nombreuses interactions médicamenteuses avec plusieurs médicaments.

3. Autres antidépresseurs. Plusieurs antidépresseurs commercialisés au cours des dernières années ont un profil pharmacologique avantageux, ce qui en fait des solutions de rechange intéressantes au regard des ISRS. Ainsi, si l’on recherche un effet stimulant, le bupropion pourrait être indiqué, par exemple pour un patient déprimé atteint de la maladie de Parkinson ou pour un patient déprimé qui voudrait cesser de fumer. On pourrait aussi utiliser un inhibiteur réversible de la monoamine-oxydase (IRMAO), le moclobé- mide, ou un inhibiteur du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) telle la venlafaxine. Ou bien, on pourrait choisir la néfa- zodone qui agit sur les récepteurs pré-synaptiques et post-synaptiques de la sérotonine. Ce médicament, ainsi que le bupropion, constitue une bonne solution de rechange pour les patients chez qui les ISRS causent des problèmes de la fonction sexuelle.

4. Psychostimulants. Le méthylphénidate et la dexamphétamine sont utiles en PCL dans les cas suivants :

- quand on veut obtenir une réponse rapide (en 48 à 72 heures) dans les cas où la santé du patient est précaire ;

- quand l’utilisation des autres antidépresseurs n’est pas possible.

La dose recommandée est de 5 à 30 mg et doit être donnée le matin. On amorce le traitement avec une dose de 5 à 10 mg par jour. Environ 75% des patients répondent bien.

L’électroconvulsivothérapie (ECT) est aussi une modalité thérapeutique qui peut être utile aux patients souffrant d’une affection médicale accompagnée de dépression, bien qu’elle semble sous-utilisée dans ces cas. Elle est indiquée pour le patient gravement dénutri ou déshydraté, pour le patient catatonique, pour le patient qui présente des complications médicales qui rendent impossible l’utilisation d’antidépresseurs ou de psychostimulants, et dans des cas de dépression avec éléments psychotiques ou de dépression n’ayant pas réagi aux autres traitements.

Les taux de morbidité et de mortalité associés à l’ECT sont très faibles et la très grande majorité des patients la tolèrent très bien (voir le chapitre 46).

30.3. TROUBLES ANXIEUX  
À L’HÔPITAL GÉNÉRAL

30.3.1. Épidémiologie

De 5% à 20% des patients hospitalisés souffrent d’un trouble anxieux (Wise et Rundell, 1994a). Si l’on prend le trouble panique, par exemple, il est de six à sept fois plus fréquent en milieu médical que dans la population générale. De plus, si l’on considère que 70% des patients souffrant d’un trouble panique avaient été vus par 10 omnipraticiens ou plus avant que le diagnostic soit posé, il apparaît évident que la majorité des troubles anxieux en milieu médical ne sont pas diagnostiqués. Une telle situation est d’autant [882] plus déplorable que, lorsqu’elle est marquée, l’anxiété peut :

- influer défavorablement sur le cours de la maladie physique ;

- interférer avec le traitement ;

- augmenter la morbidité et la mortalité associées à une affection médicale.

Il est donc extrêmement important de diagnostiquer et de traiter ces syndromes.

30.3.2. Diagnostic [[1]](#footnote-1)

Le psychiatre est le plus souvent demandé en consultation pour déterminer si les symptômes anxieux que présente le patient relèvent :

- d’une réaction anxieuse en raison du stress causé par la maladie ou l’hospitalisation ;

- d’un trouble psychiatrique préexistant ;

- de la manifestation d’une maladie somatique ;

- d’un effet secondaire d’un médicament.

Pour discerner les causes organiques et psychiatriques de l’anxiété pathologique, on procède à diverses vérifications, soit :

1) la présence d’antécédents, personnels ou familiaux, de troubles anxieux, affectifs, somatoformes et de troubles de la personnalité ;

2) la consommation d’alcool ou de drogues : l’abus et le sevrage peuvent être associés à des troubles anxieux ;

3) la présence d’un problème organique susceptible d’engendrer l’anxiété. Selon Wise et Rundell (1994a), les causes les plus fréquentes sont d’ordre :

- neurologique dans 25% des cas ;

- endocrinien dans 25% des cas ;

- cardiocirculatoire dans 12% des cas

- rhumatologique et auto-immun dans 12% des cas ;

- infectieux dans 12% des cas.

Le tableau 30.2 donne des exemples de causes organiques et de substances associées à des symptômes anxieux.

TABLEAU 30.2

Causes organiques des symptômes anxieux

|  |  |
| --- | --- |
| A. Affections médicales | |
| Causes cardiovasculaires | |
| Angine | Insuffisance cardiaque |
| Arythmies | Insuffisance cérébrale |
| Hypovolémie | Troubles valvulaires |
| Causes endocriniennes | |
| Dysfonction ovarienne | Maladie de Cushing |
| Hyperthyroïdie | Phéochromocytome |
| Hypocalcémie | Troubles hypophysaires |
| Hypoparathyroïdie | Syndrome carcinoïde |
| Hypothyroïdie | |
| Causes immunologiques | |
| Anaphylaxie | Lupus érythémateux |
| Artérite temporale | Polyarthrite rhumatoïde |
| Causes métaboliques | |
| Anémie | Hyponatrémie |
| Hyperkaliémie | Insulinome |
| Hyperthermie | Porphyrie |
| Hypoglycémie | |
| Causes respiratoires | |
| Asthme | Néoplasie |
| Dépendance à l’endroit du respirateur | OEdème pulmonaire |
| Embolie pulmonaire | Pneumothorax |
| Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) |  |
| Causes neurologiques | |
| Accident vasculaire cérébral | Myasthénie grave |
| Encéphalite | Neurosyphilis |
| Épilepsie | Sclérose en plaques |
| Insuffisance cérébrale transitoire (ICT) | Syndrome des impatiences |
| Maladie de Ménière | musculaires de l’éveil |
| Migraine | Traumatisme crânien |
| B. Médicaments et drogues | |
| Alcool | Cocaïne |
| Aminophylline | Digitale (toxicité) |
| Amphétamines | Dopamine |
| Anticholinergiques | Épinéphrine |
| Antidépresseurs (ISRS) | Hallucinogènes |
| Antihypertenseurs | Lévodopa |
| Anti-inflammatoires | Méthylphénidate |
| non stéroïdiens (AINS) | Neuroleptiques (akathisie) |
| Bêtabloquants | Salicylates |
| Caféine | Stéroïdes |
| Cannabis | Yohimbine |

[883]

30.3.3. Traitement

La plupart des cas vus à l’hôpital général sont des patients souffrant d’un trouble de l’adaptation avec anxiété et d’anxiété situationnelle qui n’ont pas un caractère pathologique. Chez un bon nombre de ces patients, le problème se résout spontanément avec la disparition des agents de stress. D’autres auront besoin d’une psychothérapie, qui sera brève et centrée sur le conflit en jeu dans la genèse de l’anxiété. L’angoisse peut être de divers ordres, par exemple :

- angoisse face à la situation de dépendance qu’entraîne la maladie ;

- angoisse de castration induite par une perte fonctionnelle ;

- angoisse d’abandon ou de séparation liée à la perte d’autonomie.

On aura le plus souvent recours à des interventions psychothérapeutiques de soutien qui combinent l’expression affective, la clarification, l’exploration superficielle de l’angoisse, l’établissement d’une relation de confiance, ce qui sera efficace pour soulager l’anxiété. Plus rarement, des approches plus spécialisées, comme la psychothérapie cognitivo-comporte- mentale ou analytique brève, seront nécessaires. Bien sûr, s’il y a une affection médicale sous-jacente, celle-ci doit être traitée.

On peut prescrire divers anxiolytiques pour un temps limité et sous surveillance médicale attentive : des benzodiazépines, des tricycliques, des ISRS (voir le chapitre 42). En ce qui concerne les benzodiazépines, on recommande de prescrire des benzodiazépines à courte demi-vie s’il y a atteinte hépatique, comme le lorazépam et l’oxazépam qui sont métabolisés par conjugaison directe. En particulier, il faut être très prudent chez les personnes âgées, car les benzodiazépines entraînent une baisse de l’attention, un ralentissement des réflexes et de la somnolence, ce qui accroît les risques de chute, peut aggraver des troubles cognitifs bénins et provoquer de la confusion, voire une pseudo-démence.

30.4. TROUBLES NEUROPSYCHIATRIQUES  
À L’HÔPITAL GÉNÉRAL

L’association fréquente entre la neurologie et la psychiatrie est reconnue depuis longtemps, et beaucoup de patients ayant une atteinte du système nerveux central présentent, en association, une pathologie psychiatrique qui demande un traitement spécifique. Les problèmes psychiatriques survenant à la suite d’un accident vasculaire cérébral (AVC) ou d’un traumatisme crânien figurent certainement parmi les plus fréquents dans la pratique générale. Les maladies chroniques telles l’épilepsie, la sclérose en plaques et la maladie de Parkinson sont également souvent associées à des troubles psychiatriques et constituent pour les praticiens et les psychiatres qui travaillent en consultation-liaison des problèmes quotidiens.

30.4.1. Troubles psychiatriques dus  
à un accident vasculaire cérébral

Le patient qui a subi un AVC souffre souvent beaucoup plus de séquelles psychosociales que de séquelles physiques. La dépression est le problème psychiatrique post-AVC qui a été le plus étudié. Il apparaît de plus en plus clair que les symptômes dépressifs que présentent ces patients sont directement liés à la pathologie cérébrale et non pas nécessairement aux séquelles physiques, même si en général celles-ci sont très graves. En effet, si l’on considère une population de patients hémiplégiques, seulement 10% des patients qui sont paralysés à la suite d’une lésion médullaire souffrent de dépression, comparativement à 30% et plus chez ceux qui ont eu un AVC. La latéralité de la lésion semble également jouer un rôle dans le genre de problèmes qu’éprouvera le patient : les symptômes dépressifs sont plus fréquents lorsque la lésion atteint l’hémisphère gauche, les comportements d’indifférence et plus rarement de manie franche apparaissent lorsque la lésion atteint l’hémisphère droit.

C’est dans un intervalle de six mois à deux ans après l’AVC qu’on observe le plus de problèmes dépressifs. Après cette période, la fréquence revient à la normale.

Ces patients déprimés présentent plus de troubles fonctionnels et demeurent à l’hôpital beaucoup plus longtemps que les patients qui ne souffrent pas de troubles de l’humeur. Ils participent beaucoup moins bien à leur traitement et compromettent d’autant plus leur réadaptation. Il est donc important de les reconnaître et de les traiter, et surtout de ne pas considérer comme des conséquences normales le [884] ralentissement psychomoteur, la tristesse et l’apathie chez ces patients. Grâce à une intervention efficace et précoce, bien des patients pourront retourner chez eux, souvent malgré des limitations marquées.

Le traitement pharmacologique pour ces patients est semblable au traitement des autres troubles dépressifs (voir le tome I, chapitre 11), mais il faut tenir compte de certaines données : la cause principale de décès chez les patients ayant subi un AVC est la maladie cardiaque, l’incidence de problèmes convulsifs est de 10% et il s’agit dans l’ensemble d’une population âgée dans laquelle on trouve une forte consommation de multiples médicaments C’est pourquoi les ISRS et les inhibiteurs réversibles de la monamine-oxydase (IRMAO) sont privilégiés. D’après notre propre expérience dans le traitement de ces malades au Service de médecine psychosomatique et de consultation-liaison de l’Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, ces médicaments sont mieux tolérés et agissent tout aussi bien que les tricycliques. Les ISRS et les IRMAO se montrent aussi efficaces pour traiter la dépression consécutive à un AVC que pour traiter le trouble dépressif majeur. Les psychostimulants (méthylphénidate, dexamphétamine) sont également très utiles. En effet, les premières semaines de réadaptation sont les plus importantes et ces médicaments, en stimulant le patient déprimé, favorisent sa participation à son traitement. Souvent, on ne peut se permettre d’attendre que les antidépresseurs commencent à exercer leur action.

30.4.2. Traumatisme  
cranio-encéphalique

Les traumatismes cranio-encéphaliques sont la cause la plus fréquente des troubles organiques cérébraux. Leur prévalence (incidence annuelle de 370 pour 100 000) est plus élevée que celles de la manie et du trouble panique, et trois fois plus grande que celle de la schizophrénie. Les séquelles psychosociales attachées aux traumas crâniens sont beaucoup plus importantes comparativement aux déficits moteurs et touchent surtout les enfants et les jeunes adultes qui ont fait une chute ou qui ont eu un accident de voiture.

Les troubles cognitifs et intellectuels, les troubles anxieux, dépressifs, l’agressivité et l’irritabilité et le changement de personnalité font partie des séquelles neuropsychiatriques les plus fréquentes des traumas crâniens.

La plupart des traumas crâniens sont légers ou modérés (voir le tome I, tableau 18.5, p. 456). Il est maintenant reconnu que même les traumas légers (perte de conscience de 20 minutes ou moins) peuvent engendrer des symptômes somatiques, perceptifs, cognitifs et émotionnels parfois très marqués. Ces problèmes se corrigent généralement dans les 3 mois suivant le trauma, mais peuvent persister jusqu’à 24 mois et plus. Ils deviennent alors très fréquemment la source d’un litige entre le patient et les compagnies d’assurances. Même s’ils sont peu prononcés, ces symptômes n’en sont pas moins handicapants de façon significative. Ils compromettent souvent la vie familiale. En présence de tels symptômes, le psychiatre doit rechercher une histoire d’accident avec trauma crânien. Par ailleurs, même si les explorations au moyen de la scanographie et de la résonance magnétique ne révèlent aucune lésion, on ne doit pas conclure qu’il n’y a aucune séquelle. Une évaluation neuropsychologique est souvent recommandée et la tomographie par émission de photon unique {Single Photon Emission Computed Tomography [SPECT-scan]) ainsi que l’électroencéphalographie (EEG) mettent souvent en évidence des anomalies. Le diagnostic qui est le plus souvent posé dans ces cas est celui de trouble post-commotionnel (voir le tableau 30.3). Même s’il s’agit d’un diagnostic toujours à l’étude dans le DSM-IV, cette entité clinique est très utile pour le psychiatre qui a à traiter ces malades. Si le trouble post-commotionnel se prolonge (plus de six mois), on recherchera des éléments de stress au moment de l’accident, des difficultés sociales ou des symptômes dépressifs qui seraient apparus tôt après l’accident. La distinction entre troubles cognitifs et autres troubles psychiatriques, par exemple un état de stress post-traumatique, sera alors plus facile à faire (Alexander, 1995).

TABLEAU 30.3

Symptômes du trouble post-commotionnel

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Symptômes somatiques | | Symptômes cognitifs | |
| Céphalées | Étourdissements | Troubles de la concentration | |
| Fatigue | Insomnie | Troubles mnésiques | |
| Symptômes perceptifs | | Symptômes affectifs | |
| Hyperacousie | Photophobie | Anxiété | Dépression |
| Tinnitus |  | Irritabilité |  |

[885]

La base du traitement est psychoéducative. Ces patients sont souvent aux prises avec des problèmes familiaux, professionnels ou judiciaires. L’empathie, combinée à une très grande rigueur dans l’objectivation des déficits, est essentielle. Il faut aborder et discuter les problèmes de dysfonction sexuelle, d’irritabilité et de retrait, ainsi que les problèmes au travail qui apparaissent souvent à la suite de la commotion cérébrale. Les psychotropes sont à éviter le plus possible, car ils peuvent aggraver les symptômes (surtout cognitifs) et engendrent une dépendance. Il ne faut pas oublier que les symptômes sont souvent temporaires.

Pour les cas plus graves (symptômes persistant au-delà de six mois), on pourra prescrire la trazodone pour l’insomnie, les psychostimulants (méthylphénidate) pour les troubles de la mémoire, les troubles de l’attention et la fatigue chronique. Les ISRS sont utiles pour les troubles dépressifs. Chez ces patients, il est d’autant plus important de faire participer les membres de la famille et de s’assurer que tous sont conscients du fait que le retour à la normale est la règle générale.

Chez les patients qui ont subi un traumatisme crânien grave, les problèmes neuropsychiatriques tendent à persister. Ces personnes reprennent rarement une vie normale. Le psychiatre verra ces patients dans la phase aiguë, mais leur suivi nécessite un réseau d’ateliers spécialisés, de centres d’accueil, de milieux de travail protégés.

30.4.3. Maladie de Parkinson

Même si les causes biologiques des psychoses demeurent encore à préciser, l’hypothèse d’une hyperactivité dopaminergique est la plus plausible, du moins en ce qui concerne les symptômes positifs. Dans la maladie de Parkinson, on serait au contraire en présence d’une hypoactivité dopaminergique. Le traitement de cette maladie entraîne souvent des problèmes psychiatriques (hallucinations ou psychose) en raison de l’emploi de médicaments stimulant les effets dopaminergiques (lévodopa, bromocriptine, etc.). Parce que les doses sont augmentées à mesure que la maladie progresse, les problèmes psychotiques sont fréquents, surtout dans la phase tardive de la maladie. Le traitement de ces patients est difficile, car une médication antipsychotique (antagoniste de la dopamine) aggrave les symptômes parkinsoniens. La clozapine a été, pendant de nombreuses années, le médicament le plus approprié pour ces patients, mais, à cause du protocole complexe attaché à son emploi, on préfère maintenant la rispéridone, la quétiapine ou l’olanzapine, des antipsychotiques atypiques récents qui entraînent beaucoup moins d’effets extrapyramidaux. De très faibles doses sont souvent suffisantes (0,5 mg/jour de rispéridone ou 25 mg/jour de clozapine). Avec l’olanzapine, la suppression des symptômes semble plus lente et les doses nécessaires varient entre 10 et 20 mg par jour. La quétiapine est aussi indiquée, à des doses de 150 à 300 mg par jour. À moyen terme, l’état du malade se stabilise et il est plus facile de maintenir la dose thérapeutique optimale des antiparkinsoniens. La ziprasidone, nouvellement arrivée sur le marché, serait aussi efficace à des doses de 40 à 160 mg par jour ; son avantage est de ne pas causer d’augmentation de poids.

Des troubles affectifs sont également associés à la maladie de Parkinson. Bien qu’il soit difficile d’établir un tel diagnostic psychiatrique lorsque le patient présente de nombreux symptômes parkinsoniens prononcés, cette maladie est depuis longtemps associée à des syndromes dépressifs, dans 30% à 90% des cas selon plusieurs études (Mayeux et coll., 1986). Ces symptômes dépressifs sont souvent atypiques.

Les tricycliques, à cause de leurs effets secondaires anticholinergiques qui exercent une action bénéfique sur les troubles moteurs, sont un bon choix pour ces patients. On doit commencer le traitement à faible dose qu’on augmente très graduellement. Par contre, les anticholinergiques entraînent des états confusionnels, de l’agitation et des troubles de la mémoire. Il faut donc bien évaluer les risques par rapport aux bienfaits d’une telle approche.

30.4.4. Sclérose en plaques

Après les lésions traumatiques, la sclérose en plaques est le trouble neurologique le plus fréquent chez les jeunes adultes. En raison de l’atteinte corticale chez beaucoup de ces patients, les manifestations psychiatriques sont fréquentes, en particulier la labilité émotionnelle et les problèmes dépressifs majeurs. En outre, plusieurs de ces patients sont souvent euphoriques et les décompensations maniaques franches sont relativement courantes. Il est très important de sensibiliser la famille au fait que ces symptômes sont souvent liés à la maladie neurologique sous-jacente et [886] non pas à une maladie psychiatrique comme telle. La colère et l’isolement s’installent fréquemment quand la famille comprend mal la relation entre la maladie neurologique et les symptômes psychiatriques.

Plusieurs patients ont une atteinte intellectuelle qui n’apparaît pas évidente à première vue. La mémoire est souvent touchée, ainsi que la capacité de conceptualisation (comme dans le syndrome du lobe frontal). Il est facile de confondre problèmes cognitifs et troubles du comportement. C’est pourquoi une évaluation neuropsychologique complète est indiquée chaque fois qu’il y a des problèmes de performance au travail ou en milieu scolaire.

Peu d’études psychopharmacologiques ont été réalisées en ce qui concerne la sclérose en plaques, mais de grands principes sont à respecter (Mendez, 1995). Comme les patients atteints de sclérose en plaques ont souvent des problèmes autonomiques (vessie neurogène, hypotension orthostatique, troubles sexuels) et que beaucoup de psychotropes entraînent des effets secondaires autonomiques, ces malades sont particulièrement sensibles à ces médicaments. Les ISRS sont donc plus indiqués que les tricycliques pour traiter la dépression chez ces patients.

Par ailleurs, les patients atteints de sclérose en plaques tolèrent assez mal les effets extrapyramidaux des neuroleptiques. Il est donc recommandé de prescrire des doses faibles. Comme l’utilisation concomitante d’une médication antiparkinsonienne est presque toujours nécessaire avec les neuroleptiques classiques, on envisagera la prescription d’un antipsychotique atypique.

Comme pour tous les patients souffrant d’une affection neurologique, il est très important de corriger les problèmes psychiatriques, car ils exacerbent les symptômes de la sclérose en plaques.

30.4.5. Épilepsie

La prévalence à vie de l’épilepsie est de 1%, comme pour la schizophrénie. L’épilepsie partielle complexe (parfois nommée épilepsie temporale) est la plus fréquente et la plus difficile à traiter chez l’adulte. Une décharge ictale provoque des perturbations touchant tous les neurotransmetteurs cérébraux, qui se poursuivent longtemps après que la convulsion est terminée et entraînent une grande variété de problèmes de comportement. L’association de l’épilepsie avec une maladie psychiatrique a toujours fait l’objet de débats très animés, tant chez les chercheurs que dans la population générale. Il ne faut pas perpétuer une certaine forme de stigmatisation sociale de ces patients, mais ce serait leur rendre un mauvais service que de ne pas reconnaître et traiter leurs problèmes psychiatriques.

Ce sont les problèmes dépressifs qui sont les plus fréquents (touchant de 20% à 70% des patients épileptiques). La médication anticonvulsivante en est souvent la cause. Parmi les médicaments les plus prescrits, le phénobarbital est celui qui entraîne le plus d’effets dépresseurs. La phénytoïne est aussi souvent associée à des symptômes dépressifs, alors que la carbamazépine semble la moins nocive. Quand la situation le requiert, on prescrira un antidépresseur tout en gardant à l’esprit que beaucoup d’antidépresseurs ont un potentiel épileptogène, surtout ceux qui sont anticholinergiques. Il faut éviter la maprotiline, particulièrement épileptogène. Peu d’études ont porté sur le moclobémide et les ISRS dans cette population de patients.

Les problèmes psychotiques touchent environ 7% des épileptiques et la plupart sont observés chez ceux qui ont une atteinte temporale. Les psychoses chroniques « inter-ictales » ne répondent pas aux anti-convulsivants. Pour le traitement de ces patients, on évitera les neuroleptiques fortement anticholinergiques (chlorpromazine) à cause de leur potentiel épileptogène. Des interactions médicamenteuses sont associées à la combinaison de l’halopéridol avec la carbamazépine, la phénytoïne et le phénobarbital. Si la fluphénazine a souvent été utilisée dans les cas de psychoses épileptiques, on préconise maintenant les antipsychotiques atypiques.

30.5. DOULEUR  
À L’HÔPITAL GÉNÉRAL

La douleur associée essentiellement à une affection médicale n’est pas considérée comme une psychopathologie. Il faut donc la distinguer du trouble douloureux (voir le tome I, chapitre 20). La douleur a été définie par l’Association mondiale pour l’étude de la douleur comme « une sensation et une expérience affective désagréables » liées à des dommages tissulaires véritables ou potentiels ou décrits en de tels termes. Cette définition met bien en évidence le caractère subjectif de la douleur. Devant un patient [887] qu’il n’arrive pas à soulager, le médecin traitant fait souvent appel au psychiatre qui devra distinguer entre le « psychologique » et le « physique ». Son rôle est évidemment de reconnaître la comorbidité psychiatrique, de proposer le traitement approprié, mais il doit également prendre une part active dans les discussions concernant l’analgésie chez ces patients.

Il est assez rare que le psychiatre soit demandé dans les cas de douleur aiguë dont le traitement est très différent de celui de la douleur chronique et souvent plus facile.

30.5.1. Douleur chronique

Les problèmes de douleur chronique, très fréquents dans la population des malades en général, sont ceux qui posent le plus de difficultés au médecin. Même si les données épidémiologiques sont incomplètes sur le sujet, il semble bien que les problèmes de douleur persistante aient une fréquence élevée. La prévalence en serait de 44% au Canada et les taux de comorbidité augmentent avec l’âge (Birse et Lander, 1998). La distinction entre la composante organique et la composante psychologique n’est jamais facile. Compte tenu de la complexité du problème, les patients qui souffrent de douleur chronique sont généralement mieux traités à l’intérieur d’une équipe multidisciplinaire (clinique de la douleur) qui compte au moins un psychologue et un médecin, le psychiatre y agissant à titre de consultant. Le premier pas du traitement est toujours une histoire extensive de cette douleur. La mise en évidence de problèmes psychiatriques fréquemment associés (troubles dépressifs et anxieux) est essentielle. La grande majorité des patients suivis dans des cliniques qui s’occupent des douleurs chroniques souffrent de troubles de l’humeur (Magni et coll., 1990), allant du trouble de l’adaptation à la dysthymie et à la dépression majeure. La douleur chronique et la dépression ne sont pas seulement associées, mais la présence de l’une augmente inévitablement la sévérité de l’autre. Les troubles émotifs sont cependant beaucoup plus souvent une conséquence plutôt que la cause de la douleur chronique.

30.5.2. Antidépresseurs et douleur

Les antidépresseurs tricycliques, surtout l’amitriptyline, se sont montrés efficaces dans un grand nombre de cas, non seulement comme antidépresseurs, mais aussi comme analgésiques. Ils agissent efficacement contre la douleur neuropathique, mais ils sont aussi utilisés pour combattre de nombreux autres syndromes douloureux, surtout dans les cas de cooccurrence douleur-dépression et quand des problèmes de sommeil sont associés. La dose thérapeutique est souvent trouvée de façon empirique. On commence à une dose aussi faible que 10 à 25 mg d’amitriptyline au coucher, qui sera graduellement augmentée, pendant une période de 1 à 2 semaines, jusqu’à une dose de à 50 à 75 mg au coucher. L’effet analgésique se produit généralement dans les quatre à sept jours suivant le début du traitement, ce qui semble indiquer qu’il est indépendant de l’effet antidépressif. Si l’on obtient généralement un effet analgésique à une dose inférieure à la dose nécessaire pour obtenir un effet antidépressif, il faut parfois prescrire une dose plus forte jusqu’à ce que se produise l’effet analgésique désiré ou que des effets secondaires intolérables surviennent. Les antidépresseurs qui ont des effets neurochimiques plus sélectifs, comme les ISRS, semblent moins efficaces, du moins quand il n’y a pas de « double diagnostic ». Ils ne soulagent pas les douleurs neuropathiques.

30.5.3. Narcotiques et douleur

L’emploi des narcotiques a souvent été rejeté pour le traitement des douleurs chroniques qui ne sont pas associées à un cancer. La littérature montre cependant que l’utilisation des narcotiques, même en l’absence d’un cancer, peut rendre un grand service au patient. Les problèmes d’abus et de dépendance sont exceptionnels et la tolérance au médicament est rarement la cause d’une escalade de doses. La prescription d’un narcotique pour traiter la douleur chronique doit respecter certains grands principes si l’on veut éviter l’emploi de doses excessives difficilement justifiables : la douleur doit répondre à la médication, la qualité de vie du patient doit être améliorée et celui-ci doit devenir plus fonctionnel (Zuckerman et Ferrante, 1998).

\*  
\* \*

Bien que seulement certains aspects précis de la consultation-liaison aient été présentés ici, il existe une vaste littérature sur la consultation en cardiologie, en [888] chirurgie, en oncologie, en soins intensifs, en transplantation, etc. L’objectif de ce survol était de donner un certain nombre de repères qui permettent de mieux saisir quelques aspects du très grand domaine de la psychiatrie de consultation-liaison à l’hôpital général.

Bibliographie

Alexander, M.P.

1995 « Mild traumatic brain injury : Pathophysiology, natural history, and clinical management », *Neurology*, vol. 45, n° 7, p. 1253-1260.

Beliles, K., et Stoudemire, A.

1998 « Psychopharmacologic treatment of depression in the medically ill », *Psychosomatics*, vol. 39, n° 3, p. S1-S19.

Billings, E.G.

1941 « Value of psychiatry to the general hospital », *Hospitals*, vol. 15, n° 1, p. 30-34.

Birse, T.M., et Lânder, J.

1998 « Prevalence of chronic pain », *Can. J. Public Health*, vol. 89, n° 2, p. 129-131.

Cohen-Cole, S.A., Brown, F.W., et McDaniel, J.S.

1993 « Assessment of depression and grief reactions on the medically ill », dans A. Stoudemire et B.S. Fogel (sous la dir. de), *Psychiatric Care of the Medical Patient*, New York, Oxford University Press, p. 53-69.

Frasure Smith, N., Lespérance, F., et Talajic, M.

1995 « Depression and 18 month prognosis after myocar- dial infarction », *Circulation*, vol. 91, n° 4, p. 999-1005.

1993 « Depression following myocardial infarction », *JAMA*, vol. 270, n° 15, p. 1819-1825.

Garrick, T.R., et Stotland, N.L.

1982 « How to write a psychiatric consultation », Am*. J. Psychiatry*, vol. 139, n° 7, p. 849-855.

Guthrie, E., et Creed, F.

1996 « Treatment methods and their effectiveness », dans E. Guthrie et F. Creed (sous la dir. de), *Seminars in Liaison Psychiatry*, Londres, Gashell, p. 238-273.

Hall, R.C.W., Rundell, J.R., et Husch, T.W.

1996 « Economic issues in consultation-liaison psychiatry », dans J. Rundell et M.G. Wise (sous la dir. de), *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*, Washington (D.C), American Psychiatric Press, p. 25-37.

Katon, W., et Sullivan, M.D.

1990 « Depression and chronic medical illness », *J. Clin. Psychiatry*, vol. 51, n° 6, p. 3-11.

Lipsitt, D.R.

1996 « Psychotherapy », dans J. Rundell et M.G. Wise (sous la dir. de), *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*, Washington (D.C.), American Psychiatric Press, p. 1053-1078.

Magni, G., et coll.

1990 « Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the general population. An analysis of the First National Health and Nutrition Examination Survey Data », *Pain*, vol. 43, n° 3, p. 299-307.

Mayeux, R., et coll.

1986 « Clinical and biomedical features of depression in Parkinson’s disease », *Am. J. Psychiatry*, vol. 143, n° 6, p. 756-759.

Mendez, M.F.

1995 « The neuropsychiatry of multiple sclerosis », *Int. J. Psychiatry Med*., vol. 25, n° 2, p. 123-130.

RODIN, G., et VOSHART, K.

1986 « Depression in the medically ill : An overview », *Am. J. Psychiatry*, vol. 143, n° 6, p. 696-705.

Rouchell, A.M., Pounds, R., et Turney, J.G.

1996 « Depression », dans J.R. Rundell et M.G. Wise (sous la dir. de), *Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry*, Washington (D.C.), American Psychiatric Press, p. 311-345

Rundell, J.R., Murray, G.B., et Wise, M.G.

1988 « Psychiatric consultation in critical care medicine », *Problems in Critical Care,* vol. 2, n° 1, p. 1-11.

Saravoy, S.M., et La vin, M.

1994 « Psychiatric comorbidity and length of stay in the general hospital : A review of outcome studies », *Psychosomatics*, vol. 35, n° 3, p. 233-252.

Stoudemire, A., et Moran, M.G.

1998 « Psychopharmacology in the medically ill », dans A.F. Schatzberg et C.B. Nemeroff (sous la dir. de), *Textbook of Psychopharmacology*, 2e éd., Washington (D.C.), American Psychiatric Press, p. 931-959.

Von Korff, M., et coll.

1992 « Disability and depression among high utilizers of health care : A longitudinal analysis », *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 49, n° 2, p. 91-100.

Wise, M.G., et Rundell, J.R.

1994a « Anxiety, panic and insomnia », dans *Concise Guide to Consultation Psychiatry*, 2e éd., Washington (D.C.), American Psychiatric Press, p. 75-90.

1994b « Psychiatric illness in the general hospital », dans *Concise Guide to Consultation Psychiatry*, 2e éd., Washington (D.C.), American Psychiatric Press, p. 1-10.

ZUCKERMAN, L.A., et FERRANTE, F.M.

1998 « Non-opioid and opioid analgesics », dans M.A. Ashburn et L.J. Rice (sous la dir. de), *The Management of Pain*, New York, Churchill Livingstone, p. 111-140.

[889]

Lectures complémentaires

CASSEM, N.H., et coll.

1997 *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*, 4e éd., St. Louis (Mo.), Mosby.

Yudofsky, S.C., et Hales, R.E.

1997 *American Psychiatric Press Textbook of Neuropsychiatry*, 3e éd., Washington (D.C.), American Psychiatric Press

ZUMBRUNNEN, R.

1992 *Psychiatrie de liaison*, Paris, Masson.

[890]

**Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale**Tome 2. Spécialités, traitements, sciences fondamentales  
et sujets d’intérêt

TROISIÈME PARTIE  
Spécialités psychiatriques

Chapitre 31

PSYCHIATRIE  
GÉRIATRIQUE

[Retour à la table des matières](#tdm)

Isabelle Paquette, M.D., M.Sc., F.R.C.P.C.

Psychiatre au Service de gérontopsychiatrie de l’Hôpital Louis-H. Lafontaine (Montréal). Professeure adjointe de clinique au Département de psychiatrie de l’Université de Montréal

Maryse Charron, M.D., F.R.C.P.C.

Psychiatre, chef du Service de gérontopsychiatrie de l’Hôpital Louis-H. Lafontaine (Montréal). Professeure adjointe de clinique au Département de psychiatrie de l’Université de Montréal

Rosita Punti, M.D., F.R.C.P.C.

Psychiatre au Service de gérontopsychiatrie de l’Hôpital Louis-H. Lafontaine (Montréal). Professeure adjointe de clinique au Département de psychiatrie de l’Université de Montréal

Carole Murphy, M.D., F.R.C.P.C.

Psychiatre au Service de gérontopsychiatrie de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine (Montréal). Professeure chargée d’enseignement clinique au Département de psychiatrie de l’Université de Montréal

[891]

**PLAN**

31.1. Aspects biologiques du vieillissement

31.1.1. Vieillissement du système nerveux central

31.1.2 Vieillissement cognitif

31.2 Aspects psychologiques et sociaux du vieillissement

31.2.1 Abus et négligence envers les personnes âgées (maltraitance)

31.2.2 Suicide

31.3 Évaluation gérontopsychiatrique

31.4 Démences

31.5 Alcoolisme et abus de substances

31.5.1 Alcoolisme

31.5.2 Abus de substances

31.6 Troubles psychotiques

31.6.1 Troubles psychotiques à début tardif

• Épidémiologie • Description clinique et diagnostic • Traitement et évolution

31.6.2 Évolution de la schizophrénie avec l’âge

31.6.3 Désinstitutionnalisation

31.6.4 Symptômes psychotiques dans la démence

31.6.5 Autres psychoses

31.7 Troubles de l’humeur

31.7.1 Dépression

• Épidémiologie • Étiologie • Description clinique • Diagnostic différentiel dépression secondaire et comorbidité • Traitement et évolution

31.7.2 Dépression et démence

31.7.3 Trouble dysthymique

31.7.4 Trouble bipolaire

• Épidémiologie • Particularités du trouble bipolaire à début tardif • Description clinique • Traitement et évolution

31.8 Troubles anxieux

31.8.1 Épidémiologie

31.8.2 Description clinique

31.8.3 Évaluation et diagnostic

31.8.4 Traitement

31.9 Troubles somatoformes

31.9.1 Hypocondrie

• Épidémiologie • Description clinique • Diagnostic différentiel • Traitement

31.9.2 Autres troubles somatoformes

31.10 Troubles du sommeil

31.11 Troubles de la personnalité

31.12 Approches thérapeutiques en gérontopsychiatrie

31.12.1 Psychopharmacologie

31.12.2 Électroconvulsivothérapie

31.12.3 Psychothérapie

31.13. Services en gérontopsychiatrie

Bibliographie

Lectures complémentaires

[892]

Sur le plan démographique, les personnes âgées constituent le groupe qui s’accroît le plus rapidement. Au Québec, le groupe des 65 ans et plus forme près de 12% de la population totale, ce qui représente une augmentation d’à peu près 90% depuis 20 ans. Le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, ou old-old, s’accroît particulièrement vite. Par ailleurs, du fait de leur espérance de vie plus longue, une majorité de personnes âgées sont des femmes.

Les personnes âgées constituent un groupe particulièrement vulnérable aux problèmes de santé mentale. La prévalence des troubles psychiatriques est d’environ 25% ; les personnes vivant en institution sont les plus atteintes. Dans la communauté, la prévalence des troubles psychiatriques est de 12% à 20%.

Avec l’avancement des connaissances au sujet des psychopathologies survenant chez les personnes âgées, l’importance d’une formation spécifique en géronto-psychiatrie devient de plus en plus évidente. Les maladies psychiatriques se manifestent de façon distincte chez les personnes âgées et leurs étiologies sont parfois différentes. Les aspects biologiques, psychologiques et sociaux sont teintés par le vieillissement ; les approches et les interventions doivent être adaptées à cette réalité.

31.1. ASPECTS BIOLOGIQUES  
DU VIEILLISSEMENT

Le vieillissement s’accompagne de transformations affectant, à des degrés divers, tous les systèmes physiologiques. Les hypothèses émises pour expliquer les mécanismes du vieillissement sont nombreuses et débordent le cadre de ce chapitre. Plus particulièrement, le système nerveux central ainsi que les cognitions influencent de près le fonctionnement psychique, et les modifications que subissent ces systèmes avec le vieillissement sont en relation avec plusieurs troubles psychiatriques rencontrés chez les personnes âgées.

31.1.1. Vieillissement  
du système nerveux central

Le vieillissement normal s’accompagne d’un élargissement des ventricules cérébraux consécutif à une perte neuronale qui s’amorce dès la vingtaine pour s’accélérer après l’âge de 60 ans, sans toutefois dépasser 10% du poids du cerveau. Le cortex serait touché plus précocement, entre 20 et 50 ans. Après 70 ans, la perte neuronale atteint surtout la substance blanche. L’atrophie cérébrale peut être observée, entre autres, à la tomodensitométrie cérébrale et se quantifie principalement par la mesure de l’élargissement ventriculaire.

Les pertes neuronales ne sont pas homogènes dans l’ensemble du cerveau. Certaines régions corticales sont plus atteintes, surtout dans les lobes frontaux et temporaux où la densité neuronale diminue de 10% à 60%. Dans les régions sous-corticales, le locus coeruleus, où sont situés les corps cellulaires des neurones noradrénergiques, perd 40% de ses cellules après 65 ans. La substance noire est particulièrement atteinte également.

Certains changements structuraux des neurones semblent se manifester au cours du vieillissement. Les dendrites et les synapses diminuent en nombre et en qualité, surtout dans le cortex frontal et temporal où la mort cellulaire est plus prononcée. Certaines études ont démontré cependant que cette perte dendritique de certains neurones est compensée par l’augmentation du nombre de dendrites dans d’autres cellules.

Les neurones subissent d’autres modifications. La lipofuscine intracellulaire s’accumule invariablement dans les cellules et est considérée comme un produit normal du vieillissement. La dégénérescence neurofibrillaire de même que les plaques séniles sont associées à la démence de type Alzheimer, mais elles surviennent également, avec une intensité moindre et selon une distribution différente, dans le vieillissement cérébral normal.

Au chapitre des neurotransmetteurs, la dopamine est réduite de façon notable (jusqu’à 50% à l’âge de 75 ans). Les récepteurs D2 sont particulièrement atteints. L’activité cholinergique diminue également avec l’âge, mais dans une moindre mesure que dans la démence de type Alzheimer. Par ailleurs, la mono-amine-oxydase augmente, ce qui accentue d’autant plus le catabolisme de la dopamine et de la noradrénaline. L’acide gamma-aminobutyrique (GABA), un neurotransmetteur inhibiteur largement distribué dans le cerveau, décline avec l’âge. De plus, de nombreux neuropeptides subissent des changements dont les conséquences sont encore peu connues.

De nouvelles méthodes d’imagerie cérébrale ont permis de mettre en évidence des modifications [893] métaboliques dans le cerveau vieillissant. Le métabolisme du glucose, par exemple, semble diminuer surtout en région frontale. Par ailleurs, plusieurs atteintes vasculaires se manifestent avec l’âge : la structure des vaisseaux sanguins se détériore et le débit sanguin cérébral serait réduit dans certaines régions tels le système limbique et les aires associatives, ce qui pourrait expliquer en partie les modifications cognitives notées chez des personnes âgées.

Des hypodensités périventriculaires de la substance blanche sont souvent découvertes à la tomodensitométrie et à la résonance magnétique. Il semble s’agir d’un phénomène en partie relié à l’âge, qu’on peut observer chez des personnes âgées en bonne santé. Cette leuco-araïose a été associée à des déficits cognitifs et à la maladie de Binswanger, un syndrome démentiel d’origine vasculaire causé par une ischémie de la substance blanche périventriculaire. Certaines études ont aussi montré une association avec certains troubles psychiatriques à début tardif (p. ex., dépression, psychose), mais ces résultats ne sont pas constants d’une étude à l’autre.

31.1.2. Vieillissement cognitif

Le fonctionnement cognitif est grandement influencé par plusieurs facteurs tels la scolarité, l’intelligence et l’état de santé physique. De plus, les différences interindividuelles s’accroissent avec l’âge, ce qui complique davantage la définition de la normalité. Les fonctions cognitives ne se modifient pas toutes au même rythme. Par exemple, plusieurs habiletés verbales restent stables jusqu’à 80 ans. Cependant, les capacités d’abstraction, la vitesse de traitement des informations commencent à diminuer dès 50 ans. L’ensemble des fonctions exécutives (entre autres l’abstraction et la capacité de planification) décline légèrement avec l’âge.

Selon le cadre conceptuel, les définitions de la mémoire peuvent varier considérablement (voir le chapitre 62). Avec l’âge, la performance aux épreuves de mémoire épisodique (p. ex., le rappel de mots) diminue de façon significative, alors que la mémoire sémantique, qui se rattache davantage aux connaissances, varie peu. Quant à la mémoire des faits anciens, elle demeure relativement intacte, tandis que la capacité d’apprentissage et la mémoire pour les nouvelles informations (mémoire récente) déclinent. En général, il semble que ce déclin s’explique par un fléchissement des capacités d’encodage et d’évocation. Les capacités de rétention seraient relativement stables malgré le vieillissement. Les informations encodées sont donc maintenues malgré un accès plus difficile. Ces particularités doivent être prises en considération et expliquées aux patients qui se plaignent de troubles mnésiques.

Ces modifications du fonctionnement cognitif avec l’âge demeurent relativement discrètes dans le quotidien. Contrairement à l’idée qui prédominait il y a quelques décennies, la présence de troubles cognitifs ayant des conséquences fonctionnelles significatives n’est plus considérée comme étant un aspect du vieillissement normal.

31.2. ASPECTS PSYCHOLOGIQUES  
ET SOCIAUX DU VIEILLISSEMENT

Les personnes qui ont, depuis leur jeune âge, de grandes capacités d’adaptation seront, en vieillissant, d’autant plus en mesure de s’adapter aux différents stress. De bonnes capacités d’adaptation constituent un facteur de bon pronostic dans le vieil âge.

Des études longitudinales ont démontré la stabilité de la personnalité au cours du vieillissement, évitant les biais habituellement introduits par les études transversales qui montraient des différences importantes dans les capacités d’adaptation et les traits de personnalité entre les personnes âgées et les groupes d’âge adulte. Ces disparités étaient cependant dues à un effet de cohorte. Par exemple, les personnes appartenant à des tranches d’âge différentes n’ont pas vécu les mêmes événements ou ont pu s’y adapter différemment, entraînant des traits adaptatifs distincts pour chaque cohorte, ce qui explique en partie ces résultats (Leon et coll., 1979 ; Neugarten, 1977 ; Schaie et Parkham, 1976).

Le vieillissement engendrerait, de façon inévitable, un retrait ou un désengagement social et une diminution des interactions. Selon cette théorie du désengagement formulée aux États-Unis à la fin des années 70, les personnes âgées désengagées s’adaptent mieux que celles qui ne le sont pas. Cette situation a été par la suite attribuée à des aspects socioculturels plutôt qu’à un comportement inhérent au vieillissement. D’autres théories, qui abordent au contraire la [894] question sous l’angle de l’activité, suggèrent que la productivité et l’intégration sociale sont déterminantes pour un vieillissement harmonieux. Finalement, la théorie de la continuité semble faire écho aux études concluant à la stabilité de la personnalité dans le vieil âge. D’après cette théorie, en effet, les modifications du mode de vie avec le vieillissement sont modulées par la personnalité. Cette diversité interindividuelle des comportements s’observe d’ailleurs également dans les autres générations.

Avec l’âge, les interactions sociales se modifient. La taille du réseau social décroît, mais ses aspects qualitatifs sont plus déterminants. La perception, par la personne âgée, de la qualité du soutien et de sa disponibilité est également très importante. La fratrie joue un rôle grandissant avec l’âge, malgré le fait que la compagnie des amis semble plus appréciée que celle des membres de la famille. Par ailleurs, le divorce est de plus en plus fréquent dans ce groupe d’âge, et son effet sur le réseau social est encore peu connu.

Les personnes âgées sont aussi susceptibles de vivre plus d’événements stressants. Le deuil du conjoint est une des pertes les plus importantes, et les trois quarts de ces décès surviennent chez les couples âgés de 65 ans et plus. Les personnes âgées en deuil risquent plus de souffrir d’un trouble psychiatrique et le taux de mortalité dans cette population est plus élevé. Les maladies physiques aiguës ou chroniques sont également beaucoup plus présentes. Au Canada, 28% des personnes âgées estiment avoir au moins une limitation fonctionnelle, surtout les femmes et les old-old ; près de 90% des Canadiens âgés de 75 ans et plus déclarent être atteints d’une maladie chronique telle que l’arthrite, les troubles cardiaques et l’hypertension (Statistique Canada, 1994).

Malgré tout, il serait erroné de conclure que le vieil âge est synonyme de maladie ou d’incapacité. Au Québec, seulement 1,7% des personnes de 65 à 74 ans et 11,8% des personnes de 75 ans et plus vivent en institution (Santé Québec, 1995). En fait, 74% des personnes âgées évaluent leur santé de bonne à excellente (Statistique Canada, 1994). Cette perception de sa propre santé est en corrélation avec les moyens financiers. Les revenus diminuent en général à la retraite, et les femmes âgées constituent un groupe particulièrement défavorisé. Parmi les 30% de personnes âgées qui vivent seules, les trois quarts sont des femmes.

31.2.1. Abus et négligence envers  
les personnes âgées (maltraitance)

La violence et les abus exercés contre les personnes âgées sont des phénomènes reconnus seulement depuis les années 80. L’American Medical Association Council on Scientific Affairs (1987, p. 966 ; traduction libre) définit l’abus comme « un acte ou une omission qui porte atteinte ou qui menace de porter atteinte à la santé et au bien-être de la personne âgée. L’abus inclut le fait d’infliger intentionnellement des blessures physiques ou mentales, les sévices sexuels ou la privation de nourriture, de vêtements ou de soins médicaux essentiels aux besoins physiques et mentaux de la personne âgée par quiconque lui prodigue des soins, en a la garde ou la responsabilité ». Cette définition englobe l’abus comme tel (accomplissement d’un acte destructif) et la négligence (omission d’un acte essentiel). La notion d’abus financier, dont sont souvent victimes les personnes âgées, devrait compléter cette définition.

Selon les statistiques américaines, environ 10% des personnes âgées sont victimes d’abus de quelque forme que ce soit (Kaplan, Sadock et Grebb, 1994). La prévalence des abus parmi les personnes âgées serait comparable à celle qu’on enregistre parmi les enfants. Les facteurs de risque associés aux abus comprennent le fait d’être de sexe féminin, veuf, âgé de plus de 75 ans et d’avoir peu de ressources financières, de même que la perte d’autonomie, la dépendance et les troubles du comportement. En fait, l’âge en soi n’est pas un facteur de risque majeur.

Selon certains auteurs, les caractéristiques des « abuseurs » seraient plus déterminantes que celles des victimes : présence de psychopathologie, dépendance à des substances, dépendance financière des « abuseurs » face à la personne dont ils ont la charge (Benton et Marshall, 1991 ; Homer et Gilleard, 1990). Ces données demeurent cependant contradictoires. Dans le cas de violence domestique, les conjoints, enfants et petits-enfants représentent plus de 90% des « abuseurs ». Ces derniers cohabitent le plus souvent avec leur victime. En dépit du fait que la majorité des aidants naturels sont des femmes, aucun consensus n’a été établi quant à la prédominance d’« abuseurs » féminins. Parmi les petits-enfants « abuseurs », les petits-fils seraient beaucoup plus nombreux, dans une proportion de deux pour un. Les antécédents de violence familiale et l’isolement social de l’« abuseur » [895] constituent d’autres facteurs de risque de situations d’abus (Vida, 1994).

En milieu institutionnel, l’abus et la négligence sont associés à la surcharge de travail et à l’insatisfaction des intervenants, à l’épuisement professionnel et au manque de formation. L’utilisation excessive de contentions est la forme la plus fréquente d’abus physique en milieu institutionnel (Beaulieu et Bélanger, 1995).

La violence envers les personnes âgées est rarement un phénomène isolé. Une escalade de violence est la norme et la résolution spontanée du problème est peu probable, d’où l’importance d’une détection précoce. Certaines interventions ont été adaptées des approches élaborées pour les enfants maltraités, en tenant compte du fait que les personnes âgées sont des personnes majeures.

Dans un contexte de violence domestique, les personnes âgées peuvent hésiter à dénoncer un membre de leur famille par crainte de représailles, d’abandon ou d’institutionnalisation. L’intervention doit tenir compte de la protection des personnes âgées, mais aussi de leurs droits et libertés, principalement lorsqu’elles sont jugées aptes.

31.2.2. Suicide

Le taux de suicide au sein de la population âgée est le plus élevé comparativement à tous les autres groupes d’âge dans la majorité des pays. Au Canada, le taux de suicide le plus élevé est enregistré chez les hommes de 20 à 24 ans et chez ceux de plus de 70 ans. Chez les femmes, la prévalence tend à croître jusqu’à l’âge de 50 ans et un effet de plafonnement est noté par la suite. La proportion de suicides réussis comparativement aux tentatives de suicide est beaucoup plus grande chez les personnes âgées des deux sexes.

Pour plusieurs auteurs, l’âge est le principal facteur de risque en ce qui concerne le suicide, suivi des antécédents d’alcoolisme et d’abus de substances. Les autres facteurs comprennent le sexe masculin, le veuvage, le deuil récent, le divorce, les maladies physiques, les troubles psychiatriques, les tentatives suicidaires antérieures et l’isolement. La dépression majeure est associée à un taux de suicide particulièrement élevé chez les personnes âgées, de l’ordre de 10% à 20%.

31.3. ÉVALUATION  
 GÉRONTO-PSYCHIATRIQUE

Entre les difficultés inhérentes au vieillissement et les troubles psychiatriques majeurs, les personnes âgées sont susceptibles d’éprouver une grande diversité de problèmes. Elles sont cependant plus réticentes à consulter un psychiatre, ayant parfois conservé une image défavorable de la psychiatrie. De plus, des préjugés contre les personnes âgées peuvent persister chez certains professionnels de la santé, qui ont alors tendance à attribuer au vieillissement normal les symptômes ou le déclin cognitif que présente le patient âgé. Cette attitude « âgiste » tend cependant à se modifier, à mesure que les connaissances concernant ce groupe d’âge s’améliorent.

L’évaluation psychiatrique des personnes âgées comprend les mêmes éléments que l’évaluation de l’adulte plus jeune (voir le tome I, chapitre 3). Certains aspects doivent cependant être adaptés. L’évaluation doit souvent être complétée par un examen physique incluant un examen neurologique de base, puisque des facteurs d’ordre médical contribuent plus fréquemment au tableau clinique. Une évaluation complète requiert parfois l’observation directe dans l’environnement naturel, pour préciser le fonctionnement du patient, son comportement et la qualité de son réseau social. L’évaluation peut s’échelonner sur plusieurs rencontres, et les membres de la famille ou du réseau social doivent souvent être mis à contribution à la première évaluation afin de compléter l’anamnèse, particulièrement dans le cas de patients qui présentent des troubles cognitifs. Cette rencontre permet également d’évaluer les besoins particuliers des aidants naturels. Ces derniers ont, dans certains cas, autant besoin de soutien que le patient lui-même. Parfois, les contacts doivent s’étendre au réseau élargi : voisins, directeur de banque, prêtre... Dans la mesure du possible, le praticien devrait d’abord rencontrer le patient seul, afin d’établir un lien thérapeutique. Celui-ci sera alors beaucoup plus enclin à exprimer, par exemple, des idées paranoïdes qui peuvent concerner des membres de sa famille, des idées suicidaires, ou à dévoiler une situation d’abus ou de négligence. La prise en charge interdisciplinaire prend donc toute sa signification dans le contexte du suivi des personnes âgées.

Une attention spéciale doit être portée aux antécédents médicaux et chirurgicaux, à l’emploi de médicaments délivrés sur ordonnance ou en vente libre, [896] en plus des produits dits « naturels ». Le questionnaire doit aborder la prise d’alcool actuelle et antérieure. Les habitudes de consommation de substances sont souvent sous-évaluées chez la personne âgée, surtout chez les femmes. L’histoire sexuelle est un autre sujet qui mérite d’être exploré : le stéréotype de la personne âgée asexuée est encore bien vivant chez les intervenants. Les patients âgés sont souvent gênés de parler de leur vie sexuelle, et ce en dépit de leurs inquiétudes assez fréquentes à ce sujet. Ils peuvent également subir des effets secondaires des psychotropes touchant la sphère sexuelle.

Les patients âgés éprouvent parfois des difficultés à verbaliser leurs émotions ; ils peuvent même être incapables d’exprimer leur tristesse, et les plaintes somatiques deviennent un mode d’expression fréquent. Dans d’autres situations, les patients âgés minimisent ou rationalisent certains symptômes tels la fatigue, les troubles du sommeil ou la diminution de l’appétit en les attribuant au vieillissement. Le médecin doit évidemment décoder ces messages et explorer toutes les avenues diagnostiques.

La culture teinte considérablement la façon d’exprimer les émotions ou de décrire des symptômes. Parfois, les immigrants âgés ont préservé leur langue et leur culture sans s’intégrer, comme l’ont fait les générations subséquentes, au contexte culturel de leur pays d’accueil, et ce même plusieurs années après l’immigration. L’évaluation et la prise en charge peuvent poser des problèmes insurmontables si ces éléments ne sont pas pris en considération.

Le niveau de fonctionnement est un volet essentiel de l’évaluation globale du patient âgé. La façon dont celui-ci s’acquitte des tâches quotidiennes permet de déterminer le degré d’autonomie et les modifications qui sont survenues dans le cadre de la maladie actuelle. L’évaluation doit donc permettre de préciser le diagnostic, certains aspects du pronostic, mais aussi l’aide concrète requise par le patient. Le plan d’intervention doit être adapté au niveau de fonctionnement.

Dans certaines circonstances, l’évaluation de l’aptitude de la personne âgée à consentir à des soins ou à prendre soin d’elle-même et à administrer ses biens est au cœur de la consultation. Le médecin doit être en mesure de vérifier la capacité à consentir au traitement, à se prendre en charge, à gérer ses avoirs et à faire un testament.

L’évaluation des fonctions cognitives (voir le tome I, chapitre 3) revêt une grande importance dans l’examen psychiatrique des personnes âgées. Les résultats de cette évaluation doivent être interprétés en fonction de l’état clinique du patient. Par exemple, un patient déprimé ou psychotique peut éprouver des difficultés aux épreuves de mémoire sans qu’il s’agisse pour autant d’un déficit primaire. Le recours à des tests standardisés peut être utile au suivi des patients (p. ex., le Mini-Mental State Examination [Folstein, Folstein et McHugh, 1975] et le Modified Mini-Mental State [3MS] Examination [Teng et Chui, 1987] ; voir le tome I, tableaux 5.8 et 5.9, p. 128-131), mais le diagnostic ne peut reposer uniquement sur ce type de tests. Soulignons aussi que l’âge et le niveau d’instruction modifient considérablement la performance aux tests, et des normes tenant compte de ces facteurs ont été établies pour une population québécoise francophone (Bravo et Hébert, 1997).

31.4 DÉMENCES [[2]](#footnote-2)

En raison du vieillissement de la population et de l’allongement de l’espérance de vie, les troubles cognitifs deviennent un problème de plus en plus important. Au Canada, 8% des personnes de plus de 65 ans sont atteintes de démence, et la prévalence monte à 35% au-delà de 85 ans (Canadian Study of Health and Aging Working Group, 1994). La cause la plus courante demeure la maladie d’Alzheimer, suivie des démences vasculaires.

La démence entraîne des conséquences majeures dans la vie du patient et de son entourage. La perte d’autonomie progressive demande une réorganisation du quotidien et peut devenir très exigeante pour les aidants naturels. Lorsque les ressources des proches et de la communauté sont épuisées, l’institutionnalisation s’impose.

Le traitement pharmacologique des troubles cognitifs est en forte expansion depuis quelques années, surtout en ce qui a trait à la démence de type Alzheimer. Les inhibiteurs de la cholinestérase sont employés comme traitement symptomatique des troubles cognitifs. La tacrine, vendue aux États-Unis depuis [897] 1993 et en France depuis 1994, n’est pas commercialisée au Canada. Le donépézil est sur le marché au Canada depuis 1997 et la rivastigmine depuis 2000. D’autres agents stimulant la transmission cholinergique sont en préparation ou sur le point d’être mis sur le marché (galantamine, metrifonate). Des traitements visant à freiner le processus dégénératif sont à l’étude également (vitamine E, ginkgo biloba et autres antioxydants, anti-inflammatoires, œstrogènes, propentofylline). Les résultats sont incertains mais néanmoins prometteurs.

Les manifestations psychiatriques et les troubles du comportement associés aux troubles cognitifs sont une cause fréquente de consultation en gérontopsychiatrie et l’intérêt pour cet aspect de la démence s’est considérablement accru. La présence de symptômes psychiatriques (état dépressif, idées délirantes, hallucinations) peut être la principale plainte de la part du patient ou de sa famille. Le médecin devra dans ce cas soupçonner un trouble cognitif. Les symptômes psychiatriques doivent habituellement être traités, étant donné la morbidité supplémentaire à laquelle ils sont associés (Paquette, 1993). De plus, ces manifestations sont difficiles à tolérer pour les aidants naturels, plus encore que les troubles cognitifs ou la perte d’autonomie (voir aussi les sections 31.6.4 et 31.7.2).

La prise en charge des patients atteints de démence et d’autres troubles cognitifs ne se limite cependant pas au traitement des symptômes. La mise en place d’un plan d’intervention optimal comprend l’évaluation de l’ensemble des ressources personnelles et sociales de la personne atteinte. Le patient et sa famille doivent être mis en contact avec les ressources susceptibles de les aider à pallier au mieux la perte d’autonomie progressive. Les aidants naturels courent un risque d’épuisement et doivent eux-mêmes être soutenus.

31.5. ALCOOLISME  
ET ABUS DE SUBSTANCES

31.5.1. Alcoolisme [[3]](#footnote-3)

De 1% à 2% des personnes âgées sont aux prises avec des problèmes d’alcoolisme et d’abus de substances. L’alcoolisme chez les personnes âgées est une réalité clinique de plus en plus reconnue depuis la fin des années 60. Toutefois, les critères diagnostiques du DSM-IV (voir le tome I, tableaux 6.4 et 6.5, p. 156 et 157) ne s’appliquent pas avec justesse à la population âgée chez qui les conséquences de l’abus d’alcool sont différentes. En effet, il peut être difficile d’évaluer les répercussions de l’alcoolisme du point de vue du fonctionnement social et professionnel chez une personne retraitée ou qui vit en solitaire. De plus, les complications médicales de l’alcoolisme chez les personnes âgées peuvent se confondre avec des maladies chroniques ou avec les effets de la médication.

Aux États-Unis, l’Epidemiologie Catchment Area (ECA) Study a trouvé une prévalence inférieure d’alcoolisme chez les personnes âgées comparativement aux plus jeunes. La prévalence est plus élevée en présence de problèmes médicaux et psychiatriques et plus d’hommes que de femmes sont atteints d’alcoolisme. En fait, l’alcoolisme constitue le troisième diagnostic psychiatrique chez les hommes de plus de 65 ans (Myers et coll., 1984).

Les profils de consommation sont variés : des patients ont consommé de façon relativement assidue tout au long de leur vie, d’autres, par intermittence, et certains ont débuté leur consommation à un âge plus avancé. L’alcoolisme à début tardif est souvent défini dans la littérature comme ayant débuté après l’âge de 40 ans. De façon générale, le début est considéré comme tardif dans environ un tiers des cas, ce qui fait dire à certains auteurs que la consommation d’alcool constitue une tentative d’automédication afin de réduire le stress occasionné par les multiples pertes. L’incidence de l’alcoolisme de novo tend à diminuer avec l’âge, mais demeure assez élevée parmi les personnes qui arrivent à la fin de la soixantaine. Les facteurs de risque associés à l’alcoolisme à début tardif comprennent : le sexe féminin, la condition économique élevée et les événements stressants récents. Dans la majorité des cas, la comorbidité psychiatrique et la prédisposition familiale à l’alcoolisme ne semblent pas significatives. Les alcooliques qui ont commencé à boire tardivement semblent avoir une consommation d’alcool moindre et plus circonscrite, fluctuante, et une propension aux rémissions spontanées supérieure à celle des buveurs de longue date. Les rémissions spontanées deviennent plus fréquentes avec l’âge.

[898]

Les personnes âgées sont plus vulnérables aux effets toxiques de l’alcool. Le delirium tremens (DT), l’encéphalopathie de Wernicke, le syndrome de Korsakoff sont des conditions cliniques qui nécessitent un dépistage et un traitement précoces. Le DT survient fréquemment, particulièrement chez un patient âgé ayant des antécédents de DT. L’âge est le facteur de risque de démence alcoolique le plus important ; l’abstinence en améliore le pronostic. La consommation abusive d’alcool est associée à un taux élevé de mortalité (suicide, accident ou maladie).

Le traitement de l’alcoolisme chez la personne âgée est le même que pour le patient plus jeune. Une attention particulière doit être portée au syndrome de sevrage, auquel la personne âgée est plus sensible. D’autre part, il est préférable d’attendre une période d’abstinence avant de poser un diagnostic de dépression ou de trouble cognitif persistant.

31.5.2. Abus de substances

La consommation de substances illicites est rare au sein de la population âgée. Toutefois, cette tendance pourrait changer avec le vieillissement des générations plus jeunes qui en font usage. L’abus de substances illicites est presque toujours associé à une consommation d’alcool qui a généralement débuté avant l’âge de 65 ans.

Pour ce qui est des substances licites, les personnes âgées sont les plus grandes utilisatrices de médicaments délivrés sur ordonnance et en vente libre. L’âge avancé, le sexe féminin, une mauvaise santé physique, un deuil récent et le fait de vivre en institution semblent être des facteurs de risque de poly-médication. La composante iatrogène de l’abus de médicaments est importante, car le médecin intervient directement dans la prescription. En général, les médicaments prescrits sont indiqués initialement. Le problème tient surtout au renouvellement des ordonnances sans réévaluation. Certaines études épidémiologiques démontrent que les prescriptions de sédatifs et d’hypnotiques ne sont pas excessives au sein de la population âgée, mais que plus de 50% de ces patients deviendront des utilisateurs à long terme, s’exposant alors à un risque d’accumulation et à des effets secondaires plus fréquents. Environ 25% des personnes âgées prennent des psychotropes et risquent donc de développer une pharmacodépendance. Les benzodiazépines sont les psychotropes les plus prescrits et aussi les plus fréquemment consommés de façon immodérée. Les analgésiques prescrits pour des syndromes douloureux chroniques sont eux aussi susceptibles de donner lieu à un abus et à une dépendance.

Près des deux tiers des personnes âgées de plus de 60 ans consomment quotidiennement des médicaments sans prescription (analgésiques, antihistaminiques, anticholinergiques, vitamines et laxatifs). Cette proportion augmente avec l’âge, particulièrement chez les femmes (Miller et coll., 1991). Ces produits peuvent provoquer de sérieuses complications chez les personnes âgées. Ils contribuent à des interactions médicamenteuses et à l’apparition d’effets indésirables, au même titre que les benzodiazépines et d’autres médicaments.

Le médecin doit toujours faire preuve de prudence quant à la posologie et la durée du traitement. Il est important de dresser une liste exhaustive des médicaments que prend le patient, y compris les produits en vente libre. Dans les cas de pharmacodépendance, il faut dans la mesure du possible réduire les doses et le nombre de médicaments, et ce de façon progressive pour éviter les risques de complications.

31.6. TROUBLES PSYCHOTIQUES

Environ 5% des personnes âgées vivant dans la communauté présentent des symptômes paranoïdes. Les entités diagnostiques qui y sont associées sont diverses : trouble délirant, schizophrénie à survenue tardive, trouble psychotique non spécifié. Certains diagnostics, comme la paraphrénie, sont disparus des nosographies actuelles, malgré le fait qu’ils correspondent à une réalité clinique chez certains patients âgés.

Kraepelin avait suggéré, en 1919, le terme « paraphrénie » pour désigner un ensemble de symptômes paranoïdes accompagnés de délires et d’hallucinations chez des patients dont la personnalité et la cognition étaient par ailleurs bien préservées. Il estimait qu’environ 40% de ces cas évoluaient vers la schizophrénie. En 1952, Roth et Morrisey introduisaient le concept de « paraphrénie tardive », concept qui fut remis en question dès les années 60. L’hétérogénéité des présentations et l’absence de spécificité clinique ont progressivement conduit à l’abandon de ce terme dans la [899] CIM-10. Quant à la classification américaine, elle ne reconnaît plus les diagnostics de paraphrénie ou de trouble paranoïde involutionnel à partir de 1980, avec la publication du DSM-III. Plusieurs auteurs considèrent toutefois que le concept de paraphrénie a été abandonné prématurément (Howard et Levy, 1997).

Selon le DSM-IV, on doit envisager, pour les personnes âgées qui présentent des symptômes psychotiques, un diagnostic de schizophrénie, de trouble délirant ou de trouble psychotique non spécifié. Faute de catégories diagnostiques spécifiques, le diagnostic de trouble psychotique non spécifié est fréquemment retenu pour des tableaux cliniques très divers chez les personnes âgées. En France, le terme « psychose hallucinatoire chronique » est employé pour décrire une entité clinique qui s’apparente à la schizophrénie d’apparition tardive (Dubertret, Gorwood et Adès, 1997).

31.6.1. Troubles psychotiques  
à début tardif

Épidémiologie

De 15% à 25% des patients âgés suivis en clinique externe, 10% des patients vivant en centre d’accueil et 10% des patients âgés hospitalisés en gérontopsychiatrie ont un diagnostic de trouble psychotique. Les symptômes psychotiques font aussi partie du tableau clinique des démences et autres troubles cognitifs (voir les sections 31.4 et 31.6.4, ainsi que le tome I, chapitre 5) et des troubles de l’humeur. Les troubles cognitifs, l’isolement social et les déficits neurosensoriels constituent des facteurs de risque de psychose dans l’âge avancé (Henderson et coll., 1998).

Parmi les patients schizophrènes, de 15% à 25% ont eu un diagnostic de schizophrénie après l’âge de 40 ans et seulement 3% après l’âge de 60 ans (Harris et Jeste, 1988). L’incidence annuelle de la schizophrénie à début tardif serait d’environ 12 pour 100 000 (Castle et Murray, 1993), comparativement à 30 pour 100 000 pour la schizophrénie dans l’ensemble de la population plus jeune.

Dans les familles de patients souffrant de schizophrénie à début tardif, la prévalence de schizophrénie est plus élevée que dans la population générale, mais moins élevée que dans les familles de patients atteints d’une schizophrénie à début plus précoce. Plus la maladie débute tardivement, plus les patients sont susceptibles d’avoir été mariés, d’avoir eu des enfants et d’avoir occupé un emploi rémunéré, et ce en dépit de traits de personnalité pathologiques prémorbides fréquents. Les femmes seraient plus fréquemment atteintes, dans une proportion variant de 2 à 22 femmes pour 1 homme selon les études (Almeida et coll., 1995 ; Harris et Jeste, 1988).

Le trouble délirant survient généralement à l’âge adulte moyen et avancé, soit entre 40 et 49 ans chez l’homme et entre 60 et 69 ans chez la femme. Le diagnostic est légèrement plus fréquent chez les femmes. La prévalence est de l’ordre de 0,04% (Copeland et coll., 1998).

Description clinique et diagnostic

Le diagnostic de schizophrénie à survenue tardive et de trouble délirant ne correspond que de façon imparfaite aux syndromes psychotiques rencontrés chez les personnes âgées. Souvent, les critères diagnostiques ne s’appliquent pas au tableau clinique : par exemple, les hallucinations auditives sont au premier plan, mais le fonctionnement ou la personnalité sont relativement préservés, ce qui exclut stricto sensu un diagnostic de schizophrénie. Ce vide diagnostique accentue la confusion et nuit à l’avancement des connaissances sur les syndromes psychotiques chez les personnes âgées. Les études qui ont tenté de préciser certains des aspects cliniques des syndromes psychotiques ont en général utilisé une définition large, qui englobe les diagnostics de schizophrénie à début tardif, de trouble délirant et de paraphrénie.

Les syndromes psychotiques tardifs touchent un groupe hétérogène de patients, qui ont néanmoins certaines caractéristiques communes. Le délire paranoïde est souvent bien organisé et peut s’accompagner ou non d’hallucinations. La personnalité est généralement préservée, de même que le fonctionnement cognitif. Certaines études ont cependant montré que les troubles psychotiques survenant dans l’âge avancé étaient associés à l’apparition de troubles cognitifs au cours de leur évolution.

Les patients qui souffrent de légers troubles cognitifs sont souvent susceptibles d’avoir des idées délirantes de persécution ; leurs fonctions cognitives doivent donc être évaluées adéquatement. Dans le cas de troubles cognitifs avec symptômes psychotiques secondaires, les délires ont souvent pour thème le vol dans le domicile.

[900]

Les délires paranoïdes sont souvent plausibles et comprennent fréquemment des thèmes de persécution (p. ex., être victime d’abus, exploité ou l’objet d’une machination). La visite médicale à domicile permettra de mieux évaluer l’environnement et l’expression directe de la psychose.

L’entourage immédiat fait souvent partie du délire : voisins, propriétaire, famille. Le délire des partitions {partition delusions) est un délire particulier assez fréquent chez les patients âgés psychotiques. Il se caractérise par l’expérience de la perméabilité des structures. Les patients se sentent espionnés, surveillés, parfois même drogués ou atteints par des substances ou des rayons néfastes qui traversent les murs. Des hallucinations auditives sont présentes dans 75% des cas (Howard et coll., 1992).

L’adaptation prémorbide est nettement supérieure à celle des patients dont la schizophrénie est apparue au début de l’âge adulte. Cependant, les patients âgés atteints de troubles psychotiques présentent souvent de longue date des traits de personnalité teintés de méfiance et de retrait.

Les déficits visuels et surtout auditifs sont deux fois plus fréquents. Les conséquences psychologiques et sociales des déficits neurosensoriels (tendance à l’interprétation, isolement et retrait social) pourraient contribuer à la méfiance et à l’hostilité dont ces patients font parfois preuve.

Traitement et évolution

Le cours de la schizophrénie à début tardif est habituellement chronique. L’évolution peut être ponctuée de rémissions partielles et d’exacerbations. En général, la personnalité est moins désorganisée, l’affect est plus approprié et les associations lâches, les symptômes négatifs et les troubles formels de la pensée sont moins prédominants que dans la schizophrénie à début précoce. Le risque de suicide est plus élevé que dans la population générale.

Les symptômes paranoïdes semblent s’atténuer ou même disparaître complètement lorsque le patient est retiré du contexte menaçant, notamment lorsqu’il est hospitalisé. Cette amélioration est habituellement temporaire et le retour dans le milieu fait resurgir la psychose.

L’alliance thérapeutique est difficile à obtenir. Les patients éprouvent souvent des problèmes d’observance, ce qui complique les interventions. Les antipsychotiques permettent généralement d’atténuer les idées délirantes ainsi que les hallucinations, mais leur emploi doit faire l’objet des précautions habituelles pour les personnes âgées (voir la section 31.12.2). Outre leur efficacité et leur profil d’effets secondaires favorable, les antipsychotiques atypiques pourraient présenter des avantages sur le plan cognitif, mais cela n’a pas été confirmé chez les personnes âgées (Howard, 1998). Les affections médicales peuvent contribuer au tableau psychotique et doivent être traitées, et les déficits sensoriels doivent, dans la mesure du possible, être corrigés.

En général, ces patients ne répondent aux antipsychotiques que de façon partielle. Les symptômes psychotiques s’atténuent, mais la médication n’a pas toujours l’effet souhaité sur l’autocritique et le niveau d’adaptation ou de fonctionnement social. C’est pourquoi des interventions axées sur la socialisation ou qui visent à rompre l’isolement sont nécessaires, comprenant, par exemple, l’élaboration d’un programme d’ergothérapie psychiatrique avec intégration dans des groupes d’activités de réadaptation ou dans un centre de jour. La psychose chez la personne âgée accentue l’isolement et l’ostracisme. Ces patients font parfois face à des situations sociales difficiles : tentatives répétées pour fuir les persécuteurs, déménagements multiples et problèmes de logement.

L’imagerie cérébrale chez les patients souffrant de troubles psychotiques tardifs montre parfois des anomalies peu spécifiques : élargissement ventriculaire, lacunes, anomalies de la substance blanche (Symonds et coll., 1997). Généralement, ces patients n’ont pas de déficits cognitifs significatifs, mais chez plusieurs le trouble finit par évoluer vers la démence.

31.6.2. Évolution de la schizophrénie  
avec l’âge

Contrairement à l’idée longtemps véhiculée que le pronostic de la schizophrénie est plus sombre que celui des troubles de l’humeur, quelques études longitudinales récentes ont montré que les manifestations de la schizophrénie tendent à s’atténuer avec l’âge. L’évolution de la maladie est cependant très variable : certains patients vieillissent en milieu protégé, dont l’hôpital psychiatrique, mais de nombreux autres sont en mesure de fonctionner dans la société.

[901]

La prévalence de la schizophrénie chez les personnes âgées vivant dans la communauté varie, selon les études, de 0,1% à 1,7%. Des études longitudinales menées en Europe et aux États-Unis et s’échelonnant sur plusieurs décennies révèlent que, pour la plupart des patients, les symptômes positifs ne s’aggravent plus après les cinq premières années et peuvent même s’atténuer avec le temps (Ciompi, 1980 ; Cutting et coll., 1983 ; Harding et coll., 1987). Après 50 ans, près de la moitié des personnes atteintes de schizophrénie présentent un état résiduel relativement peu symptomatique. Les sphères les plus atteintes sont le fonctionnement social et la qualité de vie. Seulement une minorité des personnes âgées atteintes de schizophrénie parviennent à satisfaire seule leurs besoins fondamentaux, et un tiers seulement auraient une qualité de vie satisfaisante.

L’évolution de la schizophrénie est très variable, mais, de façon générale, les symptômes positifs sont ceux qui s’atténuent le plus avec l’âge, laissant place à un tableau dominé par les symptômes négatifs tels le retrait affectif, l’apathie, l’indifférence et le négativisme, avec parfois des maniérismes ou des stéréotypies. Les patients sont moins influencés ou importunés par leurs hallucinations et leurs délires. L’apparition de symptômes nouveaux est assez rare, et lorsqu’ils surviennent, il s’agit le plus souvent de symptômes négatifs. Divers facteurs sont associés classiquement à un pronostic favorable à court ou moyen terme (bon fonctionnement prémorbide, début abrupt des symptômes, absence de symptômes négatifs) ; cependant, les facteurs pronostiques à plus long terme sont encore peu connus.

De nombreux patients schizophrènes âgés ont un fonctionnement cognitif altéré parfois difficile à caractériser. Les symptômes de la schizophrénie (troubles formels de la pensée, apragmatisme, négativisme) entravent l’évaluation neuropsychologique. Lorsqu’un déficit est identifié, il n’est pas toujours possible de dire s’il découle de la maladie psychiatrique elle-même, d’une hypostimulation secondaire ou encore d’un processus démentiel surajouté. Certains auteurs sont d’avis que le déclin cognitif est progressif et insidieux, alors que d’autres pensent au contraire que les déficits sont assez stables et résultent d’une « encéphalopathie statique » plutôt que d’une démence (Goldberg et coll., 1993). Il semble que les pertes cognitives consécutives à la schizophrénie surviennent surtout dans les premières années, l’état des patients suivant par la suite une courbe semblable à celle qu’on trouve chez les adultes non atteints de schizophrénie.

Conformément aux résultats d’études effectuées dans des populations adultes, les déficits cognitifs relevés chez les personnes âgées semblent associés à la schizophrénie plutôt qu’à un processus dégénératif autre. Dans une étude neuropathologique auprès de 100 patients âgés ayant souffert de schizophrénie, 72% présentaient des déficits cognitifs, mais un diagnostic de maladie d’Alzheimer a été posé pour seulement 9% d’entre eux (Purohit et coll., 1998). Une atteinte fonctionnelle progressive et une perte d’autonomie mise en évidence par l’observation longitudinale orienteront, le cas échéant, vers un diagnostic de démence.

Le traitement de la schizophrénie dans l’âge avancé devra tenir compte des caractéristiques de ce groupe d’âge, soit :

- sensibilité accrue et risques plus grands que les antipsychotiques entraînent des effets secondaires (dyskinésie tardive avec dysphagie, étouffement, aspiration ; chutes) ;

- morbidité et perte de qualité de vie associées aux symptômes négatifs ;

- perte d’autonomie fonctionnelle ;

- troubles cognitifs surajoutés.

31.6.3. Désinstitutionnalisation

La population hospitalisée à long terme dans les hôpitaux psychiatriques est vieillissante. Les personnes âgées qui s’y trouvent encore malgré les vagues successives de désinstitutionnalisation souffrent pour la plupart de schizophrénie chronique et sont hospitalisées depuis de nombreuses années. Elles se sont adaptées à la vie en institution et ce sont généralement des raisons budgétaires ou des changements d’orientation et de mission de l’institution qui les poussent vers la sortie. Plusieurs types de ressources ont accueilli ces patients, mais les facteurs déterminants de leur adaptation et de leur qualité de vie sont encore relativement peu connus.

Bien que beaucoup de patients expriment leur réticence à quitter l’institution, la plupart préféreraient tout de même résider ailleurs ; ce désir est moins marqué à mesure que se prolonge le séjour à l’institution. Malgré tout, la plupart des études ont montré [902] que très peu de ces patients souhaitent retourner à l’hôpital une fois qu’ils sont installés dans un autre milieu, et le nombre de réadmissions pourrait même être moindre que pour les patients recevant des soins aigus. La gravité des symptômes positifs et, dans une plus forte mesure, la présence de troubles de comportement (hostilité, impulsivité) et de troubles cognitifs ont été associées à une moins bonne adaptation après la désinstitutionnalisation (Harvey et coll., 1998).

Emménager dans un milieu nouveau, souvent avec des inconnus, représente un stress important pour ces patients. Très peu d’études prospectives ont été réalisées sur la relocalisation, à la suite de fermetures d’hôpitaux, de patients âgés institutionnalisés de longue date. Les données dont on dispose indiquent qu’après une période d’adaptation de quelques mois, caractérisée par une accentuation des symptômes positifs (mais une diminution des symptômes négatifs), les patients reviennent généralement à leur niveau antérieur de fonctionnement avec, dans plusieurs cas, une amélioration des comportements. Les meilleurs résultats ont été obtenus après des transferts dans des milieux de type résidentiel, alors que les transferts d’un hôpital à un autre n’ont pas eu d’effet favorable (Leff et coll., 1994).

Les milieux institutionnels de type centre d’accueil sont destinés aux patients en perte d’autonomie fonctionnelle ou qui nécessitent des soins médicaux quotidiens, les personnes en provenance de l’hôpital psychiatrique ne faisant pas exception. Toutefois, les personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques ont des besoins particuliers et peuvent éprouver des difficultés d’adaptation et d’intégration dans les milieux traditionnels. Le personnel de ces milieux doit donc être formé adéquatement ; certains auteurs préconisent l’aménagement d’unités spéciales pour ces patients.

L’hôpital psychiatrique comble néanmoins plusieurs besoins de façon appropriée et demeure nécessaire pour certains patients. Par exemple, les occupations et les loisirs sont quelquefois insuffisants ou peu organisés dans les milieux de type résidentiel, comparativement à l’hôpital. Les soins de base, l’encadrement et les loisirs sont très adéquats en institution, mais d’autres types de besoins sont mieux comblés dans un cadre résidentiel. L’intimité, l’autonomie et les responsabilités sont généralement peu valorisées dans les institutions. Ces besoins sont désinvestis par les patients, mais ils peuvent encore être cultivés, et ce même après de longues années d’institutionnalisation. Il s’ensuit souvent une amélioration sur les plans du fonctionnement et de la qualité de vie.

31.6.4. Symptômes psychotiques  
dans la démence

Au moins 30% des patients atteints de démence de type Alzheimer ont des délires ou des hallucinations. Les délires les plus fréquents sont de nature persécutoire et mettent en cause des personnes déterminées (famille, voisins) qui voleraient ou surveilleraient le patient. En raison des déficits cognitifs, le patient peut être incapable de verbaliser sa perception, et c’est surtout son comportement qui sera révélateur d’une psychose.

Les antipsychotiques peuvent être utiles dans le traitement des symptômes psychotiques et des troubles du comportement dans la démence (agitation, agressivité, cris, désinhibition, errance). La dose sera réduite et la période d’emploi, plus courte. Les données concernant l’utilisation des antipsychotiques atypiques (rispéridone, olanzapine, quétiapine, ziprasidone) semblent indiquer que ces médicaments sont préférables aux anti-psychotiques classiques au chapitre de l’efficacité et de la tolérance. D’autres classes de psychotropes, comme les anticonvulsivants et les benzodiazépines, peuvent aussi être utiles. Les bêtabloquants, le lithium, le buspirone ont été employés avec succès. Les nouveaux médicaments employés pour combattre les déficits cognitifs dans la démence, plus précisément les anticholinestérases (tacrine, donépézil, rivastigmine, galantamine, metrifonate), semblent efficaces pour les symptômes psychiatriques et comportementaux également.

Il ne faut pas négliger les répercussions que peuvent avoir les symptômes psychotiques sur les ressources sociales de la personne souffrant de démence. Ces symptômes alourdissent le fardeau de l’aidant naturel et peuvent être un facteur menant à l’institutionnalisation (voir aussi le tome I, chapitre 5).

31.6.5. Autres psychoses

Certains troubles psychotiques ont été notés de façon plus spécifique chez les personnes âgées, notamment le syndrome de Charles Bonnet, une hallucinose [903] visuelle parfois observée chez des patients qui présentent une acuité visuelle réduite ou des pathologies oculaires, en l’absence de troubles cognitifs significatifs. En plus de l’atteinte oculaire, l’âge avancé et l’isolement social seraient des facteurs de risque pour ce syndrome. Ces patients ont des hallucinations visuelles habituellement très vivaces, complexes, statiques ou en mouvement (personnages, animaux). Dans la phase initiale, une certaine autocritique face aux perceptions anormales est maintenue (pseudo-hallucinations), mais peut disparaître avec le temps. Les hallucinations disparaissent parfois après que la pathologie oculaire a été traitée. Les antipsychotiques peuvent être utiles, mais pas dans tous les cas. La carbamazépine s’est révélée efficace chez certains patients (Fernandez, Lichtshein et Vieweg, 1997).

Quelques cas d’hallucinations auditives musicales ont été décrits, souvent en relation avec une diminution de l’audition. Les hallucinations musicales sont organisées, souvent très persistantes et répétitives. Elles sont favorisées par le silence ambiant et l’inactivité. Habituellement, aucun autre symptôme psychotique n’y est associé, et l’autocritique est préservée.

L’hypothèse d’un mécanisme de « relâche corticale », qui résulterait de la désafférentation par privation des stimuli visuels ou auditifs au niveau du cortex, a été avancée pour expliquer ces syndromes. Cette hypothèse s’apparente au phénomène du « membre fantôme » chez des personnes amputées.

31.7. TROUBLES DE L’HUMEUR

31.7.1. Dépression [[4]](#footnote-4)

La dépression au sens large est le diagnostic psychiatrique le plus fréquent au sein de la population âgée. Toutefois, si les critères diagnostiques du DSM-IV sont appliqués de façon stricte, le diagnostic de démence est plus fréquent que celui de dépression majeure. Malgré une prévalence élevée chez les personnes âgées, la dépression demeure sous-diagnostiquée et sous-traitée. Le tableau clinique peut être polymorphe et les symptômes, atypiques. Selon certains préjugés sociaux, la dépression serait une conséquence normale du vieillissement.

Épidémiologie

Dans la communauté, les symptômes dépressifs ont une même prévalence parmi la population des personnes âgées que parmi la population des adultes plus jeunes. Près de 25% des personnes âgées présentent des symptômes dépressifs (Alexopoulos, 1995). Selon certaines études épidémiologiques longitudinales (Blazer, 1989 ; Murphy, 1989), la prévalence de la dépression n’augmente pas avec l’âge. Deux fois plus de femmes âgées que d’hommes âgés souffrent de dépression (Jorm, 1987). Les rares données en ce qui concerne l’incidence de la dépression chez les personnes âgées sont contradictoires, certaines études (Palsson et Skoog, 1997) indiquant qu’elle semble diminuer avec l’âge surtout chez l’homme.

La prévalence de la dépression majeure chez les personnes âgées varie de 1% à 44% selon les études, mais la véritable prévalence serait, selon une estimation raisonnable, de 3% à 5% dans la communauté et de 12% à plus de 30% en institution et parmi les personnes âgées qui consultent en médecine générale (Alexopoulos, 1995). L’Epidemiologie Catchment Area (ECA) Study indique une prévalence inférieure de tous les troubles de l’humeur (à l’exception du deuil) chez les personnes âgées et situe la prévalence des troubles de l’humeur à 1% ou 2% après 65 ans (Regier et coll., 1988). Cependant, les enquêtes montrant une diminution de la prévalence de la dépression avec l’âge ont été critiquées. La méthodologie employée aurait sous-estimé la prévalence des troubles de l’humeur chez les personnes âgées et les instruments de mesure auraient été mal adaptés. De plus, un phénomène de cohorte relié à l’époque de la naissance (birth cohort) aurait dû être considéré dans l’analyse des données (Heithoff, 1995). En outre, dans la plupart des études épidémiologiques, la présence de troubles cognitifs excluait d’emblée la possibilité de poser un diagnostic de dépression. Par ailleurs, les personnes de plus de 75 ans étaient sous-représentées, et plusieurs études n’ont pas inclus les patients en institution. Or écarter des personnes à risque introduit un biais qui fait en sorte que la prévalence de la dépression chez les personnes âgées est sous-évaluée (Palsson et Skoog, 1997).

Au sein de la population âgée, les dépressions psychotiques, mineures, atypiques, masquées ou consécutives à une affection médicale sont plus fréquentes.

[904]

Étiologie

La dépression chez les personnes âgées doit être considérée comme une entité hétérogène dont l’étiologie est multifactorielle. Les changements neurophysiologiques dus au vieillissement, la perte d’autonomie physique et cognitive, les ressources sociales et financières limitées, les changements de style de vie contribuent à son développement. Les pertes au sens large (réelles ou perçues) sont fréquentes, particulièrement en présence d’incapacités secondaires. Le deuil en soi se complique d’un épisode dépressif beaucoup plus fréquemment dans la population âgée (Addonizio et Alexopoulos, 1993).

Plusieurs études ont tenté de caractériser la dépression selon l’âge d’apparition de la maladie. La dépression à début tardif est plus souvent associée à des troubles neurologiques et médicaux : atteintes cognitives (troubles mnésiques, démences), anomalies radiologiques (ventricules latéraux élargis, lésions au niveau de la substance blanche profonde). Un freinage nul à l’épreuve de freinage à la dexaméthasone y est plus fréquemment associé. Les taux de morbidité et de mortalité sont nettement plus élevés que dans la dépression à début précoce. Au chapitre des antécédents psychiatriques familiaux, on relève moins fréquemment un trouble de l’humeur chez un parent au premier degré. La dépression à début tardif est associée à un plus fort taux de rechute. Ces données militent en faveur d’une composante « organique » plus importante (Lebowitz et coll., 1997).

Description clinique

Il n’existe pas de critères de dépression qui s’appliqueraient spécifiquement aux personnes âgées, autrement dit la nosographie actuelle n’établit pas de différences diagnostiques selon l’âge (voir le tome I, tableau 11.3, p. 302-303). Plusieurs caractéristiques semblent cependant distinguer les patients déprimés âgés des adultes plus jeunes et méritent d’être soulignées. L’humeur triste ou dysphorique est souvent minimisée, voire niée, par le patient âgé. Les sentiments de culpabilité sont rapportés moins souvent, contrairement à la perte d’intérêt et l’anhédonie qui le sont davantage. La somatisation est fréquente et des symptômes hypocondriaques sont présents dans près de 65% des cas. Ces manifestations signalent un risque suicidaire plus élevé. Les éléments dysphoriques sont alors occultés par des plaintes somatiques diverses ; ce type de présentation clinique correspond au concept de « dépression masquée » (Yesavage, 1992). L’appareil gastro-intestinal est spécialement mis en cause : problèmes de digestion, dyspepsie, constipation. Les somatisations peuvent aussi atteindre la sphère neurologique : étourdissements, vertiges, céphalées, paresthésies, etc. Les symptômes cardiovasculaires peuvent simuler des manifestations anxieuses avec tachycardie, palpitations, douleur rétrosternale, etc. Des syndromes douloureux divers sont fréquents.

On relève plus de dépressions psychotiques chez les personnes âgées que dans tous les autres groupes d’âge. Les symptômes neurovégétatifs sont habituellement plus prononcés. Les délires de persécution ou hypocondriaques sont plus fréquents que les délires de culpabilité. Les délires nihilistes sont plus courants que dans les autres groupes d’âge.

La mélancolie d’involution, concept initialement décrit par Kraepelin en 1896, désignait une forme de dépression survenant principalement chez la femme dans la cinquantaine ou l’homme dans la soixantaine. Cette dépression était caractérisée par sa sévérité, une forte douleur morale, un ralentissement psychomoteur marqué parfois remplacé par une agitation anxieuse, des éléments hypocondriaques, des thèmes délirants de culpabilité et d’incurabilité pouvant aller jusqu’au syndrome de Cotard. Le DSM-III n’a pas retenu le concept de mélancolie d’involution et il est disparu dans la CIM-10.

La dépression peut aussi revêtir un caractère régressif important. Le syndrome de glissement, terme introduit par des gériatres européens, désigne un état physique et psychique de régression sévère au cours d’une maladie somatique. Le tableau clinique comporte une atteinte grave de l’état général associée à des taux de morbidité et de mortalité élevés. Les patients éprouvent un sentiment de vide intérieur et manifestent une tendance à Pautodépréciation, au laisser-aller, à l’opposition aux soins et au désinvestissement. Ferrey et Le Gouès (1995) ont décrit deux sous-groupes de ce syndrome : la dépression « blanche », qui est dépourvue des productions mentales habituelles (absence de tristesse, d’angoisse, d’idées suicidaires), et le « syndrome de refus », dans lequel l’opposition surpasse la dépression.

[905]

Diagnostic différentiel, dépression secondaire  
et comorbidité

La dépression chez les personnes âgées peut se présenter comme un trouble anxieux, les éléments affectifs étant occultés par des symptômes anxieux ou par un tableau d’irritabilité. Elle peut aussi se manifester comme un trouble de la personnalité. Un tel diagnostic devrait toutefois être différé jusqu’à ce que la dépression soit traitée, puisque le pseudo-trouble de la personnalité disparaît en même temps que la dépression.

La dépression peut être consécutive à une affection médicale ou à l’usage de certaines substances. La comorbidité en relation avec des affections médicales est une caractéristique distinctive de la dépression gériatrique. Parmi les maladies fréquemment associées à la dépression, on note des endocrinopathies (hypothyroïdie, déficit en acide folique et vitamine B12, maladie de Cushing), des infections virales et des néoplasies (lymphome, cancer du pancréas, du côlon, du poumon). La concomitance de troubles neurologiques et d’un tableau de dépression est fréquente chez les personnes âgées (voir la section 31.7.2). De 15% à 20% des personnes atteintes de démence de type Alzheimer souffrent aussi d’une dépression majeure et près de 50% d’entre elles présentent des symptômes dépressifs de moindre intensité. La dépression accompagne proportionnellement plus souvent les démences vasculaires que la démence de type Alzheimer. Les maladies vasculaires cérébrales sont aussi associées à des tableaux de dépression, particulièrement dans le cas d’une atteinte hémisphérique gauche. La maladie de Parkinson se double dans 50% des cas d’un tableau dépressif, mais il n’existe pas de relation entre la sévérité des troubles moteurs et la survenue d’épisodes dépressifs ou leur intensité. Notons enfin que certains symptômes de la maladie de Parkinson, tels la bradykinésie et l’amimie faciale, peuvent simuler une dépression.

Certains médicaments d’emploi courant peuvent induire ou compliquer des tableaux dépressifs, notamment les antihypertenseurs, les antiparkinsoniens, les analgésiques, les narcotiques, les sédatifs hypnotiques, les benzodiazépines et les barbituriques pour ne citer que ceux-là.

La dépression est 10 fois plus fréquente chez les personnes âgées malades physiquement que dans la population âgée générale, mais, dans la majorité des cas, le lien biologique entre la dépression et la maladie physique n’est pas clairement connu.

Traitement et évolution

La dépression chez les personnes âgées est traitée de la même façon que chez les patients plus jeunes, qu’il s’agisse des approches psychothérapeutiques ou pharmacologiques, en tenant compte de certaines particularités de ce groupe d’âge. Ainsi, sur le plan pharmacologique, une attention particulière doit être portée à la sélection de la médication antidépressive. Les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) sont des antidépresseurs de choix en raison de leur efficacité comparable à celle des antidépresseurs tricycliques classiques, mais surtout en raison de leur profil d’effets secondaires plus sûr. Les ISRS de plus courte demi-vie (sertraline, fluvoxamine, paroxétine, citalopram) possèdent un meilleur profil d’élimination ; des doses plus faibles que celles qui sont prescrites aux adultes plus jeunes permettent d’atteindre des taux sériques équivalents.

Même si les antidépresseurs tricycliques (ATC) ont été relégués au second plan depuis l’arrivée des ISRS, ils conservent néanmoins leur utilité en cas de dépression réfractaire. Certaines études montrent d’ailleurs leur supériorité chez les patients hospitalisés. Les ATC comportent cependant un profil d’effets secondaires moins sûr pour les personnes âgées : hypotension orthostatique, symptômes anticholinergiques et cardiotoxicité. Certains patients les tolèrent quand même très bien. Parmi les ATC, les amines secondaires (désipramine, nortriptyline) sont mieux tolérées.

Les inhibiteurs réversibles de la monoamine- oxydase de type A (IRMAO-A) [moclobémide], les inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) [venlafaxine] et certains autres antidépresseurs atypiques (néfazodone, bupropion) ont un meilleur profil d’innocuité et d’effets secondaires que les ATC et les inhibiteurs de la monoamine- oxydase (IMAO) classiques (phénelzine, tranylcypromine) [voir le chapitre 44]. Des études complémentaires devront toutefois être effectuées auprès de la population âgée.

L’électroconvulsivothérapie (ECT) peut être indiquée dans les dépressions majeures sévères chez les personnes âgées ou en cas d’intolérance ou de résistance à la pharmacothérapie (voir la section 31.12.2 et le chapitre 46).

[906]

Le délai de réponse aux antidépresseurs, qui est de 4 à 6 semaines chez l’adulte, peut s’étirer jusqu’à 12 semaines chez les personnes âgées. Il importe donc d’attendre plus longtemps avant de changer de traitement ou de considérer l’épisode dépressif comme réfractaire (Zisook et Downs, 1998). Compte tenu de l’histoire naturelle de la dépression chez les personnes âgées, la durée recommandée du traitement pharmacologique est plus longue que pour les adultes plus jeunes, soit jusqu’à 24 mois après la rémission pour un premier épisode dépressif. Dans le cas d’une récidive, un traitement d’entretien à vie est recommandé (Kennedy, 1995 ; Stoudemire, 1997).

Le taux de récidive de la dépression augmente avec l’âge. De plus, les épisodes dépressifs non traités durent plus longtemps chez les personnes âgées, soit de trois à cinq ans, comparativement à six mois à deux ans chez les adultes plus jeunes. La dépression chez les personnes âgées est associée à un taux de mortalité de 1,5 à 3 fois supérieur dans les années qui suivent l’épisode dépressif.

Le tableau 31.1 résume les caractéristiques de la dépression majeure chez les personnes âgées.

31.7.2. Dépression et démence

Le rapport entre la dépression et les troubles cognitifs, particulièrement la démence, a fait l’objet d’études nombreuses et sa compréhension a beaucoup évolué dans les dernières années. Le concept de pseudodémence avait été proposé initialement pour illustrer la difficulté diagnostique que peuvent représenter certains patients déprimés, en raison d’un tableau clinique qui ressemble superficiellement à la présentation de la démence. Le tableau « pseudodémentiel » est toutefois réversible à la suite du traitement de la dépression ou de la maladie psychiatrique de base. Ce terme a aussi été employé au sujet de patients qui présentent, au cours d’un épisode dépressif, des troubles cognitifs cliniquement significatifs et objectivés par une évaluation formelle. L’appellation « pseudodémence » tend à être abandonnée, car son utilité a été compromise par les diverses significations qu’elle peut recevoir. De plus, ce terme suggère à tort que les déficits observés ne sont pas « réels ». L’appellation « syndrome démentiel de la dépression » est plus juste et son emploi est de plus en plus répandu.

Le tableau 31.2 présente les critères proposés par Wells en 1979 pour aider à distinguer la pseudodémence de la démence. Il faut considérer ces observations cliniques comme des indicateurs généraux et non comme des critères stricts, puisqu’elles visent en fait à illustrer une présentation « type » à laquelle la plupart des patients ne se conforment que partiellement.

Plusieurs éléments viennent compliquer l’évaluation du fonctionnement cognitif chez un patient qui présente un syndrome dépressif. L’attitude générale du patient incite à sous-estimer les capacités cognitives. Les patients âgés déprimés ont en effet tendance à exagérer leurs déficits et se plaignent souvent de troubles mnésiques. Ils présentent un ralentissement psychique et ont de la difficulté à prendre des décisions. De plus, les troubles réels de l’attention

TABLEAU 31.1

Caractéristiques de la dépression majeure chez les personnes âgées

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Caractéristiques cliniques | Particularités du traitement pharmacologique | Évolution de la dépression |
| - Symptômes plus fréquents que chez l’adulte plus jeune:  • Symptômes somatiques  • Syndromes douloureux  • Perte d’intérêt  • Anhédonie  • Symptômes psychotiques (principalement délire nihiliste)  - Symptôme moins fréquent :  • Culpabilité | - Doses moindres des médicaments  - Ajustements posologiques plus longs  - Effets secondaires plus fréquents  - Plus long délai d’action des antidépresseurs  - Durée recommandée de traitement plus longue  - Résistance au traitement plus fréquente  - Indication plus fréquente de l’électroconvulsivothérapie | - Durée plus lon gue  - Récidives plus fréquentes |

[907]

TABLEAU 31.2.

Différences cliniques entre la pseudodémence et la démence

|  | Pseudodémence | Démence |
| --- | --- | --- |
| Évolution clinique et histoire antérieure | Le déficit ou sa gravité sont décelés rapidement par la famille | Reconnaissance tardive du déficit ou de sa gravité |
| Début relativement précis dans le temps | Début imprécis dans le temps |
| Court délai avant la consultation médicale | Long délai avant la première consultation médicale |
| Progression rapide des symptômes | Lente progression des symptômes |
| Antécédents psychiatriques fréquents | Antécédents psychiatriques plus rares |
| Tableau clinique et plaintes du patient | Le patient se plaint beaucoup de ses déficits cognitifs  Les plaintes sont détaillées | Peu de plaintes par rapport aux pertes cognitives Les plaintes sont vagues |
| Le patient amplifie ses déficits | Le patient cache ses déficits |
| Le patient souligne ses échecs | Le patient se réjouit de ses plus petits accomplissements |
| Le patient fournit peu d’effort même pour les tâches simples | Le patient s’efforce à la tâche |
| Peu de tentatives de la part du patient pour se situer dans le temps et l’espace | Utilisation de notes, de calendriers, etc., pour se situer |
| Le patient communique un sentiment de détresse importante | Le patient semble indifférent |
| Le changement de l’affect est soutenu et teinte le tableau clinique | L’affect est labile et superficiel |
| Perte précoce et importante des habiletés sociales | Préservation des habiletés sociales |
| Comportement discordant par rapport à la sévérité du trouble cognitif rapporté | Comportement congruent avec la sévérité du trouble cognitif |
| L’exacerbation des symptômes à la tombée de la nuit est rare | L’exacerbation des symptômes à la tombée de la nuit est fréquente |
| Dysfonction mnésique et cognitive : aspects cliniques | L’attention et la concentration sont souvent préservées Les réponses du type « je ne sais pas » sont fréquentes | L’attention et la concentration sont habituellement altérées Le patient a plutôt tendance à répondre à côté de la question |
| Aux questions d’orientation, le patient répond fréquemment qu’il ne sait pas | Aux questions d’orientation, le patient tend à confondre le non-familier avec le familier (p. ex., l’hôpital et sa maison) |
| La mémoire des faits anciens est atteinte au même degré que la mémoire des faits récents | La mémoire des faits récents est atteinte plus précocement et plus sévèrement que la mémoire des faits anciens |
| Présence possible de lacunes mnésiques concernant des périodes ou des événements précis | L’amnésie lacunaire est inhabituelle |
| Variation marquée de la performance à des tâches de difficulté équivalente | Performance invariablement pauvre à des tâches de difficulté équivalente |

Source : D’après C.E. Wells, « Pseudodementia », Am. J. Psychiatry, vol. 136, n° 7,1979, p. 898. © 1979, American Psychiatric Association. Reproduit avec autorisation. Le American Journal of Psychiatry décline toute responsabilité en cas d’erreur de traduction.

[908]

et de la concentration qui accompagnent la dépression entravent la performance aux tests. De façon générale, les patients déprimés réussissent moins bien aux tâches qui demandent un effort cognitif.

Le syndrome démentiel de la dépression est une entité clinique assez rare. Les déficits observés à l’examen neuropsychologique sont relativement légers. Les fonctions corticales sont généralement préservées (phasies, praxies, gnosies) et le tableau est davantage compatible avec une dysfonction sous-corticale (voir le tome I, chapitre 5). Le tableau 31.3 compare certaines caractéristiques cliniques du syndrome démentiel de la dépression, de la démence sous-corticale et de la démence corticale.

Même si le tableau démentiel est réversible avec le traitement antidépresseur, les patients qui présenteront ultérieurement un syndrome démentiel franc sont nombreux. Un syndrome démentiel apparaît en effet chez de 9% à 25% de ces patients à chaque année qui suit l’épisode de dépression, pour finalement toucher la quasi-totalité des patients si le suivi est suffisamment long.

Près de la moitié des patients atteints de démence présentent une humeur triste et jusqu’à 20% finissent par présenter un tableau de dépression majeure. Le traitement de la dépression peut grandement améliorer le fonctionnement général et cognitif de ces patients. C’est d’ailleurs pourquoi, plutôt que de faire la distinction entre la démence et la dépression, l’objectif clinique principal est de déterminer si un syndrome dépressif traitable occasionne une morbidité supplémentaire au patient atteint de démence.

31.7.3. Trouble dysthymique

La prévalence du trouble dysthymique oscille entre 2% et 8% chez les personnes âgées. La maladie débute précocement dans la plupart des cas (avant l’âge de 21 ans selon le DSM-IV). Cependant, la majorité des patients dysthymiques âgés ne souffraient pas de ce trouble avant l’âge de 65 ans. Chez certains patients, la dépression peut se chroniciser, ce qui complique la distinction avec le trouble dysthymique. La réponse au traitement serait comparable à celle des adultes plus jeunes ; il y a cependant peu de données sur ce sujet.

TABLEAU 31.3

Comparaison des caractéristiques cliniques du syndrome démentiel  
de la dépression, de la démence sous-corticale et de la démence corticale

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Syndrome démentiel de la dépression | Démence sous-corticale (p. ex., démence de la maladie de Parkinson) | Démence corticale (p. ex., démence de type Alzheimer) |
| Bradykinésie | + | + | - |
| Posture voûtée | + | + | - |
| Rigidité | ± | + | - |
| Tremblements | - | + | - |
| Humeur dépressive | + | + | ± |
| Ralentissement psychomoteur | + | + | - |
| Trouble mnésique | + | + | + |
| Défaut de rappel | + | + | + |
| Défaut de reconnaissance (encodage) | \_ | \_ | + |
| Aphasie | - | - | + |
| Apraxie | - | ± | + |
| Agnosie | - | - | + |

Source : D’après J.L. Cummings et D.F. Benson, « Dementia syndromes associated with psychiatrie disorders : “The pseudodementias” », dans Dementia : A Clinical Approach, 2e éd., Stoneham (Mass.), Butterworth-Heinemann, 1992, p. 296.

[909]

31.7.4. Trouble bipolaire

Épidémiologie

Le trouble bipolaire est relativement fréquent chez les personnes âgées. La manie est à l’origine de 5% à 10% de toutes les admissions en gérontopsychiatrie (Young et Klerman, 1992). Des études épidémiologiques (Weissman, 1988) indiquent cependant une diminution de la prévalence annuelle du trouble bipolaire avec l’âge, passant de 1,4% chez les 18-44 ans à 0,1% après 65 ans. Ces résultats doivent être pondérés en fonction des études concernant spécifiquement la manie chez les personnes âgées, qui ont, au contraire, relevé un accroissement du nombre des premières admissions pour un diagnostic de manie à partir de 60 ans. Dans un échantillon de patients âgés souffrant d’un trouble bipolaire, Broadhead et Jacoby (1990) ont même trouvé deux pics d’incidence pour un premier épisode maniaque, soit l’un à 37 ans et l’autre à 73 ans. Ces résultats apparemment contradictoires peuvent s’expliquer par un taux de mortalité plus élevé chez les patients souffrant d’un trouble bipolaire et par une atténuation des épisodes maniaques avec l’âge chez certains patients.

Les études sur le trouble bipolaire dans l’âge avancé indiquent que le premier épisode affectif survient assez tardivement, soit entre 45 et 55 ans en moyenne. Il s’agit le plus souvent d’une dépression, et il s’écoule un intervalle moyen d’une quinzaine d’années avant le premier épisode de manie.

Particularités du trouble bipolaire à début tardif

Les patients âgés souffrant de manie à début tardif présentent des différences cliniques par rapport aux adultes plus jeunes atteints d’un trouble bipolaire ou aux patients âgés chez qui la maladie a débuté plus tôt dans la vie. Comparativement à la manie du jeune adulte, la manie à début tardif est plus fréquemment associée à :

- des maladies neurologiques (maladies vasculaires cérébrales, particulièrement dans l’hémisphère droit, démences, tumeurs, traumatismes crâniens, infections telles que neurosyphilis ou neurosida) ;

- des affections médicales diverses (troubles thyroïdiens, troubles métaboliques et carences nutritionnelles, p. ex. en vitamine B12) ;

- l’utilisation de certains médicaments ou substances (corticostéroïdes, bronchodilatateurs, lévodopa, sympathomimétiques, psychostimulants, alcool).

Les facteurs organiques interviendraient donc davantage. La manie secondaire (Krauthammer et Klerman, 1978) ou consécutive à une affection médicale est un syndrome maniaque pour lequel un lien de causalité avec une affection médicale est établi. Ce syndrome clinique demeure assez rare et ne caractérise qu’une minorité de cas.

Les antécédents psychiatriques familiaux sont habituellement moins fréquents chez les patients maniaques souffrant d’un trouble bipolaire à début tardif, ce qui laisse supposer que le facteur génétique est moins déterminant (Tohen, Shulman et Satlin, 1994). Certains auteurs ont trouvé au contraire qu’une histoire familiale de trouble bipolaire ou d’autres troubles de l’humeur est fréquente chez ces patients (Charron, Fortin et Paquette, 1991). Il est possible qu’une manie secondaire soit plus facilement déclenchée chez des patients possédant déjà une vulnérabilité au trouble bipolaire.

Description clinique

Tous les symptômes de manie observés chez les adultes peuvent aussi être présents chez les personnes âgées, et les critères diagnostiques sont les mêmes pour les deux groupes (voir le tome I, tableau 11.4, p. 311). Certaines études ont toutefois montré des différences entre les épisodes maniaques selon l’âge, mais les résultats sont contradictoires et ne sont généralement pas reproduits d’une étude à l’autre (Young et Klerman, 1992). Par exemple, les patients âgés manifesteraient plus souvent de l’irritabilité, tandis que l’euphorie et les idées de grandeur seraient moins fréquentes. L’agitation serait habituellement moins marquée. Les présentations mixtes ou dysphoriques sont décrites classiquement comme plus fréquentes chez les personnes âgées, bien que ces observations n’aient pas été confirmées.

Les études concernant les fonctions cognitives sont contradictoires. Un début tardif de la maladie est plus souvent associé à des déficits cognitifs. Par ailleurs, il arrive que la présentation clinique de certains épisodes maniaques ressemble à une démence ou à un delirium, auquel cas le diagnostic peut être difficile à établir. Ces « pseudodémences maniaques » [910] sont généralement réversibles et doivent être traitées. Enfin, mentionnons qu’un syndrome d’allure maniaque peut être observé chez de 2% à 5% des patients déments.

Traitement et évolution

Les personnes âgées souffrant d’un trouble bipolaire répondent aux mêmes approches pharmacologiques que les personnes plus jeunes. La tolérance aux médicaments est cependant moindre et les interactions médicamenteuses et les contre-indications, plus fréquentes. Pour tous les thymorégulateurs, des doses inférieures à celles qui sont couramment prescrites aux adultes plus jeunes peuvent être suffisantes.

L’âge en soi n’est pas une contre-indication à l’utilisation du lithium. La dose initiale est généralement de 150 à 300 mg par jour et doit être augmentée plus lentement que pour les patients plus jeunes. Un taux plasmatique entre 0,4 et 0,6 mmol/L permet souvent de contrôler l’épisode maniaque aigu, mais une lithémie de l’ordre de 1,0 ou 1,2 mmol/L est nécessaire dans certains cas. On doit être attentif aux signes d’intoxication qui peuvent apparaître même si la lithémie est à l’intérieur de l’éventail thérapeutique. Employé avec prudence, le lithium demeure un thymorégulateur efficace et sûr.

Certains préconisent l’utilisation des autres thymorégulateurs tels l’acide valproïque et la carbamazépine. Cependant, les études d’efficacité et d’innocuité excluent souvent les personnes de plus de 65 ans. Les données s’appliquant spécifiquement aux personnes âgées sont rares et concernent de petits nombres de cas. Dans une étude effectuée auprès de 21 patients de plus de 60 ans, l’acide valproïque s’est montré efficace et a été bien toléré, à une dose moyenne de 1 500 mg par jour (Noaghiul, Narayan et Nelson, 1998). En pratique, des doses de 750 à 1 000 mg sont souvent suffisantes. Ici encore, la dose d’attaque devrait être de 125 mg, 1 ou 2 fois par jour. La carbamazépine est utile surtout dans le cas de manies réfractaires étant donné le plus grand risque de toxicité et d’interactions médicamenteuses.

Quelques rapports d’utilisation de la clozapine dans le traitement de la manie réfractaire chez des personnes âgées indiquent que cette avenue devrait être retenue en cas d’échec des thymorégulateurs. Il existe peu d’informations concernant l’efficacité des autres antipsychotiques atypiques dans le trouble bipolaire gériatrique, mais ces médicaments sont bien tolérés par les patients âgés souffrant de troubles psychotiques. Il existe peu de données sur l’efficacité et l’innocuité des nouveaux anticonvulsivants (lamotrigine, gabapentine, topiramate) dans le trouble bipolaire chez les personnes âgées.

Le trouble bipolaire se déclare généralement dans la vingtaine ou la trentaine. Les études menées auprès de patients âgés souffrant de ce trouble ont cependant montré de façon répétée que le premier épisode (dépressif ou maniaque) survient plutôt dans la cinquantaine chez ces patients. L’âge serait associé à des épisodes plus longs, un intervalle plus court entre les épisodes et un risque accru de rechutes, et ce particulièrement dans le trouble bipolaire à début tardif. En outre, le déclenchement d’un épisode dépressif immédiatement après un épisode maniaque serait plus fréquent chez les personnes âgées.

Le taux de mortalité parmi les patients âgés atteints d’un trouble bipolaire serait plus élevé que le taux de base dans la communauté, et peut-être supérieur à celui qu’on trouve parmi les patients âgés souffrant de dépression. Le risque que se manifestent des troubles cognitifs serait aussi plus grand.

31.8. TROUBLES ANXIEUX [[5]](#footnote-5)

Par comparaison avec les troubles de l’humeur et les troubles psychotiques, les troubles anxieux ont fait l’objet de peu d’études chez les personnes âgées ; l’anxiété chez les old-old (plus de 80 ans) est encore moins connue. Pourtant, des symptômes d’anxiété sont présents chez de 30% à 50% des patients âgés (Tueth, 1993), ce qui explique en partie pourquoi ces derniers reçoivent proportionnellement plus de prescriptions d’anxiolytiques que les patients plus jeunes. D’ailleurs, en première ligne, les plaintes subjectives relatives à l’anxiété augmentent avec l’âge : 17% chez les 20-24 ans et 29% chez les 70-79 ans (Zung, 1986).

L’anxiété normale et l’anxiété pathologique peuvent être passablement difficiles à distinguer chez les personnes âgées, et ce pour différentes raisons. [911] Dans l’âge avancé, les facteurs de stress sont nombreux et inhérents aux événements et aux enjeux du développement propres à cette étape de la vie. L’anxiété peut se situer sur un continuum allant du mécanisme normal d’adaptation au trouble envahissant et invalidant. Face au décès du conjoint, à la maladie ou à la perte d’autonomie, par exemple, une réaction anxieuse est compréhensible ; la présence d’anxiété peut néanmoins être considérée à tort comme normale dans ce groupe d’âge, alors qu’elle mériterait une intervention thérapeutique.

31.8.1. Épidémiologie

Plusieurs données épidémiologiques montrent que la prévalence des troubles anxieux diminue avec l’âge. Dans l’étude ECA, le groupe des plus de 65 ans est légèrement moins atteint en général, avec une prévalence de 3,6% chez les hommes et de 6,8% chez les femmes, pour une moyenne de 5,5%, par comparaison avec 7,3% chez les adultes plus jeunes. Après les troubles cognitifs, ce sont les troubles anxieux qui sont le plus souvent diagnostiqués. La phobie spécifique est le trouble anxieux le plus fréquent et celui pour lequel on enregistre le moins d’écart entre personnes âgées et adultes plus jeunes. Sa prévalence est de 4,8% comparativement à 6,2% chez les adultes plus jeunes (Regier et coll., 1988).

L’éclosion d’un trouble anxieux de novo est relativement rare et survient surtout chez les femmes. Les cas décrits concernent surtout l’agoraphobie et, dans une moindre mesure, le trouble panique. L’apparition tardive du trouble obsessionnel-compulsif (TOC) et de l’anxiété généralisée est plutôt inusitée.

Ces données épidémiologiques sur les troubles anxieux chez les personnes âgées doivent cependant être interprétées avec circonspection. En effet, dans ces études, les diagnostics ont été établis de façon stricte à la lumière de critères définis en considération de populations adultes plus jeunes, tandis que les personnes âgées peuvent présenter des tableaux cliniques atypiques (Flint, 1994a ; Palmer, Jeste et Sheikh, 1997). La présence de problèmes d’ordre médical tels les troubles cardiaques ou respiratoires tend à fausser la prévalence des troubles anxieux chez les personnes âgées. En outre, les études transversales ne sont pas à l’abri des effets de cohorte. Il est par exemple possible que les personnes âgées se plaignent moins de leur anxiété parce qu’elles ne reconnaissent pas leurs symptômes comme pathologiques. De plus, le malaise par rapport aux problèmes psychiatriques est plus grand dans ce groupe d’âge, et les personnes âgées ont davantage tendance à exprimer leur souffrance par des plaintes somatiques.

31.8.2. Description clinique

Les quelques études qui ont tenté de comparer le profil clinique selon l’âge des patients ou selon l’âge à l’apparition des symptômes anxieux n’ont pas révélé de différences majeures. Lorsque le trouble anxieux apparaît pour la première fois dans l’âge avancé, certaines différences mineures sont observées. Par exemple, les attaques de panique sont moins intenses, avec moins de symptômes aigus et de comportements d’évitement secondaires, mais le profil général est sensiblement le même. La dyspnée et les vertiges seraient plus fréquents dans le groupe chez qui le trouble a débuté tardivement, alors que les plus jeunes présenteraient plus de symptômes de dépression et de phobie sociale (Raj, Corvea et Dragon, 1993). Lorsqu’elle apparaît tardivement, l’agoraphobie peut faire suite à une maladie physique. L’anxiété généralisée se développe habituellement plus tôt dans la vie, parfois même dans l’enfance. Cependant, il est possible que ce trouble soit sous-diagnostiqué chez les personnes âgées : comme les symptômes sont présents de longue date, ils peuvent être attribués à tort à la personnalité de base. La présence possible d’affections médicales se traduisant par des symptômes semblables (maladie cardiaque ou pulmonaire, p. ex.) peut aussi rendre le diagnostic de trouble anxieux plus difficile.

Le TOC est une pathologie chronique dont la rémission spontanée est rare. La prévalence chez les personnes âgées est probablement de l’ordre de 1%, comme chez les adultes plus jeunes. Cependant, l’apparition tardive de ce trouble est inhabituelle : dans les cliniques spécialisées de TOC, jusqu’à 12% des patients ont plus de 50 ans (et 4% ont plus de 60 ans) lorsqu’ils consultent pour la première fois, alors que la maladie débute après 50 ans dans 1% des cas seulement (Jenike, 1991). Les patients âgés aux prises avec un TOC ont donc généralement une longue histoire de symptômes souvent très invalidants pour lesquels ils tardent à consulter. Selon les quelques études publiées, la présentation clinique du TOC est très semblable, sinon identique, quel que soit l’âge.

[912]

31.8.3. Évaluation et diagnostic

Comparativement aux adultes, il est possible que, chez les personnes âgées, le seuil au-delà duquel des symptômes anxieux deviennent un trouble ne soit pas le même, et ce en dépit du fait que les critères diagnostiques des troubles anxieux sont les mêmes pour les deux groupes. Les plaintes somatiques sont fréquentes ; la composante somatique de l’anxiété n’est donc pas toujours facile à départager d’un trouble somatoforme.

L’anxiété peut faire partie du tableau clinique de plusieurs maladies psychiatriques chez les personnes âgées. La dépression, par exemple, s’accompagne souvent de symptômes dont l’intensité peut même inciter à poser un diagnostic spécifique de trouble anxieux. Le DSM-IV donne, à l’annexe B, des critères pour le trouble mixte anxiété-dépression, catégorie diagnostique figurant dans la CIM-10 sous le nom de trouble anxieux et dépressif mixte. La prévalence de ce trouble en gérontopsychiatrie est incertaine. Un diagnostic de dépression devrait donc toujours être envisagé en présence de symptômes d’anxiété chez une personne âgée.

Les troubles anxieux, surtout s’ils sont d’apparition tardive, peuvent signaler de nombreuses autres affections médicales fréquentes dans ce groupe d’âge. Les médecins généralistes et dans certaines spécialités rencontrent souvent des personnes âgées souffrant de troubles anxieux, mais qui expriment des plaintes d’un tout autre ordre (dyspnée, malaises cardiaques, étourdissements, etc.) ; les pathologies auxquelles ces plaintes pourraient être reliées doivent être écartées et une investigation judicieuse doit être entreprise. Un trouble cognitif peut parfois se manifester par une anxiété excessive, par exemple au début d’un processus démentiel ou comme prodrome d’un delirium.

31.8.4. Traitement

L’approche thérapeutique des troubles anxieux est la même que pour les adultes plus jeunes, tant pour ce qui est de la psychothérapie que pour ce qui est de la pharmacothérapie. Le traitement doit cependant tenir compte des particularités de l’âge. En ce qui concerne le traitement pharmacologique, les anxiolytiques de type benzodiazépine devraient être prescrits avec précaution en raison de leurs effets indésirables et des risques qu’ils comportent, notamment le risque de chute, les troubles cognitifs, la confusion et le risque de dépendance. Les antidépresseurs de type ISRS sont devenus le traitement de première intention pour les personnes âgées. Les anxiolytiques non benzodiazépines, dont le prototype est le buspirone, sont efficaces chez les personnes âgées et entraînent moins d’effets secondaires tout en posant relativement moins de problèmes d’interactions médicamenteuses ; ils sont indiqués surtout dans l’anxiété généralisée. Leur délai d’action peut cependant nuire à l’observance du traitement, d’où la nécessité de donner des explications au patient et à sa famille. Les antidépresseurs tricycliques ont aussi leur place dans le traitement des troubles anxieux tels le trouble panique et le TOC. Lorsqu’un trouble de l’humeur coexiste, un traitement antidépresseur spécifique est indiqué (voir le tome I, chapitre 11).

31.9. TROUBLES SOMATOFORMES

31.9.1. Hypocondrie

Épidémiologie

L’hypocondrie est le trouble somatoforme le plus fréquent chez les personnes âgées. Le pic d’incidence oscille autour de 40 à 50 ans, avec relativement peu de nouveaux cas qui se déclarent après cet âge. La prévalence demeure cependant élevée après l’âge de 50 ans en raison de l’évolution chronique de ce syndrome.

Environ 15% des personnes âgées vivant dans la communauté perçoivent leur santé physique comme étant moins bonne qu’elle ne l’est en réalité et 10% d’entre elles expriment des préoccupations exagérées à cet égard. Toutefois, la prévalence exacte de l’hypocondrie chez les personnes âgées n’est pas connue.

Description clinique

Selon la CIM-10, la caractéristique essentielle du trouble hypocondriaque est la croyance persistante d’être atteint d’un ou au plus de deux troubles somatiques graves et évolutifs, se traduisant par des plaintes somatiques persistantes, ou encore une préoccupation durable au sujet de l’apparence physique (dysmorphophobie) [913] [voir le tome I, tableau 20.8, p. 500]. L’investigation révèle parfois des anomalies, mais ces dernières ne correspondent pas à un diagnostic médical ni à la gravité des symptômes rapportés par le patient. Chez les personnes âgées, les symptômes hypocondriaques concernent de façon préférentielle les sphères gastro-intestinale et génito-urinaire : constipation, douleurs abdominales, dysphagie, troubles mictionnels. Le diagnostic d’hypocondrie est particulièrement difficile à établir dans le cas des personnes âgées en raison de la présence concomitante de maladies physiques confirmées.

Certains facteurs sont associés au développement de l’hypocondrie chez les personnes âgées. Les symptômes hypocondriaques peuvent, par exemple, refléter une anxiété liée à des conflits psychologiques, anxiété qui est alors reportée sur une sphère plus concrète engageant le fonctionnement corporel. Les pertes au sens large et les craintes qui y sont associées peuvent être remplacées par des préoccupations au sujet de la santé physique. Des facteurs sociaux peuvent également intervenir. Par exemple, les personnes âgées peuvent avoir de la difficulté à répondre à leurs propres attentes ou à celles de leur entourage familial ou social. Il s’ensuit un sentiment d’échec et de colère qui peut les amener à surinvestir leurs maux physiques, ce qui leur évite d’avoir à faire face aux problèmes.

L’hypocondrie peut aussi s’inscrire dans un processus d’adaptation à une situation d’isolement. Les inquiétudes quant à des problèmes physiques et la recherche d’aide deviennent alors une raison de vivre pour le patient. Les visites chez le médecin sont fréquentes. Les plaintes physiques peuvent même devenir le mode de communication préférentiel avec l’entourage.

Diagnostic différentiel

Les symptômes hypocondriaques peuvent caractériser plusieurs psychopathologies chez les personnes âgées, notamment les troubles de l’humeur qui s’accompagnent fréquemment de grandes préoccupations somatiques. La dépression est parfois masquée par des symptômes physiques. Certaines études ont démontré qu’environ 65% des personnes âgées déprimées présentaient aussi des symptômes hypocondriaques (Busse, 1989) et que cette association augmente le risque suicidaire. L’hypocondrie peut aussi masquer des troubles mnésiques. Certaines personnes âgées peuvent mettre l’accent sur leurs problèmes physiques afin d’éviter une évaluation de leurs fonctions cognitives. L’hypocondrie peut accompagner un trouble anxieux ou traduire une anxiété intense.

L’évaluation des patients âgés qui présentent des symptômes hypocondriaques doit comprendre une investigation médicale incluant un examen physique complet et des analyses de laboratoire pertinentes, puisque ces patients sont susceptibles de souffrir d’affections médicales traitables.

Traitement

Le traitement des patients hypocondriaques nécessite beaucoup de patience et la mise en place d’une alliance thérapeutique. Du point de vue psychothérapeutique, l’attribution des symptômes à l’imagination ou à des conflits n’est pas indiquée, non plus que les confrontations brutales. Ce type d’attitude est peu productive et provoque la colère du patient qui se sent alors incompris. La thérapie visera plutôt à maîtriser ou à réduire les préoccupations et l’anxiété du patient par rapport à sa condition physique et aux interventions médicales, et aussi à apaiser les inquiétudes de la famille. Lorsque le patient rapporte une douleur, il faut habituellement conclure que celle-ci est réellement ressentie, et l’intervention psychothérapeutique et pharmacologique peut être entreprise en conséquence. Des visites régulières mais de courte durée s’avèrent bénéfiques.

Les patients qui expriment des plaintes somatiques risquent plus de devenir dépendants aux psychotropes. Certains médicaments peuvent néanmoins être prescrits pour combattre des symptômes spécifiques tels les troubles du sommeil. L’hypocondrie est habituellement une maladie chronique dont le pronostic est réservé, mais les symptômes hypocondriaques associés à d’autres psychopathologies sont souvent transitoires et répondent bien au traitement de la pathologie primaire.

31.9.2. Autres troubles  
somatoformes

Les autres troubles somatoformes ont fait l’objet de peu d’études et la littérature est passablement pauvre à cet égard. Le trouble somatisation est une maladie [914] chronique habituellement plus active à l’âge adulte, mais sans rémission complète des symptômes avec le vieillissement (pour les critères diagnostiques, voir le tome I, tableau 20.5, p. 491). L’intensité des symptômes et l’utilisation des services de santé demeurent stables avec l’âge. Un trouble de l’humeur doit être suspecté, auquel cas les symptômes somatiques peuvent être atténués avec le traitement de la dépression.

Il existe peu d’information spécifique concernant le trouble douloureux (pour les critères diagnostiques, voir le tome I, tableau 20.7, p. 497) chez les personnes âgées. Comme pour le trouble somatisation, un diagnostic de trouble de l’humeur doit être exclu. Le syndrome douloureux est souvent associé à des pathologies physiques telles les maladies ostéoarticulaires ou angineuses. Un syndrome dépressif coexiste souvent avec un trouble douloureux. Près de 60% des patients traités pour une dépression éprouvent aussi des douleurs récurrentes et plus de 80% des sujets ayant des douleurs chroniques présentent aussi des symptômes dépressifs. Dans le trouble douloureux, l’humeur dépressive peut être occultée, mais la perte d’intérêt, l’insomnie, les troubles alimentaires sont révélateurs d’un trouble de l’humeur sous-jacent. Les antidépresseurs tels les ISRS et certains tricycliques (nortriptyline, désipramine) sont indiqués pour atténuer le syndrome douloureux, et dans certains cas l’effet analgésique précède l’effet antidépresseur.

31.10. TROUBLES DU SOMMEIL

Le vieillissement normal s’accompagne de modifications importantes du sommeil (voir le tome I, figure 23.9, p. 546). Ces changements ont une incidence clinique significative, surtout en ce qui concerne les plaintes d’insomnie chez les personnes âgées. En effet, la qualité du sommeil est nettement diminuée avec l’âge ; le sommeil est moins profond et ponctué d’éveils. La structure du sommeil se caractérise surtout par une réduction marquée du sommeil lent profond (stades III et IV). La proportion de sommeil paradoxal reste à peu près inchangée, mais la latence avant la première phase de sommeil paradoxal est plus courte. Le besoin de sommeil nocturne est moindre avec l’âge. Certaines caractéristiques du sommeil des personnes âgées semblent indiquer des changements du rythme circadien avec le vieillissement. En effet, les personnes âgées sont fréquemment en proie à un état de somnolence qui les incite à faire des siestes. Elles ont également tendance à se coucher et à se lever plus tôt.

Les problèmes de sommeil dont se plaignent les personnes âgées ne sont cependant pas toujours causés par les changements physiologiques reliés au vieillissement. Il est donc important de voir s’il ne s’agit pas d’un trouble du sommeil potentiellement traitable. L’évaluation doit comprendre une description précise des habitudes de sommeil et de ses caractéristiques, complétée si possible par le conjoint. Le trouble peut être relié à une maladie physique ou psychiatrique, au syndrome des apnées du sommeil, à l’usage d’alcool ou de médicaments ou aux autres syndromes associés aux insomnies et hypersomnies. L’environnement du patient et ses habitudes de vie peuvent être mis en cause et doivent être examinés avec lui.

L’insomnie psychophysiologique demeure le diagnostic le plus fréquent. Ce trouble est habituellement chronique et peut être une source de détresse considérable. L’emploi des benzodiazépines ou d’autres hypnotiques dans le traitement de ce type d’insomnie doit être reconsidéré et, dans la mesure du possible, réservé au traitement de l’insomnie transitoire ou situationnelle. Ces médicaments ont des effets secondaires néfastes tels l’accentuation des apnées du sommeil, en plus des effets diurnes sur la cognition, la démarche et la vigilance et du risque de dépendance. La relaxation, les modifications des habitudes de vie et l’hygiène du sommeil doivent être privilégiées dans un premier temps. Les patients insomniaques devraient adopter les habitudes suivantes :

- avoir un horaire de sommeil régulier ;

- se lever toujours à la même heure, indépendamment de la qualité du sommeil nocturne ;

- faire des siestes limitées à 30 ou 45 minutes par jour ;

- attendre la sensation d’endormissement avant d’aller se coucher;

- limiter l’utilisation de la chambre à coucher au sommeil et aux activités sexuelles (afin de dissocier de ce lieu l’expérience subjective désagréable de l’insomnie) ;

- éviter les substances stimulantes (café, thé, tabac), en particulier le soir ;

- pratiquer un exercice physique modéré de façon régulière.

[915]

Ces techniques sont cependant parfois difficiles à appliquer et ne peuvent malheureusement pas toujours remplacer l’approche pharmacologique des insomnies sévères ou persistantes.

31.11. TROUBLES  
DE LA PERSONNALITÉ

Les quelques études portant sur les troubles de la personnalité dans l’âge avancé indiquent une légère diminution de la prévalence avec les années ; ce phénomène a été constaté tant dans la communauté qu’en milieu hospitalier. L’atténuation des troubles de la personnalité avec l’âge est un concept généralement accepté. Toutefois, ces résultats peuvent aussi refléter une mauvaise adaptation des critères habituels dans ce groupe d’âge, un effet de cohorte ou encore une mortalité sélective des patients ayant un trouble de la personnalité.

En particulier, les troubles de la personnalité du groupe B du DSM-IV, soit les personnalités dramatiques et émotives (personnalité antisociale, limite, histrionique et narcissique), sont moins apparents, moins flamboyants ou tout simplement plus rares dans l’âge avancé. Une hypothèse dite de maturation a été avancée par Tyrer (1988) pour expliquer cette évolution. Le groupe B recouvrirait les personnalités dites « immatures » qui continueraient d’évoluer, devenant moins conflictuelles et plus adaptées avec l’âge. À l’inverse, les personnalités « matures » des groupes A et C atteindraient leur forme définitive plus tôt dans la vie.

Le vieillissement comporte des événements difficiles qui peuvent donner lieu à des tentatives d’adaptation nouvelles pour l’individu, ce qui peut parfois « démasquer » certains traits de personnalité jusqu’alors peu apparents. De plus, les stress inhérents au vieillissement peuvent être fortement anxiogènes pour un individu porteur d’une structure rigide (ou fragile) de personnalité. Quoi qu’il en soit, le trouble de la personnalité se déclare habituellement plus tôt dans la vie et c’est l’histoire longitudinale qui permettra d’en poser le diagnostic. L’apparition tardive d’un tableau compatible avec un trouble de la personnalité devrait d’abord orienter le médecin vers d’autres hypothèses diagnostiques, notamment un autre trouble psychiatrique, une affection médicale générale ou un début de processus démentiel (démence frontale, p. ex.).

Certaines maladies psychiatriques peuvent présenter chez les personnes âgées des caractéristiques déroutantes. Ainsi, les dépressions chroniques, plus fréquentes en gériatrie, peuvent s’échelonner sur plusieurs années ou se surajouter à une dysthymie, rendant dès lors difficile l’identification claire d’un épisode de trouble de l’humeur. Dans ce contexte, le tableau clinique (dépendance, irritabilité, hostilité, passivité et plaintes multiples plus ou moins précises) peut être attribué à tort à un trouble de la personnalité. De fait, les attitudes qui semblaient évoquer une personnalité pathologique peuvent disparaître complètement à la suite du traitement de la dépression. Par ailleurs, la présence d’un trouble de la personnalité peut entraver le traitement de la dépression de manière significative et influer sur l’autonomie et le fonctionnement social (Abrams et coll., 1998).

Avant de poser un diagnostic de trouble de la personnalité chez une personne âgée, on doit traiter adéquatement les pathologies psychiatriques. De plus, la présence de longue date d’un fonctionnement mésadapté et conflictuel devra être établie sans équivoque. Pour ce faire, le recueil d’informations auprès de l’entourage sera souvent souhaitable. D’autre part, les traits relevés doivent être mis en parallèle avec la situation réelle du patient. Ainsi, une attitude de méfiance peut être normale et saine dans certains contextes de vie ; la dépendance peut devenir une réalité incontournable et son acceptation sera nécessaire pour un individu en perte d’autonomie.

31.12. APPROCHES THÉRAPEUTIQUES  
EN GÉRONTO-PSYCHIATRIE

31.12.1. Psychopharmacologie

Les psychotropes sont parmi les médicaments les plus prescrits aux personnes âgées. Le vieillissement est associé à des changements importants sur les plans pharmacocinétique et pharmacodynamique et il faut en tenir compte lorsqu’on prescrit ces médicaments. Si l’absorption gastro-intestinale des psychotropes n’est pas altérée de façon significative chez la personne âgée, il se produit toutefois une réduction de la masse corporelle totale et du volume liquidien ainsi qu’une augmentation de la proportion de masse [916] lipidique. La majorité des psychotropes étant hautement liposolubles (à l’exception du lithium), ils sont associés à un risque d’accumulation dans les graisses et à une prolongation de la demi-vie. La demi-vie d’élimination peut doubler ou tripler avec l’âge en raison d’un ralentissement du métabolisme oxydatif hépatique et d’une réduction de la clairance rénale. Tous les psychotropes à l’exception du lithium sont fortement liés aux protéines. Les benzodiazépines sont fortement liées à l’albumine, dont les niveaux plasmatiques diminuent avec l’âge. Les antidépresseurs tricycliques (ATC) possèdent une grande affinité pour les glycoprotéines acides qui peuvent être augmentées dans le cadre de maladies physiques et entraîner une diminution de la fraction libre des ATC.

Sur le plan pharmacodynamique, la sensibilité accrue des personnes âgées aux médicaments augmente le risque de toxicité et d’effets secondaires à des doses jugées usuelles pour l’adulte, même si les dosages plasmatiques sont dans les limites thérapeutiques. Avec l’âge, les récepteurs cérébraux deviennent plus sensibles, et le nombre de récepteurs et la disponibilité des neurotransmetteurs diminuent, d’où une plus grande vulnérabilité aux effets extrapyramidaux, anticholinergiques et cardiotoxiques des psychotropes. Par ailleurs, étant donné que les personnes âgées prennent souvent plusieurs médicaments simultanément, le risque d’interactions médicamenteuses est plus élevé.

L’âge comme tel n’est pas une contre-indication à l’utilisation des psychotropes. La population âgée, faut-il le rappeler, est hétérogène : les plus vieux nécessitent des traitements adaptés à leur condition physique fragile, alors que, pour d’autres, les modalités thérapeutiques usuelles peuvent être appliquées sans problème.

La médication est introduite à faible dose qu’on augmentera graduellement, en surveillant la manifestation d’effets secondaires, et plus particulièrement les signes d’intoxication (p. ex., somnolence, ataxie, hypotension) fréquente chez les personnes âgées et qui peut survenir même à la suite de faibles doses.

La sélection d’un psychotrope doit tenir compte des critères d’efficacité, de sécurité et de tolérance. Parmi les antidépresseurs, les ISRS se distinguent en raison de leur meilleur profil d’effets secondaires et de leur innocuité (Blier et coll., 1995).

En ce qui concerne les antipsychotiques, les neuroleptiques sédatifs (chlorpromazine) doivent être utilisés avec précaution à cause des risques d’hypotension, de somnolence et de confusion. Les neuroleptiques incisifs (halopéridol, pimozide) seront initialement prescrits à faible dose en raison de leurs effets extrapyramidaux. L’emploi d’antipsychotiques de puissance intermédiaire comme la loxapine peut constituer un compromis entre les effets extrapyramidaux et anticholinergiques. Si le neuroleptique est donné à très faible dose, l’utilisation concomitante d’un antiparkinsonien n’est pas recommandée, à cause des effets anticholinergiques. En présence de symptômes extrapyramidaux, il est préférable de diminuer la dose du neuroleptique. Si cette stratégie est impossible, l’ajout d’un antiparkinsonien à la dose minimale efficace et pour la plus courte durée possible est préconisé (Flint, 1994b).

Les antipsychotiques atypiques sont devenus des médicaments de premier choix dans le traitement de la psychose chez les personnes âgées. Ces médicaments présentent plusieurs avantages, en particulier en ce qui concerne les effets extrapyramidaux et anticholinergiques. Il existe de plus en plus de données relatives à leur utilisation chez les personnes âgées. La clozapine est efficace et son emploi doit être envisagé en dépit de ses effets secondaires. La rispéridone, l’olanzapine et la quétiapine sont généralement bien tolérées si les doses sont au départ réduites et si l’augmentation de celles-ci se fait progressivement.

De façon générale, les personnes âgées doivent prendre des doses inférieures à celles qui sont prescrites aux adultes, mais plusieurs nécessitent et tolèrent des doses comparables. Les doses de certains médicaments, tels les ISRS, peuvent être augmentées jusqu’aux doses recommandées pour l’adulte plus jeune. Le fractionnement des doses peut améliorer la tolérance en diminuant les effets secondaires, mais peut aussi décourager l’observance médicamenteuse, phénomène plus fréquent chez les personnes âgées.

L’utilisation d’un pilulier compartimenté peut favoriser la fidélité au traitement pharmacologique et l’autoadministration du médicament par la personne âgée. Il peut être utile de montrer une photographie ou un échantillon du médicament afin de faciliter sa reconnaissance par la suite. Un membre de la famille peut aussi être mis à contribution pour superviser et aider le patient dans les cas d’autoadministration.

Il importe de procéder périodiquement à une révision des indications de chacun des médicaments afin [917] de restreindre la polymédication. L’emploi à long terme de psychotropes, notamment de benzodiazépines, peut entraîner une pharmacodépendance et des complications médicales ; la prise prolongée de neuroleptiques peut provoquer une dyskinésie tardive. Les risques et les bénéfices associés aux psychotropes doivent donc être réévalués régulièrement.

31.12.2. Électroconvulsivothérapie

L’électroconvulsivothérapie (ECT) [voir le chapitre 46] est un mode thérapeutique qui peut être particulièrement utile en gérontopsychiatrie, du fait de la plus grande résistance des personnes âgées au traitement pharmacologique de la dépression. De plus, les effets secondaires des médicaments antidépresseurs augmentent avec l’âge, tant en ce qui concerne les ATC qu’en ce qui concerne les ISRS. Les dépressions psychotiques sont proportionnellement plus fréquentes chez les personnes âgées ; cependant, la combinaison de médicaments antidépresseurs et antipsychotiques à des doses thérapeutiques est moins bien tolérée. Finalement, les dépressions sévères avec insuffisance d’apport liquidien et nutritionnel mettent en danger la santé des personnes âgées plus rapidement que chez les adultes plus jeunes. Tous ces facteurs font en sorte que l’ECT est souvent indiquée pour les patients âgés.

Il faut toutefois garder à l’esprit que cette modalité thérapeutique suscite de nombreuses craintes et que des croyances erronées sont encore répandues, surtout dans ce groupe d’âge. Tous les aspects du traitement devront donc être expliqués et une information complète sera donnée au patient et à sa famille. Une attention particulière devra être portée à l’obtention d’un consentement éclairé, de la part du patient ou de son représentant.

L’âge n’est pas une contre-indication à l’ECT, et, de façon globale, le déroulement, la technique et les résultats sont les mêmes qu’il s’agisse de personnes âgées ou d’adultes plus jeunes. En définitive, la mise en balance des risques et des bénéfices déterminera le choix du traitement. Comme à tout âge, on tiendra compte de l’état de santé des patients, notamment de la condition cardiovasculaire et pulmonaire, musculosquelettique (ostéoporose, fractures vertébrales). Certains patients peuvent, malgré un état de santé plus précaire, être des candidats à l’ECT en raison d’un trouble psychiatrique sévère, par exemple dans les cas d’une dépression mettant la vie en danger, d’une dépression réfractaire, d’un épisode maniaque avec agitation extrême. Dans ces cas, la qualité de la communication avec le patient et ses proches ainsi qu’à l’intérieur même de l’équipe de soins est particulièrement importante.

Les traitements seront administrés de préférence en position unilatérale droite afin de réduire au minimum l’effet négatif sur les fonctions cognitives. La persistance de la confusion pourra nécessiter l’espacement des séances à deux ou même à une fois par semaine afin de permettre une meilleure récupération et de mieux évaluer l’amélioration clinique. L’ECT peut également être utilisée comme traitement de la dépression associée à des pathologies telles la maladie de Parkinson ou la démence. Un examen sommaire des fonctions cognitives devrait être effectué entre chaque séance pour tous les patients âgés, surtout en présence de troubles cognitifs. Habituellement, le gain fonctionnel obtenu à la suite de la suppression des symptômes psychiatriques est considérable et beaucoup plus significatif que l’accentuation temporaire des déficits cognitifs.

Une augmentation du seuil convulsif est observée avec l’âge, ce qui peut parfois entraîner des difficultés à produire une convulsion suffisamment longue, surtout après quelques traitements. Après la série de séances d’ECT à visée curative, une médication antidépressive est généralement indiquée ; en cas d’intolérance au médicament ou de rechutes répétées malgré la pharmacothérapie, une ECT d’entretien peut être envisagée.

31.12.3. Psychothérapie

L’âge en soi n’est pas une contre-indication aux psychothérapies. Un nombre croissant de chercheurs et de praticiens en ont démontré l’efficacité chez les personnes âgées, et ce malgré les affirmations de Freud qui n’envisageait plus possible une psychanalyse après l’âge de 50 ans. Les préjugés demeurent cependant bien ancrés, surtout en ce qui concerne les capacités limitées de changement des personnes âgées, ce qui explique probablement le fait qu’encore trop peu d’entre elles bénéficient de ces approches. De façon générale, toutes les formes de psychothérapie peuvent être utilisées chez les personnes âgées. Les indications doivent être évaluées de façon individualisée comme c’est le cas pour les patients plus jeunes.

[918]

Le transfert est une réalité vécue par les personnes âgées et peut survenir quelle que soit la modalité psychothérapeutique. Malgré les différences d’âge parfois considérables entre le patient et son thérapeute, ce dernier peut devenir un parent substitut. De façon inverse, le « transfert filial » (lorsque le patient vit un rôle parental vis-à-vis du thérapeute) est une situation plus particulière aux personnes âgées. Les thérapies d’orientation analytique brèves ou classiques ont les mêmes indications cliniques que pour les patients plus jeunes. Ces approches peuvent être assouplies dans leur cadre et dans l’attitude du thérapeute.

La thérapie de réminiscence (life review therapy) est, comme son nom l’indique, caractérisée par l’expression des souvenirs anciens, spécialement ceux qui concernent la résolution de conflits ou qui ont une valeur positive pour le patient ; elle est parfois utilisée en groupe. La réminiscence favorise la mise en perspective de la vie du patient et de sa finalité. Ce type d’approche semble exercer une action favorable sur l’intégrité de la personne, sur l’estime de soi et sur les habiletés sociales en général. La tendance des personnes âgées à parler de leur passé est encouragée par le thérapeute qui les incite à écrire leur biographie, à consulter leurs vieux albums de photos ou à discuter de leur enfance avec les membres de leur famille.

Les thérapies cognitives ont été adaptées aux besoins des personnes âgées, et l’accent est mis principalement sur la qualité de la relation entre le patient et le thérapeute et sur le déroulement de la thérapie en fonction du rythme du patient. La communication peut se faire selon différentes modalités tels les rapports écrits. Les thérapies cognitives se sont révélées efficaces dans le traitement des dépressions, quel que soit l’âge du patient.

Dans la psychothérapie de soutien, le thérapeute se montre actif et empathique et encourage la ventilation et l’expression des émotions. Ce type d’approche s’applique particulièrement bien aux patients âgés qui présentent une atteinte cognitive. L’empathie ne doit pas être confondue avec l’attitude rassurante qui, lorsqu’elle est pratiquée de façon automatique, ne fait que mettre le patient à distance.

Les personnes âgées font face à des difficultés d’ordre psychologique différentes de celles que connaissent les jeunes, les plus fréquentes étant les stress et les pertes. Les réaménagements bio-psycho-sociaux requis menacent alors le sentiment d’intégrité de la personne de même que l’estime de soi. Ces enjeux doivent être pris en considération quelle que soit l’approche thérapeutique adoptée.

Les personnes âgées ne constituent cependant pas un groupe homogène tant pour ce qui est de leur âge que pour ce qui est de leurs besoins particuliers. L’approche psychothérapeutique doit donc être adaptée aux besoins précis des patients. La plupart des patients doivent, dans la mesure du possible, être encouragés à accroître et à maintenir leur autonomie et leur capacité à se mobiliser face aux différents stress ; les plus frêles nécessitent plus de soutien et d’aide concrète pour adapter l’environnement à leurs déficits.

Le thérapeute doit agir de façon souple et active, en fonction, par exemple, des limites de déplacement du patient. De plus, les approches éclectiques sont souhaitables et la pharmacothérapie peut être utilisée de façon concomitante. Selon l’évolution clinique, différentes approches psychothérapeutiques peuvent être combinées. La psychothérapie intégrée (Sadavoy, 1994) puise ses interventions dans les thérapies psychodynamiques, cognitives, de réminiscence et de soutien. Cette approche éclectique s’adapte aux transformations des besoins du patient (voir le chapitre 57).

31.13. SERVICES  
EN GÉRONTOPSYCHIATRIE

Les services en gérontopsychiatrie se sont considérablement développés au cours des dernières décennies. La réflexion a porté en partie sur la question des lieux de la prestation des soins, soit le domicile, la communauté ou l’institution, et aussi sur le type de soins à fournir compte tenu des besoins du patient et de sa famille. Le principal problème sur lequel a buté le développement des services aux personnes âgées en Amérique du Nord a été le manque d’intégration, avec l’instauration de services à la pièce sans véritable vision d’ensemble. La prescription excessive de psychotropes aux personnes âgées et le nombre croissant de patients nécessitant des soins psychiatriques qui se retrouvent en centre d’accueil sont symptomatiques de cette situation (Lebowitz, 1995).

De multiples expériences innovatrices ont permis de raffiner et d’améliorer les services à cette population. Une des innovations les plus importantes, qui remonte aux années 60, est la pratique de l’« hospitalisation [919] partielle » assurée surtout par l’hôpital de jour, mais qui se traduit également par les admissions de dépannage et les répits de nuit. Ces services s’insèrent entre l’hôpital et les soins ambulatoires et permettent souvent d’éviter l’hospitalisation ou d’écourter le séjour hospitalier, tout en préservant le contact avec l’environnement naturel. L’accès aux évaluations et aux traitements spécialisés est ainsi possible et diminue le risque d’institutionnalisation. Ce type de service maintenant plus répandu s’est mis en place initialement surtout à l’intention des personnes âgées. Il est bien connu qu’une hospitalisation pour une personne âgée peut être vécue de façon déshumanisante et risque d’accroître la perte d’autonomie. Les soins hospitaliers devraient idéalement être réservés aux personnes aux prises avec des problèmes graves et complexes.

Les services à domicile sont appelés à se développer et sont particulièrement adaptés aux besoins des personnes âgées. En psychiatrie, la clientèle âgée peut bénéficier grandement d’une approche de suivi intensif dans le milieu naturel, qui permet non seulement de diminuer l’utilisation des services internes et les visites à l’urgence, mais aussi d’améliorer la continuité de l’ensemble des soins et services requis pour chaque personne.

Les recherches ont toutefois démontré que les soins ambulatoires ne peuvent pas remplacer les soins institutionnels, mais qu’ils les complètent plutôt. Les services communautaires retardent l’institutionnalisation, mais ne l’empêchent pas toujours, surtout chez les patients souffrant de maladies dégénératives telle la démence. Par ailleurs, il est important de rappeler que les services ambulatoires ne sont pas nécessairement beaucoup moins coûteux que les services institutionnels. Les préoccupations économiques ne peuvent donc être la raison principale pour y recourir. Le maintien dans le milieu naturel et la préservation de l’autonomie en sont les avantages principaux et les objectifs premiers.

L’un des enjeux des services de gérontopsychiatrie est la formation, tant des médecins que des professionnels œuvrant auprès de la population âgée. Il est à souhaiter que la recherche évaluative des différents types d’organisation de services permettra de mettre au point des services mieux adaptés et d’offrir, dans les prochaines années, des soins de plus en plus conformes aux besoins des personnes âgées souffrant de maladies mentales. Il importe également que le plus grand nombre possible de personnes âgées, tant dans les centres universitaires qu’en périphérie et dans les régions plus éloignées, puissent avoir accès à des services psychiatriques adaptés et de qualité.

\*  
\* \*

Les personnes âgées constituent un groupe de plus en plus important au sein de la population. Avec l’âge, on assiste à une augmentation significative de la prévalence de certains troubles mentaux, en particulier les troubles cognitifs. La présentation clinique de plusieurs psychopathologies est différente dans ce groupe d’âge, et le traitement et la prise en charge doivent être adaptés aux particularités des personnes âgées. De plus, le vieillissement s’accompagne de transformations dans plusieurs domaines, notamment l’état de santé physique, le niveau d’autonomie, la sphère des occupations et des loisirs, les ressources financières, le réseau familial et social. Tous ces facteurs font en sorte que les personnes âgées ont des besoins particuliers, différents des besoins des autres groupes d’âge, dont il faut tenir compte non seulement dans l’approche clinique individuelle des troubles mentaux, mais aussi, selon une perspective plus large, dans les politiques d’organisation des soins et des services.

[920]

Bibliographie

Abrams, R., et coll.

1998 « Personality disorder symptoms and functioning in elderly depressed patients », *Am. J. Geriatr. Psychiatry*, vol. 6, n° 1, p. 24-30.

Addonizio, G., et Alexopoulos, G.S.

1993  Affective disorders in the elderly », *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, vol. 8, n° 1, p. 41-47

Alexopoulos, G.S.

1995 « Geriatrie psychiatry », dans H.I. Kaplan et B.J. Sadock (sous la dir. de), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 6e éd., Baltimore, Williams & Wilkins, p. 2566-2568.

Almeida, O., et coll.

1995 « Psychotic States arising in late life (late paraphre- nia) : The role of risk factors », *Br. J. Psychiatry*, vol. 166, n° 2, p. 215-228.

American Medical Association Council on Scientific affairs

1987 « Elder abuse and neglect », *JAMA*, vol. 257, n° 7, p. 966-971.

American Psychiatric Association

1994 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4e éd., Washington (D.C.), American Psychiatric Association ; trad. française DSM-IV - *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 1996,1040 p.

Beaulieu, M., et BÉlanger, L.

1995 « Intervention dans les institutions de soins de longue durée concernant les mauvais traitements à l’endroit des personnes âgées », dans M.J. MacLean (sous la dir. de), *Mauvais traitements auprès des personnes âgées : stratégies de changement*, Montréal, Éditions Saint-Martin, p. 49-62.

Benton, D., et Marshall, C.

1991 « Elder abuse », *Clin. Geriatr. Med*., vol. 7, n° 4, p. 831-845.

Blazer, D.

1989 « The epidemiology of depression in later life », *J. Geriatr. Psychiatry*, vol. 22, n° 1, p. 35-52.

Blier, P., et coll.

1995 « Traitement de la dépression chez la personne âgée : une perspective québécoise », Le Clinicien, suppl., novembre, p. 53-511.

Bravo, G., et Hébert, R.

1997 « Age and education-specific reference values for the Mini-Mental and Modified Mini-Mental State Examinations derived from a non-demented elderly population », *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, vol. 12, n° 10, p. 1008-1018.

Broadhead, J., et Jacoby, R.

1990 « Mania in old age : A first prospective study », Int*. J. Geriatr. Psychiatry*, vol. 5, n° 4, p. 215-222.

Busse, E.W.

1989 « Somatoform and psychosexual disorders », dans *Geriatric Psychiatry*, Washington (D.C.), American Psychiatric Press, p. 429-458.

Canadian Study of Health and Aging Working Group

1994 « Canadian study of health and aging : Study methods and prevalence of dementia », *CMAJ*, vol. 150, n° 6, p. 899-913.

Castle, D.J., et Murray, R.M.

1993 « The epidemiology of late-onset schizophrenia », *Schizophr. Bull*., vol. 19, n° 4, p. 691-700.

Charron, M., Fortin, L., et Paquette, I.

1991 « De novo mania among elderly people », *Acta Psychiatr. Scand*., vol. 84, n° 6, p. 503-507.

ClOMPl, L.

1980 « The natural history of schizophrenia in the long term », *Br. J. Psychiatry*, vol. 136, n° 5, p. 413-420.

COPELAND, J., et coll.

1998 « Schizophrenia and delusional disorder in older âge : Community prevalence, incidence, comorbidity, and outcome », *Schizophr. Bull*., vol. 24, n° 1, p. 153-161.

CUMMINGS, J.L., et Benson, D.F.

1992 « Dementia syndromes associated with psychiatric disorders : The « pseudodementias » », dans *Dementia : A Clinical Approach*, 2e éd., Stoneham (Mass.), Butterworth-Heinemann, p. 293-306.

Cutting, J., et coll.

1983 « Discussion : Schizophrenic deterioration », *Br. J. Psychiatry*, vol. 143, n° 7, p. 77-84.

Dubertret, C., Gorwood, P., et Adès, J.

1997 « Psychose hallucinatoire chronique et schizophrénie d’apparition tardive : une même entité ? », *Encéphale*, vol. 23, n° 3, p. 157-167.

Fernandez, A., Lichtshein, G., et Vieweg, V.

1997 « The Charles Bonnet Syndrome : A review », *J. Nerv. Ment. Dis*., vol. 185, n° 3, p. 195-200.

Ferrey, G., et Le GouÈs, G.

1995 « Les dépressions », dans *Psychopathologie du sujet âgé*, Paris, Masson, p. 73-83.

Flint, A.J.

1994a « Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly », *Am. J. Psychiatry*, vol. 151, n° 5, p. 640-649.

1994b « Recent development in gériatrie psychopharma-cotherapy », *Can. J. Psychiatry*, vol. 39, suppl. 1, p. S9-S18.

[921]

Folstein, M.F., Folstein, S.E., et McHugh, P.R.

1975 « Mini-Mental State : A practical method for gra- ding the cognitive State of patients for the clinician », *J*. *Psychiatr. Res*., vol. 12, n° 3, p. 189-198.

Goldberg, T.E., et coll.

1993 « Course of schizophrenia : Neuropsychological evidence for a static encephalopathy », *Schizophr. Bull*, vol. 19, n° 4, p. 797-804.

Harding, C.M., et coll.

1987 « The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness : II. Long term outcome of subjects who retrospectively met criteria for DSM III schizophrenia », *Am. J. Psychiatry*, vol. 144, n° 6, p. 727-735.

Harris, J., et Jeste, D.V.

1988 « Late onset schizophrenia : An overview », *Schizophr. Bull*., vol. 14, n° 1, p. 39-55.

Harvey, P., et coll.

1998 « Symptoms, cognitive functioning, and adaptive skills in gériatrie patients with lifelong schizophrenia : A comparison across treatment sites », *Am. J. Psychiatry*, vol. 155, n° 8, p. 1080-1086.

Heithoff, K.

1995 « Does the ECA underestimate the prevalence of late life depression », *J. Am. Geriatr. Soc*., vol. 43, n° 1, p. 2-6.

Henderson, A., et coll.

1998 « Psychotic symptoms in the elderly : A prospective study in a population sample », *Int. J. Geriatr Psychiatry*, vol. 13, n° 7, p. 484-492.

Homer, A.C., et Gilleard, C.

1990 « Abuse of elderly people by their carers », *Br Med. J*., vol. 301, n° 6765, p. 1359-1362.

Howard, R.

1998 « Cognitive impairment in late life schizophrenia : A suitable case for treatment ? », *Int. J. Geriatr Psychiatry*, vol. 13, n° 6, p. 400-404.

Howard, R., et coll.

1992 « Permeable walls, floors, ceilings and doors. Partition delusions in late paraphrenia », *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, vol. 7, n° 10, p. 719-724.

Howard, R., et Levy, R.

1997 « Late-onset schizophrenia, late paraphrenia, and paranoid States of late life », dans R. Jacoby et C. Oppenheimer (sous la dir. de), *Psychiatry in the Elderly*, 2e éd., Oxford, Oxford University Press, p. 617-631.

Jenike, M.A.

1991« Geriatric obsessive-compulsive disorder *», J. Geriatr. Psychiatry Neurol*., vol. 4, n° 1, p. 3-39.

JORM, A.F.

1987 « Sex and age différences in depression : A quantitative synthesis of published research », *Aust. N Z J. Psychiatry*, vol. 21, n° 1, p. 46-53.

Kaplan, H.I., Sadock, B.J., et Grebb, J.A.

1994 « Geriatrie psychiatry », dans H.I. Kaplan, B.J. Sadock et J.A. Grebb (sous la dir. de), *Synopsis on Psychiatry*, 7e éd., Baltimore, Williams & Wilkins, p. 1155-1170.

Kennedy, G.J.

1995 « The geriatrie syndrome of late life depression », *Psychiatr. Serv*., vol. 46, n° 1, p. 43-48.

Krauthammer, C., et Klerman, G.

1978 « Secondary mania », *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 35, n° 11, p. 1333-1339.

Lebowitz, B.D.

1995 « Community services for the elderly psychiatric patient », dans H.I. Kaplan et B.J. Sadock (sous la dir. de), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 6e éd., Baltimore, Williams & Wilkins, p. 2627-2629.

Lebowitz, B.D., et coll.

1995 « Diagnosis and treatment of depression in late life. Consensus statement update », *JAMA*, vol. 278, n° 14, p 1186-1190.

Leff, J., et coll.

1994 « The TAPS project. 22 : A five-year follow-up of long-stay psychiatric patients discharged to the community », *Br J. Psychiatry*, vol. 165, suppl. 25, p. 13-17.

Leon, G.R., et coll.

1979 « Personality and change over a 30-year period - middle age to old age », *J. Consult. Clin. Psychol*., vol. 47, n° 3, p. 517-524.

Miller, N.S., et coll.

1991 « Alcohol and drug dependence among the elderly :Epidemiology, diagnosis, and treatment », *Compr. Psychiatry*, vol. 32, n° 2, p. 153-165.

Murphy, J.M.

1989 « The epidémiologie face of late-life depression », *J. Geriatr. Psychiatry*, vol. 22, n° 1, p. 67-75.

Myers, J.K., et coll.

1984 « Six month prevalence of psychiatric disorders in three communities : 1980-1982 », *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 41, n° 10, p. 959-967.

Neugarten, B.L.

1977 « Personality and aging », dans J.E. Birren et K.W. Schaie (sous la dir. de), *Handbook of the Psychology of Aging*, New York, Van Nostrand and Reinhold, p. 626-649.

Noaghiul, S., Narayan, M., et Nelson, J.

1998 « Divalproex treatment of mania in elderly patients », *Am. J. Geriatr. Psychiatry*, vol. 6, n° 3, p. 257-262.

Palmer, B., Jeste, D., et Sheikh, J.

1997 « Anxiety disorders in the elderly : DSM-IV and other barriers to diagnosis and treatment », *J. Affect. Disord*., vol. 46, n° 3, p. 183-190.

[922]

Palsson, S., et Skoog, I.

1997 « The epidemiology of affective disorders in the elderly : A review », *Int. Clin. Psychopharmacol*., vol. 12, suppl. 7, p. S3-S13.

Paquette, I.

1993 « Les manifestations psychiatriques dans la démence : perspective phénoménologique », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 38, n° 10, p. 671-677.

Purohit, D., et coll.

1998 « Alzheimer disease and related neurodegenerative diseases in elderly patients with schizophrenia. A postmortem neuropathologic study of 100 cases », *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 55, n° 3, p. 205-211.

Raj, B.A., Corvea, M.H., et Dragon, E.M.

1993 « The clinical characteristics of panic disorder in the elderly : A rétrospective study », J. Clin. Psychiatry, vol. 54, n° 4, p. 150-155.

Regier, D.A., et coll.

1988 « One-month prevalence of mental disorders in the United States : Based on five epidemiological catch- ment area sites », *Arch. Gen. Psychiatry*, vol. 45, n° 11, p. 977-986.

Sadavoy, J.

1994 « Integrated psychotherapy for the elderly », *Can. J. Psychiatry*, vol. 39, suppl. 1, p. 519-526.

Santé Québec

1995 [*Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l’Enquête sociale et de santé 1992-1993*](http://classiques.uqac.ca/contemporains/quebec_sante_quebec/rapport_enquete_92_93_t1/rapport_92_93_t1.html), sous la dir. de C. Bellerose et coll., gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, vol. 1.

Schaie, K.W., et Parkham, I.M.

1976 « Stability of adult personality traits : Fact or fable », *J. Pers. Soc. Psychol*., vol. 34, n° 1, p. 146-158.

Statistique Canada

1994 « L’état de santé des Canadiens : rapport de l’Enquête sociale générale de 1991 », dans *Enquête sociale générale*, Série analytique, Ottawa, ministre de l’Industrie, des Sciences et de la Technologie, n 11-612F, n° 8 au catalogue.

Stoudemire, A.

1997 « Recurrence and relapse in geriatrie depression : A review of risk factors and prophylactic treatment strategies », *J Neuropsychiatry Clin. Neurosci*., vol. 9, n° 2, p 208-221.

SYMONDS, L.L., et coll.

1997 « Lack of clinically significant gross structural abnormalities in MRIs of older patients with schizophrenia and related psychoses », *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci*., vol. 9, n° 2, p. 251-258

Teng, E.L., et CHUI, H.C.

1987 « The Modified Mini-Mental State (3MS) Examination », *J. Clin. Psychiatry*, vol. 48, n° 8, p. 314-318.

Tohen, M., Shulman, K., et Satlin, A

1994 « First-episode mania in late-life », *Am. J. Psychiatry*, vol. 151, n° 1, p. 130-132.

Tueth, M.J.

1993 « Anxiety in the older patient : Differential diagnosis and treatment », *Geriatrics*, vol. 48, n° 2, p. 51-54.

Tyrer, P.

1988 *Personality Disorders : Diagnosis, Management, and Course*, Londres, John Wright.

Vida, S.

1994 « An update on elder abuse and neglect », *Can. J. Psychiatry*, vol. 39, suppl. 1, p. 534-540.

Weissman, M.M.

1988 « Affective disorders in five United States communities », *Psychol. Med*., vol. 18, n° 1, p. 141-153.

Wells, C.E.

1979 « Pseudodementia », *Am. J. Psychiatry*, vol. 136, n° 7, p. 895-900.

World Health Organization

1993 The ICD-10 *Classification of Mental and Behavioural Disorders : Diagnostic Criteria for Research*, Genève, World Health Organization ; trad. française *Classification internationale des maladies*, 10e révision. Chapitre V (F) : *Troubles mentaux et troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche*, Paris, Organisation Mondiale de la Santé et Masson, 1994.

Yesavage, J.A.

1992 « Depression in the elderly : How to recognize masked symptoms and choose appropriate therapy », *Postgrad. Med*., vol. 9, n° 1, p. 255-261.

Young, R.C., et Klerman, G.L.

1992 « Mania in late life : Focus on age at onset », *Am. J. Psychiatry*, vol. 149, n° 7, p. 867-876.

ZlSOOK, S., et DOWNS, N.

1998 « Diagnosis and treatment of depression in late life », *J. Clin. Psychiatry*, vol. 59, suppl. 4, p. 80-91.

ZUNG, N.K.

1986 « Prevalence of clinically significant anxiety in a family practice setting », *Am. J. Psychiatry*, vol. 143, n° 11, p. 1471-1472.

[923]

Lectures complémentaires

Arcand, M., et Hébert, R.

1997 *Précis pratique de gériatrie*, 2e éd., Saint-Hyacinthe et Paris, Edisem et Maloine.

Ferrey, G., et Le Gouès, G.

1999 *Psychopathologie du sujet âgé*, Paris, Masson.

Jacoby, R., et Oppenheimer, C. (sous la dir. de)

1997 *Psychiatry in the Elderly*, 2e éd., Oxford, Oxford University Press.

Léger, J.-M., Clément, J.-P., et Wertheim, J.

1999 *Psychiatrie du sujet âgé*, Paris, Flammarion Médecine-Sciences.

Sadavoy, J., et coll.

1996 *Comprehensive Review of Geriatric Psychiatry*, 2e éd., Washington (D.C.), American Psychiatric Press.

Salzman, C.

1998 *Clinical Geriatric Psychopharmacology*, 3e éd., Baltimore, Williams & Wilkins.

[924]

TROISIÈME PARTIE  
Spécialités psychiatriques

PSYCHIATRIE LÉGALE

Chapitre 32

PSYCHIATRIE  
LÉGALE  
AU QUÉBEC

[Retour à la table des matières](#tdm)

Renée Roy, M.D., C.R.C.P.C.

Psychiatre à l’Institut Philippe Pinel de Montréal

Professeure adjointe et directrice du programme d’études spécialisées en psychiatrie au Département de psychiatrie de l’Université de Montréal

Frédéric Grunberg, M.D., F.R.C.P.C.

Psychiatre à l’Hôpital Louis-H. Lafontaine (Montréal)

Professeur titulaire au Département de psychiatrie de l’Université de Montréal

[925]

PLAN

32.1. Droit civil

32.1.1. Hospitalisation du malade mental

\* Garde régulière \* Garde provisoire \* Contestation de la garde

32.1.2. Traitement du malade mental

• Traitement en urgence • Traitement du patient apte à consentir • Traitement du patient inapte à consentir

32.1.3. Inaptitude du majeur

• Régimes de protection • Mandat en cas d'inaptitude • Inaptitude à tester

32.1.4. Recherche clinique en psychiatrie

32.1.5. Responsabilité légale du psychiatre

• Responsabilité civile du psychiatre • Responsabilité déontologique du psychiatre

32.1.6. Séparation, divorce et garde d’enfants

• Litiges concernant la garde d'enfants

32.2 Droit criminel (appelé aussi droit pénal)

32.2.1. Étapes du processus judiciaire

32.2.2. Évaluation psychiatrique au criminel

• Préparation de rapports d'évaluation • Évaluation de l'aptitude de l'accusé à comparaître • Évaluation de la responsabilité criminelle de l'accusé • Évaluation présentencielle

32.2.3. Modification du Code criminel

32.2.4. Ordonnances du Tribunal administratif

• Auditions • Ordonnances du Tribunal administratif à la suite d'un verdict d'inaptitude à subir son procès • Ordonnances du Tribunal administratif à la suite d'un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux • Rapport psychiatrique préparé pour l'audition du Tribunal administratif

32.3. Le psychiatre en tant qu’expert

Bibliographie

Lectures complémentaires

[926]

La psychiatrie légale est un champ de la psychiatrie qui implique un contact avec l’appareil judiciaire. Ce contact peut s’effectuer par le biais des évaluations portant sur diverses questions qui seront posées aux psychiatres. Quelques-unes de ces questions font partie de la pratique courante : par exemple, la mise en place d’une garde en établissement, d’un régime de protection des biens ou de la personne. D’autres questions relèvent de la pédo-psychiatrie (l’intervention au Tribunal de la jeunesse) ou de la gérontopsychiatrie (l’examen de la capacité à tester). D’autres questions sont posées à des psychiatres qui ont acquis des compétences particulières. Par exemple, dans des situations d’invalidité (voir le chapitre 71), des rapports portant sur la persistance de l’incapacité et sur ses conséquences seront demandés par les employeurs, par les employés ou par les compagnies d’assurances. À la Cour du Québec, chambre criminelle et pénale, divers types de rapports peuvent être demandés pour éclairer la cour sur des questions comme l’aptitude à comparaître ou la responsabilité criminelle.

La psychiatrie légale évolue avec les connaissances psychiatriques théoriques et cliniques, mais aussi avec les lois et avec la jurisprudence qui en découle. Les psychiatres qui ont une pratique médico-légale doivent ainsi être au fait des modifications des lois et de la jurisprudence qui ont trait à leur domaine d’expertise.

Depuis la publication de la deuxième édition de cet ouvrage (Lalonde et Grunberg, 1988), il y a eu de très importants changements législatifs touchant les personnes atteintes de troubles mentaux, en particulier :

- la Loi sur les services de santé et les services sociaux (loi 20,1992) ;

- les modifications apportées, en 1992, au Code criminel (partie XX.l, art. 672.1 à 672.95) ;

- le nouveau Code civil du Québec (1994) ;

- la Loi sur la protection des personnes dont l’état mental présente un danger pour elles-mêmes et pour autrui (loi 39,1998) ;

- la Loi sur la justice administrative (LRQ, c. J-3, 1998).

Tous ces changements ont mené à une intervention accrue du pouvoir judiciaire dans l’hospitalisation, le traitement et la disposition des personnes atteintes de troubles mentaux. Cela s’explique par une plus grande valorisation, dans la société contemporaine, des droits de la personne se traduisant par le principe de l’inviolabilité de la personne, son droit à l’autodétermination et à la protection de son intégrité. Ces principes se trouvent clairement énoncés dans les chartes québécoise et canadienne des droits de la personne, dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec ainsi que dans le nouveau Code civil du Québec.

32.1. DROIT CIVIL

Le Code civil du Québec (C.c.Q.) est très clair en ce qui concerne les soins, en exigeant un consentement libre et éclairé à l’article 11 :

Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu’en soit la nature, qu’il s’agisse d’examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention.

Si l’intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins, une personne autorisée par la loi ou par un mandat donné en prévision de son inaptitude peut le remplacer.

32.1.1. Hospitalisation  
du malade mental

En vertu de la disposition de la loi citée ci-dessus, l’hospitalisation d’une personne n’est autorisée que si celle-ci y consent. Cependant, s’il s’agit d’un mineur, le consentement doit être donné par un parent ; s’il s’agit d’un majeur inapte à consentir, il doit être donné par le curateur, le tuteur ou le mandataire. L’article 15 du C.c.Q. précise que « si le majeur n’est pas ainsi représenté [et s’il ne s’oppose pas à son hospitalisation], le consentement est donné par le conjoint ou, à défaut du conjoint ou en cas d’empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier ».

Le législateur québécois a toutefois prévu, à titre d’exception, dans le Code civil et la loi 39, les conditions et les procédures pour imposer une hospitalisation contre le gré de la personne, qu’elle soit apte ou inapte, sous l’appellation d’une garde en établissement. Cette garde comprend trois formes : la garde régulière, la garde préventive et la garde provisoire.

[927]

Garde régulière

La garde régulière est subordonnée à deux rapports d’examens psychiatriques qui doivent porter sur la nécessité d’une garde en établissement parce que la personne est dans un état mental présentant un danger pour elle-même ou pour autrui. Ces évaluations doivent être effectuées de façon indépendante par deux psychiatres [[6]](#footnote-6). Les rapports doivent préciser que le psychiatre a examiné lui-même la personne et contenir les informations suivantes :

- la date à laquelle il a procédé à l’examen ;

- son diagnostic, même provisoire, sur l’état mental de la personne ;

- son opinion sur la gravité de l’état mental de la personne et ses conséquences possibles ;

- les motifs et les faits sur lesquels il fonde son opinion et son diagnostic et, parmi les faits mentionnés, ceux qu’il a lui-même observés et ceux qui lui ont été rapportés par d’autres personnes.

Le rapport d’examen psychiatrique doit aussi se prononcer sur l’aptitude de la personne qui a subi l’examen à prendre soin d’elle-même ou à administrer ses biens et, le cas échéant, sur la pertinence, pour elle, d’un régime de protection du majeur.

En pratique, la garde régulière est exécutée une fois que la personne a été évaluée par deux psychiatres d’un hôpital doté d’un service de psychiatrie.

Les deux examens psychiatriques doivent être présentés au tribunal, avec la requête d’ordonnance de garde, dans un délai maximal de 96 heures. Le tribunal précise la durée de la garde qui doit être maintenue pour la durée fixée, à moins que le psychiatre juge qu’elle n’est plus nécessaire ou qu’elle soit levée par une instance judiciaire dont le fonctionnement sera examiné dans la section « Contestation de la garde ». Généralement, le tribunal fixe la durée de la garde à 21 jours, mais peut décider d’une durée de garde plus longue. Si, cliniquement, il le juge nécessaire, le psychiatre doit demander au tribunal un renouvellement de la garde une fois le délai expiré, habituellement après 21 jours et, par la suite, après 3 mois ou 6 mois selon le cas.

Garde préventive

La garde préventive ne requiert pas d’ordonnance du tribunal ni d’examen psychiatrique effectué par un psychiatre. Une personne peut être soumise à ce type de garde lorsque le médecin, non spécialisé en psychiatrie, qui l’a examinée est d’avis que son état mental présente un danger grave et immédiat pour elle- même ou pour autrui.

La garde préventive ne peut durer plus de 72 heures et, pour la prolonger, il faut que deux psychiatres le jugent nécessaire et qu’ils procèdent chacun, de façon indépendante, à un examen psychiatrique dans un délai de 24 heures. Les rapports de ces examens doivent être remis au tribunal afin d’obtenir une ordonnance de garde régulière selon les procédures décrites dans la section précédente.

Il faut noter qu’en ce qui concerne la garde préventive la dangerosité que présente la personne est plus grande que celle qui justifie une demande de garde régulière, la dangerosité n’étant pas dans ce dernier cas nécessairement considérée cliniquement comme grave et immédiate. La garde préventive est décidée par un médecin, en situation d’urgence, surtout lorsque le patient refuse de rester à l’hôpital en attendant que le psychiatre puisse l’évaluer.

Garde provisoire

La garde provisoire peut être ordonnée par le tribunal, à la demande de la famille ou d’une personne intéressée, lorsqu’une personne atteinte d’un trouble mental refuse de se soumettre à un examen psychiatrique destiné à évaluer son état mental et sa dangerosité.

Il faut noter que l’article 8 de la Loi sur la protection des personnes dont l’état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui stipule qu’un agent de la paix peut amener à l’hôpital contre son gré et malgré l’absence d’autorisation du tribunal une personne dont l’état mental représente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui. Une telle intervention peut s’effectuer à la demande d’un intervenant d’un service d’aide en situation de crise, à la demande du titulaire de l’autorité parentale ou du tuteur du mineur, à la demande du mandataire, du tuteur, du curateur du majeur ou à la demande du conjoint, d’un proche parent ou d’une personne intéressée si le majeur n’est pas représenté.

[928]

Contestation de la garde

Le législateur québécois a prévu la contestation de la garde en établissement devant deux instances judiciaires :

- devant la Cour du Québec, le tribunal qui reçoit la requête pour une ordonnance de garde en établissement. La personne faisant l’objet d’une telle requête peut plaider, avec ou sans assistance d’un avocat, au cours de l’audition de la cause, en alléguant que les recommandations contenues dans les rapports des examens psychiatriques ne justifient pas une garde obligatoire. Souvent, dans ce cas, le psychiatre traitant qui a présenté la requête peut être appelé à témoigner et à faire part de son évaluation et de ses recommandations ;

- devant le Tribunal administratif du Québec, qui est présidé par un avocat assisté par un psychiatre et un autre professionnel de la santé. Ce tribunal tient ses auditions dans l’établissement où la personne qui conteste la garde est détenue. Il s’agit donc d’un contexte plus informel qu’à la Cour du Québec. Le Tribunal administratif entend le témoignage du psychiatre et du patient qui peut, s’il le désire, être représenté par un avocat. Ce tribunal intervient lorsque la garde en établissement a déjà été décrétée par un juge de la Cour supérieure du Québec. La décision de maintenir ou de lever la garde, prise par le Tribunal administratif, est finale et sans appel pour la durée de la garde ordonnée initialement.

En fait, l’hospitalisation obligatoire d’une personne atteinte d’un trouble mental est une mesure d’exception qui requiert l’ordonnance du tribunal. Celui-ci doit s’assurer que le malade présente un danger pour lui-même ou pour autrui. Le seul fait que le malade requiert des soins hospitaliers psychiatriques n’est pas en soi une preuve suffisante pour lui imposer une hospitalisation contre son gré.

En pratique, le fait que le malade soit psychotique n’est pas une condition suffisante pour l’hospitaliser contre son gré. Il faut pouvoir mettre en évidence, dans le tableau clinique, la dangerosité pour lui-même ou pour autrui. Cependant, le législateur n’a pas défini la notion de dangerosité tout en en faisant la pierre angulaire de la garde en établissement.

Le législateur a par ailleurs prévu que la garde en établissement n’autorise pas à imposer au malade un traitement contre son gré et d’autres démarches judiciaires doivent être entreprises pour le traiter contre sa volonté. Cette situation est critiquée par de nombreux psychiatres qui se désolent de se trouver dans une situation de geôlier face au malade gardé dans un centre hospitalier mais qui refuse de consentir au traitement.

Le cas clinique qui suit illustre la dynamique de l’hospitalisation involontaire du malade mental.

M.R. a 60 ans. Il se fait traiter depuis l’âge de 34 ans pour une dépression majeure récurrente se manifestant tous les quatre à cinq ans, épisodes entrecoupés de périodes de rémission où il est parfaitement fonctionnel. Il est marié depuis 25 ans avec une femme très dévouée et ils ont eu deux enfants maintenant adultes et autonomes. Leurs relations conjugales sont dans l’ensemble harmonieuses.

L’entreprise dans laquelle M.R. travaille depuis 30 ans comme comptable vient de lui accorder une retraite anticipée avec une bonne indemnité de départ. Un mois après avoir reçu son indemnité, M.R. se sent en très grande forme, il est très énergique, dort très peu et commence à faire des dépenses inconsidérées. Il s’achète deux autos, un bateau et veut réserver plusieurs voyages dans le Sud. Il s’emporte de plus en plus souvent contre sa femme et, lorsqu’elle essaie de freiner ses dépenses, il devient menaçant. Il dit avoir l’intention de divorcer, car il veut se faire une nouvelle vie. Après qu’il a cassé de la vaisselle au cours d’une querelle avec sa femme qui lui demandait de consulter son psychiatre, elle téléphone à celui-ci, qui lui conseille d’adresser une requête à la Cour du Québec pour une garde provisoire afin que son mari subisse un examen psychiatrique.

À la suite d’une ordonnance signée par un juge, la police appréhende M.R. et le conduit, en soirée, au service des urgences de l’hôpital où il est vu par l’omnipraticien en devoir qui le place en garde préventive. Le lendemain, son psychiatre traitant l’examine et rédige un rapport d’examen psychiatrique pour garde en établissement. Un deuxième rapport est produit par un confrère qui entérine ses conclusions. Muni des deux rapports d’examen psychiatrique, le directeur des services professionnels fait une requête à la Cour supérieure [929] du Québec pour une garde régulière qui est accordée à l’hôpital pour une période de 21 jours.

Pendant son hospitalisation, M.R. fait preuve d’un bon esprit de collaboration. Il accepte le traitement par le lithium qui lui est prescrit, associé à des benzodiazépines. Il commence à se calmer. Au bout de 10 jours, il demande son congé et s’engage à se faire suivre en clinique externe. Son psychiatre le trouve encore fragile et décide de maintenir la garde en établissement pour encore de 7 à 10 jours. Devant le refus du psychiatre de lui donner son congé, M.R., par l’entremise d’un avocat, fait appel au Tribunal administratif, pour contester la garde en établissement et pour obtenir son congé. Le Tribunal administratif, présidé par un avocat qu’assistent un psychiatre et une travailleuse sociale, procède à l’audition à l’hôpital. Il entend le psychiatre traitant qui témoigne que son patient est encore fragile et nécessite une hospitalisation un peu plus longue pour consolider l’amélioration de son état maniaque. À une question posée par le Tribunal sur la dangerosité de son patient, le psychiatre répond qu’il ne prévoit pas de comportements violents ou autodestructeurs, mais qu’il reste toujours un risque de gaspiller ses biens, étant donné que son autocritique laisse encore beaucoup à désirer.

L’avocat de M.R. plaide que, vu l’absence de dangerosité chez son client, la garde en établissement n’est pas justifiée, le fait de gaspiller ses biens n’étant pas une conduite dangereuse dans le sens de la loi 39. Par ailleurs, il existe d’autres moyens pour protéger les biens de M.R. en vertu du Code civil.

Compte tenu du fait que M.R. accepte de se faire suivre en clinique externe par son psychiatre traitant et compte tenu du fait qu’il ne présente pas de conduites dangereuses pour lui-même ou autrui, le Tribunal administratif ordonne la levée de la garde en établissement.

32.1.2. Traitement du malade mental

Traitement en urgence

L’article 13 du C.c.Q. stipule que « le consentement aux soins médicaux n’est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée ». C’est le cas, par exemple, lorsqu’on reconnaît un risque de suicide chez un patient souffrant d’une dépression majeure ou un potentiel d’automutilation chez un patient schizophrène qui veut s’arracher un œil.

Dans la pratique psychiatrique, on étend cette exception aux cas où le comportement du patient met en danger la vie ou l’intégrité physique d’autrui. Il s’agit donc d’une mesure d’exception et de courte durée visant essentiellement à contenir les comportements agressifs ou destructeurs du malade.

Traitement du patient apte à consentir

Si le patient est apte à donner ou à refuser son consentement à des soins, sa décision est incontournable et l’on doit respecter sa volonté, même si un refus a des conséquences néfastes pour sa santé. Le seul recours est de l’amener à changer d’avis par la discussion et la négociation ou de lui proposer une autre solution à laquelle il consentirait.

Critères de la Nouvelle-Écosse

Il faut noter que le législateur n’a pas défini, dans les textes de loi, l’aptitude ou l’inaptitude à consentir au traitement. Cependant, la jurisprudence québécoise s’est alignée sur la jurisprudence néo-écossaise. Les critères d’aptitude à consentir au traitement sont appelés communément les « critères de la Nouvelle- Écosse ». Ils comprennent les cinq volets suivants :

- Le patient comprend-il les conditions et les exigences du traitement qu’on lui propose ?

- Comprend-il la nature et l’objectif du traitement proposé ?

- Comprend-il les risques associés au traitement proposé ?

- Comprend-il les risques associés à son refus du traitement proposé ?

- La capacité à accepter ou à refuser le traitement proposé est-elle liée à sa condition clinique ?

Il est donc essentiel que le psychiatre fournisse à son patient les informations pertinentes, de sorte que celui-ci puisse prendre une décision éclairée. Le psychiatre doit aussi consigner au dossier que le patient a bien compris les informations données et la portée de sa décision.

[930]

Traitement du patient inapte à consentir

Pour traiter le patient inapte à donner ou à refuser son consentement aux soins, il faut obtenir un consentement subrogé, tel qu’il est clairement énoncé dans l’article 15 du C.c.Q. :

Lorsque l’inaptitude d’un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée, le consentement est donné par le mandataire, le tuteur ou le curateur. Si le majeur n’est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint ou, à défaut de conjoint ou en cas d’empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier.

Cependant, pour délivrer des soins à un patient majeur inapte qui refuse catégoriquement le traitement, il faut obtenir l’autorisation du tribunal selon l’article 16 du C.c.Q. :

L’autorisation du tribunal est nécessaire en cas d’empêchement ou de refus injustifié de celui qui peut consentir à des soins requis par l’état de santé d’un mineur ou d’un majeur inapte à donner son consentement ; elle l’est également si le majeur inapte à consentir refuse catégoriquement de recevoir les soins, à moins qu’il ne s’agisse de soins d’hygiène ou d’un cas d’urgence.

Elle est, enfin, nécessaire pour soumettre un mineur âgé de quatorze ans et plus à des soins qu’il refuse, à moins qu’il n’y ait urgence et que sa vie ne soit en danger ou son intégrité menacée, auquel cas, le consentement du titulaire de l’autorité parentale ou du tuteur suffit.

Ordonnance de traitement

Lorsqu’un patient inapte à consentir refuse le traitement proposé, le psychiatre doit se présenter en Cour supérieure pour demander une ordonnance de traitement.

À cette intention, le psychiatre doit prévoir, dans la conclusion du rapport qu’il prépare pour la cour, la durée des traitements requis (généralement de quelques mois jusqu’à deux à trois ans), la flexibilité de ces traitements (en indiquant, par exemple, la possibilité de recourir à divers types de médicaments) et les modalités thérapeutiques en milieu hospitalier interne de même qu’externe. Plus les orientations préconisées sont souples, moins le psychiatre requérant sera susceptible de revenir souvent devant la cour pour demander une modification.

À ce sujet, il est important de noter que le déni psychotique a été reconnu, dans la jurisprudence québécoise, comme un critère d’inaptitude. En d’autres termes, un patient qui refuse un traitement pour son délire et qui ne reconnaît pas la nature morbide de celui-ci peut faire l’objet d’une autorisation de traitement contre son gré par la cour. Il faut cependant signaler qu’au Québec le législateur n’a prévu aucune mesure légale contraignante pour le traitement de l’alcoolisme et de la toxicomanie comme il en existe en France (voir le chapitre 33).

32.1.3. Inaptitude du majeur

Régimes de protection

La constatation clinique d’une inaptitude chez une personne majeure n’implique pas nécessairement l’ouverture d’un régime de protection. Le législateur québécois a introduit, à ce sujet, la notion de besoin. En d’autres termes, si le psychiatre et son équipe estiment que la famille s’occupe bien du patient inapte qui ne s’oppose pas aux soins qui lui sont fournis, le consentement subrogé est accepté (art. 15 du C.c.Q. déjà cité).

Il en est de même si le patient ne possède pas des biens considérables et que ceux-ci sont bien gérés par la famille. Cependant, si le patient inapte est isolé socialement, si la famille manque d’unité ou est dysfonctionnelle, si les biens sont considérables, l’administrateur de l’établissement pourra engager, par prudence, des procédures en vue de l’ouverture d’un régime de protection en se fondant sur le certificat médical d’inaptitude et sur l’évaluation psychosociale, en vertu de l’article 258 du C.c.Q. :

Il est nommé au majeur un curateur ou un tuteur pour le représenter, ou un conseiller pour l’assister, dans la mesure où il est inapte à prendre soin de lui-même ou à administrer ses biens, par suite, notamment, d’une maladie, d’une déficience ou d’un affaiblissement dû à l’âge qui altère ses facultés mentales ou son aptitude physique à exprimer sa volonté.

Il peut aussi être nommé un tuteur ou un conseiller au prodigue qui met en danger le bien-être de son conjoint ou de ses enfants mineurs.

[931]

En général, dans la pratique psychiatrique hospitalière, la requête d’ouverture d’un régime de protection est adressée à la curatelle publique, un organisme dirigé par le curateur public du Québec nommé par le gouvernement du Québec.

Les conditions et la procédure d’ouverture d’un régime de protection en établissement sont énoncées dans l’article 270 du C.c.Q. :

Lorsqu’un majeur, qui reçoit des soins ou des services d’un établissement de santé ou de services sociaux, a besoin d’être assisté ou représenté dans l’exercice de ses droits civils en raison de son isolement, de la durée prévisible de son inaptitude, de la nature ou de l’état de ses affaires ou en raison du fait qu’aucun mandataire désigné par lui n’assure déjà une assistance ou une représentation adéquate, le directeur général de l’établissement en fait rapport au curateur public, transmet une copie de ce rapport au majeur et en informe un des proches de ce majeur.

Le rapport est constitué, entre autres, de l’évaluation médicale et psychosociale de celui qui a examiné le majeur ; il porte sur la nature et le degré d’inaptitude du majeur, l’étendue de ses besoins et les autres circonstances de sa condition, ainsi que sur l’opportunité d’ouvrir à son égard un régime de protection. Il mentionne également, s’ils sont connus, les noms des personnes qui ont qualité pour demander l’ouverture du régime de protection.

Le C.c.Q. prévoit trois types de régimes de protection, qui doivent être ordonnés par le tribunal : la curatelle au majeur, la tutelle au majeur et le conseiller au majeur.

Curatelle au majeur

Une curatelle est ouverte « s’il est établi que l’inaptitude du majeur à prendre soin de lui-même et à administrer ses biens est totale et permanente, et qu’il a besoin d’être représenté dans l’exercice de ses droits civils » (C.c.Q., art. 281).

Il faut retenir que le C.c.Q. stipule, à l’article 284, que « les actes faits antérieurement à la curatelle peuvent être annulés ou les obligations qui en découlent réduites, sur la seule preuve que l’inaptitude était notoire ou connue du cocontractant à l’époque où les actes ont été passés ».

Tutelle au majeur

Une tutelle est ouverte « s’il est établi que l’inaptitude du majeur à prendre soin de lui-même ou à administrer ses biens est partielle ou temporaire » (C.c.Q., art. 285). De plus, « à l’ouverture de la tutelle ou postérieurement, le tribunal peut déterminer le degré de capacité du majeur en prenant en considération l’évaluation médicale et psychosociale [...]. Il indique alors les actes que la personne en tutelle peut faire elle-même, seule ou avec l’assistance du tuteur, ou ceux qu’elle ne peut faire sans être représentée » (C.c.Q., art. 288).

Par ailleurs, et sauf si le tribunal en a décidé autrement, le majeur en tutelle est autorisé à gérer le produit de son travail.

En ce qui concerne les actes antérieurs à la tutelle, la même règle que dans le cas de la curatelle s’applique.

Conseiller au majeur

Un conseiller au majeur est nommé « si celui-ci, bien que généralement ou habituellement apte à prendre soin de lui-même et à administrer ses biens, a besoin, pour certains actes ou temporairement, d’être assisté ou conseillé dans l’administration de ses biens » (C.c.Q., art. 291). Le conseiller n’a pas la responsabilité d’administrer les biens du majeur protégé. Les actes pour lesquels son assistance est requise lui sont précisés à l’ouverture du régime ou ultérieurement par le tribunal.

On notera ici que « l’acte fait seul par le majeur, alors que l’intervention de son conseiller était requise, ne peut être annulé ou les obligations qui en découlent réduites que si le majeur en subit un préjudice » (C.c.Q., art. 294).

Mandat en cas d’inaptitude

Le législateur a prévu, dans le Code civil, qu’une personne majeure et saine d’esprit qui ne présente aucune inaptitude peut nommer à l’avance une autre personne, dite mandataire, qui agira à sa place au cas où elle deviendrait inapte à prendre soin d’elle-même et à gérer ses biens (art. 2166 et suiv. du C.c.Q.).

Le mandat, généralement rédigé devant un notaire, ne constitue pas un testament biologique au [932]

sens strict du terme. Il permet néanmoins à la personne saine d’esprit de mettre son devenir entre les mains d’une personne de confiance au cas où la maladie la rendrait inapte à consentir aux soins et à gérer ses affaires.

Le mandat est homologué par le tribunal sur la base de l’évaluation médicale et psychosociale, comme dans l’ouverture d’un régime de protection.

Inaptitude à tester

Très peu de testaments sont contestés (environ 3%) et moins du sixième de ces contestations sont fructueuses. La capacité de tester exige qu’une personne :

- soit consciente qu’elle est en train de faire son testament ;

- connaisse la nature et l’importance de ses biens ;

- connaisse ses successeurs et ses liens avec eux.

Plusieurs maladies physiques et mentales peuvent altérer la capacité de tester : la déficience mentale, les troubles cérébraux organiques, la démence et certaines psychoses comportant des idées délirantes paranoïdes à l’égard des héritiers potentiels.

32.1.4. Recherche clinique  
en psychiatrie

Le législateur québécois a précisé les conditions dans lesquelles s’effectue l’expérimentation avec les humains en conformité avec les grands cadres normatifs en vigueur à l’échelle internationale en matière d’éthique médicale et d’intégrité scientifique. Les trois grands organismes subventionnaires canadiens, soit le Conseil de recherches médicales du Canada, le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, ont défini une politique à ce sujet en 1998.

Avant de participer à un projet de recherche, le sujet doit signer une formule de consentement dans laquelle sont décrits en détail les procédures de l’expérimentation et les risques qui y sont associés.

À l’article 21 du C.c.Q., le législateur s’est penché spécifiquement sur le cas des mineurs et des majeurs inaptes :

Un mineur ou un majeur inapte ne peut être soumis à une expérimentation qui comporte un risque sérieux pour sa santé ou à laquelle il s’oppose alors qu’il en comprend la nature et les conséquences.

Il ne peut, en outre, être soumis à une expérimentation qu’à la condition que celle-ci laisse espérer, si elle ne vise que lui, un bienfait pour sa santé ou, si elle vise un groupe, des résultats qui seraient bénéfiques aux personnes possédant les mêmes caractéristiques d’âge, de maladie ou de handicap que les membres du groupe. Une telle expérimentation doit s’inscrire dans un projet de recherche approuvé et suivi par un comité d’éthique.

[...]

Ne constituent pas des expérimentations les soins qui, selon le comité d’éthique, sont des soins innovateurs requis par l’état de santé de la personne qui y est soumise.

Il est donc clair qu’au Québec la recherche clinique en psychiatrie ne peut se faire que s’il n’existe aucun risque sérieux au cours de l’expérimentation. De plus, le législateur québécois a été plus exigeant au chapitre de la protection des sujets inaptes, qui ne peuvent participer à un projet de recherche qu’avec le consentement du tuteur, curateur ou mandataire et l’approbation d’un comité d’éthique désigné par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

32.1.5. Responsabilité légale  
du psychiatre

Tout psychiatre peut faire l’objet de poursuites par un patient ou par un membre de la famille pour une faute ou une inconduite dans l’exercice de sa profession. En fait, au cours des 10 dernières années, le nombre d’actions en justice intentées contre les psychiatres a augmenté, ainsi que les primes d’assurance responsabilité (qui sont passées de 350 $ à 2 076 $ entre 1980 et 2000). Il faut souligner, cependant, que les psychiatres sont les moins poursuivis parmi les spécialités médicales et que les procès sont beaucoup moins fréquents au Québec qu’aux États-Unis.

Au Canada, les poursuites intentées contre des psychiatres entre 1995 et 2000 se répartissent comme suit [[7]](#footnote-7) :

- suicide d’un patient (21%) ;

- médication inappropriée (15%) ;

- rapport médical inapproprié (12%) ;

- inconduite sexuelle (10%) ;

[933]

- internement inapproprié (9%) ;

- violence du patient contre un tiers (9%) ;

- autres (24%).

Aux États-Unis, la majorité des poursuites contre les psychiatres se rapportent à la dyskinésie tardive induite par les neuroleptiques, alors qu’il n’y en a aucune à ce propos contre les psychiatres canadiens.

Il est à noter, cependant, que plusieurs poursuites se règlent par des arrangements à l’amiable.

Responsabilité civile du psychiatre

C’est en vertu de la notion de faute ayant causé un préjudice qu’un psychiatre peut faire l’objet d’une poursuite en responsabilité civile. Le fardeau de la preuve repose sur le plaignant aussi bien en ce qui concerne la preuve de la faute qu’en ce qui concerne la preuve du lien de cause à effet entre la faute et le préjudice. Pour toute obligation, qu’elle soit légale ou contractuelle, le manquement à l’obligation est toujours une question de fait et peut donc se prouver par tout moyen, notamment par témoins, en particulier par témoins experts.

En droit civil, contrairement au droit criminel, la force probante requise est celle de la preuve par prépondérance des probabilités et non pas la preuve hors de tout doute raisonnable. Une cause civile est gagnée lorsque la preuve réussit à faire pencher la balance en faveur d’une des parties. Généralement, le doute favorise celui qui est poursuivi.

En responsabilité civile, la cause la plus fréquente des procès intentés aux psychiatres est le suicide du patient sous leurs soins. C’est généralement un proche qui engage l’action en justice et le psychiatre sera assisté, dans sa défense, par l’avocat à qui a fait appel son assureur en responsabilité professionnelle. Il faut souligner qu’il n’est pas facile de gagner une cause contre un psychiatre en alléguant une faute qui aurait permis ou favorisé un suicide, car la prévisibilité d’un tel acte est très difficile à établir. Pour s’assurer une bonne dépense en cas de poursuite, le psychiatre doit toujours évaluer, au cours de l’examen, les idéations suicidaires de son patient, tâcher de savoir s’il a un projet précis et s’assurer qu’il est adéquatement surveillé. Il doit aussi voir à la bonne tenue du dossier médical et lire attentivement les notes du personnel infirmier.

Responsabilité déontologique du psychiatre

Le psychiatre, comme tout médecin au Québec, doit se conformer au Code de déontologie du Collège des médecins.

Au cours des dernières années, la cause la plus fréquente qui a mené un psychiatre devant le comité de discipline du Collège des médecins est le fait d’avoir eu des relations sexuelles avec une patiente. Les plaintes à ce sujet se sont multipliées au Québec, comme partout ailleurs en Amérique du Nord. Un certain nombre de psychiatres ont fait l’objet de plaintes pour inconduite sexuelle et se sont vu infliger des sanctions telles qu’une suspension du droit de pratique, une radiation ou, quelquefois, une sanction pénale.

Il existe une littérature abondante à ce sujet qui ne sera pas abordée ici, mais nous examinerons quelques moyens qui permettent d’éviter les dérapages. Le psychiatre doit respecter une barrière étanche entre le territoire thérapeutique et le territoire social dans sa relation avec son patient. Les relations sociales entre psychiatre et patient sont contre-indiquées, surtout dans le contexte de la psychothérapie. De plus, si le transfert et le contre-transfert deviennent trop érotisés et difficiles à assumer pour le psychiatre, ce dernier devrait consulter un confrère ou, le cas échéant, adresser le patient à un autre thérapeute pour continuer la psychothérapie.

Secret professionnel

L’alliance thérapeutique qui s’établit progressivement entre le patient et son psychiatre est fondée sur une relation de confiance. Le psychiatre doit respecter certaines règles fondamentales pour mériter la confiance de son patient.

Plusieurs personnes peuvent solliciter le psychiatre pour obtenir des informations sur son patient (le patient lui-même, sa famille, son employeur, des intervenants sociaux, des agents d’assurances, la cour...). Le psychiatre doit aviser le patient des demandes de renseignements qui lui sont faites et obtenir son consentement avant d’y donner suite. La transmission de renseignements contenus dans le dossier médical pourra se faire uniquement une fois que le psychiatre disposera d’une autorisation écrite du patient, contresignée par un témoin.

[934]

Il existe une exception à cette règle de confidentialité : le psychiatre doit en effet aviser les personnes intéressées si un patient a un problème mettant sérieusement en danger la sécurité d’autrui, comme il est prévu par la loi (p. ex., lorsqu’un pilote d’avion fait un usage abusif d’alcool), et ce même si le patient s’y oppose.

Contrairement à la situation dans les autres provinces, le secret professionnel est préservé en cour civile au Québec. En effet, le Code civil des autres provinces relève de la Common Law britannique qui n’oblige pas les médecins au secret professionnel. Le psychiatre sera cependant libéré de cette obligation en cour criminelle et devra témoigner.

32.1.6. Séparation, divorce  
et garde d’enfants

En raison de la fragilité de la famille nucléaire, les psychiatres et d’autres professionnels de la santé mentale sont souvent appelés à jouer un rôle dans des litiges touchant la séparation, le divorce et surtout la garde d’enfants.

En règle générale, le psychiatre devrait favoriser la médiation, service offert dans plusieurs juridictions au Québec, plutôt que le procès qui ne fait qu’attiser la détresse émotionnelle causée par la séparation et le divorce, sans compter les frais occasionnés. Cependant, le litige est souvent inévitable et le psychiatre de même que d’autres professionnels seront appelés à agir en tant que témoins ou experts. Soulignons que le psychiatre appelé à comparaître comme témoin ordinaire dans une cause de séparation ou de divorce est tenu de respecter strictement le secret professionnel à l’égard de son patient ou ex-patient partie dans le litige. En d’autres termes, à la différence d’autres juridictions canadiennes sous le régime de la Common Law, au Québec, le Code civil protège le privilège du secret professionnel accordé au médecin. Seul le patient peut autoriser son psychiatre à révéler à la cour des informations cliniques ou autres dans un litige de séparation ou de divorce lorsque le psychiatre intervient comme témoin ordinaire.

Litiges concernant la garde d’enfants

Le psychiatre qui agit en tant qu’expert dans un litige touchant la garde d’enfants doit être conscient qu’actuellement les tribunaux sont, pour la grande majorité, influencés par une considération prépondérante : le bien-être de l’enfant. Dans l’expertise psychiatrique concernant la question de la garde d’enfants, les tribunaux s’attendent à être éclairés sur les points suivants :

- les liens affectifs de l’enfant avec les deux parties du litige, en l’occurrence les parents ;

- la capacité de chaque parent à élever l’enfant avec amour et affection ;

- la capacité de chaque parent à pourvoir aux besoins matériels de l’enfant ;

- l’adaptation de l’enfant à son milieu, au moment de la séparation, dans ses rapports avec l’école, le quartier, les amis, etc. ;

- la préférence de l’enfant pour habiter avec l’un ou l’autre de ses parents, si celui-ci est en mesure de l’exprimer.

Il est évident que l’expertise psychiatrique se fait sur un terrain très glissant et l’expert devra être conscient de l’effet néfaste du litige sur l’enfant devenu l’enjeu d’une « bataille juridique ».

32.2. DROIT CRIMINEL  
(APPELÉ AUSSI DROIT PÉNAL)

32.2.1. Étapes du processus judiciaire

Lorsqu’un acte illégal, tel que le définit le Code criminel, est commis, la police appréhende un suspect et le met en état d’arrestation. Il est alors conduit au poste de police, puis comparaît devant un juge qui détermine s’il doit être gardé en prévention ou remis en liberté sous conditions. Ces conditions peuvent être, par exemple, de demeurer à une adresse connue du tribunal, de ne pas chercher à rencontrer la victime du délit présumé, de se présenter à la cour pour les prochaines audiences fixées en rapport avec le délit présumé. Si l’individu est considéré comme dangereux ou si l’on soupçonne qu’il est susceptible de s’enfuir et de ne plus se présenter devant la cour, il est envoyé dans un centre de prévention.

Après la mise en accusation, l’étape suivante est l’enquête préliminaire. Il s’agit de déterminer si les preuves obtenues sont suffisantes pour retenir l’accusation contre l’individu en cause. Si c’est le cas, les dates du procès seront ensuite fixées.

[935]

Le système judiciaire criminel en vigueur au Québec et au Canada découle du droit britannique. Il s’agit d’un système adversatif où deux parties — la défense et la Couronne — apportent des preuves à la cour pour qu’elle se prononce sur l’innocence ou la culpabilité de l’accusé. Le procureur de la défense représente les intérêts de l’accusé. Le procureur de la Couronne représente les intérêts de la victime présumée et ceux de la société, par exemple lorsque des éléments suggèrent une dangerosité chez l’accusé. En fonction de la gravité du délit présumé et selon le Code criminel, le procès se déroulera devant juge seul ou devant juge et jury qui, selon le cas, détermineront ensuite si l’accusé doit être reconnu coupable ou non coupable. La décision judiciaire sera rendue en fonction de la preuve hors de tout doute raisonnable, l’accusé étant présumé innocent et la Couronne devant faire la preuve de sa culpabilité.

Le jury se compose de 12 personnes, sélectionnées dans un ensemble de citoyens pris au hasard parmi la population de la ville où a lieu le procès. Le choix se fait en fonction de critères élaborés par les deux procureurs.

Un verdict de non-culpabilité libère l’individu de l’accusation portée contre lui ; cette accusation n’apparaît donc pas dans un casier judiciaire. Un verdict de culpabilité peut entraîner divers types de peines, telles qu’elles sont prescrites par le Code criminel et par la jurisprudence qui éclaire la cour sur les éléments et sur les peines retenus pour des accusations similaires. La peine peut consister en une période d’emprisonnement dans un établissement carcéral. Les peines d’une durée de moins de deux ans sont appelées peines provinciales. Elles sont administrées par le Service correctionnel du Québec et la Commission québécoise des libérations conditionnelles. Les peines de deux ans et plus sont administrées par le système fédéral et sont purgées dans un pénitencier. Selon la cote de sécurité que sa dangerosité exige, l’individu sera envoyé dans un pénitencier de niveau sécuritaire maximum, moyen ou minimum. Pour les délits les plus graves, le Code criminel définit les limites inférieure et supérieure des périodes d’incarcération.

L’individu peut aussi faire l’objet d’une ordonnance de probation, d’emblée ou après une période d’incarcération. Cette probation s’effectue, selon la décision du tribunal, avec ou sans suivi par un agent de probation qui représente le système judiciaire. L’ordonnance de probation s’accompagne de conditions qui doivent être respectées par l’individu. Ces conditions peuvent être, par exemple, de garder la paix, de s’abstenir de consommer des drogues et de l’alcool ou de participer à un programme de traitement approuvé. La période de probation est de trois ans ou moins.

Depuis 1996, une nouvelle mesure peut être appliquée. Il s’agit de l’emprisonnement avec sursis. À cet égard, le Code criminel stipule :

742.1 Lorsqu’une personne est déclarée coupable d’une infraction - autre qu’une infraction pour laquelle une peine minimale d’emprisonnement est prévue — et est condamnée à un emprisonnement de moins de deux ans, le tribunal peut, s’il est convaincu que le fait de purger la peine au sein de la collectivité ne met pas en danger la sécurité de celle-ci, ordonner au délinquant de purger sa peine dans la collectivité afin d’y surveiller le comportement de celui-ci, sous réserve de l’observation des conditions qui lui sont imposées en application de l’article 742.3.

742.3 Le tribunal assortit l’ordonnance de sursis des conditions suivantes, intimant au délinquant :

a) de ne pas troubler l’ordre public et d’avoir une bonne conduite ;

b) de répondre aux convocations du tribunal ;

c) de se présenter à l’agent de surveillance [...] ;

d) de rester dans le ressort du tribunal, sauf permission écrite d’en sortir donnée par le tribunal ou par l’agent de surveillance ;

e) de prévenir le tribunal ou l’agent de surveillance de ses changements d’adresse ou de nom et de les aviser rapidement de ses changements d’emploi ou d’occupation.

D’autres conditions liées à l’abstinence de drogues, à l’engagement dans un service communautaire et dans un programme de traitement ou à d’autres éléments pertinents compte tenu du délit peuvent être ordonnées par le tribunal. L’ordonnance de sursis peut être prononcée, par exemple, dans le cas d’actes délictuels répétitifs et non violents tel le vol à l’étalage comme mesure ultime de prévention de récidive avant une peine de détention.

L’individu peut aussi bénéficier d’une suspension de peine. Pendant trois ans ou moins, selon ce que détermine le tribunal, il doit alors se soumettre à des conditions. S’il contrevient à celles-ci, il doit comparaître de nouveau devant la cour qui peut alors préciser la peine qui lui sera imposée. Cette mesure [936] permet un encadrement plus serré que la probation dans le cas d’une omission de se conformer aux conditions prévues. L’individu peut aussi se voir infliger des peines plus légères telles qu’une amende ou des travaux compensatoires.

Le processus judiciaire au criminel est un système qui peut être très lourd, l’intervalle entre l’arrestation et le verdict étant susceptible de s’étendre sur plus d’un an pour les délits graves. Pour les accusations moins graves, l’individu peut, avec l’appui de son avocat, plaider coupable et recevoir sa sentence sans avoir à subir de procès.

32.2.2. Évaluation psychiatrique  
au criminel

Le psychiatre est appelé à rendre un avis relativement à différentes questions qui intéressent le système pénal. Les questions les plus fréquentes ont trait à l’aptitude à comparaître, à la responsabilité criminelle et aux recommandations présentencielles. Ces types d’expertise sont abordés dans la présente section. Son avis peut aussi être sollicité pour d’autres aspects, notamment la possibilité d’une libération sous caution avant la fin des procédures, d’une libération conditionnelle en cours d’incarcération ou d’une prolongation de l’incarcération jusqu’à la fin du troisième tiers de la peine (Code criminel, partie XX. 1, « Troubles mentaux », art. 672.1 à 672.95). Dans ces trois cas, l’évaluation porte plus particulièrement sur la dangerosité de l’individu en cause. Un autre type de rapport peut être demandé, généralement par le procureur de la défense, concernant le caractère libre et volontaire de la déclaration faite par l’accusé aux policiers.

Le fait de produire un rapport qui sera utilisé à la Cour du Québec, chambre criminelle et pénale, n’entraîne pas nécessairement l’obligation pour le psychiatre de témoigner devant le juge. En effet, la majorité des décisions relativement à l’aptitude de l’accusé à comparaître se prendront à la lumière d’un rapport écrit. Le témoignage du psychiatre évaluateur ne sera nécessaire que dans les cas très controversés ou dans les cas où les positions des deux parties sont en antagonisme complet, ce qui est beaucoup moins fréquent pour la question de l’aptitude que pour celle de la responsabilité criminelle. Pour ce dernier type d’évaluation, le témoignage du psychiatre évaluateur sera plus souvent requis, surtout s’il s’agit d’une accusation grave, telle qu’un meurtre ou une tentative de meurtre, et si la Couronne et la défense sont en désaccord à propos de la responsabilité ou non-responsabilité de l’accusé. Dans de telles situations, les deux parties font entendre l’expert qu’elles ont mandaté.

Comparaître devant la cour exige d’observer le décorum de celle-ci. La tenue et l’attitude du psychiatre appelé à la barre doivent en tenir compte. Bien que les questions soient généralement posées par un avocat et non par le juge, le témoin expert doit répondre en regardant le juge s’il s’agit d’un procès devant juge seul ou en regardant les membres du jury s’il s’agit d’un procès devant jury.

L’interrogatoire est mené par l’avocat qui a sollicité l’expert. Cette partie du témoignage est généralement beaucoup plus facile, l’avocat cherchant à mettre en valeur les opinions du psychiatre auquel il a eu recours. Le contre-interrogatoire peut être beaucoup plus ardu, car l’avocat de la partie adverse vise à discréditer les informations données par le psychiatre, d’autant plus si elles ne vont pas dans le sens retenu par la partie en cause. Une attitude calme, ouverte et respectueuse est utile dans ces situations souvent tendues. Le psychiatre ne doit pas hésiter à reconnaître ses limites et à parler avec assurance de ce qu’il connaît bien.

Préparation de rapports d’évaluation

Les rapports de l’évaluation de l’aptitude à subir un procès, de l’évaluation de la responsabilité criminelle et de l’évaluation présentencielle, de même que les rapports préparés pour les auditions tenues par le Tribunal administratif, ont certaines rubriques en commun (voir le tableau 32.1 ; voir aussi le tome I, chapitre 3).

Les sources d’information qui ont servi à la préparation du rapport peuvent être consignées sous la rubrique intitulée « contexte de l’évaluation », qui contiendra des précisions quant à la durée et à la date des entrevues avec l’accusé et les membres de sa famille, la liste des documents consultés et les recherches bibliographiques, ces éléments illustrant la démarche rigoureuse de l’évaluateur. L’avertissement donné aux personnes rencontrées au sujet des limites de la confidentialité peut aussi être inscrit dans cette section.

[937]

TABLEAU 32.1.

Contenu des rapports d’évaluation

|  | Rapport de l'évaluation de l’aptitude à subir son procès | Rapport sur la responsabilité criminelle | Expertise  présentencielle | Rapport psychiatrique pour le Tribunal administratif |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Identification  (nom, sexe, âge, état civil, nombre d’enfants, source de revenus, etc.) | √ | √ | √ | √ |
| Raison de l’évaluation | √ | √ | √ | √ |
| Situation légale (prévenu, détenu..., date de la prochaine audition, chefs d’accusation) | √ | √ | √ | √ |
| Contexte de l’évaluation | √ | √ | √ | √ |
| Antécédents psychiatriques | Facultatif | √ | √ | √ |
| Habitudes | Facultatif | √ | √ | √ |
| Médication actuelle | Facultatif | √ | √ | √ |
| Histoire récente (anamnèse) | √ | Contexte du délit présumé | √ | √ |
| Éléments pertinents de l’histoire personnelle | Omettre dans ce rapport | √ | √ | - Première audition : en détail  Auditions suivantes : en résumé, pour les aspects en relation avec la réinsertion sociale envisagée |
| Examen mental | Éléments pertinents | √ | √ | √ |
| Diagnostic psychiatrique | √ | √ | √ | √ |
| Conclusion | Évaluation de l’état mental en relation avec les critères de l’aptitude à subir un procès | Évaluation de l’état mental au moment du délit présumé | Dynamique délictuelle | - Évaluation de la dangerosité liée à un trouble psychiatrique  - Plan de traitement envisagé |
| Recommandations | √ | √ | √ | √ |

[938]

Évaluation de l’aptitude de l’accusé à comparaître

La loi stipule qu’un accusé doit, à toutes les étapes des procédures judiciaires jusqu’à ce qu’un verdict soit rendu, être présent à la cour, de corps et d’esprit. Le Code criminel (art. 2) définit comme suit l’inaptitude à subir son procès :

Incapacité de l’accusé en raison de troubles mentaux d’assumer sa défense, ou de donner des instructions à un avocat à cet effet, à toute étape des procédures, avant que le verdict ne soit rendu, et plus particulièrement incapacité de :

a) comprendre la nature ou l’objet des poursuites ;

b) comprendre les conséquences éventuelles des poursuites ;

c) communiquer avec son avocat.

Le seuil pour demander une évaluation psychiatrique d’aptitude est bas : cette demande se fera en effet si le requérant (c.-à-d. le juge ou l’un des deux avocats) a des raisons de croire que l’accusé peut souffrir de maladie mentale. L’ordonnance d’évaluation de l’aptitude à subir un procès est généralement demandée par le juge ; une évaluation peut cependant être aussi demandée par l’avocat de la défense ou par le procureur de la Couronne. L’ordonnance spécifie l’endroit où doit se faire l’évaluation, précise si l’accusé doit être gardé pendant toute la période couverte par l’ordonnance et fixe la durée de la période d’évaluation. La période prévue initialement pour cette évaluation est de cinq jours. Elle peut cependant être prolongée, avec l’accord de l’accusé et du poursuivant, jusqu’à une durée de 30 jours et parfois même de 60 jours. L’évaluation peut se faire au centre de détention où l’accusé a été envoyé en attente de comparution.

Chaimowitz et Ferencz (1999) ont montré qu’utiliser la période maximale d’évaluation avait des effets bénéfiques. Cette stratégie entraîne plus particulièrement une réduction des coûts, mais aussi une diminution du temps de détention pour les accusés qui comparaissent ainsi généralement plus rapidement. En effet, l’utilisation optimale de ce délai permis par la loi a donné suffisamment de temps pour que le traitement soit efficace chez la majorité des accusés (74%) de leur échantillon et qu’ils soient trouvés aptes à comparaître. Cependant, l’ordonnance d’évaluation ne constitue pas une ordonnance de traitement, et l’accusé peut refuser le traitement proposé par le psychiatre évaluateur. L’accusé est a priori présumé apte à comparaître, et la cour doit déterminer s’il est apte ou inapte à comparaître, la preuve se faisant alors selon la prépondérance des probabilités (Whittemore et Ogloff, 1994). Le psychiatre doit produire, pour la cour, un rapport écrit décrivant les conséquences de la maladie mentale de l’accusé sur l’aptitude à comparaître.

Ce rapport d’évaluation est moins exhaustif que les autres types de rapports (rapport concernant la responsabilité criminelle et rapport présentenciel), certaines données étant facultatives, telles que celles qui concernent les antécédents psychiatriques, les habitudes de consommation de drogues et la médication actuelle. De la même façon, la description de l’état mental est moins détaillée, n’insistant que sur les détails pertinents pour étayer l’opinion dans le sens de l’aptitude ou de l’inaptitude. Par exemple, la présence d’autoculpabilisation délirante liée à un épisode dépressif majeur avec des éléments psychotiques congruents à l’humeur peut amener un individu à s’accuser de délits qu’il n’a pas commis ou à en exagérer la portée. Par ailleurs, dans d’autres cas, des symptômes psychotiques peuvent être présents sans entraver l’aptitude à comparaître de l’accusé.

Il faut éviter de faire état d’éléments qui n’ont pas été mis en preuve par rapport à l’accusation. Comme l’accusé est présumé innocent jusqu’à preuve du contraire, il convient de s’abstenir de mentionner des éléments relevant du modus operandi du délit ; par exemple, on ne doit pas écrire des informations telles que « M. a tué sa conjointe par 12 coups de couteau à l’abdomen », mais plutôt « M. est accusé d’avoir tué sa conjointe. Celle-ci est décédée à la suite de coups de couteau à l’abdomen. Le délit présumé a été commis le... ».

Il est important de ne pas laisser transparaître des jugements de valeur sur l’accusé susceptibles d’influer sur les décisions du tribunal, tels que « L’accusé nous parle de son affreux délit sans aucune compassion pour sa pauvre victime ».

Dans la conclusion du rapport, l’évaluation de l’aptitude à subir un procès doit tenir compte des conditions stipulées par le Code criminel, en les illustrant clairement par les éléments d’évaluation particuliers à l’accusé examiné. Il faut en effet se rappeler que ce n’est pas le psychiatre qui décide de l’aptitude ou de l’inaptitude de l’accusé, mais le juge ; le psychiatre se [939] limitera donc, dans son rapport, à indiquer si l’état mental de l’accusé entrave son aptitude à comparaître, selon les critères d’inaptitude définis par la loi. À l’occasion de l’audience où le juge décide qu’un accusé est inapte, il peut donner l’autorisation de le traiter pour le rendre apte. Si l’opinion du psychiatre évaluateur penche vers l’inaptitude de ce dernier à subir son procès et que l’accusé refuse un traitement susceptible de le rendre apte à comparaître, le psychiatre devra préciser certains éléments pour demander l’autorisation du tribunal de traiter le patient pour une période maximale de 60 jours afin de le rendre apte à subir son procès. Dans ce contexte, le rapport doit nécessairement souligner les aspects suivants :

- que l’accusé demeurera vraisemblablement inapte s’il ne reçoit pas le traitement proposé ;

- qu’il deviendra probablement apte en dedans de 60 jours s’il reçoit le traitement proposé ;

- que le traitement proposé entraînera des bénéfices nettement supérieurs aux risques courus ;

- que le traitement psychiatrique, de même que tout traitement médical connexe, serait le moins sévère et le moins privatif de liberté pour l’accusé.

Si la cour conclut que l’accusé est inapte à subir son procès, elle peut, avant qu’une décision soit prise quant aux modalités selon lesquelles sera gérée l’ordonnance dont il fera l’objet, prescrire, sur demande de la Couronne, le traitement de l’accusé pour une période maximale de 60 jours. Ce traitement n’inclut pas la psychochirurgie ni l’électroconvulsivothérapie. Si l’individu demeure inapte à comparaître après cette période maximale de 60 jours, il devra se soumettre à l’ordonnance du Tribunal administratif du Québec [[8]](#footnote-8). Les étapes subséquentes seront abordées à la section 32.2.4.

Le psychiatre peut aussi recourir à l’article 16 du Code civil du Québec, en particulier dans les cas où il est peu probable que la période maximale de 60 jours soit suffisante et où il craint que l’accusé ne cesse de prendre ses médicaments dès que la contrainte légale se terminera, risquant alors de devenir rapidement de nouveau inapte. Il devra alors présenter une requête selon la procédure décrite à la section 32.1.2.

Pour terminer, si l’évaluateur estime que l’accusé est inapte à comparaître, il est aussi utile de suggérer un hôpital où il devrait être transféré, après vérification auprès des autorités administratives de l’hôpital en question. Cette démarche peut faciliter les étapes ultérieures du processus, en accélérant l’hospitalisation de l’accusé.

Les causes d’inaptitude autres que la maladie mentale, comme la surdité ou le retard mental, sont rarement retenues par la cour, l’inaptitude qui y est liée étant chronique et irréversible, à moins d’un soutien particulier. Le tribunal mettra alors plutôt en œuvre tous les moyens nécessaires pour faciliter la compréhension de l’accusé. Par exemple, un interprète traduira les questions posées à l’accusé atteint de surdité.

Si l’individu est trouvé apte, les procédures judiciaires reprennent leur cours. Le système pénal insiste sur le droit de tout accusé à un procès juste et équitable. Tous les moyens sont donc déployés pour que l’individu soit trouvé apte à comparaître dans les plus courts délais possible, allant même jusqu’à l’administration temporaire d’un traitement, et parfois sans tenir compte du refus de l’accusé, pour éviter qu’il ne demeure indûment inapte à subir son procès. L’autorisation de traiter doit cependant être donnée expressément par le juge lorsqu’il retient l’inaptitude de l’accusé à comparaître.

La question de l’aptitude à comparaître peut être soulevée à tout moment durant le procès. C’est une question qui s’examine au moment où elle est soulevée. Elle s’évalue donc au cours de l’entrevue, à la différence de l’évaluation de la responsabilité criminelle qui s’intéresse à l’état mental de l’accusé au moment du délit présumé. Si, en raison d’éléments nouveaux, l’aptitude à comparaître est ultérieurement remise en question, une autre évaluation pourra être demandée, étant reconnu que l’état mental de l’accusé peut varier au cours du processus judiciaire qui dure parfois plusieurs semaines ou même plusieurs mois. L’aptitude est aussi un état relatif, susceptible de varier en fonction de la complexité du procès.

[940]

Évaluation de la responsabilité criminelle de l’accusé

Le Code criminel tient compte des circonstances dans lesquelles un délit a été commis. Ainsi, lorsque le contexte le justifiera, la question de la responsabilité criminelle sera soulevée en vertu de l’article 16(1) du Code criminel [[9]](#footnote-9) qui stipule que :

La responsabilité criminelle d’une personne n’est pas engagée à l’égard d’un acte ou d’une omission de sa part survenu alors qu’elle était atteinte de troubles mentaux qui la rendaient incapable de juger de la nature et de la qualité de l’acte ou de l’omission, ou de savoir que l’acte ou l’omission était mauvais.

Depuis l’arrêt Chaulk, en 1990, il s’agit d’une définition morale de l’acte mauvais, et non uniquement d’une définition juridique comme par le passé. Ainsi, un parent atteint de psychose qui, étant convaincu de le sauver, tue son enfant accomplit un geste mauvais du point de vue de la loi, mais moralement acceptable dans ce contexte particulier. Par contre, une femme qui tue son conjoint parce qu’elle veut toucher son héritage pour partir en voyage avec son amant commet un acte mauvais tant du point de vue de la loi que du point de vue de la morale. Les raisons qui motivent le geste illégal sont de nature différente dans les deux exemples donnés, l’acte ayant un caractère altruiste en lien avec le dévouement du parent pour son enfant dans le premier cas, et une visée strictement acquisitive dans le second.

Lorsqu’il existe des doutes quant à la capacité de l’accusé de nourrir une intention criminelle, le tribunal peut rendre une ordonnance d’évaluation pour que soit examinée la question de responsabilité criminelle. Le Code criminel prend en considération, en effet, non seulement le geste coupable, mais aussi l’intention qui le sous-tend. L’ordonnance d’évaluation précise qui doit procéder à l’évaluation ou l’hôpital où celle-ci doit être faite, indique si l’accusé doit demeurer sous garde et fixe la période durant laquelle l’évaluation doit avoir lieu. Cette période est généralement d’au plus 30 jours, mais pourra être prolongée jusqu’à un maximum de 60 jours, dans des circonstances exceptionnelles.

Plusieurs changements ont été apportés à la définition de la responsabilité criminelle depuis la révision de la partie du Code criminel qui porte sur les troubles mentaux (Swaminath et coll., 1993). Alors que le retard mental (appelé « imbécillité naturelle » dans l’ancienne loi) était compris dans les critères de non-responsabilité, il n’en fait désormais plus partie. L’expression retenue est non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux au lieu d’aliénation mentale. Les hallucinations et le délire ne sont plus mentionnés spécifiquement dans cette définition, ces symptômes faisant partie intégrante de plusieurs troubles mentaux majeurs. On retient désormais le verdict de non-responsabilité criminelle plutôt que l’acquittement, la preuve devant être faite que l’accusé a commis l’acte ou l’omission qui lui est imputé. Auparavant, un individu acquitté pour cause d’aliénation mentale avait tendance à demander à quitter l’hôpital dès que le tribunal avait rendu sa décision, saisissant mal la nuance entre l’acquittement simple et l’acquittement pour cause d’aliénation mentale. Le changement de terminologie permet de reconnaître que l’individu a effectivement accompli le geste prohibé en cause, mais qu’il n’en est pas légalement responsable.

L’évaluation de la responsabilité criminelle est plus complexe que l’évaluation de l’aptitude à subir son procès. La responsabilité criminelle concerne l’état mental de l’accusé au moment du délit présumé ; cette question sera donc parfois soulevée plusieurs mois après les événements. En plus des données fournies par l’accusé lui-même, les informations provenant d’autres sources qui permettent d’étayer l’évaluation sont essentielles à une compréhension globale du contexte délictuel. Ainsi, la révision des dossiers psychiatriques antérieurs, du rapport de police, des déclarations de témoins et de l’accusé, de même que l’entrevue avec des membres de l’entourage de l’accusé, peut mettre en lumière, par exemple, des changements de comportement, des préoccupations morbides, des attitudes de méfiance chez l’accusé au cours de la période du délit, éléments dont doit rendre compte le rapport. Il est aussi utile de souligner, le cas échéant, les symptômes du trouble mental qui persistent aux rencontres avec l’accusé, cela permettant de bien établir la sévérité du trouble dont souffre toujours l’individu évalué.

Le contenu du rapport de l’évaluation concernant la responsabilité criminelle (voir le tableau 32.1) [941] doit être beaucoup plus étoffé que celui qui porte sur l’aptitude à comparaître. Tous les éléments indiquant la sévérité de la maladie mentale de l’accusé dans une perspective longitudinale, et plus particulièrement dans le contexte du délit présumé, doivent être mis en évidence. Les sections « antécédents psychiatriques », « médication actuelle » et « examen mental » peuvent étayer la gravité du trouble mental dont souffre l’accusé. La section intitulée « histoire récente », qui devient ici « contexte du délit présumé », sert à décrire l’évolution de l’accusé ; on y précisera la participation ou non de symptômes d’une maladie mentale aiguë dans l’élaboration du geste illégal imputé. Si de tels symptômes sont présents, il est important de bien les illustrer et de les corroborer, si c’est possible, au moyen d’informations collatérales. En conclusion du rapport, une opinion sera émise sur l’état mental au moment du délit présumé, compte tenu des critères établis par la loi. Dans la section des recommandations, des suggestions seront faites quant à l’hôpital où devrait être traité le patient sous ordonnance du Tribunal administratif pour non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux si la cour rend un verdict de non-responsabilité et si des démarches préalables ont été faites auprès des autorités de l’hôpital en question. L’évaluateur peut aussi faire des suggestions concernant le cadre d’application de l’ordonnance selon l’évaluation de la dangerosité de l’individu.

Si la plupart des situations, bien que complexes, sont relativement évidentes et entraînent des opinions nettes quant à la responsabilité criminelle de la part des psychiatres qui procèdent aux évaluations, d’autres situations seront beaucoup plus ambiguës. Par exemple, les individus souffrant de dépression majeure sans symptômes psychotiques peuvent quand même connaître des troubles de jugement les amenant à accomplir des gestes homicides de nature altruiste. Les individus atteints d’un trouble sévère de la personnalité peuvent pour leur part commettre des délits dans un contexte de psychose toxique. Dans des cas d’intoxication par les drogues ou l’alcool, la responsabilité criminelle peut effectivement être très difficile à déterminer. Le Code criminel ne prévoit pas qu’une situation d’intoxication alcoolique puisse excuser un acte criminel en diminuant la responsabilité de son auteur. Cependant, depuis l’arrêt Daviault, en 1994, le fait d’être en état d’intoxication extrême est considéré comme une entrave à la capacité de l’individu de formuler une intention coupable. Chez des personnes qui ont un contact précaire avec la réalité, la consommation de certaines substances peut intensifier les symptômes psychotiques. La défense fera alors valoir ces éléments dans la stratégie défensive de type non-responsabilité criminelle.

En vertu de l’article 672.54 du Code criminel, la cour peut, dès qu’un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux est prononcé, rendre :

la décision la moins sévère et la moins privative de liberté parmi celles qui suivent, compte tenu de la nécessité de protéger le public face aux personnes dangereuses, de l’état mental de l’accusé et de ses besoins, notamment de la nécessité de sa réinsertion sociale :

a) [...] une décision portant libération inconditionnelle de celui-ci si le tribunal ou [le Tribunal administratif] est d’avis qu’il ne représente pas un risque important pour la sécurité du public ;

b) une décision portant libération de l’accusé sous réserve des modalités que le tribunal ou [leTribunal administratif] juge indiquées ;

c) une décision portant détention de l’accusé dans un hôpital sous réserve des modalités que le tribunal ou [le Tribunal administratif] juge indiquées.

Soulignons que la décision de libérer inconditionnellement la personne qui fait l’objet d’une ordonnance liée à un verdict de non-responsabilité criminelle est très rarement prise d’emblée par la cour.

Évaluation présentencielle

Lorsque l’accusé est jugé coupable, la cour peut demander un rapport susceptible de l’éclairer sur le type de peine à privilégier, à l’intérieur de ce que prescrit le Code criminel pour le type de délit en question. Les délits mineurs appellent rarement ce genre de rapport, sauf si leur caractère répétitif ou inhabituel préoccupe la cour. Les délits les plus graves, tel le meurtre prémédité, ne nécessitent pas d’évaluation présentencielle, la seule peine possible au Canada étant l’emprisonnement à perpétuité.

L’évaluation présentencielle peut être demandée au psychiatre directement par le tribunal ou par l’agent de probation à qui la cour l’a d’abord demandée. Dans ce dernier cas, des antécédents psychiatriques lourds, une psychopathologie grave ou des [942] aspects problématiques du délit amèneront l’agent de probation à demander une évaluation psychiatrique afin de compléter son rapport.

Une telle évaluation est le plus souvent requise pour obtenir des précisions au sujet :

- de la dynamique délictuelle ;

- de la dangerosité de l’individu ;

- de la pertinence d’un traitement psychiatrique.

Pour ce dernier aspect, des précisions seront demandées quant aux objectifs du traitement, à ses modalités, à ses chances de succès ou au cadre à maintenir autour de l’individu. Des suggestions pourront être faites concernant l’indication d’un hébergement en milieu spécialisé, le recours à des ressources spécialisées comme celles qui sont axées sur des problématiques particulières telles la toxicomanie ou la séropositivité. Le psychiatre se gardera bien de se prononcer sur la peine à imposer, celle-ci relevant du tribunal, mais prévoira plutôt les mesures thérapeutiques indiquées selon les diverses possibilités de condamnation. Le rapport sera parfois demandé pour confirmer l’impression du tribunal quant à l’absence d’un problème psychiatrique susceptible d’avoir influé sur la dynamique délictuelle ou de se répercuter sur le parcours ultérieur de l’accusé.

Le contenu du rapport de l’évaluation psychiatrique présentencielle est présenté dans le tableau 32.1. Tous les éléments de l’histoire longitudinale pouvant illustrer la dynamique délictuelle doivent être rapportés. La description de la dynamique délictuelle fait l’objet de la conclusion. Les recommandations portent sur le plan d’intervention préconisé, sur la pertinence d’un suivi psychiatrique et sur les mesures à adopter dans l’encadrement de l’individu dans la communauté, et doivent tenir compte des prévisions quant au comportement de l’individu, en particulier de la possibilité de récidive criminelle.

Selon Arboleda-Florès et Deynaka (1999), la cour va généralement dans le sens des recommandations formulées en faveur d’un traitement dans la communauté, surtout si le plan d’intervention est bien étoffé et que la sécurité de l’entourage est préservée. Cela implique généralement un traitement psychiatrique en clinique externe, par une équipe multidisciplinaire en lien avec le représentant légal désigné en fonction de la sentence. Les limites de la confidentialité entre l’équipe traitante et ce dernier, par exemple un agent de probation, doivent être expliquées au patient dès le début de son traitement, notamment en ce qui concerne la nécessité d’informer le représentant s’il omet de se présenter à plusieurs rendez-vous à la clinique externe, dans un contexte de suivi.

32.2.3. Modification  
du Code criminel

La nouvelle partie XX.1 du Code criminel, intitulée « Troubles mentaux », est entrée en vigueur le 4 février 1992, quelques mois après que la Cour suprême du Canada a établi, dans l’arrêt Swain (R. c. Swain, 1991), que certains articles étaient inconstitutionnels.

M. Swain était accusé de voies de fait et de voies de fait graves à l’endroit de sa conjointe et de ses deux jeunes enfants. Après avoir suivi un traitement psychiatrique en milieu hospitalier, il a été remis en liberté sous caution, car son état clinique s’était suffisamment amélioré pour que le tribunal estime qu’il ne représentait pas un risque significatif de violence pour son entourage. Par la suite, pendant le procès, le procureur de la Couronne a soulevé la question de la responsabilité criminelle au moment du délit. Le verdict d’acquittement pour aliénation mentale a été retenu, malgré l’opposition de l’accusé qui ne voulait pas que son état mental soit remis en question. Il a ensuite été hospitalisé, en vertu du système des mandats du lieutenant-gouverneur, et il a interjeté appel auprès de la Cour d’appel de l’Ontario, puis de la Cour suprême. Cette dernière a déterminé que les dispositions de la loi relatives à l’aliénation mentale était inconstitutionnelles, parce que l’aliénation mentale invoquée par la Couronne avait été retenue, malgré le fait que l’accusé n’était pas d’accord, le privant ainsi de son droit de mener sa défense à sa guise. De plus, M. Swain avait été placé sous garde stricte à l’hôpital dès que le verdict d’acquittement pour cause d’aliénation mentale avait été prononcé, alors qu’il se trouvait en liberté jusque-là, le niveau de dangerosité qu’il présentait ne justifiant plus un séjour à l’hôpital. Comme aucune audition n’avait été tenue pour évaluer au préalable sa dangerosité, l’ordonnance a été qualifiée d’arbitraire par la Cour suprême, du fait de sa durée indéterminée.

Divers changements sont survenus à la suite de la mise en application des modifications du Code criminel en ce qui concerne les troubles mentaux. Une période d’adaptation a été nécessaire aux psychiatres et aux juristes avant de mieux saisir toutes les répercussions de cette nouvelle loi qui encadre les [943] ordonnances d’évaluation, ainsi que les verdicts d’inaptitude à comparaître et de non-responsabilité criminelle. Les conséquences les plus évidentes se sont fait sentir dans la formalisation des procédures et dans l’utilisation de la notion de dangerosité comme critère central de décision quant au type d’encadrement à privilégier. Selon Glancy et Bradford (1999), ces modifications ont permis de moderniser le langage utilisé dans le Code criminel et ont établi de nombreuses balises pour protéger les droits de l’accusé.

Les termes « ordonnance de la commission d’examen » (ou Tribunal administratif) ont remplacé l’ancienne appellation d’« ordonnance du lieutenant-gouverneur ». Cela correspond à une confirmation de l’autorité du tribunal et à son affranchissement d’influences politiques potentielles. En plus de changements dans ses pouvoirs, la commission d’examen a vu sa composition être changée. Auparavant, deux psychiatres devaient y siéger. Désormais, au moins un psychiatre doit participer aux auditions de cette instance.

Selon Greenberg et Gratzer (1994), trois changements principaux découlent des nouvelles dispositions du Code criminel relatives aux troubles mentaux :

- les droits des accusés souffrant de troubles mentaux sont mieux respectés ;

- le Tribunal administratif doit prendre la décision la moins coercitive ; cela entraîne donc des remises en liberté plus rapides que par le passé dans plusieurs cas ;

- les services de psychiatrie légale seront probablement appelés à intervenir plus souvent qu’auparavant.

À propos de ce dernier point, il est utile de préciser qu’au Québec la plupart des centres hospitaliers ont été inscrits dans la liste des hôpitaux désignés pour évaluer et traiter des patients dans le contexte de cette loi, alors que, dans les autres provinces canadiennes, la liste est beaucoup plus restreinte, se limitant généralement aux hôpitaux psychiatriques ou aux hôpitaux dotés d’un service de psychiatrie légale.

32.2.4. Ordonnances  
du Tribunal administratif

Auditions

À l’audition tenue par le Tribunal administratif, la personne qui fait l’objet de l’ordonnance pour inaptitude à comparaître ou pour non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux est présente pendant toute la durée de la séance, à moins que le président ne l’exclue parce que son comportement est dérangeant ou que sa présence est susceptible d’être préjudiciable à sa santé ou à la sécurité d’un tiers. Plusieurs personnes peuvent intervenir au cours de l’audition devant le Tribunal administratif. En effet, le paragraphe (11) de l’article 672.5 du Code criminel stipule que :

Toute partie peut présenter des éléments de preuve, faire des observations, oralement ou par écrit, appeler des témoins et contre-interroger les témoins que les autres parties ont appelés et, si un rapport d’évaluation a été présenté par écrit au tribunal ou [au Tribunal administratif], peut après en avoir demandé l’autorisation en contre-interroger l’auteur.

Le choix des personnes à faire entendre à l’audition relève des parties en cause. Cependant, le Code criminel précise que :

Une partie ne peut ordonner la présence d’un témoin à l’audition, mais peut demander au tribunal ou au président [du Tribunal administratif] de le faire. (Code criminel, art. 672.5 [12].)

Les décisions du Tribunal administratif se prennent à la majorité des membres présents. Les décisions peuvent faire l’objet de délibérations. Elles sont rendues au moment de l’audition si elles peuvent se prendre sans difficulté et si elles doivent être rendues sans délai. Si un délai s’avère nécessaire, la décision antérieure reste en vigueur jusqu’à ce que la nouvelle décision soit rendue.

Les auditions ont lieu de la façon la plus informelle possible. Il est cependant à souligner qu’elles sont totalement enregistrées au cas où l’accusé déciderait d’interjeter appel. Le patient qui fait l’objet d’une ordonnance du Tribunal administratif à la suite d’un verdict d’inaptitude à comparaître ou de non- responsabilité criminelle et toutes les parties en cause ont le droit d’être représentés par un avocat. Lorsqu’il s’agit d’une ordonnance liée à l’inaptitude à comparaître, le Code criminel exige que l’accusé soit représenté par un avocat.

Toute décision rendue par le Tribunal administratif peut faire l’objet d’un appel à la Cour d’appel du Québec, sur un point de droit ou de fait ou les deux, [944] la demande devant être formulée dans les 15 jours suivant la réception de la décision.

Ordonnances du Tribunal administratif  
à la suite d’un verdict d’inaptitude à subir son procès

Si un accusé a été déclaré inapte à subir son procès, le Tribunal administratif devra, lors de l’audition, déterminer si l’individu est devenu apte à subir son procès. Si tel est le cas, le Tribunal administratif ordonne le renvoi de l’accusé devant la cour afin que celle-ci se prononce sur son aptitude à subir son procès. Il peut assortir sa décision d’une prescription pour que l’accusé soit maintenu en détention à l’hôpital jusqu’à ce que le juge confirme son aptitude, s’il a des motifs de croire que l’accusé deviendra inapte à subir son procès s’il est mis en liberté. Si le juge conclut à l’aptitude, la preuve se faisant selon la prépondérance des probabilités, les procédures judiciaires reprennent leur cours.

L’ordonnance du Tribunal administratif à la suite d’un verdict d’inaptitude à subir son procès est maintenue tant que l’accusé n’est pas trouvé apte par le Tribunal administratif. La cour doit cependant réexaminer les éléments de preuve relativement à l’accusation au plus tard deux ans après le verdict d’inaptitude, et tous les deux ans par la suite, pour déterminer s’il en existe toujours suffisamment pour ordonner que l’accusé subisse son procès. Si les preuves ne suffisent plus, l’accusé est acquitté.

Ordonnances du Tribunal administratif  
à la suite d’un verdict de non-responsabilité criminelle  
pour cause de troubles mentaux

La première audition devant le Tribunal administratif doit avoir lieu au plus tard 45 jours après que le verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux a été prononcé, délai qui, dans certaines circonstances exceptionnelles, pourra être prolongé jusqu’à 90 jours. Le psychiatre traitant fait alors des recommandations fondées sur des arguments cliniques au regard de la dangerosité du patient, compte tenu des trois dispositions que renferme l’article 672.54 du Code criminel précédemment cité. Le Tribunal administratif rend une décision après une période de délibération variant entre quelques minutes et quelques semaines. Le traitement doit ensuite s’appliquer à l’intérieur du cadre défini par le Tribunal administratif qui révise sa décision tous les ans. Celui-ci est ainsi tenu de rencontrer au moins une fois par année par la suite l’individu qui fait l’objet d’une ordonnance.

Le Tribunal administratif peut également, « en tout temps, tenir une audition à la demande de l’accusé ou de toute autre partie » (Code criminel, art. 672.82[1]).

Selon les paragraphes (2) et (3) de l’article 672.81 du Code criminel, le Tribunal administratif doit aussi tenir une audition :

(2) [...] le plus tôt possible après qu’fil] est avis[é] que la personne responsable du lieu où l’accusé est détenu ou doit se présenter :

a) soit a procédé à un resserrement des privations de liberté de celui-ci pendant une période supérieure à sept jours ;

b) soit demande la révision de l’ordonnance [de détention].

(3) [...] dès que possible après qu’[il] est inform[é] qu’une peine d’emprisonnement lui [à l’accusé] a été infligée à l’égard d’une autre infraction.

Dans le cas où l’accusé fait l’objet d’une peine d’emprisonnement pour une autre infraction, situation prévue au paragraphe (3) de l’article 672.81 du Code criminel cité ci-dessus, la question du lieu de détention se pose, l’individu étant devenu « à double statut », c’est-à-dire sous le coup d’une peine d’emprisonnement et d’une ordonnance du Tribunal administratif à la suite d’un verdict de non-responsabilité criminelle. Celui-ci doit donc déterminer si l’état mental de l’individu permet un séjour en prison. Par la suite, à la fin de la période d’incarcération, le Tribunal administratif devra déterminer les modalités de l’ordonnance instaurée à la suite d’un verdict de non- responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux.

L’ordonnance du Tribunal administratif liée à la non-responsabilité criminelle ne constitue pas une ordonnance de traitement. Si le patient qui en fait l’objet refuse le traitement proposé, les modalités prévues afin d’obtenir l’autorisation du tribunal de traiter un patient contre son gré s’appliquent. Si, par ailleurs, le fait de cesser le traitement entraîne une détérioration de son état mental avec une augmentation de sa dangerosité envers l’entourage, le patient devra alors être revu par le Tribunal administratif qui [945] aura à déterminer si les conditions de l’ordonnance doivent être resserrées, avec, par exemple, un retour à l’hôpital en vertu d’une ordonnance de détention.

Rapport psychiatrique préparé pour l’audition  
du Tribunal administratif

Le contenu du rapport destiné au Tribunal administratif est résumé dans le tableau 32.1. Un rapport psychiatrique doit être préparé pour chaque audition que tient ce tribunal sur les cas d’inaptitude à comparaître ou de non-responsabilité criminelle. Dans les cas d’inaptitude, les informations fournies seront plus restreintes et s’apparenteront au contenu du rapport de l’évaluation de l’aptitude à subir un procès. Dans les cas d’ordonnance à la suite d’un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux, le rapport sera beaucoup plus détaillé, particulièrement pour la première audition, car il doit alors faire état des éléments de l’histoire personnelle, tandis que les rapports suivants ne reprendront les informations qu’à partir de la dernière séance du Tribunal administratif. Dans la conclusion, deux éléments sont cruciaux : l’évaluation de la dangerosité (qui peut d’ailleurs faire l’objet d’une rubrique à part) et le plan de traitement envisagé. Les recommandations portent sur le maintien ou non de l’ordonnance, sur son assouplissement ou ses restrictions, sur des changements possibles dans les modalités d’application ou dans les conditions de libération et sur la pertinence d’obtenir une délégation de pouvoir. La loi prévoit en effet que le Tribunal administratif, dans certains cas, « [...] peut déléguer au responsable de l’hôpital le pouvoir d’assouplir ou de resserrer les privations de liberté de l’accusé... » (Code criminel, art. 672.56[1]).

L’audition du Tribunal administratif est l’occasion d’une réévaluation annuelle globale de l’évolution pour le patient et l’équipe traitante. Le patient et son avocat peuvent, s’ils le demandent, obtenir à l’avance une copie du rapport présenté au Tribunal administratif. Mais même si une telle requête n’est pas formulée, le patient sera avisé du contenu du rapport et des orientations préconisées. Si celles-ci ne lui conviennent $as, il est encouragé à faire valoir les raisons de sa divergence d’opinion à l’audition. Cela appuie la démarche d’autonomisation du patient et favorise sa responsabilité dans son traitement. Dans des situations très antagoniques, le Tribunal administratif définira le cadre du traitement en fonction des éléments qui lui sont présentés. L’équipe traitante et le patient devront ensuite articuler le traitement à l’intérieur des modalités prévues. Les dissensions portent souvent sur le maintien ou non de l’hospitalisation, sur les conditions de la prise en charge en externe, sur le maintien ou non de l’ordonnance, le patient ayant généralement tendance à demander un assouplissement du cadre plus rapidement que le psychiatre traitant.

Un arrêt récent de la Cour suprême (Winco c. Colombie-Britannique, 1999) a statué que le patient n’a pas le fardeau de la preuve qu’il n’est pas dangereux. En conséquence, si le Tribunal administratif n’est pas totalement convaincu de la dangerosité du patient, il doit le libérer inconditionnellement. Ce jugement de la Cour suprême implique que l’évaluation de la dangerosité du patient présentée au Tribunal administratif soit rigoureuse et très bien étayée.

32.3. LE PSYCHIATRE  
EN TANT QU’EXPERT

De nos jours, les psychiatres sont souvent sollicités directement par leurs patients ou par des tiers avec l’autorisation du patient d’envoyer des rapports d’évaluation à divers organismes, publics ou privés (Commission de la santé et de la sécurité du travail [CSST], ministère de la Solidarité sociale, compagnies d’assurances). Le psychiatre est sollicité en tant que médecin traitant. Il ne s’agit donc pas de rapports d’expertise, mais les documents peuvent influer sur les décisions judiciaires.

Il est évident que le psychiatre traitant qui cherche à agir dans les meilleurs intérêts de son patient peut se trouver quelque peu piégé par ces demandes de rapports, mais il est essentiel qu’il demeure le plus objectif possible dans la rédaction des rapports destinés à des tiers afin d’éviter la complaisance qui contreviendrait au Code de déontologie du Collège des médecins du Québec.

Le psychiatre traitant devrait, autant que possible, éviter d’agir en tant qu’expert parce que la relation entre le médecin et la personne évaluée est différente de la relation qui existe entre le médecin traitant et son patient. Le rôle de l’expert est d’éclairer le tribunal pour qu’il puisse rendre justice et non pas d’agir dans les meilleurs intérêts du malade. C’est d’ailleurs le tribunal qui reconnaît ou non les qualités d’expert du médecin qui présente son rapport, avant même son témoignage.

[946]

Il faut signaler que le rôle du psychiatre expert est différent de celui de l’avocat qui représente la partie en cause. Ce dernier devra agir dans les meilleurs intérêts de son client. Souvent, l’avocat tâche d’obtenir ce que son client lui demande, ce qui n’est pas toujours dans le meilleur intérêt du patient selon le point de vue du psychiatre. Par exemple, l’avocat (qui se préoccupe de liberté) peut essayer de faire libérer son client qui veut interrompre ses traitements, alors que le psychiatre (qui se préoccupe de santé) est plutôt d’avis qu’il aurait besoin de soins. En cour, à la suite de l’examen de la personne en cause et de l’étude des dossiers qui lui ont été transmis, le psychiatre expert se doit d’exposer les faits qu’il a recueillis et d’expliquer son opinion pour éclairer les juges, les arbitres ou les jurés de sorte qu’ils puissent rendre des décisions justes et équitables.

Il y a donc obligation d’impartialité pour l’expert, ce qui n’est pas le cas pour l’avocat. D’ailleurs, l’avocat, qui généralement retient les services de l’expert, n’utilisera pas son rapport et son témoignage s’ils ne sont pas utiles ou favorables à la cause qu’il représente. Une cause portant sur la confidentialité des informations obtenues par un psychiatre dans le contexte d’une expertise non retenue par le demandeur de l’évaluation a récemment fait jurisprudence (Smith c. Jones, 1999). Le psychiatre impliqué dans cette évaluation, sachant que son rapport ne serait pas porté à l’attention de la cour, a obtenu l’autorisation légale de dévoiler les informations obtenues en lien avec la dangerosité de la personne qu’il avait évaluée, estimant le risque très important pour la sécurité du public.

Le psychiatre expert est généralement retenu par une des parties dans un litige, par exemple le procureur de la Couronne ou de la défense dans les causes criminelles, la partie plaignante ou défenderesse dans les causes civiles. Au Québec comme dans le reste du Canada, il est très rare que le tribunal retienne les services d’un expert. Pour qu’un psychiatre témoigne comme expert, il faut que son expertise soit reconnue par le tribunal pour chaque cause dans laquelle il est engagé. Généralement, avant de témoigner devant le tribunal, le psychiatre doit avoir examiné la personne et rédigé un rapport qui sera à la base de son témoignage si le litige doit aboutir à un procès. La seule exception a trait à l’expertise sur la capacité de tester d’une personne qui est décédée et qu’il ne peut évidemment pas examiner. L’expertise se fait alors d’après les dossiers médicaux et les informations qui lui ont été fournies.

Récemment, le Collège des médecins du Québec s’est penché sur la problématique liée à l’expertise médicale et a énoncé des lignes directrices dans un document intitulé Le médecin en tant qu’expert : aspects déontologiques et réglementaires (Bureau du syndic, Service d’inspection professionnelle, 1997). Selon ce document, en ce qui concerne les qualifications et la formation, la reconnaissance du médecin en tant qu’expert repose principalement sur la démonstration de sa compétence dans sa spécialité, démonstration qui fait appel aux diplômes obtenus, aux publications et à l’expérience clinique.

Il est aussi demandé au médecin expert de connaître le cadre juridique dans lequel l’expertise s’avère nécessaire. Il se doit aussi de respecter la personne soumise à l’expertise tout en reconnaissant que la relation entre lui et celle-ci est différente de la relation médecin-patient. Le psychiatre doit donc expliquer clairement sa fonction, l’objet de son évaluation et les limites de son intervention. Il est utile de mentionner dans le rapport d’évaluation, généralement sous la rubrique « contexte de l’évaluation », que cette explication a été donnée.

De plus, le rapport écrit de l’expertise doit être le reflet d’une anamnèse minutieuse, d’un examen exhaustif et d’un raisonnement logique qui s’appuie sur des éléments objectifs. L’expert doit émettre son opinion et ses interprétations en les appuyant sur des explications détaillées. Habituellement, le médecin expert ne doit pas jouer le rôle de décideur et doit plutôt fournir des informations de nature médicale permettant d’éclairer l’instance juridique décisionnelle. Il doit s’abstenir de toute révélation ou interprétation non pertinente par rapport à l’objet de l’expertise, par exemple l’orientation sexuelle de la personne examinée, si une telle information n’est pas pertinente au regard du litige.

Il faut noter que le document du Collège des médecins du Québec souligne que l’expertise psychiatrique doit se pencher sur le développement bio- psycho-social de la personne examinée, surtout si un diagnostic de trouble de la personnalité est établi. Dans le champ de la psychiatrie légale, tout comme en psychiatrie générale, les dimensions éthiques doivent aussi être prises en considération.

\*  
\* \*

[947]

En psychiatrie légale, le psychiatre doit être conscient du fait que son évaluation peut avoir de graves conséquences sociales pour le patient, touchant sa liberté, son autonomie, ses relations avec sa famille, sa vie professionnelle, ses revenus et la jouissance de ses biens.

Le psychiatre doit donc être soucieux de son développement professionnel continu, afin de maintenir ses compétences cliniques. Il doit aussi connaître la jurisprudence récente pour pouvoir saisir les éléments qui ont influencé les décisions judiciaires dans des situations semblables à celles qu’il évalue. Dans le système adversatif qui caractérise les tribunaux, son intégrité, son impartialité et sa rigueur seront quelquefois remises en question par l’autre partie. Il doit donc pouvoir aisément faire la preuve qu’il a effectué son travail dans les règles de l’art. Le psychiatre qui agira comme expert dans un litige doit être conscient de son rôle, qui consiste à éclairer le tribunal, et garder à l’esprit que les opinions qu’il émet ont des conséquences significatives pour l’intimé ou l’accusé, mais aussi pour la justice rendue dans un pays de droit.

La littérature des dernières années soulève plusieurs questions sur le lien entre la violence et la maladie mentale. Par exemple, quels patients atteints d’un trouble psychiatrique sont plus violents que leurs semblables non malades parmi la population ? Dans ce contexte, le système de santé et le système judiciaire doivent se pencher sur la philosophie qui sous- tend les décisions judiciaires. Les notions de responsabilisation, de qualité de vie, de consentement éclairé jouent toutes un rôle important dans l’orientation à privilégier entre la criminalisation ou la décriminalisation des actes commis par les malades mentaux.

Les lois qui interviennent dans les cas de maladie mentale sont complexes et les aspects légaux font de plus en plus intrusion dans la pratique clinique, à un point tel que Talbott (2000) parle de « l’“avocatisation” de la santé mentale américaine » (traduction libre de « the lawyerization of American mental health »). Malgré tout, il demeure possible de faire un bon travail clinique, en respectant les droits et libertés des malades, tout en tenant compte de leurs besoins (Dietz, 1996).

Bibliographie

Arboleda-Florès, J., et Deynaka, C.J.

1999 *Forensic Psychiatric Evidence*, Toronto, Butterworths.

Bureau du syndic, Service d’inspection professionnelle

1997 *Le médecin en tant qu'expert : aspects déontologiques et ré glementaires*, Montréal, Collège des médecins du Québec

Chaimowitz, G.A., et Ferencz, J.

1999 « Cost savings associated with fitness-to-stand-trial assessments in détention centres : A pilot program », *Can. J. Psychiatry*, vol. 44, n° 8, p. 808-810.

Conseil de recherches médicales du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada et Conseil de recherches en sciences humaines du Canada

1998 *Éthique de la recherche avec des êtres humains*, Canada.

Cour suprême du Canada

Smith c. Jones (1999) R.C.S. 445.

R. c. Daviault (1994) 3 R.C.S. 63, 93 C.C.C. (3d) 21, 33 C.R. (4th) 165, J.E. 94-1531.

R. c. Swain (1991) 1 R.C.S. 933,63 C.C.C. (3d) 481, J.E. 91- 765,5 C.R. (4th) 253.

R. c. Chaulk (1990) 3 R.C.S. 1303, (1991) 62 C.C.C. (3d) 193, 2C.R. (4th) 1, R.J.P.Q. 91-170.

Winco c. Colombie-Britannique (Forensic Psychiatric Institute) (1999) 2 R.C.S., 25856.

Dietz, P.E.

1996 « The quest for excellence in forensic psychiatry », *Bull Acad. Psychiatry Law*, vol. 24, n° 2, p. 153-163.

Glancy, G.D., et Bradford, J.M.W.

1999 « Canadian landmark case : Regina v. Swain : Trans-lating M’Naughton into twentieth century Canadian », *J. Am. Acad. Psychiatry Law*, vol. 27, n° 2, p. 301-307.

Gouvernement du Québec

1994 *Code Civil du Québec*, Cowansville (Québec), Éditions Yvon Blais.

Greenberg, D.M., et Gratzer, T.G.

1994 « Les répercussions de la Charte des droits et libertés sur les dispositions du Code criminel relatives aux troubles mentaux », *Santé mentale au Canada*, vol. 42, n° 1, p. 7-10.

Grunberg, F.

1986 « Reflexion on the specificity of psychiatry », *Can. J. Psychiatry*, vol. 31, n° 9, p. 799-805.

[948]

Lalonde, P., et Grunberg, F. (sous la dir. de)

1988 [*Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-sociale*](http://classiques.uqac.ca/contemporains/lalonde_pierre/psychiatrie_clinique_1988/psychiatrie_clinique_1988.html), Boucherville (Québec), Gaëtan Morin Éditeur.

SWAMINATH, R.S., et Coll.

1993 « A review of the amendments to the Criminal Code of Canada (Mental Disorder) », *Can. J. Psychiatry*, vol. 38, n° 8, p. 567-570.

Talbott, J. A.

2000 « The lawyerization of American mental health », *Psychiatr. Serv*., vol. 51, n° 2, p. 153.

Whittemore, K.E., et Ogloff, J.R.P.

1994 « Fitness and competency issues in Canadian criminal courts : Elucidating the standards for mental health professionals », *Can. J. Psychiatry*, vol. 39, n° 4, p. 198-210.

Lectures complémentaires

Gouvernement du QuÉbec

1992 *Troubles mentaux (Guide d'utilisation)*, Québec, ministère de la Justice, Direction générale des affaires criminelles et pénales.

Grunberg, F.

1997 « Troubles mentaux et responsabilité pénale au Québec », dans T. Albernhe (sous la dir. de), *Criminologie et psychiatrie*, Paris, Ellipses, p. 709-712.

Gutheil, T.G.

1999 « A confusion of tongues : Competence, insanity, psychiatry, and the law », *Psychiatr. Serv*., vol. 50, n° 6, p. 767-773.

Sheehy, E.

1996 « The intoxication defense in Canada : Why women should care », *Contemporary* *Drug Problems,* vol. 23, n° 4, p. 595-630.

[949]

[950]

TROISIÈME PARTIE  
Spécialités psychiatriques

PSYCHIATRIE LÉGALE

Chapitre 33

PSYCHIATRIE LÉGALE  
EN FRANCE

[Retour à la table des matières](#tdm)

Carol Jonas, M.D., J.D.

Psychiatre des hôpitaux au Centre hospitalier universitaire de Tours

[951]

**PLAN**

33.1. Consentement et obligation de soins

33.1.1. Principe du consentement éclairé

33.1.2. Obligation de soins pour le malade mental : la loi du 27 juin 1990

*• Principes • Critères d’hospitalisation • Modalités d’application de l’obligation de soins* • *Garanties pour le patient*

33.1.3. Obligation de soins pour l’alcoolique : la loi du 15 avril 1954

*• Principes* • *Modalités d’application* • *Garanties pour le sujet*

33.1.4. Obligation de soins pour le toxicomane : la loi du 31 décembre 1970

*• Principes* • *Modalités d’application* • *Garanties pour le toxicomane*

33.1.5 Consentement renforcé : la recherche biomédicale

*• Principes* • *Modalités pratiques d’application* • *Garanties*

33.2. Psychiatrie et code civil

33.2.1. Protection juridique du malade mental : la loi du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs

*• Considérations générales* • *Personnes protégée • Régimes de protection*

33.2.2. Protection spéciale en cas de divorce

*• Divorce pour rupture de la vie commune* • *Divorce d’un incapable majeur*

33.3. Psychiatrie et code pénal

33.3.1. Règle du secret médical

• *Principes et textes applicables • Interprétations jurisprudentielles* • *Dérogations*

33.3.2. Règle de l’assistance à personne en péril

• Principes et textes applicables • Interprétations *jurisprudentielles*

33.3.3. Irresponsabilité pénale pour cause de maladie mentale

• *Principes* • *Textes applicables • Conséquences*

Bibliographie

[952]

La psychiatrie légale en France s’entend des règles juridiques s’appliquant aux psychiatres, mais aussi de celles auxquelles il doit faire appel dans sa pratique quotidienne.

Le médecin français, comme tout citoyen, doit respecter des règles de droit dans ses rapports avec les tiers et avec l’État. Ce dernier a érigé en contravention délit ou crime les actions nuisibles à la société et prescrit les peines qui seront imposées au sujet ayant commis une infraction à la loi. Ces différents éléments sont contenus dans le Code pénal. Les rapports entre personnes dans la vie courante sont définis dans le Code civil. Enfin, des lois spécifiques contenues dans un code de la santé publique intéressent le maintien de la santé.

Les rapports entre le médecin et son patient sont d’abord fondés sur la nécessité d’un consentement avant la réalisation de tout acte de soins. Dans le principe, le psychiatre n’échappe pas à cette obligation. Cependant, il soigne des maladies caractérisées parfois par l’incapacité à connaître, à vouloir, à décider. De ce fait, un certain nombre de dérogations ont été établies qui intéressent presque exclusivement la pratique de la psychiatrie. Par ailleurs, le trouble mental peut avoir un retentissement majeur sur la capacité du patient en ce qui concerne tant la vie civile que certains actes réprimés par le Code pénal. Ce sont encore des particularités qu’il importe de connaître pour l’exercice de la psychiatrie.

Enfin, le psychiatre, comme tout médecin, est tenu de respecter le Code de déontologie médicale. Celui-ci résulte actuellement d’un décret du 6 septembre 1995. Le Code de déontologie s’impose au médecin vis-à-vis de ses confrères et peut être utilisé à son encontre par les juridictions professionnelles. Il peut aussi, dans certaines conditions, servir d’argument à ses patients ou aux tribunaux civils et pénaux.

Il n’est pas possible dans ce chapitre d’étudier avec précision toutes les règles de médecine légale ou de droit médical que le psychiatre doit respecter et encore moins toutes les compétences nécessaires à la pratique de la psychiatrie légale. On peut néanmoins ranger en trois sections un certain nombre d’informations :

- le consentement du patient et sa dérogation particulière, l’obligation de soins ;

- les textes du Code civil qui s’appliquent plus particulièrement à l’exercice de la psychiatrie ;

- les aspects du Code pénal applicables à la psychiatrie.

33.1. CONSENTEMENT  
ET OBLIGATION DE SOINS

33.1.1. Principe  
du consentement éclairé

En droit français, la relation médecin-malade est considérée comme un contrat. Néanmoins, il faut savoir que la médecine se pratique aussi bien en milieu privé qu’en hôpital public où le patient n’est pas cocontractant du médecin mais usager d’un service public. Toutefois, les principes dégagés en droit contractuel de la relation médecin-malade restent valables, notamment celui qui impose un consentement éclairé avant toute intervention médicale. Ce principe a été récemment confirmé dans une loi dite « bioéthique » du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain. Ainsi, en vertu de l’article 16.3 du nouveau Code civil :

le consentement de l’intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n’est pas à même de consentir.

Bien avant cette date, ce principe avait été largement mis en évidence par la jurisprudence, soit dès la fin du 19e siècle. Il était apparu avant même que l’on définisse avec certitude que la relation médecin- malade était un contrat (arrêt Mercier du 20 mai 1936). La juxtaposition de ces constatations signifie que le consentement n’est pas seulement une nécessité du contrat, mais bien l’obligation particulière du respect du corps humain et de la liberté de chacun sur son corps. Le psychiatre ne peut pas y déroger en principe. Comme tout médecin, il est tenu de recueillir le consentement de son patient avant de lui donner des soins. Encore faut-il que ce consentement soit valide, et pour ce faire qu’il ait été correctement éclairé par une information de qualité.

Depuis 1997, la jurisprudence a considérablement évolué et impose aux médecins des obligations beaucoup plus précises. On retiendra d’ailleurs que la voie avait été tracée par la nouvelle rédaction du Code de déontologie résultant d’un décret du 6 septembre 1995. Dans un premier temps, les obligations [953] nouvelles se sont appliquées aux médecins de pratique privée, car seule la cour de cassation avait modifié sa jurisprudence. Cependant, le 5 janvier 2000, le Conseil d’État s’est lui aussi engagé dans la même voie en des termes pratiquement identiques. On peut retenir que tous les médecins participant aux soins sont tenus à une obligation d’information. Celle-ci doit a priori être apportée au patient ou à ses proches, notamment si le malade est incapable de droit ou de fait. L’information doit porter sur l’état du patient et sur son évolution, sur les risques et les conséquences du traitement, sur les risques des investigations, ainsi que sur les traitements alternatifs. Elle doit, selon la nouvelle formule de la cour de cassation, du Conseil d’État et du Code de déontologie, être « loyale, claire et appropriée ». Elle doit porter sur tous les risques graves. L’information connaît cependant des limites qui sont constituées par l’urgence, le refus du patient d’être informé, mais aussi, ce qui s’applique tout particulièrement à la psychiatrie, l’impossibilité de donner une information pour raison thérapeutique. C’est le cas, par exemple, lorsque l’information peut entraîner plus d’inconvénients que le silence.

Il est maintenant bien admis que l’information peut être donnée par tous les moyens et n’a pas lieu obligatoirement d’être fournie par écrit, sauf lorsqu’une loi particulière l’impose. C’est notamment le cas en matière de recherche biomédicale et de don d’organes. En cas de litige, la charge de la preuve revient au médecin, ce qui donne un avantage au patient. Enfin, la situation concernant les conséquences du défaut d’information reste encore incertaine, malgré quelques décisions récentes. Il est admis qu’il s’agit d’une faute engageant la responsabilité du médecin ou de l’hôpital. La réparation de cette faute suppose néanmoins que soit démontré qu’elle a causé un préjudice au patient. Ce préjudice est alors réparé en s’appuyant sur la notion de perte de chance.

Lorsque l’intervention du médecin n’est pas justifiée par une nécessité thérapeutique immédiate, les conditions d’obtention du consentement et d’apport de l’information sont encore plus rigoureuses, comme, entre autres, dans le cas de la participation d’un patient atteiht de troubles mentaux à la recherche biomédicale (voir la section 33.1.5).

En revanche, la maladie mentale peut générer un certain nombre de situations dans lesquelles le patient n’est pas conscient de l’utilité, voire de la nécessité, d’un traitement, ce qui peut avoir des conséquences graves sur sa propre santé ou sur celle des tiers et même sur leur sécurité. De ce fait, en France comme dans de nombreux autres pays, des lois spéciales ont été édictées visant à permettre la délivrance de soins sans le consentement du malade.

33.1.2. Obligation de soins  
pour le malade mental :  
la loi du 27 juin 1990

Principes

Le droit français, comme celui de nombreux autres pays, connaît des dérogations au consentement préalable liées à deux types de nécessités. Tout d’abord, certains sujets ne sont pas aptes à donner un consentement alors que des soins doivent être fournis parfois dans un délai très court afin de préserver leur santé : ce sont les situations d’urgence et de nécessité. Depuis très longtemps, le cas des malades mentaux est encadré par un texte juridique qui a le mérite à la fois de préciser les limites et les conditions de l’intervention médicale et de garantir la liberté du patient par le nécessaire respect d’un formalisme dont une phrase célèbre dit qu’il est « le frère jumeau de la liberté ».

L’autre dérogation ne s’intéresse plus à la préservation de la santé individuelle, mais à la protection de la santé générale, voire de la sécurité d’autrui et de l’ordre public. C’est dire que des impératifs collectifs sont alors considérés comme supérieurs aux nécessités individuelles et à la volonté du sujet.

Dès le 30 juin 1838, la France s’est dotée d’une loi formalisant les conditions d’application de ces deux dérogations. Elle permettait l’hospitalisation de patients sous le mode soit du placement volontaire (destiné à couvrir les cas du premier type de dérogation), soit du placement d’office (lorsque le patient était dangereux pour l’ordre public ou la sécurité des personnes).

À l’occasion du deuxième centenaire de la Révolution française, une énième réflexion s’est instaurée pour abroger cette loi que beaucoup jugeaient trop ancienne et, par conséquent, obsolète et dépassée. Les discussions parlementaires ont abouti à la loi n° 90.527 du 27 juin 1990 intitulée précisément Loi relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions [954] d’hospitalisation. Comme on le verra, ce texte maintient deux modes d’hospitalisation répondant grossièrement aux deux dérogations précitées.

Son intitulé montre cependant le soin pris à garantir les droits et libertés des sujets beaucoup plus qu’à favoriser précisément leurs conditions de soins. C’est la critique que font de nombreux psychiatres français.

Pour terminer sur les principes, il est utile de citer in extenso l’article L326.1 du Code de la santé publique qui est en fait un des tout premiers articles de la loi :

Nul ne peut être, sans son consentement ou le cas échéant sans celui de son représentant légal, hospitalisé ou maintenu en hospitalisation dans un établissement accueillant des malades atteints de troubles mentaux hormis les cas prévus par la loi et notamment par le chapitre 3 du présent titre.

Toute personne hospitalisée ou sa famille dispose du droit de s’adresser aux praticiens ou à l’équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l’intérieur qu’à l’extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence.

Critères d’hospitalisation

Deux modes d’hospitalisation sont prévus par la loi, répondant globalement aux dérogations classiques de nécessité d’un consentement préalable à une intervention médicale. Le premier est appelé maintenant hospitalisation sur demande d’un tiers (HDT) : il se justifie lorsqu’un patient n’est pas à même de consentir à des soins considérés comme nécessaires et justifiés. Le second mode d’hospitalisation est appelé maintenant hospitalisation d’office (HO) : il est prévu lorsque les patients présentent un degré de dangerosité important.

Critères pour l’hospitalisation sur demande d'un tiers

L’article L333 du Code de la santé publique fixe les critères pour l’HDT :

Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être hospitalisée sans son consentement à la demande d’un tiers que si :

1. ses troubles rendent impossible son consentement ;

2. son état impose des soins immédiats assortis d’une surveillance constante en milieu hospitalier.

La condition d’application de cette dérogation est donc triple :

1. Il faut d’abord démontrer que le patient souffre d’un trouble mental rendant impossible son consentement. Malgré de nombreuses discussions, il n’a pour l’instant pas été précisé quels sont les symptômes et encore moins les syndromes ou les maladies qui classent le patient dans ce groupe. Chaque médecin en décide au cas par cas ;

2. L’état du patient doit par ailleurs exiger des soins immédiats, ce qui signifie, *a contrario*, que si aucun soin urgent n’est justifié, il n’y aurait pas lieu d’appliquer cette dérogation ;

3. Le trouble doit nécessiter une surveillance constante en milieu hospitalier.

Ces trois conditions sont cumulatives.

Critères pour une hospitalisation d'office

Selon l’article L342, l’HO est justifiée pour des personnes dont les troubles mentaux compromettent l’ordre public ou la sûreté des personnes. La condition est donc double :

1. Il faut qu’il existe un trouble mental avéré ;

2. Ce trouble doit compromettre l’ordre public ou la sûreté des personnes.

L’ordre public est une notion à trois volets comprenant la sécurité, la salubrité et la tranquillité publiques. Elle est vaste et relativement floue, ce qui peut permettre des cas assez extensifs d’application de la dérogation. La sûreté des personnes est relativement plus précise puisqu’il faut notamment, c’est évident, qu’une personne ait vu sa sécurité potentiellement atteinte par le comportement du sujet.

On remarquera que, dans cette situation, il n’existe pas de conditions concernant l’impossibilité d’un consentement.

Modalités d’application de l’obligation de soins

Les modalités d’application sont différentes pour l’HDT et pour l’HO. Afin d’en donner une vision synoptique, il convient de séparer les conditions qui [955]

président à l’admission du patient dans un service hospitalier et celles qui autorisent sa sortie.

Admission en hospitalisation sur demande d’un tiers

L’admission en HDT suppose que soient réunies les conditions de fond détaillées ci-dessus. En matière de forme, trois types de documents sont nécessaires :

- une pièce d’identité concernant le malade et une autre en rapport avec la personne qui demande l’hospitalisation ;

- une demande d’hospitalisation formulée par un membre de la famille ou un tiers quelconque agissant dans l’intérêt du sujet, *à l'exception du personnel soignant* de l’établissement d’accueil ;

- des certificats médicaux qui doivent en principe être au nombre de deux et concorder dans leurs conclusions. Ils doivent être circonstanciés, c’est- à-dire, en pratique, reprendre les critères régissant l’admission (consentement impossible, nécessité de soins immédiats, surveillance constante en milieu hospitalier). Ils doivent également décrire les symptômes qui justifient l’hospitalisation. Ces certificats doivent dater de moins de 15 jours et des conditions existent concernant la personne des rédacteurs :

*•* l’un des médecins ne doit pas exercer dans l’établissement d’accueil (*a contrario,* cela signifie que l’un des deux au plus peut y exercer) ;

• les médecins ne peuvent être parents ou alliés jusqu’au quatrième degré inclus, ni entre eux, ni du directeur de l’établissement d’accueil, ni du malade, ni du demandeur de l’hospitalisation.

Cette procédure a pu paraître un peu lourde et le législateur a prévu, à l’article 333.2 du Code de la santé publique, une procédure dite de péril imminent :

À titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la sai^té du malade dûment constaté par le médecin, le directeur de l’établissement pourra prononcer l’admission au vu d'un seul certificat médical émanant éventuellement d’un médecin exerçant dans l’établissement d’accueil.

En cette occurrence, la rédaction du certificat est pratiquement identique à celle qui vient d’être décrite, mais le médecin doit ajouter qu’il existe un péril imminent pour la santé du malade.

Admission en hospitalisation d'office

Là encore deux types de situations peuvent se rencontrer selon l’importance de l’urgence, mais, contrairement à l’HDT, les situations les plus fréquentes sont celles où l’urgence est à son maximum. Ce dernier cas est réglé par l’article L343 du Code de la santé publique. Le critère d’application de cet article suppose la présence non seulement d’un trouble mental, mais également d’un danger imminent pour la sûreté des personnes (le seul trouble à l’ordre public est donc insuffisant pour permettre une hospitalisation dans ce cas).

Outre une pièce d’identité concernant le malade, il est nécessaire de fournir un arrêté du maire de la commune ou du commissaire de police à Paris. Enfin, un certificat médical est le plus souvent demandé, mais il peut, dans les cas les plus urgents, être remplacé par la simple « notoriété publique ». Lorsque le certificat médical est justifié, il n’est pas toujours nécessaire que le médecin ait rencontré le patient. Parfois un simple avis suffit lorsque le malade est particulièrement dangereux ou agité.

Dans le cas d’une HO qui ne fait pas suite à la constatation d’un danger imminent, les modalités d’hospitalisation sont un peu différentes (art. L342 du Code de la santé publique). Outre la pièce d’identité concernant le malade, c’est un arrêté préfectoral qui demandera cette hospitalisation. Un certificat médical est nécessaire, mettant en évidence l’existence de troubles mentaux compromettant l’« ordre public » ou « la sûreté des personnes ».

La loi ne prescrit pas de délai particulier pour ce certificat, mais la pratique recommande qu’il date de moins de 15 jours. Seuls sont exclus de la rédaction de ces certificats les psychiatres de l’établissement d’accueil. Tout autre médecin peut donc le rédiger.

Une procédure particulière est prévue pour les détenus ayant bénéficié d’un non-lieu pour irresponsabilité pénale (art. 122.1 du nouveau Code pénal). Lorsque l’état de ces sujets peut compromettre l’ordre public ou la sûreté des personnes, l’autorité judiciaire en avertit le préfet. Un avis médical doit être de nouveau donné portant sur l’état actuel du malade.

[956]

Modalités de sortie en cas d'hospitalisation  
sur demande d'un tiers

En principe, la sortie, prononcée par le directeur de l’hôpital, est consécutive à la rédaction, par le psychiatre du service, d’un certificat concluant à la levée de l’hospitalisation. Cependant, la loi a prévu d’autres modalités :

- absence d’un des certificats rendus obligatoires par la loi (voir ci-dessous) ;

- sur demande d’un certain nombre de personnes dont une hiérarchie a été organisée par l’article L339 du Code de la santé publique, ce qui permet de trancher lorsqu’un conflit existe entre différents membres de la famille ;

- décision du préfet si des informations lui montrent que les conditions de l’HDT ne sont plus réunies ;

- décision judiciaire même contre l’avis du médecin ou du préfet.

Modalités de sortie en matière d'hospitalisation d'office

Le principe est celui dit « du parallélisme des formes », qui est un principe de droit administratif français. La pièce la plus importante à l’occasion de l’admission est l’arrêté préfectoral ; il va donc falloir un nouvel arrêté abrogeant celui qui avait permis l’admission, en général consécutif à un certificat rédigé par le psychiatre traitant.

D’autres possibilités sont offertes par la loi de manière sensiblement parallèles à l’HDT :

- en l’absence d’un des certificats obligatoires ;

- sur décision du préfet ;

- sur décision judiciaire.

Une disposition particulière intéresse les patients hospitalisés d’office après application de l’article 122.1 du Code pénal. Dans ce cas, la sortie ne peut être autorisée que sur décision conforme de deux psychiatres n’appartenant pas à l’établissement et ayant examiné séparément le patient pour attester qu’il n’est plus dangereux pour lui-même ou pour autrui.

Sorties à l'essai

Prévues par une circulaire dès 1957, les sorties à l’essai ont été légalisées en 1990 : les patients sous le régime d’une HDT ou d’une HO peuvent en bénéficier dans une optique de réadaptation progressive à la vie sociale ; juridiquement, le sujet garde le même statut d’HDT ou d’HO, il reste sous la surveillance de l’équipe du secteur qui l’a pris en charge et peut être réintégré à l’hôpital à tout moment si son état le justifie.

Garanties pour le patient

Le texte de la loi du 27 juin 1990 est dérogatoire au droit commun et l’on a vu que le législateur a surtout voulu garantir la protection des libertés des patients plus que permettre leur traitement dans des conditions idéales. On comprend donc que ces garanties sont nombreuses et variées. Certaines sont conceptuelles mais néanmoins efficaces, d’autres sont très pratiques.

Les garanties conceptuelles reposent sur la rédaction même de la loi. Rappelons notamment l’article L326.1 qui précise a priori la nécessité d’un consentement et rappelle le libre choix du médecin. L’article L326.4 stipule que « tout protocole thérapeutique pratiqué en psychiatrie ne peut être mis en œuvre que dans le strict respect des règles déontologiques et éthiques en vigueur ». L’article L326.5 rappelle que le sujet qui sort de l’hôpital conserve la totalité de ses droits et devoirs de citoyen.

Surtout l’article L326.3 limite considérablement les restrictions à l’exercice des libertés individuelles durant l’hospitalisation. C’est ainsi que le patient doit être informé dès son admission de sa situation juridique et de ses droits et dispose en toute hypothèse du droit :

- de communiquer avec un certain nombre d’autorités (voir ci-dessous) ;

- de saisir la commission des hospitalisations psychiatriques (voir ci-dessous) ;

- de prendre conseil d’un médecin ou d’un avocat de son choix ;

- d’émettre ou de recevoir des courriers ;

- de consulter le règlement intérieur de l’établissement ;

[957]

- d’exercer son droit de vote ;

- de se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

D’autres garanties sont beaucoup plus concrètes et formalisées. C’est ainsi que sont prévus des contrôles par les différentes autorités que sont le procureur de la République, le préfet, le juge du tribunal d’instance, le président du Tribunal de grande instance et le maire de la commune. Par ailleurs a été créée depuis cette loi une commission départementale des hospitalisations psychiatriques qui vérifie régulièrement la conformité des hospitalisations sans consentement et peut saisir, si besoin est, le préfet ou la Justice.

Les garanties à la liberté du patient sont également assurées par un certain nombre de certificats qui doivent obligatoirement être rédigés à intervalles réguliers par le médecin du service où est hospitalisé le patient. Qu’il s’agisse d’une personne en HO ou en HDT, les certificats obligatoires sont globalement les mêmes à quelques minimes différences près : il y a d’abord un certificat de 24 heures qui, comme son nom l’indique, doit être rédigé dans la journée qui suit l’admission ; au bout de 15 jours, un certificat de quinzaine doit préciser l’état du malade et conclure à la nécessité du maintien de l’hospitalisation ou non ; enfin chaque mois doit ensuite être produit un certificat mensuel aboutissant au même type de conclusions. D’autres certificats peuvent être rédigés de manière facultative à tout moment pour demander une modification du statut du patient durant son hospitalisation (octroi de permissions, p. ex.) et, bien entendu, le médecin peut rédiger un certificat de sortie lorsqu’il le juge justifié.

Ces différents certificats sont transmis au directeur de l’établissement qui les envoie lui-même au préfet, à la commission des hospitalisations psychiatriques et au procureur de la République pour certains d’entre eux. Enfin, des transformations d’hospitalisations peuvent être réalisées dans des conditions de formalisme assez strictes.

Telle cju’elle se présente, cette loi est utilisée pour environ 10% à 12% des hospitalisations en milieu psychiatrique. Certains de ses aspects alourdissent les conditions de soins et sont décriés par la communauté psychiatrique, notamment l’obligation de deux certificats avant une admission en HDT, mais l’on se rend compte qu’un des mérites du texte est de garantir de manière très rigoureuse la liberté individuelle des patients.

33.1.3 Obligation de soins pour  
l’alcoolique : la loi du 15 avril 1954

Principes

La loi relative à l’obligation de soins pour l’alcoolique est avant tout destinée à protéger l’entourage des sujets qui, en raison de leur alcoolisme, sont présumés dangereux et inconscients de la gravité de leur trouble et de ses répercussions sociales. Elle vise à imposer des soins en milieu spécialisé. La loi prévoyait qu’un établissement de ce type serait implanté dans chaque département français, mais, à l’heure actuelle, il n’existe en fait qu’un seul établissement, ce qui montre en partie la faillite de ce texte et la difficulté de son application. Cette loi est typiquement une situation où il apparaît que l’intérêt général est supérieur à l’intérêt particulier.

Modalités d’application

La loi du 15 avril 1954 et son principal décret d’application du 11 mai 1955 ont été ultérieurement suivis par de nombreux autres textes destinés à protéger la population contre des alcooliques supposés dangereux.

La procédure qui conduit à une hospitalisation sans consentement est lourde, longue et rigoureuse. On peut la résumer en trois phases successives :

- la phase de signalement. Lorsque des présomptions existent quant à la dangerosité d’un sujet en raison de son alcoolisme, un signalement peut être fait à l’autorité sanitaire (la direction départementale de l’action sanitaire et sociale d’un département), permettant de déclencher la procédure. Ce signalement peut être effectué par l’autorité judiciaire à l’occasion de poursuites, par exemple après un accident de la route, par un travailleur social qui a connaissance de conditions d’existence perturbées de la famille ou de voisins du sujet et, enfin, par un médecin à condition qu’il exerce en milieu public. Dans ce cas, il est relevé de l’obligation au secret professionnel ;

[958]

- la phase d'enquête et d'examen, parfois d’une durée importante. L’autorité sanitaire fait procéder, d’une part, à une enquête sociale approfondie et, de l’autre, à un examen médical réalisé par un médecin expert inscrit sur une liste spéciale. En principe, le sujet est tenu de se présenter à l’examen sous peine d’amende, mais bien souvent cette disposition n’est pas appliquée, ce qui paralyse déjà à ce niveau la procédure ;

- la phase de décision.

S’il existe un danger immédiat, les conclusions de l’enquête et de l’examen médical sont transmises au préfet qui peut décider d’une hospitalisation d’office dans les formes prévues par la loi du 27 juin 1990. C’est un cas très rare.

Si aucune urgence n’existe, on propose à l’alcoolique de se soigner en lui donnant l’adresse d’un dispensaire d’hygiène mentale ou d’un centre d’alcoologie. S’il refuse les soins ou si ceux-ci apparaissent particulièrement nécessaires, l’autorité sanitaire transmet le dossier à une commission médicale spéciale composée de trois médecins dont au moins un psychiatre. Le sujet doit comparaître devant cette commission, mais cette dernière peut prendre une décision en l’absence même de l’alcoolique, se fondant alors uniquement sur les pièces du dossier.

Lorsqu’il lui apparaît que des soins sont nécessaires et que le sujet les refuse, elle propose un placement de six mois, qui peut être renouvelé, dans un centre spécialisé. Le dossier est alors transmis au Tribunal de grande instance qui, en Chambre du conseil (ce qui signifie à huis clos), prononcera la sentence et l’obligation de soins d’une durée minimale de six mois. Les soins peuvent être prolongés. Il peut être également imposé au sujet de se rendre régulièrement en postcure auprès d’un médecin ou d’une équipe paramédicale pendant une durée déterminée.

Le tribunal peut aussi prononcer des mesures annexes, qui sont parfois efficaces, comme une saisie sur salaire, une interdiction d’emploi de sécurité dans le domaine public, l’interdiction d’obtenir un permis de chasse, voire la suspension d’un permis de conduire ou encore l’autorisation du conjoint et des enfants de résider séparément.

En pratique, cette procédure est donc longue et difficile et aboutit rarement à des résultats. Un seul établissement spécialisé de ce type a été créé en France (le Centre Louis Sevestre, à La Membrolle-sur-Choisille, près de Tours). Il ne reçoit chaque année que quelques cas dans les conditions précitées et travaille presque exclusivement avec des patients venus volontairement, parfois à la suite de l’insistance de leur entourage.

Garanties pour le sujet

La lourdeur et la complexité de la procédure, ainsi que l’intervention de l’autorité judiciaire pour imposer le placement, apportent toutes les garanties à la liberté individuelle. En revanche, la qualité de ces garanties va à l’encontre de l’intérêt de l’entourage souvent, et parfois d’une réalisation facile et rapide des soins.

Telle qu’elle existe, cette mesure est d’utilisation très diverse selon les régions françaises. On peut lui reconnaître malgré tout un effet incitatif pour un certain nombre de personnes alcooliques réputées dangereuses.

33.1.4. Obligation de soins  
pour le toxicomane :  
la loi du 31 décembre 1970

Principes

Dans tous les pays, la prise en charge du toxicomane, parmi les difficultés qu’elle soulève, pose un problème de santé publique et de politique pénale. Sur le plan de la santé publique, la question est de savoir comment entraver le développement de la toxicomanie et, sur le plan de la politique pénale, de décider à partir de quand une répression doit s’exercer sur le sujet.

La loi française a voulu choisir une voie médiane ménageant différents objectifs mais n’en choisissant aucun. C’est peut-être son inconvénient et les motifs d’une efficacité que beaucoup se plaisent à reconnaître insuffisante.

La loi du 31 décembre 1970 a souhaité prendre en compte à la fois des impératifs de santé publique, de liberté individuelle, de soins personnels et d’éventuelles sanctions.

Diverses procédures sont possibles qui visent a priori à favoriser les soins :

[959]

- Lorsqu’un sujet est consentant, le principe de la gratuité et de l’anonymat est destiné à soutenir sa volonté. On le comprend à travers la gratuité. L’anonymat est supposé favoriser la confiance du toxicomane dans l’institution qui le prendra en charge, puisqu’il sait qu’ainsi aucune dénonciation n’est possible, aucune saisie du dossier ou du fichier des malades soignés n’est efficace pour l’identifier ;

- À l’opposé, certains toxicomanes ne recherchent pas les soins et sont connus à l’occasion d’une procédure policière ou judiciaire. Le principe est alors, dans certains cas, de laisser le choix au sujet de se soigner ou non. Lorsqu’il accepte les soins, les poursuites judiciaires sont suspendues. On voit alors quelle pression s’exerce sur sa volonté et l’on peut considérer qu’il s’agit là d’un consentement aux soins sous influence. Il s’agit presque d’une alternative : la sanction ou les soins. Mais c’est souvent cette coercition qui amènera par la suite une participation active du toxicomane à ces soins.

Modalités d’application

La loi n° 70.1320 du 31 décembre 1970 est intégrée aux articles L355.14 et suivants du Code de la santé publique pour la partie sanitaire et aux articles L626 et suivants pour la partie répressive.

La loi prévoit trois situations différentes :

1. Lorsque le toxicomane se présente spontanément au service de cure ou à un médecin, il obtient la gratuité des soins, l’anonymat et peut ensuite (c’est paradoxal) demander un certificat nominatif lui permettant d’être libéré de poursuites pénales pour *usage* de stupéfiants, s’il s’agit de la première infraction ;

2. Lorsqu’un toxicomane est signalé par les services médicaux ou sociaux, le pivot des soins est l’autorité sanitaire (direction départementale des affaires sanitaires et sociales). Cette dernière fait procéder à une enquête à la suite de laquelle elle ordonne au sujet soit une surveillance médicale pratiquée dans un dispensaire d’hygiène sociale, un établissement agréé public ou privé et par un médecin choisi par le toxicomane, soit une cure de désintoxication dans un établissement agréé choisi par le toxicomane, ou désigné d’office par l’autorité sanitaire en cas de carence de ce dernier. C’est l’autorité sanitaire qui assure seule le contrôle de la réalité des soins ;

3. Lorsque le toxicomane est signalé par l’autorité judiciaire, il peut lui être proposé une cure de désintoxication ou une surveillance médicale comme dans le cas précédent, lesquelles ont l’intérêt d’aboutir à la suspension des poursuites pour usage de stupéfiants en cas d’acceptation du sujet. Il faut retenir que le procureur de la République ne suspend les poursuites que pour ce seul délit d’usage et non pour les délits éventuels de cession, de trafic et encore moins de fabrication.

Dans le cas où le toxicomane accepte les soins, un signalement est effectué à l’autorité sanitaire qui fait procéder à une enquête et à un examen médical et décide ensuite soit d’un placement dans un établissement agréé, soit d’une cure ambulatoire dans un centre agréé, en fonction de l’état du sujet. C’est l’autorité sanitaire qui contrôle la réalisation de la cure et en informe régulièrement le procureur de la République.

Garanties pour le toxicomane

Comme on le voit, la procédure ne prescrit aucune mesure contraignante. À toutes les étapes, le sujet a la possibilité de refuser les soins. Lorsqu’il a été signalé par des services médicaux ou sociaux, il n’existe pas de sanction particulière. Lorsque les soins lui ont été proposés par la justice, la sanction est la reprise des poursuites contre lui. C’est dire que sa liberté individuelle est totalement préservée et qu’il n’est jamais contraint de se traiter contre son gré.

Par ailleurs, s’il accepte les soins, nombreuses sont les situations où il peut lui-même choisir son centre, son établissement ou son médecin et, en tout cas, toujours décider avec ce dernier de la qualité même du traitement réalisé.

Il n’y a donc pas réellement obligation de soins dans le cas de la toxicomanie. Le principal reproche que l’on peut faire à la procédure est qu’elle mêle sanctions et soins, intérêt social et intérêt personnel. Cette confusion est manifestement très préjudiciable et explique probablement l’efficacité très moyenne de cette loi pour endiguer l’expansion de la toxicomanie en France.

[960]

33.1.5. Consentement renforcé :  
la recherche biomédicale

Principes

La loi française qui date du 20 décembre 1988 (art. L209.1 et suivants du Code de la santé publique) est destinée à protéger les sujets qui acceptent de se prêter à la recherche. Ainsi, aucune recherche biomédicale ne peut être effectuée sur l’être humain si elle ne se fonde pas sur le dernier état des connaissances scientifiques, si le risque prévisible couru par les personnes qui se prêtent à la recherche est hors de proportion par rapport au bénéfice escompté et, enfin, si la recherche ne vise pas à étendre la connaissance scientifique de l’être humain (art. L209.2 du Code de la santé publique).

Par ailleurs, les recherches ne peuvent être menées que sous la direction et la surveillance d’un médecin justifiant d’une expérience appropriée et dans des conditions matérielles et techniques adaptées.

Un certain nombre de personnes sont particulièrement protégées, entre autres choses pour éviter que ne soient réalisées sur elles des recherches qui n’auraient pas un bénéfice individuel direct. Ce sont notamment les femmes enceintes ou allaitantes, les personnes privées de liberté et en particulier celles qui sont hospitalisées en HDT ou en HO, les mineurs et les majeurs protégés et réputés incapables (voir ci- dessous) ainsi que les malades séjournant dans un établissement sanitaire ou social (et, notamment, bien sûr, les hôpitaux) et les malades en situation d’urgence.

L’autre grand principe qui sous-tend la réalisation de telles recherches touche directement le consentement. En effet, la qualité de ce consentement doit être évaluée d’une manière beaucoup plus rigoureuse que dans la médecine de soins habituelle.

Le texte de loi précise que le consentement doit être libre, éclairé et exprès, ce qui suppose deux conditions :

- qu’il soit prononcé par écrit ;

- qu’il ne soit donné qu’après une information très précise, elle-même écrite.

La personne doit aussi être informée qu’elle peut à tout moment de la recherche retirer un consentement qu’elle avait donné.

Cette loi, qui s’applique à toutes les spécialités médicales, est particulière dans l’exercice de la psychiatrie en raison, notamment, de la difficulté d’obtenir un consentement parfaitement libre et éclairé pour un certain nombre de pathologies mentales, mais aussi parce que nombreux sont les patients qui bénéficient d’une protection renforcée du consentement.

Modalités pratiques d’application

Pendant longtemps, la France a vécu sa recherche biomédicale dans un vide juridique presque complet, n’appliquant que les déclarations internationales comme celles de Nuremberg ou d’Helsinki.

La loi n° 88.1138 du 20 décembre 1988 est venue combler le vide. Elle a été ensuite complétée par la loi 90.86 du 23 janvier 1990, puis par la loi 94.630 du 25 juillet 1994.

La loi précise les acteurs de la recherche : la personne physique ou morale qui prend l’initiative de celle-ci est nommée le promoteur, c’est elle qui a la responsabilité la plus lourde en cas de dommages ; le promoteur confie la réalisation de la recherche à plusieurs investigateurs et désigne parmi eux un investigateur coordonnateur.

Les conditions de la recherche, ses buts et ses modalités sont précisés dans un document que le promoteur doit soumettre à l’avis d’un comité consultatif de protection des personnes dans la recherche biomédicale (CCPPRB) ayant son siège dans la région où le promoteur exerce son activité. Il en est de même des informations qui seront données au patient avant son consentement.

Ces informations doivent porter sur l’objectif de la recherche, sa méthodologie et sa durée, ainsi que sur les bénéfices attendus, les contraintes et les risques prévisibles et, enfin, sur l’avis du CCPPRB. Ces différentes informations sont résumées dans un document remis à la personne dont le consentement est sollicité.

Le consentement est donné par écrit ou, en cas d’impossibilité, attesté par un tiers qui doit être totalement indépendant de l’investigateur et du promoteur.

Ce n’est qu’à titre exceptionnel, lorsque, dans l’intérêt d’une personne malade, le diagnostic de sa maladie ne peut lui être révélé, que l’investigateur [961] peut, dans le respect de sa confiance, taire certaines informations liées à ce diagnostic.

Lorsqu’une personne est privée de liberté, notamment par une hospitalisation d’office ou une hospitalisation sur demande d’un tiers, il ne peut lui être proposé qu’une recherche ayant « un bénéfice direct et majeur pour sa santé ».

Le psychiatre est également intéressé par les dispositions protectrices concernant les majeurs protégés par la loi. Qu’ils soient sous tutelle, sous curatelle ou sous sauvegarde de justice impose qu’un bénéfice direct pour leur santé existe si l’on veut effectuer une recherche sur leur personne. Cependant, des recherches sans bénéfice individuel direct peuvent être réalisées si trois conditions cumulatives sont remplies :

- ne présenter aucun risque sérieux prévisible pour leur santé ;

- être utiles à des personnes présentant les mêmes caractéristiques d’âge, de maladie ou de handicap ;

- ne pouvoir être réalisées autrement.

Enfin, ces majeurs protégés par la loi (c.-à-d. sous tutelle essentiellement) ne sont pas juridiquement aptes à donner un consentement. De ce fait, la loi du 20 décembre 1988 a prévu que ce consentement serait donné par leur représentant légal pour les recherches à finalité thérapeutique directe ne présentant pas un risque prévisible sérieux, et dans les autres cas par le tuteur autorisé par le conseil de famille ou le juge des tutelles. Cependant, malgré cela, l’opinion du majeur protégé par la loi sera toujours entendue lorsqu’il est apte à exprimer sa volonté. Il ne pourra être passé outre à son refus ou à la révocation de son consentement en cours d’expérimentation (art. L209.10 du Code de la santé publique).

Garanties

L’existence d’un document écrit affirmant le consentement est déjà une garantie importante, de même que l’existence d’informations également sous forme écrite. Le nécessaire avis du CCPPRB en est une autre. En effet, ce comité est composé de diverses personnes indépendantes compétentes dans le domaine biomédical, mais aussi à l’égard des questions éthiques, sociales, psychologiques et juridiques. Ces membres sont nommés par le représentant de l’État dans la région. Lorsque le comité donne un avis négatif à un projet, le promoteur ne peut mettre en œuvre ce projet avant un délai de deux mois au cours duquel le ministre de la Santé à qui a été transmise l’opinion du CCPPRB peut demander des modifications ou interdire purement et simplement la recherche.

Enfin, d’autres garanties sont apportées par des sanctions pénales déjà définies par la loi du 20 décembre 1988 et qui ont été reprises par la réforme du Code pénal mise en application le 1er mars 1994 : ce sont, en cas de non-respect des dispositions concernant notamment l’obtention du consentement, des peines d’emprisonnement pouvant aller jusqu’à trois ans et des amendes pouvant atteindre 300 000 francs.

Bien que ce texte particulier ne s’applique pas uniquement aux psychiatres, il prend dans cette spécialité une dimension particulière en raison de la protection renforcée de nombre de patients qui y sont soignés, mais aussi des difficultés liées à l’obtention du consentement. Il a conduit les psychiatres à approfondir leur réflexion sur la qualité de ce consentement dans les soins.

33.2. PSYCHIATRIE ET CODE CIVIL

33.2.1. Protection juridique  
du malade mental :  
la loi du 3 janvier 1968 portant réforme  
du droit des incapables majeurs

Considérations générales

Avant 1968, la France connaissait un régime complexe destiné à protéger les incapables majeurs. La procédure dite d’interdiction et la nomination d’un conseil judiciaire pour les prodigues et les faibles d’esprit étaient complexes et peu usitées. En revanche, la loi du 30 juin 1838 s’accompagnait automatiquement d’un système de protection du malade qui sous-entendait son incapacité immédiate dès qu’il entrait à l’hôpital sous le mode du placement d’office ou du placement volontaire. La protection cessait immédiatement à la sortie du patient.

[962]

L’évolution des techniques médicales, l’allongement de la durée de vie et la complexité de la vie sociale ont incité le législateur à se pencher sur ce problème des incapables et à réfléchir à une loi qui soit adaptée au monde moderne.

Dans un premier temps, il était prévu de se pencher sur la protection des biens des incapables, la protection de la personne étant renvoyée à une réforme prévue de la loi du 30 juin 1838. Comme on le sait, cette réforme n’est intervenue qu’en 1990, mais aucune réflexion n’a été menée à ce moment sur le meilleur moyen de protéger la personne des incapables, si bien qu’à l’heure actuelle la protection de la personne reste mal construite, ambiguë, controversée. Toutefois, la plupart des auteurs s’accordent pour affirmer que la réforme promulguée le 3 janvier 1968 contient tous les éléments qui permettent de prévoir le régime applicable lorsqu’il s’agit de décider qui a la charge de la protection de l’incapable dans les actes à caractère personnel (p. ex., hospitalisation, choix d’un lieu de vie ou d’une villégiature, etc.).

Personnes protégées

En France, la capacité civile est la règle pour les majeurs (18 ans et plus) depuis une loi du 5 juillet 1974. Les seuls cas d’incapacité s’appliquent aux sujets condamnés à une « peine afflictive et infamante » (à la suite d’actes criminels) et à ceux dont « l’état mental ou physique les met dans l’impossibilité de gérer leurs biens ».

La loi du 3 janvier 1968, qui constitue à l’heure actuelle les articles 488 à 514 du Code civil, précise qui sont ces majeurs. Ainsi, en vertu de l’article 488 :

Est protégé par la loi, soit à l’occasion d’un acte particulier, soit d’une manière continue, le majeur qu’une altération de ses facultés personnelles met dans l’impossibilité de pourvoir seul à ses intérêts.

Cette disposition permet donc la protection par la loi aussi bien d’une manière continue que pour un seul acte, et tout autant lorsque l’altération touche les facultés mentales du sujet que lorsqu’elle est liée à un trouble physique (p. ex., traumatisme crânien, surdité, mutité, si ces troubles ne permettent pas au sujet d’exprimer sa volonté). Dans la deuxième partie du même article, une protection est également prévue pour « le majeur qui par sa prodigalité, son intempérance ou son oisiveté s’expose à tomber dans le besoin ou compromet l’exécution de ses obligations familiales ».

Il s’agit là, en dehors d’une constatation médicale d’altération des facultés mentales, d’apporter une protection lorsque le comportement du sujet montre son inaptitude à gérer son avoir. Une telle mesure peut être appliquée à certains alcooliques ou encore aux joueurs pathologiques.

L’article 488 précise aussi que « pour faire un acte valable il faut être sain d’esprit ». La conséquence de cette affirmation aboutit à la possibilité de faire annuler un acte réalisé sous l’empire d’un trouble mental. Encore faudra-t-il prouver le trouble mental du sujet a posteriori, ce qui n’est pas chose facile. Néanmoins, cette action en nullité est ouverte du vivant du signataire dans un délai de cinq ans après l’acte et après sa mort par les héritiers dans le même délai si l’acte porte en lui-même la preuve d’un trouble mental.

Régimes de protection

La loi a prévu trois grands régimes de protection : la sauvegarde de justice, la tutelle et la curatelle. Avant de les examiner, il est utile de préciser les règles communes qui s’appliquent à toute personne protégée, quel que soit le régime de protection.

Règles communes aux différents régimes

La première règle commune est la séparation entre les modalités du traitement médical et le régime applicable. Elle signifie qu’un sujet hospitalisé sans son consentement n’est pas automatiquement protégé. A contrario, un régime de protection peut être ouvert en dehors d’une hospitalisation sous contrainte.

Une deuxième règle est importante pour assurer une réelle protection du sujet. Elle est prévue à l’article 490.2 du Code civil :

Quel que soit le régime applicable, le logement de la personne protégée et les meubles meublants dont il est garni devront être conservés à sa disposition aussi longtemps que possible.

Cette prescription est particulièrement protectrice dans l’optique d’une réinsertion du sujet. Le logement est protégé quel que soit le titre auquel le sujet l’occupe (propriétaire, locataire ou simplement occupant à titre gratuit). Ce logement et les meubles [963] qui le garnissent ne peuvent être aliénés que par décision du juge des tutelles, prise seulement après avis en ce sens du médecin traitant.

Enfin, les objets à caractère personnel ne peuvent jamais être vendus.

Une règle interdit à toute personne travaillant dans l’établissement où est hébergé le malade et à sa famille de se porter acquéreur du logement ou des meubles du patient.

La dernière règle générale introduite par la loi de 1968 est particulièrement importante. Elle est donnée par l’article 489.2 du Code civil, qui stipule que la personne qui a causé un dommage à autrui alors qu’elle était sous l’emprise d’un trouble mental n’en est pas moins obligée à réparation. Cette règle fait en sorte que la responsabilité civile des personnes atteintes de troubles mentaux puisse être engagée de manière automatique dès l’instant où elles ont causé un dommage. La conséquence primordiale est la nécessité absolue qu’elles aient une assurance en matière de responsabilité civile.

Sauvegarde de justice

La sauvegarde de justice constitue une mesure nouvelle et elle est restée relativement originale. Le régime n’entraîne pas une véritable incapacité, mais offre au sujet une protection conditionnelle. C’est une sorte de mesure conservatoire qui n’aura d’effet concret que s’il est par la suite démontré que le sujet s’est nui en raison de son activité ou de son inactivité.

Cette procédure est justifiée en cas d’altération brève des facultés mentales ou encore au début d’une détérioration ou bien lorsqu’il apparaît que l’entourage reste trop passif devant des troubles débutants.

• Procédure

Le médecin joue souvent un rôle prépondérant dans la procédure. En effet, en dehors du juge, c’est lui qui peut avoir l’initiative de la mesure. Une simple déclaration au procureur de la République accompagnée d’un certificat conforme d’un médecin réputé spécialiste (voir ci-dessous) est suffisante pour instaurer la sauvegarde de justice.

Lorsque le patient n’est pas hospitalisé dans un service de psychiatrie, le médecin a la faculté de rédiger le certificat, mais n’en a pas l’obligation. En revanche, pour un patient hospitalisé dans un service de psychiatrie public, le médecin en a l’obligation si l’état du patient le justifie. La différence de statut entre ces deux catégories de médecins conduit à un risque d’engagement de la responsabilité pour le psychiatre de service public s’il omet de demander une sauvegarde.

Un recours est toujours possible devant le procureur de la République contre la mesure. Celle-ci a une publicité très limitée, car, notamment, il n’est pas obligatoire d’informer la famille ou le malade. Seules certaines personnes (autorité judiciaire, avocat ou notaire sur demande motivée, personnes ayant qualité pour ouvrir une tutelle) peuvent en avoir connaissance.

• Conséquences

Le malade qui est placé sous sauvegarde de justice conserve en principe l’intégralité de ses droits civils et civiques. Cependant, la sauvegarde a pour effet de lui permettre de demander l’annulation de ses actes sans avoir à prouver l’existence d’un trouble mental. Il lui suffira de faire état de la bonne ou de la mauvaise foi de ceux qui ont traité avec lui, de l’utilité ou de l’inutilité de l’opération. Le juge appréciera en fonction de ces critères et de la fortune de la personne protégée si l’acte doit être annulé ou encore réduit lorsqu’il a été excessif.

Du vivant du malade, cette action peut être engagée par le patient lui-même et par les personnes habilitées à demander l’ouverture d’une tutelle, et ce dans un délai de cinq ans après la cessation de la sauvegarde. Après le décès, les héritiers bénéficient de ce même délai de cinq ans.

La sauvegarde dure deux mois, mais peut être ensuite renouvelée pour des durées de six mois de manière illimitée. Elle prend fin par déclaration médicale attestant que la situation antérieure a cessé ou par simple péremption des délais précités, ou encore par décision du procureur de la République qui la juge inutile ou abusive ou, enfin, par l’ouverture d’une curatelle ou d’une tutelle.

Une telle mesure est efficace lorsque le sujet réalise des actes inconsidérés. En revanche, elle apparaît presque inutile lorsque sa pathologie le conduit à la passivité et donc à ne pas réaliser des actes qui auraient dû l’être. C’est pourquoi y est associée la possibilité de nomination d’un mandataire judiciaire. [964] Ainsi, en vertu de l’article 491.5 du Code civil, sur avis de toute personne intéressée :

le juge pourra, soit désigner un mandataire spécial à l’effet de faire un acte déterminé ou une série d’actes de même nature dans la limite de ce qu’un tuteur pourrait faire sans l’autorisation du conseil de famille, soit décider d’office d’ouvrir une tutelle ou une curatelle.

Le médecin traitant peut donc demander, lorsqu’il rédige un certificat de sauvegarde de justice, que soit nommé un mandataire en précisant les actes que celui-ci pourra faire. Le sujet se trouve alors dépossédé de la faculté d’effectuer lui-même lesdits actes.

La sauvegarde de justice a le mérite d’être une mesure simple, d’application immédiate, puisqu’elle prend effet dès réception du certificat par le procureur de la République, et pouvant apporter une protection très souple, notamment grâce à la nomination éventuelle d’un mandataire de justice. Néanmoins, lorsque les capacités du sujet sont notablement diminuées, une mesure plus protectrice et plus stable est nécessaire.

Tutelle

La tutelle est le régime de protection le plus complet. La loi précise qu’elle s’applique au sujet qui « a besoin d’être représenté d’une façon continue dans les actes de la vie civile ». Le majeur est alors entièrement déchargé de la gestion de ses biens et perd toute capacité civile et civique (il n’a plus le droit de vote).

• Procédure

Le personnage principal est un magistrat du tribunal d’instance : le juge des tutelles.

- L’ouverture de la procédure peut se faire sur demande :

- de l’intéressé lui-même ;

- de sa famille proche (conjoint, ascendant, descendant, frères et sœurs) ;

- du curateur s’il en existe un ;

- du procureur de la République ;

- du juge des tutelles lui-même.

Le médecin ne peut donc donner qu’un avis. Il ne fait pas partie des personnes autorisées à demander l’ouverture de la procédure. Cependant, dans le cours de celle-ci, il devra établir un certificat donnant son avis et, dans le courant de l’instruction, il sera appelé à répondre à des questions du juge des tutelles destinées à permettre d’adapter la mesure au sujet.

Une pièce particulièrement nécessaire à la mise sous tutelle est le certificat médical établi par un médecin spécialiste. Il s’agit d’un véritable médecin expert inscrit sur une liste prévue à l’article 493.1 du Code civil, qui analysera l’état de santé du sujet et proposera au juge des orientations pour adapter la mesure.

Le juge fait également réaliser une enquête sociale, voire une enquête de police, pour déterminer si la tutelle est justifiée. Il peut décider de placer le majeur sous sauvegarde de justice dès le début de la procédure (il le fait presque systématiquement).

L’instruction terminée, le dossier est transmis au procureur et c’est un jugement du juge des tutelles qui décidera de la mesure. L’audience n’est pas publique, mais un recours est possible devant le Tribunal de grande instance.

Le juge pourra décider que la tutelle ne sera pas complète et que le sujet pourra faire seul certains actes ou d’autres en collaboration avec son tuteur (art. 501 du Code civil).

En principe, la tutelle cesse avec les causes qui l’ont déterminée. En fait, pour l’annuler, il faut suivre une procédure tout à fait parallèle à celle qui l’a mise en place (certificat du médecin traitant, certificat du médecin spécialiste, décision du juge des tutelles après enquête).

• Conséquences

Le régime de tutelle prend effet dès le jugement pour l’intéressé, mais ne devient opposable qu’après un délai de deux mois à la suite de l’inscription sur le registre de l’état civil.

Habituellement, le sujet perd toute capacité civile. Tout acte postérieur au jugement est nul de droit. Un acte antérieur peut être annulé si la cause qui a déterminé l’ouverture de la tutelle existait notoirement à l’époque de l’acte.

Le sujet perd également ses droits civiques et politiques. Son testament postérieur au jugement est nul, il ne peut faire de donation qu’avec l’accord du conseil de famille et seulement à un descendant ou au conjoint. Le mariage n’est permis qu’après avis du [965] médecin traitant et consultation du conseil de famille ou des parents.

En principe, ce serait le conseil de famille qui aurait compétence pour décider des actes à caractère personnel. Cependant, la loi a prévu que l’avis d’un incapable est valable lorsqu’il se trouve « dans un intervalle lucide ». En pratique, la situation est très difficile, car il faut déterminer ce qu’est « un intervalle lucide ».

• Organisation de la mesure

Selon l’importance du patrimoine du majeur et sa situation familiale, trois types d’organisation sont possibles. L’organisation la plus complète est constituée d’un tuteur qui réalise seul les actes d’administration, d’un subrogé tuteur chargé de le surveiller et, enfin, d’un conseil de famille qui doit se réunir pour décider de tous les actes de disposition (actes importants tels emprunt, hypothèque, vente de biens immobiliers, etc.). Ce type d’organisation n’est justifié que lorsque le sujet a une fortune relativement importante.

La plupart du temps, lorsque l’incapable est marié, c’est son conjoint qui est tuteur de droit sous la forme d’une administration légale sous contrôle judiciaire. Le conjoint a alors la possibilité de faire seul les actes d’administration. Il demande l’autorisation du juge des tutelles pour les actes de disposition.

Dans un grand nombre de cas, le sujet est isolé et sa fortune minime. Le juge des tutelles nomme alors un gérant de tutelles dont la mission est simple et limitée : percevoir les revenus du sujet, les attribuer à son entretien et, enfin, verser les excédents sur un compte particulier. Pour tout autre acte, il doit se munir de l’autorisation du juge des tutelles qui contrôle sa gestion.

Curatelle

La curatelle est une mesure intermédiaire entre la tutelle et la sauvegarde de justice. Elle est seule possible en cps de prodigalité, d’oisiveté ou d’intempérance.

• Procédure

La procédure est semblable à celle de la tutelle. Les formalités sont les mêmes, seule la décision du juge diffère, puisque, au lieu d’organiser une tutelle, il prononcera une curatelle.

• Conséquences

La mesure prend effet dans les mêmes conditions que la tutelle. Le juge nomme un curateur qui sera de droit le conjoint, s’il existe.

Le majeur sous curatelle peut faire seul les actes que le tuteur réalise sans l’aide du conseil de famille, c’est-à-dire les actes d’administration. Pour les actes de disposition, il doit être assisté par son curateur. S’il a réalisé un acte interdit, l’annulation n’est pas de droit : elle est étudiée dans les mêmes conditions que lorsqu’il y a sauvegarde de justice, c’est-à-dire que le juge prendra en compte la fortune de l’intéressé, l’utilité ou l’inutilité de l’acte, la bonne ou la mauvaise foi du cocontractant. Le sujet sous curatelle conserve le droit de vote.

Il existe néanmoins des possibilités de moduler la curatelle :

- par application de l’article 512 du Code civil, le curateur a à peu près les mêmes prérogatives qu’un gérant de tutelles ;

- par application de l’article 511, le juge peut étendre la capacité du majeur sous curatelle en lui laissant la possibilité de réaliser seul certains actes de disposition, par exemple, ou, au contraire, la restreindre en imposant la présence de son curateur pour la réalisation de certains actes d’administration importants.

\*

La loi du 3 janvier 1968 est d’application presque quotidienne pour les psychiatres. Elle a le mérite d’une grande souplesse par la présence des trois régimes de protection et par la possibilité de modulation des tutelles ou des curatelles. La place du médecin y est fondamentale, car il doit pouvoir jouer le rôle de conseiller du juge afin que ce dernier puisse adapter la mesure à chaque cas particulier.

La question de la réalisation des actes à caractère personnel reste encore très épineuse, d’autant plus que certains de ces actes ont un retentissement majeur sur l’existence du sujet et parfois sur l’évolution de sa maladie (pensons aux interventions chirurgicales, au choix d’une résidence, au recours à la contraception, etc.).

[966]

33.2.2. Protection spéciale  
en cas de divorce

Depuis le 11 juillet 1975, la loi française prévoit trois cas de divorce :

- le divorce pour faute ;

- le divorce par consentement mutuel ;

- le divorce pour rupture de la vie commune.

C’est surtout cette dernière catégorie qui intéresse l’exercice de la psychiatrie. Les deux autres n’ont pas de particularité, quoiqu’il faille déterminer si un malade mental est réellement apte à exprimer sa volonté dans le cas d’un divorce par consentement mutuel.

Divorce pour rupture de la vie commune

Les articles 237 et 238 du Code civil établissent les conditions du divorce pour rupture de la vie commune :

Un époux peut demander le divorce en raison d’une rupture prolongée de la vie commune lorsque les époux vivants sont séparés de fait depuis six ans.

Il en est de même lorsque les facultés mentales du conjoint se trouvent depuis six ans si gravement altérées qu’aucune communauté de vie ne subsiste plus entre époux et ne pourra selon les prévisions les plus raisonnables se reconstituer dans l’avenir.

Il en résulte donc qu’un époux peut demander à divorcer de son conjoint s’il démontre qu’existe depuis au moins six ans une maladie mentale ayant fait disparaître la communauté de vie.

L’époux qui demande le divorce pour rupture de la vie commune en supporte toutes les charges, conformément à l’article 239. Il doit notamment préciser dans sa demande les moyens par lesquels il remplira ses obligations à l’égard de son conjoint et de ses enfants.

L’autre époux conserve ses droits à la sécurité sociale ; par exemple, la femme peut conserver l’usage du nom du mari. Surtout, le devoir dit de secours persiste, ce qui impose de verser non pas une prestation compensatoire, mais une véritable pension alimentaire.

Le juge a la possibilité de refuser le divorce pour rupture de la vie commune « si l’autre époux établit que le divorce aurait, soit pour lui compte tenu de son âge et de la durée du mariage, soit pour les enfants, des conséquences matérielles ou morales d’une exceptionnelle dureté » (c’est nous qui soulignons). Le juge peut d’ailleurs soulever cette exception d’office sans qu’elle ait été invoquée par l’autre conjoint.

Afin de pouvoir apprécier la situation, le juge nommera un collège de trois psychiatres qui devront déterminer l’existence d’une maladie mentale, sa durée (depuis au moins six ans) et la rupture ou le maintien de la communauté de vie liée à la maladie. Ce collège devra également déterminer si la communauté de vie peut se rétablir de manière raisonnable et, dans le cas contraire, si le divorce peut avoir des conséquences graves pour la santé du sujet ou pour les enfants.

Divorce d’un incapable majeur

En cas d’incapacité reconnue par la loi, le divorce est possible même pour rupture de la vie commune.

Cependant, si le sujet est placé sous sauvegarde de justice, la procédure est suspendue jusqu’à cessation du régime ou ouverture d’un régime de tutelle ou de curatelle (art. 249.3 du Code civil). Lorsque l’époux contre lequel la demande est formulée est sous tutelle, l’action doit être exercée contre le tuteur. S’il est sous curatelle, il peut se défendre lui-même, mais avec l’assistance de son curateur.

Si le tuteur ou le curateur est l’époux, un tuteur ou un curateur spécial est nommé pour la durée de la procédure.

Aucun divorce par consentement mutuel n’est possible lorsque l’un des époux est placé sous un régime de protection.

33.3. PSYCHIATRIE ET CODE PÉNAL

33.3.1. Règle du secret médical

Principes et textes applicables

La notion de secret est considérée, en France, comme un des fondements de la médecine. Il a été dit « pas de médecine sans confiance, pas de confiance sans confidence, pas de confidence sans secret ». Cette notion est particulièrement puissante, car elle interdit à quiconque d’imposer au médecin de parler, comme le montre l’analyse de la jurisprudence. Il semble que ce [967] soit une notion très ancienne dont on retrouve trace dans le fameux serment d’Hippocrate. Dès 1810, elle figurait dans le Code pénal. Elle a été maintenue dans la réforme récente à l’article 226.13 :

La révélation d’une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d’une fonction ou d’une mission temporaire est punie d’un an d’emprisonnement et de 100 000 francs d’amende.

Le Code de déontologie professionnelle reprend le principe dans trois de ses articles, et notamment à l’article 11 :

Le secret professionnel, institué dans l’intérêt des malades, s’impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.

Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l’exercice de sa profession, c’est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu’il a vu, entendu ou compris.

En apparence, la notion est donc parfaitement claire, reconnue comme une nécessité absolue, et pourtant les questions foisonnent, particulièrement épineuses. En effet, le secret qui devrait être un concept de droit pénal a essaimé dans d’autres directions. L’importance des informations à caractère médical conduit à tenter d’obtenir des révélations dans des situations très diverses pouvant intéresser les juridictions administratives ou civiles, par exemple. Il pénètre également le droit du travail et même le droit commercial ou fiscal dans certaines circonstances.

Interprétations jurisprudentielles

C’est la jurisprudence qui a façonné le concept au fil des années, et il est maintenant parfaitement délimité et stable.

Il n’existe pas de secret vis-à-vis du malade. Une information simple, approximative, intelligible et loyale lui est due. En revanche, le secret existe vis-à-vis de quiconque n’est pas le patient, et en particulier vis- à-vis de sa famille, ce qui pose parfois des problèmes pratiques.

Sont secrets tous les éléments connus dans le cours de l’exercice de la profession. Peu importe de savoir si les informations ont un caractère médical ou non.

La révélation du secret est en principe une infraction volontaire. Porter des informations à la connaissance de tiers par une simple négligence ne constitue pas, pénalement, la révélation d’un secret, mais cela pourrait engager la responsabilité civile du psychiatre si une telle divulgation causait un préjudice au patient.

En revanche, la révélation volontaire est considérée en droit français comme une infraction formelle. Cela signifie que le simple fait de porter à la connaissance d’autrui une information à caractère secret est puni par la loi, même s’il n’en a résulté aucun préjudice pour quiconque. Peu importe donc le résultat de la révélation. C’est ainsi que peut être considérée comme une faute la révélation d’une information qui est déjà connue par ailleurs.

Enfin, une révélation négative est également condamnable. La révélation négative s’entend d’une affirmation qui passe sous silence, par exemple, la présence d’une maladie chez une personne. On pourrait penser qu’il est moins grave de taire le fait que tel sujet est atteint de la maladie que de dire qu’il en souffre. En fait, une telle attitude est grave, car le jour où le médecin aura à répondre à une question directe à cet égard, il signifiera par son silence que le patient en cause a bien la maladie.

Dérogations

Certaines dérogations au secret médical sont prévues par la loi, d’autres résultent de la jurisprudence. Enfin, une place à part doit être faite au rapport du médecin avec la justice.

Dérogations prévues par la loi

Parmi les dérogations prévues par la loi, on peut dénombrer deux catégories de situations. D’une part, des nécessités liées à la santé publique et, de l’autre, des cas où c’est la protection de l’individu qui prime.

Il serait fastidieux d’énumérer toutes les dérogations légales en rapport avec la santé publique, car le psychiatre y a parfois une part très limitée, voire nulle, par exemple en matière de déclaration de naissance. Des dérogations existent également pour les déclarations de décès, les maladies contagieuses, les accidents du travail et les maladies professionnelles ou l’attribution d’une pension de retraite ou d’invalidité.

En revanche, le psychiatre est particulièrement intéressé par la dérogation qui touche la rédaction des certificats d’hospitalisation sans consentement ou [968] encore celle qui concerne les alcooliques dangereux (voir la section 33.1.3) ou les réponses à apporter au juge des tutelles en cas de procédure de protection d’un incapable majeur.

Des dérogations ont également été prévues pour la protection de l’individu. Dans le nouveau Code pénal, elles sont inscrites à l’article 226.14 :

L’article 226.13 [cité plus haut] n’est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre il n’est pas applicable :

1. à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou privations dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de 15 ans ou à une personne qui n’est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ;

2. au médecin qui, avec l’accord de la victime, porte à la connaissance du Procureur de la République les sévices qu’il a constatés dans l’exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles de toute nature ont été commises.

Ces deux types de dérogations intéressent donc la protection de personnes particulièrement vulnérables. Dans le premier cas, la protection accordée aux mineurs de 15 ans depuis 1971 a été considérablement élargie par la loi de 1992 en application depuis le 1er mars 1994. En effet, se trouvent également protégés les personnes âgées ainsi que de nombreux malades mentaux. Le psychiatre se trouve donc au cœur du problème et peut, dans certaines circonstances, révéler sans risque des actes positifs (sévices, coups, etc.) ou négatifs (privation d’aliments, carence de soins) dont ses patients ont été victimes.

Dans le second cas, ce sont les sujets victimes de violences sexuelles qui sont protégés à condition qu’ils aient donné leur accord à la révélation du médecin.

La loi a également prévu des conditions dans lesquelles les dossiers médicaux pouvaient et même devaient être transmis au médecin traitant du patient (loi du 31 juillet 1991 et décret d’application n° 92.329 du 30 mars 1992).

Dérogations jurisprudentielles

La jurisprudence a également introduit quelques situations pour lesquelles le médecin est autorisé à révéler certaines informations. C’est notamment le cas lorsque les héritiers d’un patient ont besoin de prouver l’état mental du sujet décédé pour faire authentifier ou, au contraire, annuler un acte réalisé peu avant sa mort et dont les conséquences sont majeures. Ce peut être son testament ou encore un acte de vente ou d’achat particulièrement déséquilibré. Dans ce cas, le médecin peut révéler les informations qu’il détient.

Il en est de même lorsque ces informations sont nécessaires à sa propre défense en justice : un médecin attaqué devant un tribunal (et dans ce seul cas) peut révéler des informations qui lui permettent de se défendre.

Dérogations pour l'administration de la justice

Le maintien du secret et le refus de parler sont particulièrement délicats lorsque le médecin fait face à la justice à l’occasion d’une enquête ou d’une expertise.

Tout citoyen français est tenu de se présenter à la barre pour témoigner lorsqu’il a été convoqué. Le médecin n’échappe pas à la règle. En revanche, si les questions qui lui sont posées sont du registre professionnel, il peut et même il doit se taire sans encourir aucune critique ni aucune sanction de la part du tribunal.

Lorsque le médecin pratique une expertise, il n’est pas toujours en droit d’obtenir les renseignements qu’il souhaiterait connaître de la part de ses confrères. Néanmoins, en matière pénale, il doit pouvoir, en vertu du principe de l’obligation de concourir à la manifestation de la vérité, bénéficier de toutes les informations voulues. Le juge d’instruction, dans ce cas, a le droit de faire saisir les dossiers nécessaires à la réalisation de l’expertise.

En cas de saisie ou de perquisition, la procédure est particulière. Seuls peuvent être saisis les documents qui ont un rapport direct avec l’affaire pénale en cours. Pour s’assurer qu’aucun autre document ne sera utilisé, un représentant du conseil de l’Ordre des médecins est présent à la perquisition ou à la saisie, et c’est lui qui détermine les documents qui peuvent être emportés.

Tout médecin est tenu de répondre aux réquisitions, notamment de la police (art. L367 du Code de la santé publique), sauf dans le cas où il est le médecin traitant de la personne qui doit être examinée.

[969]

Enfin, la question la plus épineuse est celle des dénonciations. Le droit pénal français fait obligation de dénoncer certains crimes ou délits contre les personnes, mais aussi de faire connaître à l’autorité judiciaire les éléments permettant de disculper un innocent. Pendant longtemps, les dispositions du Code pénal ont été en contradiction avec la règle du secret absolu. Le médecin était donc dans une situation impossible. S’il parlait, il commettait l’infraction de violation de secret professionnel, s’il se taisait, il pouvait être poursuivi pour non-dénonciation. Fort heureusement, le nouveau Code pénal a mis un terme à cette situation ambiguë. En effet, les articles 434.1, 434.3 et 434.11 qui traitent de la question des dénonciations prévoient une dérogation pour « les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues à l’article 226.13 ». Cela signifie que le médecin se trouve seul face à sa conscience. Il peut choisir de parler afin de protéger un innocent, de prévenir la perpétration d’un crime ou la récidive, mais il peut aussi décider de se taire s’il juge que la révélation n’est pas compatible avec la confiance que lui porte son patient.

En fait, le problème reste très complexe, notamment lorsque la non-révélation peut être susceptible de créer une situation de non-assistance à personne en péril, comme on pourra le voir dans la section suivante.

Avant d’en terminer avec ce sujet, il est nécessaire de préciser qu’il n’existe pas a priori de notion de secret partagé. Le médecin n’est pas autorisé à révéler les informations qu’il détient à d’autres personnes elles-mêmes tenues au secret (p. ex., assistant social ou avocat), non plus d’ailleurs qu’à d’autres médecins sauf s'ils traitent le même patient pour la même maladie. Bénéficient néanmoins du secret partagé les médecins des caisses d’assurance maladie, mais certainement pas ceux des compagnies d’assurances privées.

33.3.2. Règle de l’assistance  
à personne en péril

Principes et textes applicables

La règle de nécessité d’assister une personne en péril n’est pas universellement reconnue comme peut l’être, par exemple, celle du secret professionnel. Ainsi, elle n’existe pas dans certains États d’Amérique du Nord. En France, elle a été introduite durant la Seconde Guerre mondiale et confirmée à la Libération. Elle sous-tend un principe de solidarité, empêchant l’indifférence du passant qui resterait passif devant un individu en train de se noyer ou qui vient de subir un accident au bord de la route. Elle a été immédiatement étendue à l’activité du médecin pour qui les conditions d’application sont beaucoup plus rigoureuses, car l’information du péril peut lui parvenir par d’autres canaux que la constatation immédiate et visuelle du danger (notamment par téléphone).

Une disposition découlant d’une loi du 25 octobre 1941 a traversé les époques pour se retrouver exactement identique dans le nouvel article 223.6 du Code pénal :

Quiconque s’abstient volontairement de porter à une personne en péril l’assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours, est puni de cinq ans d’emprisonnement et de 500 000 francs d’amende.

Pour le médecin, cette prescription est renforcée par l’article 4 du Code de déontologie :

Un médecin qui se trouve en présence d’un malade ou d’un blessé en péril, ou informé qu’un malade ou un blessé est en péril doit lui porter assistance ou s’assurer qu’il reçoit les soins nécessaires.

Interprétations jurisprudentielles

La jurisprudence a d’abord défini la notion de péril. Il s’agit d’une menace pour la vie ou la santé et non d’un simple état de détresse subjectif qui ne peut pas être apprécié par un observateur extérieur. L’état de péril n’existe que si le sujet n’est pas encore décédé. On ne peut pas reprocher une absence d’assistance à quelqu’un qui se trouvait face à un mort, même s’il ne savait pas que le décès était survenu.

Il faut que la menace soit imminente. On ne peut pas reprocher à quelqu’un de ne pas avoir fait une action qui ne s’imposait pas immédiatement. C’est probablement la raison pour laquelle jusqu’à maintenant, bien qu’inquiétés à plusieurs reprises, les psychiatres n’ont pas été condamnés pour ce chef d’accusation. En effet, il faudrait que le péril qu’ils n’ont pas combattu se soit réalisé immédiatement, ce qui est finalement assez rare, sauf le cas où un sujet viendrait annoncer à son psychiatre qu’il va se suicider [970] et le ferait immédiatement après une consultation au cours de laquelle le psychiatre n’aurait prêté aucune attention à la menace.

L’origine de la menace ne compte pas. Ainsi est- on même tenu de prêter assistance à une personne qui vient de nous agresser ou de nous voler, ou encore à une personne qui a choisi volontairement de se donner la mort (tentative de pendaison ou noyade, p. ex.).

La jurisprudence a également cerné les cas où l’assistance était possible. Il est prévu qu’elle puisse se faire soit par une intervention personnelle, soit en provoquant un secours. Cependant, la jurisprudence est particulièrement sévère avec le médecin à qui elle demande presque toujours qu’une intervention personnelle minimale ait eu lieu.

La notion d’absence de risque pour la personne qui porte secours ou pour les tiers signifie qu’on demande à la personne d’être solidaire et non pas de devenir un héros. Cependant, il faut que le risque allégué pour justifier la non-intervention soit suffisamment important. Dans certaines décisions, les tribunaux sont même allés jusqu’à requérir que ce risque soit également un risque pour la vie. Ainsi, ils n’ont pas admis qu’un médecin ait prétexté une fièvre pour refuser de se déplacer auprès d’un patient qui le demandait.

L’infraction suppose que le médecin s’est volontairement abstenu d’agir. L’abstention s’entend d’une absence totale d’action : si le médecin est intervenu sans succès, il ne peut être condamné pour non-assistance ; en revanche, si son intervention a été insuffisante, il peut se voir reprocher par la justice civile une faute engageant sa responsabilité et l’obligeant à verser des dommages-intérêts.

Le refus d’agir doit être intentionnel, ce qui implique de démontrer que le médecin avait bien connaissance du péril et a décidé de ne pas intervenir.

Il ne peut pas se retrancher derrière des notions de confraternité (exemple d’un médecin qui avait refusé de se déplacer chez une patiente sous prétexte que son médecin traitant habituel était un de ses confrères). Il ne peut pas non plus se retrancher derrière le fait que le péril ne s’est finalement pas réalisé et que la personne qui était en danger n’a subi aucun dommage. Cet argument ne vaudrait que devant un tribunal civil. Devant le tribunal pénal, il y a bien eu refus d’assistance, peu importe que les suites aient été favorables.

Le seul cas où la non-intervention du médecin peut être justifiée est celui où son offre de soins s’est heurtée au refus obstiné et même agressif du malade, comme l’a précisé la jurisprudence (Chambre criminelle de la cour de cassation, 3 janvier 1973, décision rapportée dans la revue Dalloz, 1973, p. 220, note Levasseur).

\*

On voit donc que la loi française et l’interprétation qui en est proposée par les tribunaux est particulièrement sévère. Le psychiatre se trouve souvent, dans sa pratique, confronté à ce problème, notamment avec des patients suicidaires. La marge de manœuvre est très étroite, et il n’est pas rare que l’intervention soit commandée par l’aspect juridique, alors que, sur un plan purement clinique, il ne serait peut-être pas justifié de répondre à la demande du patient.

Depuis quelques années, un autre problème engendre des situations très complexes pour le médecin : il s’agit de la connaissance ou de la supposition d’abus sexuels commis sur des enfants dans leur famille. La règle de l’assistance à personne en péril voudrait que le médecin fasse tout pour éviter la répétition de tels abus. Bien souvent, la seule manière de procéder est de les dénoncer à l’autorité judiciaire ou sanitaire. Si l’on considère les règles relatives aux dénonciations et au secret professionnel, on peut penser que le médecin a le choix de son attitude. En fait, si la situation répond à la définition de la non-assistance à personne en péril, le médecin est obligé d’intervenir, c’est-à-dire de dénoncer les faits, même s’il n’est pas absolument certain de son information et même si cela risque de déstabiliser considérablement la famille, ou encore de l’exposer à des poursuites pour dénonciation calomnieuse ou diffamation.

Il n’y a pas de règle précise. Le médecin se trouve face à sa conscience et doit prendre une décision difficile au cas par cas.

33.3.3. Irresponsabilité pénale  
pour cause de maladie mentale

Principes

De tout temps, et comme dans presque tous les pays, la société ne s’est pas donné le droit de sanctionner des sujets qui ne comprenaient pas leurs actes ni les [971] lois auxquelles chacun est assujetti. Le droit pénal destiné à protéger la société et à assurer son fonctionnement harmonieux suppose que la sanction puisse empêcher la récidive et permettre l’amendement. Dans ces conditions, certains sujets ne pourraient pas bénéficier réellement de cette sanction. C’est le cas d’un certain nombre de malades mentaux. En théorie pénale française, on dit que leur acte ne leur est pas imputable. L’absence d’imputabilité est une cause d’irresponsabilité.

Le Code pénal de 1810 avait prévu des situations de ce type ; celui de 1994 en fait autant.

Textes applicables

Le droit positif actuel repose sur l’article 122.1 du Code pénal :

N’est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte au moment des faits, d’un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.

La personne qui était atteinte, au moment des faits, d’un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu’elle détermine la peine et en fixe le régime.

Le texte ancien, le fameux article 64, parlait « d’état de démence au temps de l’action ».

Dans le nouvel article, il faut bien différencier les conséquences de chacun des deux alinéas. Tous les commentateurs s’accordent pour dire que la formulation nouvelle du premier alinéa ne change pas le fond de l’article 64. Toutes les maladies mentales graves qui empêchent le discernement, l’exercice de la volonté ou contraignent le patient, qui est alors, au sens propre, aliéné, justifient l’application de cet article. Ces personnes sont donc irresponsables sur le plan pénal, ce qui aboutit à un non-lieu, c’est-à-dire que la procédure judiciaire s’arrête, qu’aucune sanction n’est prononcée et même que l’enquête n’est pas poursuivie.

La signification du second alinéa est plus controversée. Certains se demandent s’il ne s’agit pas là d’essayer de quantifier la capacité du sujet et donc de le reconnaître partiellement responsable, ce que les psychiatres critiquent, car il ne leur paraît pas possible de donner une information de ce type. On peut aussi imaginer que la juridiction tiendra compte de l’état psychique du patient pour adapter la peine, en ce qui concerne tant son quantum que sa qualité, en choisissant la sanction qui soit la mieux adaptée à la personnalité, par exemple. On peut craindre aussi qu’il y ait confusion entre la sanction et un traitement proposé par l’expert. Enfin, on peut imaginer, dans certaines circonstances où la dangerosité est attestée en raison du trouble (p. ex., une perversion), que la peine soit aggravée ou du moins que la période de sûreté (celle pendant laquelle le sujet ne peut pas bénéficier de remise de peine) soit allongée.

Le psychiatre qui intervient pour éclairer la justice sur l’existence ou non de tels troubles est presque toujours inscrit sur une liste d’experts dressée par une cour d’appel ou la cour de cassation. Il répond à différentes questions sur l’état mental du sujet, son éventuelle dangerosité et la nécessité de soins, entre autres. Son opinion ne s’impose cependant pas au juge qui peut donc la rejeter ou demander un complément d’expertise, voire une contre-expertise, s’il n’est pas satisfait de la réponse.

Conséquences

Si l’irresponsabilité est reconnue par la juridiction, l’action judiciaire s’interrompt. Il n’y a donc plus lieu à sanction et, en particulier, le sujet peut être libéré s’il était incarcéré préventivement.

Le plus souvent, ce non-lieu judiciaire est suivi par l’application de la loi du 27 juin 1990 et une hospitalisation d’office. Il est cependant possible, si l’état qui a entraîné l’abolition du discernement ou du contrôle des actes était passager, que la personne ne soit pas hospitalisée.

Lorsque l’hospitalisation d’office est justifiée, elle peut se faire soit dans l’hôpital psychiatrique qui dessert le domicile habituel du sujet, soit dans un hôpital spécial dénommé unité pour malades difficiles (UMD). Ces unités ne sont qu’au nombre de quatre en France (Cadillac, Montfavet, Sarreguemines, Villejuif). Les critères et la procédure d’admission y sont particuliers. Les UMD sont destinées à recevoir essentiellement les patients ayant bénéficié de l’application de l’article 122.1 ainsi que d’autres patients dangereux n’ayant pas eu affaire à la justice.

Comme cela a déjà été indiqué à la section 33.1.2, la sortie de l’hôpital de tels patients est rendue plus [972] difficile par une procédure spéciale prévue dans la loi du 27 juin 1990. Il faut que deux experts indépendants attestent la possibilité de sortie et l’absence de dangerosité du sujet pour lui-même ou pour les tiers.

\*  
\* \*

La spécificité de la psychiatrie conduit à donner une place particulièrement importante aux aspects juridiques de l’exercice de la profession. En effet, le médecin doit soigner des personnes dont, d’une part, l’organe qui permet de vouloir et de consentir est atteint par la maladie et dont, d’autre part, une des caractéristiques principales est d’avoir des troubles du comportement. Se pose alors fréquemment la question de la validité du consentement aux soins et des situations qui autorisent les obligations de soins, de même que celle de l’application de textes législatifs particuliers dans les cas de comportement inhabituel du patient. Il en est ainsi évidemment en cas d’infractions contre les personnes, voire contre les biens, mais aussi lorsque le patient peut se nuire à lui-même à l’occasion d’un acte de la vie civile (mariage, divorce, contrat, etc.). Il est donc tout particulièrement important que chaque psychiatre connaisse le mieux possible les différents textes législatifs et réglementaires qui s’appliquent dans ces situations très diverses et relativement fréquentes dans sa pratique.

Par ailleurs, en France, la maladie mentale a encore une connotation péjorative et peut constituer une véritable stigmatisation. De ce fait, toutes les informations relatives à un trouble psychiatrique doivent rester confidentielles, alors que la pression sociale est de plus en plus forte pour les connaître, avec des motifs qui sont parfois légitimes et d’autres fois beaucoup moins. Le psychiatre est donc particulièrement exposé aux risques de violation du secret professionnel s’il ne connaît pas clairement les dérogations qui s’appliquent et leurs limites.

C’est la raison pour laquelle la psychiatrie légale est une branche de plus en plus nécessaire à l’exercice de la psychiatrie.

Bibliographie

Auby, J.M. (sous la dir. de)

*Traité de droit médical et hospitalier*; Paris, Litec éditeur (mises à jour régulières).

Cordier, B., et coll.

1987 *Aspects législatifs et administratifs de la psychiatrie*, Paris, Maloine.

*Dictionnaire permanent de bioéthique et de biotechnologies*, Paris, Éditions législatives (mises à jour permanentes).

JONAS, C.

1993 *La psychiatrie légale en questions*, Paris, Sanofi éditeur.

[973]

[974]

TROISIÈME PARTIE  
Spécialités psychiatriques

PÉDOPSYCHIATRIE

Chapitre 34

INTRODUCTION  
À LA PÉDO-PSYCHIATRIE

[Retour à la table des matières](#tdm)

Michel Lemay, M.D.

Psychiatre à l'Hôpital Sainte-Justine (Montréal). Professeur titulaire au Département de psychiatrie de l’Université de Montréal

Philippe Robaey, M.D., Ph.D.

Chercheur senior ER.S.Q. et directeur du laboratoire de psychophysiologie cognitive et de neuropsychiatrie de l’Hôpital Sainte-Justine (Montréal)

Chercheur titulaire au Département de psychiatrie de l’Université de Montréal et de l’Hôpital Sainte-Justine (Montréal)

Sonia Mansour-Robaey, Ph.D. (neurobiologie)

Doctorante en philosophie (section philosophie de l’esprit, philosophie des sciences) à l’Université du Québec à Montréal. Boursière du Conseil de recherches en sciences humaines du Canada

[975]

**PLAN**

34.1 Clinique et pédopsychiatrie

34.1.1. Interpénétration des facteurs ayant façonné la pédo-psychiatrie

34.1.2 Aspects particuliers de la pédopsychiatrie

34.2 Démarche diagnostique

34.3 Modalités d’intervention thérapeutique

34.4 Recherche en pédopsychiatrie

34.4.1 Méthode expérimentale en psychiatrie clinique

34.5 Modèle intégré en psychiatrie de l’enfant

34.6 Nouveaux paradigmes

34.6.1 Génétique

34.6.2 Neurobiologie du développement

34.6.3 Imagerie cérébrale

34.6.4 Sciences cognitives

34.6.5. Sciences sociales

Bibliographie

Lectures complémentaires

[976]

Pour introduire le lecteur aux différentes dimensions de la pédopsychiatrie seront d’abord dégagées les caractéristiques de cette discipline à travers son histoire et les divers aspects de sa pratique, du diagnostic au traitement. On verra ensuite les principes qui sont à la base de la recherche clinique avant d’examiner les promesses et les difficultés des recherches dans le domaine de la psychopathologie infantile.

34.1. CLINIQUE  
ET PÉDOPSYCHIATRIE

Bien que la pédopsychiatrie soit une discipline relativement récente, puisqu’elle s’est développée dans la plupart des pays occidentaux quelques années après la Seconde Guerre mondiale, son existence était déjà reconnue avant cette période. Ainsi, pour ne citer que ces exemples :

- en 1897 A. Meyer créait, aux États-Unis, la première Child Guidance Clinic ;

- en 1925 une clinique annexe de neuropsychiatrie infantile dirigée par G. Heuyer voyait le jour en France ;

- en 1926 une section de guidance infantile était ouverte à la Tavistock Clinic de Londres ;

- en 1928 un premier service universitaire de psychiatrie infantile était institué en Italie, avec Sancte de Sanctis (Duché, 1990).

Si elle est parfois une spécialité distincte de la psychiatrie générale (p. ex., en France, en Suisse, en Norvège, en Suède), la pédopsychiatrie est au Canada une option dans le programme des études psychiatriques globales, le pédopsychiatre devant intégrer dans sa formation deux années d’études orientées vers les troubles mentaux de l’enfance et de l’adolescence.

Un regard en arrière sur l’histoire de cette discipline permet de dégager deux courants fondateurs. En Europe francophone, elle a d’abord été créée par des neuropsychiatres de tendance biologique (Ajuriaguerra, 1970 ; Heuyer, 1966). Ce n’est que par la suite que des psychanalystes ont apporté leurs contributions déterminantes pour l’orientation de l’enseignement et de la pratique (voir, p. ex., Lebovici, Diatkine et Soulé, 1995). Dans les milieux anglo-saxons et surtout américains, l’influence du courant psychodynamique a été au début prédominante, puis est devenue plus ouverte à d’autres directions (voir, p. ex., Noshpitz, 1998 ; Rutter, Taylor et Hersov, 1994 ; Wiener, 1995). Peu à peu, la pédopsychiatrie s’est trouvée façonnée par tout un ensemble de facteurs.

34.1.1. Interpénétration des facteurs  
ayant façonné la pédo-psychiatrie

Différents apports ont contribué à la compréhension de l’enfant, être en maturation dans un environnement multiforme, du point de vue de son développement normal et de ses déviations : la neurobiologie, l’éducation spécialisée, la psychologie individuelle et sociale, l’anthropologie, la sociologie, la pédagogie, la psychanalyse. Très tôt, donc, on assiste à un brassage étonnant d’idées dans lequel l’apport des domaines non médicaux est tout aussi important que celui de la médecine. La notion de pluridisciplinarité s’est ainsi rapidement imposée, aussi bien dans la démarche diagnostique que dans les approches thérapeutiques. En raison de la multiplicité des points de vue possibles, des professions s’intéressant à la santé mentale de l’enfant sont apparues en nombre croissant. Si les intervenants se réduisaient, vers 1950, aux médecins, travailleurs sociaux, infirmières, pédagogues, éducateurs et, exceptionnellement, psychologues, plus de 40 professions vouées à l’enfance peuvent être à présent dénombrées, lesquelles n’existent pas partout sous la même appellation et n’ont pas toujours la même signification. De cette multiplication des professions découle un foisonnement d’idées, mais aussi une réelle difficulté à clarifier leurs identités respectives.

Un tel déploiement est d’autant plus complexe que des courants successifs de pensée ont tenté d’imposer leurs conceptions : courants biologique, psychodynamique, cognitif, sociologique, comportemental, antipsychiatrique, systémique, etc. Certaines équipes de travail ont opté pour l’éclectisme, tout en cherchant à se définir une vision commune minimale. D’autres ont décidé de n’approfondir qu’une orientation, entrant plus ou moins en rivalité avec d’autres groupes défendant des positions opposées. Les champs d’action se sont considérablement étendus pour finir par couvrir toutes les périodes de l’enfance et englober diagnostic et traitement, cela aussi bien dans les milieux hospitaliers, les centres pour enfants et les écoles que dans la pratique en cabinet privé. La [977] prévention est devenue l’une des grandes préoccupations, avec l’espoir que des interventions précoces et intensives puissent prévenir l’apparition de troubles psychiques.

34.1.2. Aspects particuliers  
de la pédopsychiatrie

De multiples variables personnelles et environnementales interviennent dans le développement d’un enfant. De ce fait, sa maturation neurologique, affective, intellectuelle ou psychosociale ne peut être abordée selon une perspective unique. Quelle qu’en soit la difficulté, il est nécessaire de relier les uns aux autres les différents domaines de sa personnalité.

Bien avant de naître, l’enfant prend forme dans et par le désir de ceux qui vont l’accueillir. Devenant lui-même un être individualisé, c’est-à-dire différent des attentes originelles de ses parents, il heurte, par sa manière d’être et d’agir, ceux qui l’élèvent et voudraient être les maîtres alors qu’ils sont aussi les disciples. Progressant à l’intérieur d’un système interactif enfant-parent-environnement, le jeune ne peut être compris ni traité isolément. Il faut donc essayer de mobiliser et souvent modifier le milieu familial dans lequel il évolue.

Un enfant ne se développe pas de façon linéaire. Bien qu’il soit possible de définir une série de stades à franchir pour parvenir à la maturité psychoaffective et cognitive, des crises surgissent inévitablement. Elles entraînent la mise en œuvre de mécanismes de défense et d’adaptation dont les modes d’expression peuvent dérouter l’entourage. Le pédopsychiatre a pour tâche de reconnaître les manifestations d’un syndrome psychiatrique susceptible de s’installer ou les problèmes particuliers à une étape de l’évolution.

À vrai dire, la plasticité cérébrale de l’enfant est considérable. Elle permet des remaniements peu prévisibles, d’autant plus que les facteurs environnementaux tels que la famille, l’école, le monde des loisirs et des pairs subissent aussi de grands changements. C’est pourquoi la notion de syndrome est beaucoup plus floue dans le domaine de la psychopathologie de l’enfant que dans celui de la psychiatrie de l’adulte, et il n’est pas rare qu’un diagnostic posé au cours d’une phase de la vie d’un jeune doive être revu quelques années plus tard.

En dépit d’une incertitude en matière de diagnostics et de pronostics, les conditions requises pour qu’un enfant réalise le processus de séparation (Mahler, Pine et Bergman, 1975) et se construise une personnalité saine sont assez bien connues. Il est donc possible de repérer les enfants dits à risque et de déterminer les situations minimales en dehors desquelles un être humain ne peut se construire ni sur le plan physique ni sur les plans affectif, cognitif, social et moral. Exiger qu’une société mette en place des structures affectives, culturelles, économiques, éthiques et juridiques propres à favoriser un développement harmonieux est la responsabilité première de tout intervenant en santé mentale de l’enfant dont la tâche comporte une part d’engagement social. Aucune prévention, aucun dépistage précoce, aucune intervention efficace ne peut se concevoir sans ces structures.

34.2. Démarche diagnostique

Malgré quelques divergences liées aux fondements théoriques et malgré des termes parfois différents pour décrire les mêmes perturbations mentales, un certain consensus se dégage en ce qui a trait à la démarche diagnostique.

Lorsque des troubles psychiques se manifestent, certains critères permettent de qualifier leur degré de gravité. Les principaux points de référence sont :

- la durée et l’intensité des symptômes ;

- les réactions de l’entourage à ces manifestations ;

- un arrêt ou une régression dans le développement se répercutant dans toutes les sphères de l’existence (famille, école, loisirs, jeux solitaires) ou la conservation d’un domaine permettant à l’enfant de développer un sentiment d’appartenance et de valorisation ;

- la présence de certains groupements symptomatiques évoquant un trouble mental sévère ;

- l’atteinte ou non des fondements de l’identité (prise de conscience globale du corps, orientation dans l’espace et dans le temps, maîtrise progressive de la causalité, maîtrise adéquate de l’anxiété, mise en place des processus symboliques conscients tels que le langage et le jeu représentatif, début de la socialisation).

[978]

C’est en général la famille ou une institution qui demande une évaluation diagnostique et une intervention pour un enfant. Cette demande est d’autant plus nécessaire à clarifier qu’elle ne concorde pas nécessairement avec les attentes du jeune. Par exemple, des parents peuvent vouloir que leur enfant devienne plus sage et obéisse à leurs directives, tandis que le jeune patient peut souhaiter plutôt qu’on l’aide à acquérir une plus grande autonomie.

Les difficultés, même si elles découlent d’une atteinte instrumentale telle qu’un déficit intellectuel, surviennent toujours au sein d’un système familial dont il faudra apprécier la dynamique, tant en ce qui a trait à ses aspects contraignants qu’en ce qui a trait à ses forces. Le premier temps d’une évaluation est donc la rencontre avec la famille, qui permet non seulement de recueillir diverses informations concernant la vie de l’enfant, mais également de situer le problème dans sa réalité familiale et sociale.

De la petite enfance à l’adolescence, les modes de réception et d’intégration des stimuli, les formes d’expression symboliques et gestuelles, les modalités relationnelles se transforment profondément. Le pédopsychiatre doit être capable d’entrer en relation avec un jeune en tenant compte de son âge, de sa maturité et de ses intérêts. Savoir établir un contact émotif avec un nourrisson, s’appuyer sur les jeux ou le dessin plus tardivement, s’intéresser authentiquement aux préoccupations d’un adolescent sont les préalables complexes mais nécessaires à toute intervention.

Par l’intermédiaire de conversations, d’activités libres et standardisées, un lieu propice à l’expression sera créé. Le médecin, attentif et faisant preuve d’empathie, pourra dès lors demander une succession d’efforts à l’enfant de façon qu’il en vienne à révéler ses différentes capacités, autant dans le domaine psychomoteur que dans les domaines affectif et cognitif. La démarche diagnostique ne consiste donc pas simplement à prêter attention à l’expression spontanée d’un jeune, elle appelle une intervention active fondée sur la mise en place de situations visant à faire ressortir les forces et les faiblesses d’un patient toujours à replacer par rapport à son histoire antérieure, son âge, sa culture, les conflits immédiats discernables, son cadre de vie.

L’anamnèse est évidemment nécessaire. Elle comprend le récit, par les parents, du déroulement des années antérieures, mais aussi les souvenirs que l’enfant peut avoir de son passé, photos, dessins ou autres documents qui ont pu être conservés à l’appui. Les points suivants seront abordés :

- le déroulement de la grossesse et de l’accouchement ;

- le développement au cours des premières années sur les plans perceptif, intellectuel, moteur, physique, affectif et social ;

- les attentes qu’entretiennent les personnes significatives envers l’enfant ;

- les modes d’intégration aux groupes extérieurs à la famille (à l’école, dans les loisirs, avec les pairs) ;

- les expériences traumatisantes vécues le cas échéant (maladies, séparations d’êtres chers) ;

- les intérêts dans les domaines familial, scolaire, parascolaire.

Un examen physique par un pédiatre précède habituellement l’évaluation pédopsychiatrique. Cela ne dispense toutefois pas le pédopsychiatre de faire preuve de vigilance par rapport au développement physique et neurodéveloppemental de son patient, en se rappelant que si de nombreuses affections (troubles métaboliques, endocriniens, génétiques, cérébraux) peuvent être à l’origine de troubles mentaux, il arrive aussi que des conflits mal assumés par l’enfant se répercutent sur son corps, le cerveau étant par excellence un organe psychosomatique. Certains aspects méritent une attention particulière :

- les modalités sensorielles et perceptives qui permettent de recevoir et d’intégrer les stimuli ;

- les aptitudes motrices telles que coordinations analytique et globale, équilibre, contrôle moteur, maintien, latéralisation, etc. ;

- la construction du schéma corporel ;

- la réactivité tonique ;

- la présence de signes neurologiques mineurs tels que syncinésies, dyspraxies légères, dystonie, agitation motrice, dispersion devant les stimuli. La collaboration d’un ergothérapeute ou d’un psychomotricien est ici précieuse.

Souvent, l’évaluation pédopsychiatrique se fait en collaboration avec un psychologue qui peut apprécier le profil des capacités cognitives du patient et reconnaître des éléments de son monde psychique. Le pédopsychiatre doit étudier, au cours des conversations qu’il a avec le jeune, sa façon de recevoir les messages, [979] de s’exprimer, d’élaborer ses représentations, de mobiliser son jugement, sa mémoire et son raisonnement, d’analyser les événements, de soutenir son attention, de se projeter dans l’avenir et d’évoquer le passé. Il en viendra ainsi à cerner comment l’enfant parvient à s’adapter à son milieu par le jeu des mécanismes fonctionnels de son intelligence et pourra confronter ses observations cliniques aux informations moins empiriques fournies par les tests ou des mises en situation standardisées. Cela suppose de la part du pédopsychiatre une bonne connaissance des stades du développement cognitif.

Bien des symptômes sont la résultante de conflits intériorisés cherchant à s’exprimer par des manifestations dont le sens échappe à l’enfant. Ces processus liés à l’écart inévitable entre les désirs naissants, la toile des attentes tissée au jour le jour par le milieu familial et les exigences de la microsociété au sein de laquelle vit l’enfant entraînent l’édification d’un monde inconscient et préconscient, source à la fois de dynamisme, de contraintes, de souffrances et de tensions. L’un des objectifs d’une évaluation pédopsychiatrique est d’aller rejoindre, au moins partiellement, cet univers de sensations et d’images et de déterminer son rôle dans les difficultés qu’éprouve le jeune. Les principales voies d’accès à cette vie imaginaire et fantasmatique sont, chez l’enfant et l’adolescent, le jeu, les différents modes d’expression symbolique tels que le dessin libre et les situations projectives (y compris celles qui sont proposées dans le cadre d’une évaluation par un psychologue), le discours verbal dans la mesure où il peut librement se déployer. La tâche du pédopsychiatre est de créer, en offrant des voies d’expression et tout le soutien nécessaire, un lieu privilégié où le jeune patient se donne le droit d’exprimer ses images intérieures sans craindre que sa parole ne soit jugée ou censurée. De ce discours verbal, gestuel ou graphique émergent des espoirs, des craintes, des attentes, des contradictions ou des convergences qui, recueillis prudemment, peuvent non seulement orienter vers des causes possibles, mais instaurer déjà un temps thérapeutique. Si cette phase de la rencontre a été parfois hypertrophiée sous l’influence d’une conception selon laquelle les symptômes sont toujours la résultante de conflits intrapsychiques non résolus, elle demeure une période fondamentale de toute évaluation et ne doit pas être écourtée sous le prétexte fallacieux qu’elle est longue, marquée par la subjectivité, dépassée par les nouvelles connaissances neurobiologiques.

L’évaluation peut aussi comporter des exercices à visée plus spécifique : épreuves d’attention ;

- activités permettant d’apprécier les intérêts et les réactions du jeune face à des tâches de nature scolaire ;

- épreuves dépassant légèrement les capacités adaptatives habituelles afin d’évaluer la motivation et la capacité à faire face à des défis nouveaux.

Il arrive qu’une observation directe de l’enfant dans son milieu familial, dans son milieu scolaire ou dans ses activités de loisir soit envisagée dans le but de préciser un diagnostic qu’il faut souvent associer à des évaluations réalisées conjointement par d’autres professionnels tels qu’orthophonistes, pédagogues spécialisés, travailleurs sociaux, éducateurs.

Afin de donner les moyens de situer les symptômes et les syndromes selon des tableaux cliniques admis par l’ensemble des praticiens, et pour fournir une terminologie commune, des classifications ont été proposées.Trois d’entre elles sont à citer :

- le Diagnostic and Satistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) [American Psychiatrie Association, 1994] ;

- la Classification internationale des maladies (CIM-10) [World Health Organization, 1993] ;

- la *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent* (Ministère des Affaires sociales et de l’Intégration, 1988).

Le regroupement de toutes les données recueillies permet au pédopsychiatre de se faire une idée sur la genèse et l’importance des symptômes, sur l’organisation structurale de la personnalité ainsi que sur la qualité de l’environnement. Si la période privilégiée de la rencontre évaluative a déjà été un acte thérapeutique, le pédopsychiatre va proposer des modalités d’aide chaque fois qu’une telle intervention lui apparaît nécessaire.

34.3. MODALITÉS D’INTERVENTION  
THÉRAPEUTIQUE

Le choix d’une intervention requiert que soient clarifiées plusieurs questions :

- Faut-il axer l’intervention sur l’enfant, sur le système familial dans lequel il vit ou doit-on [980] privilégier une approche mixte ? Dans ce dernier cas, celle-ci doit-elle relever d’une seule personne qui coordonne ainsi une intervention globale ou faut-il répartir les responsabilités, un praticien accompagnant le jeune et un autre travaillant avec la famille ?

- L’intervention proposée doit-elle être surtout centrée sur un symptôme tel qu’un retard moteur, un trouble de l’apprentissage, une dysphasie, ou s’attachera-t-elle à l’organisation même de la personnalité en cherchant à mobiliser les aptitudes psychiques, à accroître l’estime de soi, à renforcer le sentiment d’appartenance, etc., par des rencontres régulières individuelles ou en groupe ?

- L’action thérapeutique peut-elle se satisfaire de visites espacées ou exige-t-elle soit une hospitalisation momentanée, soit l’insertion dans un milieu thérapeutique où le jeune est accueilli par une équipe interdisciplinaire (en particulier pédagogues et éducateurs) plusieurs heures par jour (soins de jour, clubs thérapeutiques, soins du soir) ?

Selon les réponses à ces premières questions, le pédopsychiatre dispose de moyens thérapeutiques diversifiés qui ont leurs indications spécifiques et qui peuvent être combinés :

- pharmacothérapie ;

- psychothérapie individuelle d’inspiration psychodynamique ou centrée sur la réalité ;

- psychothérapie cognitive ; thérapie corporelle de type relaxation, psychomotricité, ergothérapie ;

- thérapie comportementale ;

- thérapie familiale d’inspiration diverse ;

- thérapie de groupe.

Le pédopsychiatre doit se donner le temps de réfléchir sur ces multiples modalités thérapeutiques et prendre une décision en partant non d’un préjugé philosophique, mais de la reconnaissance des besoins de l’enfant et de sa famille.

Cependant, quelle que soit la décision, il est clair que la personnalité du médecin joue un rôle considérable dans le déroulement du traitement. Comme tout être humain, le médecin a vécu, tout au long de son existence, des situations conflictuelles susceptibles d’influer sur la qualité de son aide, et cela d’autant plus lorsque le patient est un enfant. En effet, à cause de ses caractéristiques propres, l’enfant est un objet de projections continuelles, et l’adulte risque de réaliser, de bloquer ou de dévier par ses interventions une multitude d’émois non satisfaits ou exacerbés de son histoire originaire. La lucidité d’un regard sur soi et sur sa démarche ne s’acquiert que par un lent processus de réflexion, souvent avec un autre thérapeute, et par une exploration de ses propres résonances émotives. Cette acceptation d’une mise en cause personnelle dans sa relation avec l’autre ne doit jamais être oubliée.

34.4. RECHERCHE  
EN PÉDOPSYCHIATRIE

La recherche en pédopsychiatrie peut être définie comme une réflexion formulée dans le cadre d’une approche empirique ou expérimentale dont le point de départ et les objectifs se situent dans la pratique clinique. Mais une approche empirique ou expérimentale cherche à expliquer des données cliniques observables à partir des relations causales entre des éléments qui doivent nécessairement provenir de niveaux d’observation différents, que ce soit dans la dimension de l’espace (du cerveau comme entité opérationnelle à celui de la synapse) ou du temps (de la durée d’une vie, d’un rituel obsessionnel, aux quelques dizaines de millisecondes nécessaires à une opération cognitive). Le but est de mieux décrire et expliquer les troubles mentaux chez l’enfant dans le contexte général de son développement et, donc, de mieux les traiter. On peut, dès lors, légitimement penser que la recherche en pédopsychiatrie, en plus de contribuer à une meilleure compréhension et à un traitement plus efficace des troubles mentaux de l’enfance, pourra fournir un apport majeur tant dans l’étude étiologique de certains troubles en psychiatrie de l’adulte que dans la prévention de ces troubles.

La recherche scientifique procède d’abord à une réduction du phénomène clinique à l’une de ses composantes. Cette réduction se fait à la fois dans un modèle clinique explicatif de la maladie, où la composante ciblée joue un rôle critique, et dans un modèle expérimental (un paradigme) qui permet de tester le modèle clinique à partir de mesures objectives qu’on veut le plus fidèles possible aux éléments du modèle. Les enseignements tirés d’un paradigme expérimental ne concernent par conséquent qu’une [981] partie du phénomène clinique, celle qu’ont définie le modèle clinique et le paradigme expérimental, mais doivent par ailleurs servir à élaborer des hypothèses sur d’autres parties, et ainsi, de proche en proche, étendre progressivement la compréhension du réseau des mécanismes en interaction dans le phénomène clinique global.

34.4.1. Méthode expérimentale  
en psychiatrie clinique

La méthode scientifique en pédopsychiatrie est donc tributaire de la définition d’entités cliniques qui sont le reflet de l’histoire de modèles et de concepts qui y sont largement antérieurs. L’examen critique de ces modèles et concepts selon une pratique clinique rigoureuse est donc la première étape indispensable, sous peine de laisser les approches scientifiques sans véritable objet d’étude. L’approche expérimentale en recherche clinique, qui part d’un phénomène clinique pour en dévoiler les différentes composantes, abandonne dans un premier temps tout projet d’explication globale ; elle est donc, d’une certaine manière, à l’opposé de la réflexion critique qui guide l’intervention clinique.

La description des entités cliniques s’est faite essentiellement, jusqu’ici, sur la base de critères qui ne sont rien d’autre que des fragments de comportements observables que seule une association statistique permet de regrouper de manière fiable. Il n’est donc pas étonnant que la grande majorité des travaux ait porté sur les troubles externalisés, plus faciles à objectiver, et sur quelques syndromes dont la séméiologie paraissait faire consensus, au moins dans un premier temps (comme l’autisme et le retard mental). Il faut souligner l’apport essentiel, dans la définition de ces entités cliniques, des épidémiologistes qui, en plus de fournir des données statistiques sur la fréquence de tel ou tel tableau clinique, ont souvent permis de distinguer entre elles des manifestations voisines ou, au contraire, ont soulevé, sur la base d’indices de comorbidité ou d’évolution des formes cliniques, des questions fondamentales. Par exemple, au cours de l’adolescence, les troubles des conduites et les troubles de l’humeur bipolaires sont associés à l’abus de substances, mais pas l’hyperactivité ou le trouble opposi- tionnel (Biederman et coll., 1997). Pourtant, il existe un risque élevé d’abus de substances à l’âge adulte chez les personnes ayant eu un diagnostic d’hyperactivité dans l’enfance, même si cette symptomatologie s’amende complètement au cours du développement (Mannuzza et coll., 1993). On peut donc poser la question suivante : l’hyperactivité constitue-t-elle un facteur de risque spécifique permettant d’expliquer l’association tardive, dans la transition de l’adolescence à l’âge adulte, entre hyperactivité et abus de substances ? Un autre exemple : la comparaison systématique des tableaux cliniques des troubles graves du développement dans des études familiales ou de jumeaux a mené à une redéfinition de l’autisme sur la base de trois concepts cliniques (troubles de la communication, altération des interactions sociales, comportements et intérêts stéréotypés) [voir le chapitre 35], en repérant les différentes formes symptomatiques de l’autisme apparaissant au cours du développement, aussi déviantes que puissent être les trajectoires développementales des enfants autistes.

Comme l’indiquent les deux exemples précédents, le développement de l’enfant constitue l’axe central de la redéfinition des entités cliniques en pédopsychiatrie, bien que, dans nombre de définitions cliniques, il ne soit encore souvent qu’une variable à contrôler dans l’évaluation clinique. La relative rareté des études longitudinales a, en effet, fréquemment conduit à assimiler les symptômes observés chez l’adulte à ceux que présente l’enfant, pour établir un diagnostic. Dans la plupart des définitions proposées par l’American Psychiatric Association (1994) et dans les travaux qui en découlent, les classifications sont les mêmes pour l’adulte et pour l’enfant. Tout au plus y admet-on certaines adaptations des comportements symptomatiques en fonction de l’âge, de l’adulte comme point de référence vers l’enfant. La validité d’une telle démarche est, bien entendu, de plus en plus problématique quand il s’agit d’enfants de plus en plus jeunes. La définition, à côté des troubles communs aux enfants et aux adultes, de troubles spécifiques des enfants de moins de cinq ans témoigne des limites de cette démarche.

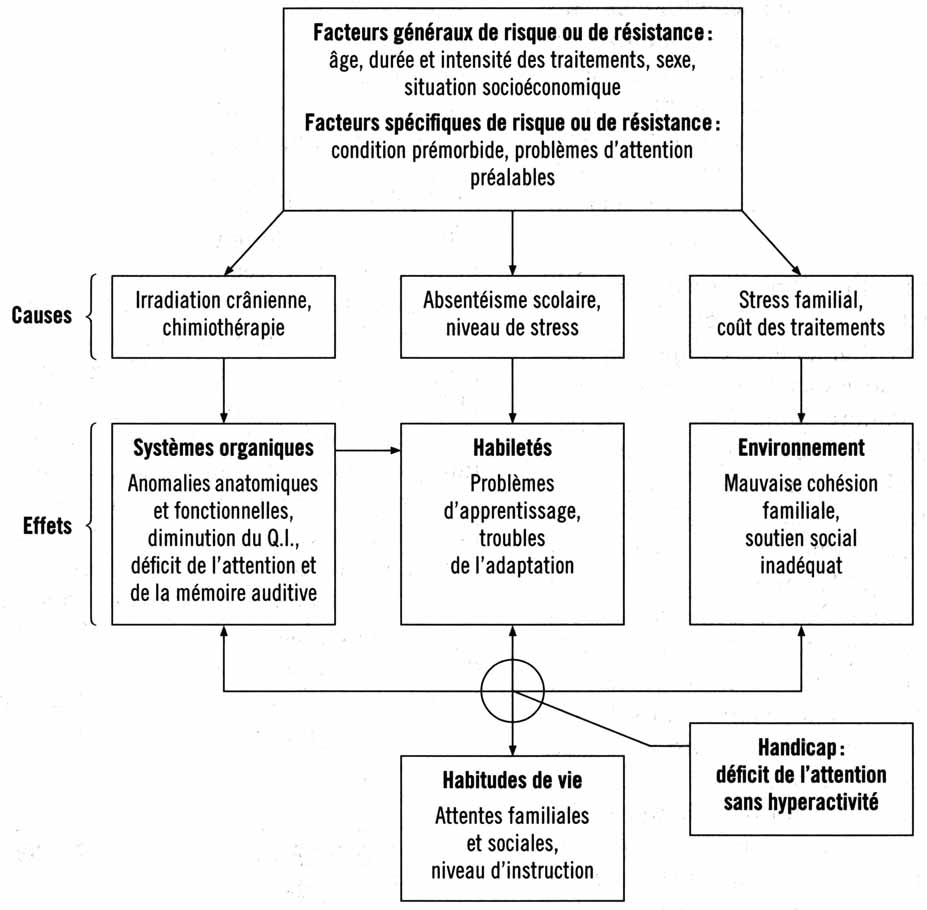
34.5. MODÈLE INTÉGRÉ  
EN PSYCHIATRIE DE L’ENFANT

Dans le cadre d’une approche empirique ou expérimentale, les données objectives peuvent être [982] recueillies aux différents niveaux d’organisation, neuronal, cérébral et comportemental, de ce phénomène complexe qu’est le trouble psychiatrique, en particulier en pédopsychiatrie. Mais la recherche clinique se doit de reconstituer, finalement, le phénomène global, puisque son objectif est de soigner les enfants. Elle ne peut, de ce fait, suivre fidèlement la méthode de la recherche fondamentale qui ne subit pas les contraintes qui sont celles de la recherche clinique. La solution, pour cette dernière, est le recours à un modèle multifactoriel, mais clairement défini, comme celui que propose l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH), 1980] pour les handicaps, en particulier les handicaps mentaux (voir la figure 34.1). Cette modélisation devrait permettre d’assurer un certain pouvoir de testabilité aux hypothèses de travail, en particulier si les variables dépendantes et indépendantes appartiennent à des registres d’explication et d’observation différents (Robaey et coll., 2000).

Dans un premier temps, le modèle doit distinguer les niveaux environnemental et individuel. L’environnement peut être représenté par des cercles concentriques centrés sur l’enfant, mais comprenant des éléments de plus en plus larges et divers, du cadre de

FIGURE 34.1

Modèle de création de handicap selon POMS,  
révisé par la Société canadienne et le Comité québécois pour la ICIDH [[10]](#footnote-10)\*



[983]

vie proche et habituel de l’enfant jusqu’aux valeurs culturelles d’une société concernant l’enfance ou les ressources qu’elle peut lui consacrer. Les premiers cercles, qui englobent d’abord la famille et ensuite l’école, sont les plus importants en pédopsychiatrie, car ce sont les milieux qui jouent un rôle déterminant dans le développement cognitif, émotionnel et relationnel de l’enfant. D’ailleurs, l’enfant est le plus souvent amené en consultation à la suite de problèmes qui surviennent à l’école ou dans la famille, environnements qui jouent donc le rôle de révélateurs. Étant donné qu’il est difficile d’obtenir des renseignements objectifs et fiables de la part de l’enfant, difficulté d’autant plus grande que l’enfant est jeune, les évaluations cliniques se fondent le plus souvent sur les informations obtenues des parents et des enseignants.

Au niveau individuel, on discerne le niveau organique, essentiellement cérébral, mais qui doit pouvoir inclure également d’autres systèmes (endocrinien, métabolique, etc.), qui peut être perturbé par des lésions ou des dysfonctions cérébrales objectivables par différentes méthodes d’exploration anatomique ou fonctionnelle. Le deuxième niveau individuel est celui des habiletés cognitives ou psychoaffectives : il est lié directement au niveau précédent par des relations causales, mais interagit aussi avec différents facteurs environnementaux. Le développement normal d’un enfant, modulé par les attentes sociales, familiales, scolaires et autres à différents âges, est le produit d’interactions complexes entre ces différents niveaux. Il en est de même pour l’apparition des troubles pédopsychiatriques, et le clinicien n’a en général accès qu’au produit de ces interactions complexes, si bien que le premier pas, ainsi que le problème principal, de la recherche en pédopsychiatrie, comme de la clinique, est de définir ses objets d’étude et d’intervention et de les situer dans un ensemble complexe et évolutif.

En psychiatrie de l’adulte, la validité statistique des diagnostics, bien que souvent encore imparfaite, semble garantir leur validité clinique. En fait, seule une description complète de l’ensemble des interactions entre les différents niveaux, y compris une définition de leurs états d’équilibre, même temporaires, permettrait d’affirmer la validité d’une entité clinique. Chez l’enfant, la validité clinique ne peut vraiment être établie que dans une perspective développementale, car l’ensemble des interactions entre les différents niveaux engendre une dynamique où le point d’équilibre est en constante évolution, repérable au regard de l’âge dans le développement normal, mais beaucoup plus difficilement dans le développement atypique. Évidemment, il existe des situations (comme la trisomie 21, responsable du syndrome de Down) où un facteur domine tous les autres et explique la plus grande part d’un ensemble de symptômes, mais aucun niveau d’observation ne peut jamais prétendre tout expliquer, et il sera toujours difficile, en pédopsychiatrie, de définir des entités cliniques de façon précise tant elles sont soumises à de multiples influences.

34.6. NOUVEAUX PARADIGMES

Une fois les hypothèses cliniques énoncées, c’est le paradigme expérimental qui joue un rôle essentiel dans la démarche scientifique. Or ce paradigme est étroitement dépendant des progrès techniques, lesquels ont, au cours des deux dernières décennies, grandement étendu les champs du possible. De nouveaux paradigmes ont vu le jour qui, des mécanismes cellulaires les plus fondamentaux au fonctionnement global du cerveau, sont en train de modifier en profondeur la pédopsychiatrie, les principaux étant la génétique, la neurobiologie, l’imagerie cérébrale, les sciences cognitives et les sciences sociales.

34.6.1. Génétique

La génétique a parfois mauvaise réputation auprès des psychiatres. La recherche génétique implique souvent, aux yeux du praticien, l’idée d’une fatalité incurable, alors que l’environnement lui apparaît comme la cible par excellence du traitement. Or les progrès en génétique des comportements et en génétique moléculaire conduisent à une vision bien différente en soulignant les interactions étroites entre facteurs génétiques et facteurs épigénétiques. Les méthodes d’analyse en génétique des populations permettent en effet de quantifier la contribution des facteurs génétiques et environnementaux à la variabilité d’un phénotype ou à la corrélation entre phénotypes (Comings et coll., 2000) ou de déterminer la direction de liens causaux entre des phénotypes corrélés dans la mesure où les contributions relatives génétiques et environnementales sont différentes pour [984] chacun d’entre eux. Enfin, dans le cadre d’études longitudinales, il devient possible d’évaluer ces contributions relatives dans les processus de développement eux-mêmes.

Quelques exemples suffiront à démontrer la richesse de ces interactions. Le fait que les facteurs génétiques expliquent près de la moitié de la corrélation entre l’environnement familial et le développement cognitif et près des deux tiers de la corrélation entre l’attitude maternelle et les comportements antisociaux à l’adolescence (Plomin, 1995) met clairement en lumière le rôle des gènes de l’enfant dans la modulation de son environnement familial par le biais de l’effet spécifique de son patrimoine génétique sur son comportement. Bien que cette approche, dont la validité reste largement dépendante de la validité des phénotypes étudiés et de l’interprétation donnée pour les modèles d’analyse statistique, n’en soit qu’à ses débuts, son apport ne peut plus être négligé, pas plus d’ailleurs que l’apport fourni par l’utilisation de modèles animaux dans l’étude des interactions entre gènes et environnement. Par exemple, des rats nouveau-nés soumis à un stress majeur voient leur système neurohormonal de régulation du stress se modifier de manière définitive, avec des conséquences négatives sur les capacités d’apprentissage spatial notamment. Si la composante génétique est critique pour la mise en place de cette régulation, plus forte dans certaines lignées que dans d’autres, le rôle de l’interaction avec la mère l’est aussi, puisque ces conséquences peuvent être atténuées si le rat nouveau-né est élevé par une mère d’une lignée moins sensible au stress (Anisman et coll., 1998).

Loin de donner raison exclusivement aux facteurs génétiques et épigénétiques, à la neurobiologie ou à la relation entre la mère et son nouveau-né, ces éclairages nouveaux confirment objectivement le rôle de l’environnement en le quantifiant, proposent des modèles d’interactions dans le contexte du développement et suggèrent des pistes de recherche pour la thérapeutique. Par ailleurs, l’identification des multiples gènes impliqués dans le comportement humain a pris le relais des études sur les défauts ponctuels des génomes responsables de certaines maladies métaboliques, comme la phénylcétonurie. Par exemple, l’association avec l’hyperactivité d’un polymorphisme du gène codant pour un transporteur de la dopamine a été reproduite dans plusieurs études indépendantes, et cette association est proportionnelle à la sévérité des symptômes d’hyperactivité (Waldman et coll., 1998). Certes, un phénotype aussi complexe que l’hyperactivité ne peut se réduire à l’effet d’un polymorphisme d’un seul gène. Cependant, malgré son peu de poids dans le phénomène global, cette donnée prend tout son sens lorsqu’on démontre que le gène muté code pour un transporteur plus efficace, qui assure une élimination plus rapide de la dopamine dans la fente synaptique in vivo, et que le méthylphénidate (le traitement pharmacologique de première ligne de l’hyperactivité) bloque le transporteur de la dopamine, une action antagoniste du facteur de risque génétique. La génétique est donc porteuse de grands espoirs dans la mesure où elle permet de préciser le niveau moléculaire de l’atteinte physiologique, première balise pour des approches thérapeutiques nouvelles (Volkow et coll., 1998).

34.6.2. Neurobiologie  
du développement

Le deuxième domaine porteur de changement est sans nul doute celui de la neurobiologie, en particulier la neurobiologie du développement, car elle fait le lien entre le fonctionnement cérébral et le comportement. Les travaux de Kostovic et Rakic (1990) et de Ghosh et Schatz (1992) ont permis de mieux préciser les résultats des mécanismes prénataux auto-organisateurs du cerveau (p. ex., l’existence de populations neuronales transitoires au niveau de la sous-plaque corticale ou le rôle de certaines activités spontanées de la rétine dans l’organisation ultrastructurale de zones cérébrales, comme le corps genouillé latéral) et l’importance de la période postnatale, pendant laquelle le cerveau est soumis, dans sa structure fine (arrangements de groupes de projections qui acheminent et traitent l’information sensorielle, nombre et organisation des synapses), à l’influence directe de l’environnement, développement qui s’étend, selon les régions du cortex cérébral, parfois jusqu’à l’adolescence (Huttenlocher, 1990, 1994). La détermination du rôle extraordinairement complexe des différents neurotransmetteurs au cours du développement ouvre la voie à de nouvelles approches pharmacologiques, avec la prudence qu’impose toute action sur un système nerveux en cours de formation. La recherche en pédopsychiatrie peut alors se situer dans un paradigme théorique à la fois spécifique et élargi, celui du cerveau et de l’organisme en développement [985] dont l’interaction avec le monde extérieur donne naissance à un appareil psychique hautement modulable.

34.6.3. Imagerie cérébrale

Ces données de la neurobiologie sont le fondement de la psychophysiologie, de l’imagerie et de la visualisation fonctionnelle cérébrale. La distinction faite ici entre imagerie et visualisation se fonde sur les constantes de temps des phénomènes étudiés. L’imagerie fonctionnelle repose sur les modifications cérébro-vasculaires induites par l’activité de différentes régions cérébrales, que l’image soit obtenue par l’accumulation d’un traceur radioactif plus ou moins spécifique dans certaines régions cérébrales (comme dans la tomographie par émission de positrons ou de photons) ou par les modifications des propriétés magnétiques de l’hémoglobine en fonction de l’état d’oxydation, en relation avec le niveau d’activité tissulaire (comme dans l’imagerie par résonance magnétique fonctionnelle). La relative lenteur de la réponse vasculaire est le principal facteur limitatif de ces méthodes, par ailleurs exceptionnellement précises dans leur définition spatiale et physiologique. La visualisation fonctionnelle se fonde, quant à elle, sur les modifications de champs électriques ou magnétiques (électroencéphalographie, champs de potentiels ou champs magnétiques associés aux événements) directement liées à l’activité neuronale, et donc exceptionnellement précises dans leur définition temporelle, mais moins précises dans leur définition spatiale. Ces méthodes commencent à faire leur entrée en recherche clinique en pédopsychiatrie et leurs retombées seront d’autant plus déterminantes qu’elles s’appuieront sur les acquis des sciences cognitives. Pour s’en convaincre, il suffit de comparer les résultats obtenus chez des enfants hyperactifs en imagerie par résonance magnétique fonctionnelle, qui montrent un fonctionnement atypique du métabolisme de la boucle striato-frontale et un effet différencié du méthylphénidate sur l’activité striatale chez les enfant d’un groupe témoin et les hyperactifs (Vaidya et coll., 1998), avec les données sur l’activité électrique corticale associée à la préparation motrice démontrant un fonctionnement atypique des aires pariétales et frontales associé au choix de la réponse, durant les 500 premières millisecondes suivant la présentation d’un stimulus (Ge et coll., 1999a, 1999b).

34.6.4. Sciences cognitives

Les sciences cognitives fournissent le cadre théorique et expérimental à l’intérieur duquel il est désormais possible d’étudier le fonctionnement de processus complexes comme l’attention, la mémoire, la motricité, etc., mais aussi l’émotion ou la régulation des comportements par la récompense ou la punition. Par exemple, des tests psychophysiques utilisant des tons et des bruits simples ont montré que les enfants dysphasiques éprouvent de grandes difficultés, d’ordre auditif, à différencier des sons brefs dans des contextes sonores particuliers (Wright et coll., 1997). Ces résultats ont conduit à de nouvelles approches thérapeutiques fondées sur l’utilisation d’un algorithme permettant de créer des versions plus faciles à différencier des éléments rapidement changeants dans l’onde acoustique de la parole (Tallal et coll., 1996). Le recours à des réseaux neuronaux utilisant des modèles dynamiques a donné naissance à une approche connexionniste du développement qui a amené à repenser le concept même de comportement inné et acquis (Elman et coll., 1996), par exemple en montrant comment des différences temporelles dans le développement de la connectivité permettent à elles seules d’organiser des différences fonctionnelles entre les diverses parties d’un réseau neuronal indifférencié au début du processus.

L’ensemble de ces changements de paradigme devrait permettre de faire la lumière sur les causes de certains troubles en pédopsychiatrie, mais probablement aussi de redéfinir d’autres entités cliniques et de proposer des interventions qui tiennent compte des mécanismes étiologiques, en complétant peu à peu une approche exclusivement clinique fondée sur la recherche de traitements.

34.6.4. Sciences sociales

Les sciences sociales sont proches du phénomène clinique. La société est le milieu élargi dans lequel s’exprime la pathologie psychiatrique. Elle révèle le phénomène et incite à la recherche de moyens de prévention et de prise en charge qui tiennent compte de la dimension sociale. Les sciences sociales peuvent donc contribuer à l’explication de la pathologie psychiatrique dans la mesure où le chercheur est capable de proposer un modèle — une situation type — où [986] l’on suppose que les acteurs agissent toujours d’une manière qu’ils croient adaptée à la situation. Ce postulat rend une situation pathologique compréhensible par le chercheur, même si l’appréciation de la situation par le patient n’est pas toujours objective ou normative. L’évaluation d’une situation type se fait habituellement au moyen de questionnaires standardisés, très utilisés dans la recherche sociale en psychiatrie, ainsi que par l’observation des réactions comportementales à des situations types. Bien entendu, la limite est que les modèles sont toujours, et nécessairement, des simplifications schématiques, ce qui entraîne un faible degré de testabilité. Il est donc souvent difficile de décider si l’écart observé entre le modèle et les mesures est dû au caractère rudimentaire du modèle, à l’imprécision des instruments de mesure, ou s’il indique une réfutation du modèle. S’il est le plus souvent possible de conclure à la supériorité d’un modèle ou d’une mesure par rapport à un autre, l’écart entre le modèle théorique et la réalité explique pourquoi le pouvoir de prédiction est faible en sciences sociales. Ce pouvoir de prédiction est encore limité lorsque l’objet d’étude consiste dans des opinions, des points de vue qu’ont les gens dont on étudie les actions, car, étant donné que ces opinions et ces points de vue sont évolutifs dans une société, on ne peut postuler l’existence de conditions initiales stables qui autoriseraient à elles seules des prédictions fiables. Le troisième obstacle important sur lequel butent les sciences sociales réside dans la dimension du phénomène qu’elles cherchent à modéliser. En passant d’une dyade à la famille, et en tenant compte de faits sociaux comme la pauvreté, le nombre de possibilités qu’il faut considérer comme négligeables dans un modèle peut faire douter de sa validité avant même qu’on puisse le soumettre à un test.

Cependant, en psychiatrie, et en particulier en psychiatrie de l’enfant, le chercheur va non seulement dégager des constantes à l’expression sociale de la maladie, mais aussi les intégrer à un modèle d’explication plus global comprenant les dimensions biologique et clinique. Cette approche s’inscrit dans un champ nouveau, celui de la recherche psychosociale, qui, à l’instar des sciences sociales, procède à des modélisations, établit des situations types, à partir d’une observation du phénomène dans la sphère sociale, mais qui peut rectifier son explication à la lumière des informations provenant de la démarche clinique expérimentale et susceptibles d’être intégrées au modèle initial. La recherche psychosociale peut ainsi améliorer son pouvoir de prédiction et son degré de testabilité. C’est vrai au point que la méthode expérimentale peut faire partie du modèle conceptuel de la recherche psychosociale, ce qui ne semble pas possible dans les sciences sociales en général. L’évaluation de l’efficacité des interventions en est un exemple, mais qui montre souvent les limites des sciences sociales. En effet, même si un traitement statistique rigoureux des données y donne un indéniable crédit, le modèle d’explication psychosocial ne peut vraiment devenir prédictif que s’il s’appuie sur des données provenant du niveau expérimental, clinique et biologique.

\*  
\* \*

Bien qu’elle soit une jeune spécialité, la pédopsychiatrie a connu un essor tout à fait étonnant au cours des trois dernières décennies. Elle a su intégrer de nombreux apports, aussi bien ceux des courants psychodynamiques que ceux de la neurobiologie, des sciences sociales et des sciences cognitives. Elle a multiplié ses modes d’intervention dans une perspective d’intégration de l’enfant au sein du milieu familial tout en instituant des structures substitutives telles que placements familiaux thérapeutiques, institutions de jour et services d’hospitalisation. Elle a su apporter une contribution essentielle dans le domaine de la prévention, par exemple en développant les implications thérapeutiques soulevées par le concept d’attachement. Il est probable que les connaissances accrues relativement au fonctionnement cérébral entraîneront, dans les prochaines années, des remaniements importants dans son appréhension des étiologies. Tant sur le plan nosographique que sur le plan thérapeutique, il faudra qu’elle sache s’adapter sans crispation et, surtout, sans perdre la vision humaniste qui est la sienne. De la même façon, l’examen rapide de l’évolution et des limites de la recherche en psychiatrie indique que des changements majeurs sont à venir et que la pédopsychiatrie, malgré sa complexité, et peut-être à cause d’elle, pourrait jouer un rôle de premier plan dans ce processus. L’approche multidisciplinaire, intégrant dans un même modèle des angles d’analyse différents d’un même objet d’étude (comme la génétique de l’environnement familial ou l’imagerie cérébrale associée à des comportements contrôlés expérimentalement), devrait exercer une influence majeure. Pourtant, on ne peut décrire les prémisses du changement en pédopsychiatrie sans tenir compte du rôle des facteurs [987] sociaux dans la genèse des troubles mentaux. Ainsi, il apparaît clair que les conditions de vie difficiles que connaissent un nombre croissant d’enfants, tant dans les pays riches que dans les pays en voie de développement, même si, globalement, les indices économiques s’améliorent dans la majorité d’entre eux, la désagrégation des familles et le peu de ressources destinées à l’enfance défavorisée augmentent les risques de détresse, rendant de plus en plus nécessaire l’intervention clinique. Dans ce contexte, l’évaluation de l’efficacité des interventions à visée thérapeutique est une exigence croissante, dictée par la gestion de la rareté des ressources disponibles à l’enfance défavorisée. La pression sociale et politique est déjà élevée pour la définition d’objectifs de recherche qui correspondent le plus directement possible à des besoins de plus en plus criants. L’optimisation du rapport coût/bénéfice est aussi un aspect qui prend une importance croissante en recherche évaluative, quel que soit le type d’intervention, psychosociale, pharmacologique ou autre. Il faudra aux différents acteurs de la recherche et de la clinique beaucoup de lucidité pour garder l’enfant et son avenir au centre de leurs préoccupations.

Bibliographie

AJURIAGUERRA, J. DE

1970 *Manuel de psychiatrie de l’enfant*, Paris, Masson.

American Psychiatric Association

1994 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* 4e éd., Washington (D.C.), American Psychiatric Association ; trad. française DSM-IV - *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* Paris, Masson, 1996, 1040 p.

Anisman, H., et coll.

1998 « Do early-life events permanently alter behavioral and hormonal responses to stressors ? », *Int. J. Dev. Neurosci.,* vol. 16, nos 3-4, p. 149-164.

Arieti, S.

1974 *American Handbook of Psychiatry,* vol. 2, New York, Basic Books.

Biederman, J., et coll.

1997 « Is ADHD a risk factor for psychoactive substance use disorders ? Findings from a four-year prospective follow-up study », *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* vol. 36, n° 1, p. 21-29.

CANADIAN SOCIETY FOR THE ICIDH et QUEBEC COMMUTEE ON ICIDH

1991 ICIDH International Network Bulletin*,* vol. 4, n° 3.

Comings, D.E.H., et coll.

2000 « Comparison of the dopamine, serotonin, and nora-drenaline genes in ADHD, ODD and conduct disorder : Multivariate regression analysis of 20 genes », *Clinical Genetics,* vol. 57, n° 3, p. 178-196.

Cook, E.H., Jr., et coll.

1995 « Association of attention deficit disorder and the dopamine transporter gene », *Am. J. Hum. Genet.,* vol. 56, p. 993-998.

Duché, J.

1990 *Histoire de la psychiatrie de l’enfant*, Paris, PUF.

Elman, J.L., et coll.

1996 « Rethinking innateness : A connectionist perspective on development », *Neural Network Modeling and Connectionism,* vol. 18, n° 10, p. 447.

Ferrari, P, et Epelbaum, C.

1993 *Psychiatrie de l’enfant et de l’adolescent*,Paris, Médecine Sciences Flammarion.

Ge, L.Y., et coll.

1999a « Movement-related potentials in children and adults during a spatial stimulus-response compatibility (SRC) task. Abstracts of the Society for Psychophysiological Research 39th Annual Meeting, Granada, Spain », *Psychophysiology,* vol. 36, suppl. 1, p. S128.

1999b « Movement-related potentials in children with attention-deficit hyperactivity disorder (AHDH) during a spatial stimulus-response compatibility task. Abstracts of the Society for Psychophysiological Research 39th Annual Meeting, Granada, Spain », *Psychophysiology,* vol. 36, suppl. 1, p. S129.

Ghosh, A., et coll.

1990 « Requirement for subplate neurons in the formation of thalamo-cortical connections », *Nature,* vol. 347, p. 179-181.

Ghosh, A., et Schatz, C.J.

1992 « Involvement of subplate neurons in the formation of ocular dominance columns », *Science,* vol. 255, p. 1441-1443.

Heuyer, G.

1966 *Introduction à la psychiatrie infantile*, Paris, PUF.

Huttenlocher, PR.

1994 « Synaptogenesis, synapse elimination and neural plasticity in human cerebral cortex », dans C.A. Nelson (sous la dir. de), *Threats to Optimal Development. The Minnesota Symposia on Child Psychology,* vol. 27, Hillsdale (N.J.), Lawrence Erlbaum, p. 35-54.

[988]

1990 « Morphometric study of human cérébral cortex development », *Neuropsychologia,* vol. 28, p. 517-527.

INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF IMPAIRMENTS, DISABILITIES AND HANDICAPS (ICIDH)

1980 *A Manual of Classification Relating to the Conséquences of Diseases*,Genève, World Health Organization.

Kostovic, I., et Rakic, P.

1990 « Developmental history of the transient subplate zone in the visual and somatosensory cortex of the macaque monkey and human brain », *J. Comp. Neurol.,* vol. 297, p. 441-470.

Lebovici, S., Diatkine, R., et Soulé, M.

1995 *Nouveau traité de psychiatrie de l’enfant et de l’adolescent,* Paris, PUF, 4 vol

Lemay, M.

1973 *Psychopathologie infantile,* Paris, Fleurus, 2 vol.

Lewis, M.

1996 *Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook*, 2e éd., Baltimore, Williams & Wilkins

Mahler, M., Pine, F., et Bergman, A.

1975 *The Psychological Birth ofthe Human Infant*, New York, Basic Books.

Mannuzza, S., et coll.

1993 « Adult outcome of hyperactive boys. Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status »*, Arch. Gen. Psychiatry,* vol. 50, n° 7, p. 565- 576.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L’INTÉGRATION

1988 *Classification française des troubles mentaux de l’enfant et de l’adolescent,* Paris, Centre technique national d’études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations.

Noshpitz, J.D.

1998 *Basic Handbook of Child Psychiatry,* New York, Basic Books, 5 vol.

PLOMIN, R.

1995 « Genetics and children’s experiences in the family », *J. Child Psychol. Psychiatry*,vol. 36, n° 1, p. 33-68.

Robaey, P, et coll.

2000 « A comprehensive model of the development of mental handicap in children treated for acute lymphoblastic leukemia : A synthesis of the literature », *International Journal of Behavioral Development*, vol. 24, n° 1, p. 44-59.

Rutter, M., Taylor, E., et Hersov, L.

1994 *Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approaches*,Oxford, Blackwell Scientific Publ*.*

Tallal, P, et coll.

1996 « Language comprehension in language-learning impaired children improved with acoustically modifield speech », *Science,* vol. 5, n° 271, p. 81-84.

Vaidya, C.J., et coll.

1998 « Selective effects of methylphenidate in attention deéficit hyperactivity disorder : A functional magnetic resonance study », *Proc. Nat. Acad. Sci. USA,* vol. 95, n° 24, p. 14494-14499.

Volkow, N.D., et coll.

1998 « Dopamine transporter occupancies in the human brain induced by therapeutic doses of oral methylphenidate », *Am. J. Psychiatry,* vol. 155, n° 10, p. 1325-1331.

Waldman, I.D., et coll.

1998 « Association and linkage of the dopamine transporter gene and attention-deficit hyperactivity disorder in children : Heterogeneity owing to diagnostic subtype and severity », *Am. J. Hum. Genet.,* vol. 63, n° 6, p. 1767-1776.

Wiener, J.M. (sous la dir. de)

1995 *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry,* 2e éd., Washington (D.C.), American Academy of Child and Adolescent Psychiatry et American Psychiatrie Press.

World Health Organization

1993 *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Diagnostic Criteria for Research,* Genève, World Health Organization ; trad. française *Classification internationale des maladies, 10e révision. Chapitre V (F) : Troubles mentaux et troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche*, Paris, Organisation Mondiale de la Santé et Masson, 1994*.*

Wright, B.A., et coll.

1997 « Deficits in auditory temporal and spectral resolution in language-impaired children », *Nature,* vol. 8, n° 387 (6629), p. 176-178.

Lectures complémentaires

Gagnon, A., et coll. Zeanah, C.H.

2001 *Démystifier les maladies mentales : les troubles de l’enfance et de l’adolescence*, Boucherville (Québec), Guilford Press. Gaëtan Morin Éditeur.

Kaplan, H.I., et Sadock, B.J. (sous la dir. de)

1995 *Comprehensive Textbook of Psychiatry,* 6e éd., Baltimore, Williams & Wilkins, 2 vol.

Zeanah, CH

1993 *Handbook of infant Mental Heath*, New York, Guiford Press.

[989]

[990]

TROISIÈME PARTIE  
Spécialités psychiatriques

PÉDOPSYCHIATRIE

Chapitre 35

TROUBLES PRÉCOCES  
DE L’ENFANCE

[Retour à la table des matières](#tdm)

Martin St-André, CM., M.D., F.R.C.P.C.

Psychiatre au Service des consultations de l’Hôpital Sainte-Justine (Montréal)

Professeur adjoint de clinique au Département de psychiatrie de l’Université de Montréal

LAURENT Mottron, M.D., Ph.D. (psycholinguistique)

Psychiatre, coordinateur scientifique du Programme troubles neurodéveloppementaux à l’Hôpital Rivière-des-Prairies (Montréal)

Chercheur agrégé au Département de psychiatrie de l’Université de Montréal

Yvon Gauthier, M.D., F.R.C.P.C.

Psychiatre au Service des consultations de l’Hôpital Sainte-Justine (Montréal)

Professeur émérite au Département de psychiatrie de l’Université de Montréal

[991]

**Plan**

35.1 Classification des troubles précoces de l'enfance

35.2 Facteurs de risque et de protection

35.2.1 Sécurité de l'attachement

35.2.2 Pauvreté

35.2.3 Maltraitance

35.2.4 Adolescence et parentalité

35.2.5 Toxicomanie et développement du nourrisson

35.2.6 Psychopathologie parentale

35.3 Variété diagnostique

35.3.1 Troubles envahissants du développement

• Autisme • Syndrome d'Asperger • Syndrome de Rett • Autisme atypique et trouble envahissant du développement non spécifié • Trouble désintégratif de l'enfance

35.3.2 État de stress traumatique

• Description clinique • Traitement bio-psycho-social

35.3.3 Troubles de l'affect

• Trouble de l'anxiété de la première et de la petite enfance • Trouble de l'humeur : deuil prolongé/réaction de perte • Trouble de l'humeur: dépression de la première et de la petite enfance • Trouble mixte de l'expression émotionnelle • Trouble de l'identité de genre de l'enfance • Trouble de l'attachement réactionnel aux situations de carence et de maltraitance dans la première enfance

35.3.4 Troubles de l'ajustement

• Description clinique • Traitement bio-psycho-social

35.3.5 Troubles de la régulation

• Description clinique • Traitement bio-psycho-social

35.3.6 Trouble du comportement de sommeil

• Description clinique • Traitement bio-psycho-social

35.3.7 Troubles du comportement alimentaire

• Description clinique • Traitement bio-psycho-social

35.4 Tendances actuelles dans l'intervention thérapeutique

35.5 Évolution et pronostic

Bibliographie

Lectures complémentaires

[992]

Au cours des deux dernières décennies, l’intérêt convergent de cliniciens et de chercheurs de disciplines variées a rendu possibles d’importantes avancées théoriques et cliniques dans le domaine de la santé mentale et de la psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant. L’enrichissement des modèles théoriques du développement, combiné à une définition plus précise et à une meilleure compréhension des facteurs de risque et de protection, a permis de mieux cerner différents syndromes cliniques et d’offrir des traitements mieux adaptés aux besoins des jeunes enfants et de leurs familles.

Ce chapitre fait un survol des entités cliniques qu’on rencontre dans la population des très jeunes enfants (de la naissance à cinq ans) et présente des pistes de compréhension de ces troubles et d’intervention durant cette période de croissance extrêmement rapide. Plusieurs modèles de développement ont été testés empiriquement et sont utiles pour comprendre le développement normal de l’enfant et les perturbations susceptibles de l’entraver : modèle transactionnel (Sameroff et Chandler, 1975), modèle multirisque (Seifer et coll., 1992), modèle du goodness of fit (Thomas et Chess, 1977), modèle de l’accordage affectif (Stern et coll., 1985). Tous ces modèles mettent l’accent sur les liens étroits qui existent entre les caractéristiques biologiques du nourrisson et son environnement immédiat. Mais il est important de noter que les conditions initiales que connaît le nourrisson, tant biologiques que familiales ou sociales, ont une valeur prédictive limitée en ce qui concerne le devenir développemental de l’enfant (Seifer, 1996).

35.1. CLASSIFICATION  
DES TROUBLES PRÉCOCES  
DE L’ENFANCE

La classification des troubles cliniques chez le nourrisson et le jeune enfant pose certains problèmes en raison de la maturation rapide de tous les systèmes et des influences nombreuses d’un environnement avec lequel l’enfant commence de bonne heure à tisser des liens très étroits. Il est donc difficile de s’entendre sur une classification qui puisse rendre compte des différentes dimensions qui sont en constante transformation chez le jeune enfant : psychodynamique, développementale, interactionnelle, tempéramentale et neurologique. Les travaux récents, aux États-Unis, d’un groupe de praticiens dans le champ de la santé mentale affiliés au National Center for Clinical Infant Programs (NCCIP) portent chercheurs et praticiens à délaisser la classification du DSM-IV et celle de la CIM-10 pour utiliser plutôt celle qu’a élaborée ce groupe d’experts de la petite enfance. Les correspondances entre ces trois classifications sont données, à titre informatif, dans le tableau 35.1.

35.2. FACTEURS DE RISQUE  
ET DE PROTECTION

Pour mieux comprendre et peut-être même prévoir l’apparition des troubles précoces de l’enfance, il importe de connaître les facteurs de risque et de protection associés à ces troubles. La présence de plusieurs facteurs de risque, une réalité qui est malheureusement fréquente dans la société actuelle, est souvent notée dans l’histoire des diverses psychopathologies précoces.

35.2.1. Sécurité de l’attachement

Pour le jeune enfant, la sécurité de l’attachement se construit au fil des interactions avec les figures d’attachement. Tributaires en grande partie de la sensibilité parentale (Ainsworth et coll., 1978), mais aussi de certains facteurs liés au tempérament du jeune enfant, les schèmes intérieurs ainsi formés permettent à l’enfant de prévoir les intentions et les comportements des figures d’attachement, puis sont appliqués à l’ensemble de l’environnement social.

Le manque de sécurité de l’attachement a été associé à des problèmes de socialisation avec les pairs, à des difficultés dans la résolution de conflits, à l’impulsivité et à des comportements perturbateurs à l’âge préscolaire (Cicchetti et coll., 1990). Inversement, un attachement sécurisant a été associé à l’absence de certaines conduites pathologiques pendant la première enfance et peut être considéré comme un facteur de protection.

35.2.2. Pauvreté

En plus de ses répercussions sur les conditions de vie de la famille, la pauvreté peut être une cause de

[993]

TABLEAU 35.1

Comparaisons diagnostiques des troubles précoces de l’enfance

| **Classification diagnostique 0-3 ans** | **DSM-IV** | **CIM-10** |
| --- | --- | --- |
| 100. État de stress traumatique | 309.81 Trouble : État de stress post-traumatique | F43.1 État de stress post-traumatique |
| 200. Troubles de l’affect |  |  |
| 201. Trouble de l’anxiété de la première et de la petite enfance | 300.02 Anxiété généralisée (incluant le trouble hyperanxiété de l’enfant) | F9.80 Anxiété généralisée de l’enfance |
|  | F93.1 Trouble anxieux phobique de l’enfance |
| 309.21 Trouble : Anxiété de séparation | F93.0 Angoisse de séparation de l’enfance |
| 202. Trouble de l’humeur : deuil prolongé/réaction de perte | V6282 Deuil | Z63.4 Disparition et décès d’un membre de la famille |
| 203. Trouble de l’humeur : dépression de la première et de la petite enfance | 296.x Trouble dépressif | F32.x Trouble dépressif |
| 204. Trouble mixte de l’expression émotionnelle |  |  |
| 205. Trouble de l’identité de genre de l’enfance | 302.6 Trouble de l’identité sexuelle chez les enfants | F64.2 Trouble de l’identité sexuelle de l’enfance |
| 206. Trouble de l’attachement réactionnel aux situations de carence et de maltraitance dans la première enfance | 313.89 Trouble réactionnel de l’attachement de la première ou de la deuxième enfance | F94.x Trouble réactionnel de l’attachement de l’enfance |
| 300. Trouble de l’ajustement | 309.xx Troubles de l’adaptation | F43.2x Troubles de l’adaptation |
| **400. Troubles de la régulation**  401. Type 1 : Hypersensible  402. Type II : Sous-réactif  403. Type III : Désorganisé du point de vue moteur, impulsif  404. Type IV : Autre |  |  |
| **500. Trouble du comportement de sommeil** | **307. Troubles du sommeil** | **F.51 Troubles du sommeil non organiques** |
| **600. Trouble du comportement alimentaire** | 307.52 Pica | F98.3 Pica de la première ou de la deuxième enfance |
| 307.53 Trouble : Mérycisme | F98.2 Troubles de l’alimentation de la première et de la deuxième enfance |
| 307.59 Troubles de l’alimentation de la première ou de la deuxième enfance |
| **700. Troubles de la relation et de la communication : trouble touchant de multiples domaines du développement et troubles envahissants du développement**  - Trouble autistique  - Syndrome de Rett  - Trouble désintégratif de l’enfance  - Syndrome d’Asperger | 299.00 Trouble autistique | F84.0 Autisme infantile |
| 299.80 Syndrome de Rett | F84.2 Syndrome de Rett |
| 299.10 Trouble désintégratif de l’enfance | F84.3 Autre trouble désintégratif de l’enfance |
| 299.80 Syndrome d’Asperger | F84.5 Syndrome d’sperger |

[994]

TABLEAU 35.1

Comparaisons diagnostiques des troubles précoces de l’enfance (suite)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Classification diagnostique 0-3 ans | DSM-IV | CIM-10 |
|  | 299.80 Autisme atypique | F84.1x Autisme atypique |
|  | 299.80 Trouble envahissant du développement non spécifié (y compris l’autisme atypique) | F84.9 Trouble envahissant d développement sans précision |

l’inconstance des activités quotidiennes (absence de routine) et des relations interpersonnelles à la maison. Les enfants des milieux défavorisés vivent souvent des discontinuités dans les soins qu’ils reçoivent. L’instabilité et l’irrégularité des soins et des relations peuvent avoir des conséquences nuisibles pour l’habileté de ces enfants à nouer des liens significatifs avec l’entourage. De plus, les sentiments de vide et de manque de pouvoir des parents peuvent amener ceux-ci à exercer un pouvoir absolu sur leurs enfants, comme par compensation. L’implication des grands-parents ou d’organismes d’aide peut devenir un facteur de protection.

35.2.3. Maltraitance

Les très jeunes enfants n’échappent malheureusement pas aux manifestations les plus graves d’abus. La maltraitance revêt plusieurs formes, dont les sévices physiques ou sexuels, le fait d’être témoin de violence conjugale, le syndrome de Münchhausen par procuration, les noyades ou quasi-noyades, la violence dirigée contre le fœtus.

L’effet sur le développement variera en fonction de la nature, de la durée et du degré de gravité de la maltraitance. Les conséquences neurodéveloppementales de l’abus peuvent aussi interférer avec le développement de l’enfant, étant donné que le jeune âge est une période critique à ce chapitre.

Parmi les groupes les plus susceptibles d’exercer des mauvais traitements contre des enfants, on trouve en particulier les mères qui vivent un grand stress et celles qui sont issues de milieux socioéconomiques défavorisés. D’autres facteurs sont parfois associés à la maltraitance, notamment une intelligence parentale limitée, une histoire de criminalité chez un parent, une expérience personnelle de maltraitance, un manque de soutien social et la toxicomanie.

35.2.4. Adolescence et parentalité

Les mères adolescentes courent un risque plus élevé d’accoucher avant terme, de connaître la pauvreté et de souffrir de dépression. Être parent à l’adolescence comporte quelques difficultés dont la principale est l’interférence possible entre les processus développementaux propres à l’adolescence (séparation-individuation, aménagement de l’égocentrisme) et l’acquisition des compétences parentales. On observe souvent chez les mères adolescentes un manque de connaissances sur le développement normal de l’enfant, des tendances plus marquées à punir, des attentes moins réalistes envers l’enfant, une diminution des interactions positives et une plus grande incidence de désorganisation sur le plan de l’attachement. Ici aussi, on notera le rôle important du soutien social comme facteur de protection. Quant aux pères adolescents, ils ont tendance à peu s’occuper de leur enfant, alors que leur participation peut constituer un soutien important pour les jeunes mères souvent très à risque.

35.2.5. Toxicomanie et développement  
du nourrisson

Le développement du nourrisson peut être compromis non seulement par l’exposition intra-utérine à des drogues, mais aussi par des facteurs d’ordre médical liés à la consommation de drogues, comme le manque de suivi prénatal et une nutrition insuffisante. L’effet sur le développement dépendra du type de drogue consommé, du stade de la grossesse au cours duquel la drogue est prise, ainsi que de la quantité [995] et de la fréquence de la consommation (Zuckerman et Brown, 1993). On considérera aussi les autres facteurs associés à l’usage de drogues, tels que la comorbidité psychiatrique, la maltraitance et la violence conjugale.

Chez les nourrissons qui ont été exposés à la cocaïne, on relèvera souvent des difficultés d’autorégulation. Les nourrissons qui ont été exposés de façon prolongée à l’alcool risquent d’être atteints du syndrome alcoolique fœtal, lequel se traduit par des délais développementaux, de l’hyperactivité et des retards moteurs. Ceux qui ont été exposés aux opiacés sont décrits comme irritables, difficiles à consoler et répondant moins aux stimuli visuels. Une exposition prolongée du fœtus à la marijuana entraînerait une atteinte neurophysiologique se manifestant par des pleurs plus aigus et des perturbations du cycle sommeil-veille.

35.2.6. Psychopathologie parentale

Les filiations génétiques de la maladie peuvent contribuer à l’éclosion de troubles chez le jeune enfant. L’effet de ces filiations doit être distingué de l’effet direct de la maladie du parent sur la relation parent- enfant et sur le développement de l’enfant. Par ailleurs, les conséquences indirectes et non spécifiques de la psychopathologie du parent sont variées (p. ex., problèmes conjugaux, appauvrissement, violence familiale). La sévérité de la maladie plutôt que la spécificité du diagnostic permet souvent de mieux prévoir le devenir des enfants (Seifer et Dickstein, 2000). Parmi les facteurs de protection, on retiendra les interactions familiales satisfaisantes, la présence d’un tiers significatif, la sévérité moindre de la maladie et le caractère non chronique de celle-ci.

L’environnement, dans le contexte de la maladie mentale, risque de s’appauvrir étant donné le retrait et les conflits interpersonnels qui accompagnent la psychopathologie. Le parent atteint d’une maladie mentale peut cesser, de façon temporaire ou prolongée, de s’investir dans sa relation avec l’enfant ou, à l’inverse, il peut considérer l’enfant comme un pair ou même comme un substitut parental. On observe parfois des mouvements alternés de mise à distance de l’enfant, puis de rapprochement, ce qui peut déstabiliser l’enfant.

Grandir avec un parent atteint d’une maladie mentale entraîne des conséquences développementales qui sont difficiles à mesurer, parce que les symptômes peuvent tarder à se manifester. Par exemple, le quotient intellectuel (Q.I.) d’enfants de mères qui ont fait une dépression postnatale pourrait être diminué si celles-ci ne sont pas traitées. Les schèmes d’attachement chez les enfants de mères qui souffrent d’une maladie affective sont souvent moins sécurisants, tout comme chez les jeunes enfants qui vivent avec une mère schizophrène. Les enfants de mères déprimées sont plus impulsifs et éprouvent plus de difficultés dans les relations avec leurs pairs (Seifer et coll., 1992).

Les mères déprimées ont tendance à percevoir leur bébé plus négativement. Cette perception peut avoir à son tour un effet négatif sur les interactions mère-bébé. On note aussi que les dyades mère-bébé où la mère est déprimée ont des difficultés dans la résolution des conflits (Weismann et coll., 1997).

Les mères souffrant d’une psychopathologie doivent parfois être hospitalisées, ce qui peut nuire au maintien des liens parent-enfant. Selon l’évolution de la maladie et différents facteurs familiaux et environnementaux, il est parfois nécessaire de faire appel à un milieu d’accueil pour prendre la relève, pour un laps de temps plus ou moins grand, auprès de l’enfant.

Malheureusement, peu de travaux ont porté sur la santé mentale des pères. En général, les répercussions d’une psychopathologie chez le père seront déterminées non seulement par ses effets directs sur la relation parent-enfant, mais aussi par ses conséquences indirectes sur le plan familial.

Quant à l’influence de certaines affections plus rares, comme la folie à deux, elle sera d’autant plus nuisible pour l’enfant que ces affections l’empêcheront d’avoir accès à une figure d’attachement stable et équilibrée sur le plan psychologique.

35.3. VARIÉTÉ DIAGNOSTIQUE

35.3.1. Troubles envahissants  
du développement

Autisme

L’autisme est un trouble du développement qu’on dit envahissant parce qu’il touche plusieurs aires du [996] comportement. Il s’oppose ainsi à des affections dans lesquelles l’atteinte paraît plus circonscrite, comme l’hyperactivité. Un imposant travail de clarification nosologique, épidémiologique ainsi que de modélisation du trouble a été réalisé depuis 20 ans, et les connaissances dans deux domaines étiologiques, soit la génétique et les localisations cérébrales en cause, ont significativement progressé.

Historique et épidémiologie

C’est dans les rapports entre autisme et quotient intellectuel que l’évolution des connaissances est le plus marquée. Dans les premières descriptions de l’autisme, le chiffre habituellement cité était de trois enfants autistes déficients pour un enfant autiste d’intelligence normale. Par la suite, l’importance numérique de la population autiste d’intelligence normale ou quasi normale est apparue. Il est maintenant possible de poser un diagnostic d’autisme pour une personne non déficiente, dans la mesure où les signes d’autisme sont encore présents à l’âge de cinq ans.

Lorsque des habiletés intellectuelles prédominent dans une sphère particulière (calcul, lecture, etc.), on parle de syndrome de l’autiste savant. Un autre syndrome, anciennement isolé sous le nom d’hyperlexie, qui se manifeste par la capacité de décoder l’écriture à un âge précoce sans que soit compris ce qui est lu, fait maintenant partie de l’autisme savant. Par ailleurs, après une période intermédiaire (1981-1994) où le terme syndrome d’Asperger a été employé pour désigner les personnes autistes d’intelligence normale, ce diagnostic a fait son entrée dans le DSM-IV et s’applique aux personnes présentant un tableau autistique sans avoir présenté de retard ou d’anomalies au chapitre du langage ni de retard développemental dans d’autres sphères que celle des interactions sociales (Klin et Volkmar, 1997).

Enfin, un syndrome dit « sémantique-pragmatique » a été décrit au milieu des années 80 pour caractériser les enfants qui font un usage du langage plus élaboré que ne l’est leur compréhension, en association avec des troubles autistiques mineurs. Il est maintenant admis que chez la majorité des enfants présentant ce syndrome, un diagnostic d’autisme peut être établi (Gagnon, Mottron et Joanette, 1997).

À part le fait qu’on reconnaît que des personnes d’intelligence élevée peuvent être atteintes d’autisme, le changement nosographique majeur de ces 20 dernières années a été la prise en compte de la population autiste adulte. La reconnaissance de l’autisme adulte a été facilitée par les nombreux travaux montrant les différences, sur le plan de la séméiologie, de l’épidémiologie et de l’évolution, entre autisme et schizophrénie. Il faut aussi souligner la quasi-disparition des « psychoses infantiles » de la nosographie moderne. Ces dernières, qui gardent une place dans le DSM-IV sous le nom de trouble désintégratif de l’enfance ou de schizophrénie proprement dite, pour les formes à début infantile, se différencient de l’autisme par leur aggravation au cours du développement de l’enfant, par un profil de forces et de faiblesses cognitives différent et par leur extrême rareté.

Une des conséquences de cet élargissement de la notion d’autisme est une augmentation de l’incidence de cette affection, qui passe des 4 pour 10 000 habituellement rapportés à 10 à 15 pour 10 000. La prédominance des garçons est d’autant moins fréquente qu’une déficience plus profonde est associée. L’importance de l’incidence, ajoutée au coût de la prise en charge, fait de l’autisme un problème majeur de santé publique (Bryson, 1997).

Étiologie bio-psycho-sociale

L’origine neurobiologique de l’autisme fait maintenant l’objet d’un large consensus. Ce trouble est en effet associé à des maladies physiques variées ainsi qu’à des marqueurs neurologiques comme la déficience mentale et l’épilepsie. Cependant, on ignore toujours à quel système neurobiologique attribuer les signes de l’affection, aussi bien qu’à quel agent ou famille d’agents biologiques en rattacher l’origine. À l’exception des anomalies histologiques du système limbique, les anomalies biologiques mises en évidence dans l’autisme sont soit non spécifiques, soit présentes seulement chez une fraction de la population ayant ce diagnostic.

On s’entend cependant sur la pertinence d’un modèle cognitif de l’autisme, c’est-à-dire un modèle dans lequel les signes de l’autisme se rapportent à un petit nombre d’opérations cognitives déficientes. Les principales opérations cognitives dont on soupçonne le défaut dans l’autisme sont :

- les « théories de l’esprit », qui concernent la capacité d’attribuer des intentions à autrui ou de les interpréter ;

[997]

- les « fonctions exécutives », qui se rapportent à la capacité de planifier de manière souple des opérations mentales, aptitude qui est perturbée dans les atteintes frontales ;

- le traitement perceptif de bas niveau, qui inclut les opérations comprises entre la détection de « traits » visuels et auditifs et la reconnaissance des formes, spécialement des visages (Mottron et Burack, 2001).

D’autres modèles étiologiques partent directement des quelques anomalies neurobiologiques relevées chez une partie des personnes autistes. Le plus développé de ces modèles — mais aussi le plus contestable — s’appuie sur une anomalie cérébelleuse observée en imagerie cérébrale et à l’examen histologique chez les personnes autistes avec déficience. Cette anomalie, qui est incontestable, est actuellement considérée comme indiquant une atteinte cérébrale non particulière à l’autisme et associée à la déficience qui coexiste avec ce trouble dans une proportion élevée de cas. Les résultats les plus importants de ces dernières années ont trait à la mise en évidence de la participation anormale de deux régions cérébrales (frontale et temporale inférieure) dans le traitement de l’information par les personnes autistes. Non seulement des anomalies de ces deux régions ont-elles été observées dans plusieurs études indépendantes d’imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) [Schultz et coll., 2000] et de tomographie par émission de photon unique (Single Photon Emission Computed Tomography [SPECT-scan]) [Ohnishi et coll., 2000], mais il y a concordance entre les régions touchées par ces études et les régions en cause dans les déficits cognitifs mis au jour dans l’autisme. Toutefois, ces anomalies font probablement partie d’un processus pathologique plus large, qui concerne l’ensemble du cortex. En effet, une autre série d’études rapportent une augmentation diffuse du volume cortical chez un sous-groupe de personnes atteintes d’autisme (Fombonne, 1999).

D’autres modèles étiologiques s’attachent aux facteurs génétiques. Il ne fait maintenant plus aucun doute que l’autisme est partiellement transmis de façon génétique. En outre, il est maintenant possible de déterminer avec une bonne précision (autour de 5%) le risque pour des parents d’avoir un second enfant porteur d’un trouble envahissant du développement lorsqu’ils ont déjà un enfant atteint. Néanmoins, ce qui est transmis n’est pas le « gène de l’autisme », expression qui n’a probablement pas de sens. Il a été montré que la composante génétique pouvait être, dans certains cas, celle de l’affection qui est associée à l’autisme, et non l’autisme lui-même, comme c’est le cas pour l’autisme associé à la sclérose tubéreuse de Bourneville. Il faut ajouter à cela la découverte d’anomalies chromosomiques très diverses chez 5% des enfants autistes. En revanche, l’hypothèse d’une association entre l’autisme et le syndrome du chromosome X fragile, qui avait fait naître beaucoup d’espoirs au moment de sa formulation, est remplacée par celle d’une association de l’X fragile avec la déficience, avec ou sans autisme (Rutter et coll., 1997).

Description clinique

Le tableau clinique de l’autisme varie considérablement selon l’âge, le quotient intellectuel et, s’il y a lieu, l’affection associée. Le tableau classique, avec mutisme, stéréotypies, automutilations et absence d’intérêt pour les pairs, caractérise l’autisme chez les personnes ayant un faible Q.I. ou chez les enfants de deux à quatre ans. Ce tableau peut changer soudainement vers quatre ans, avec l’apparition d’un langage particulier, mi-écholalique mi-productif, qui évolue rapidement vers un langage à syntaxe complexe mais à valeur communicative réduite. On se rendra compte alors que l’enfant a une intelligence normale ou quasi normale. Le retard du langage, nécessaire au diagnostic d’autisme, n’a ainsi de valeur pronostique pour l’autisme accompagné de déficience que s’il persiste après cinq ans. À noter que les critères diagnostiques de l’autisme sont identiques dans le DSM-IV et dans la CIM-10 (voir le tableau 35.2, p. 998-999) et que c’est à ces critères que se réfère la Classification diagnostique 0-3 ans.

Diagnostic différentiel

Le diagnostic d’autisme est le plus souvent rétrospectif. En effet, on pense maintenant qu’il est difficile de distinguer l’autisme de tout autre trouble grave du développement avant que l’enfant ait 20 mois. En règle générale, surtout dans les formes avec intelligence normale, il faut plus d’une année de signes constatés rétrospectivement avant qu’un professionnel soit consulté ou avant que ce professionnel établisse le diagnostic.

[998]

TABLEAU 35.2

Critères diagnostiques de l’autisme

|  |  |
| --- | --- |
| **DSM-IV**  **299.00 Trouble autistique** | **CIM-10**  **F84.0 Autisme infantile** |
| A. Un total de six (ou plus) parmi les éléments décrits en (1), (2) et (3), dont au moins deux de (1), un de (2) et un de (3) : | B. Présence d’au moins six des symptômes décrits en (1), (2) et (3), avec au moins deux symptômes du critère (1) et au moins un symptôme de chacun des critères (2) et (3) : |
| 1. altération qualitative des interactions sociales, comme en témoigne au moins deux des éléments suivants :  a) altération marquée dans l'utilisation, pour réguler les interactions sociales, de comportements non verbaux multiples, tels que le contact oculaire, la mimique faciale, les postures corporelles, les gestes,  b) incapacité à établir des relations avec les pairs correspondant au niveau du développement,  c) le sujet ne cherche pas spontanément à partager ses plaisirs, ses intérêts ou ses réussites avec d’autres personnes (p. ex., il ne cherche pas à montrer, à désigner du doigt ou à apporter les objets qui l’intéressent),  d) manque de réciprocité sociale ou émotionnelle ; | 1. altérations qualitatives des interactions sociales réciproques, manifestes dans au moins deux des domaines suivants :  a) absence d’utilisation adéquate du contact oculaire, de l’expression faciale, de l'attitude corporelle et de la gestua- lité pour réguler les interactions sociales,  b) incapacité à développer (de manière correspondant à l’âge mental et bien qu'existent de nombreuses occasions) des relations avec des pairs, impliquant un partage mutuel d’intérêts, d'activités et d’émotions,  (d) ne cherche pas spontanément à partager ses plaisirs, ses intérêts ou ses succès avec d’autres personnes (p. ex., ne cherche pas à montrer, à apporter ou à pointer à autrui des objets qui l’intéressent),  c) manque de réciprocité socio-émotionnelle se traduisant par une réponse altérée ou déviante aux émotions d’autrui ; ou manque de modulation du comportement selon le contexte social ou faible intégration des comportements sociaux, émotionnels et communicatifs ; |
| 2. altération qualitative de la communication, comme en témoigne au moins un des éléments suivants :  a) retard ou absence totale de développement du langage parlé (sans tentative de compensation par d’autres modes de communication, comme le geste ou la mimique),  b) chez les sujets maîtrisant suffisamment le langage, incapacité marquée à engager ou à soutenir une conversation avec autrui,  c) usage stéréotypé et répétitif du langage, ou langage idiosyncrasique,  d) absence d’un jeu de « faire semblant » varié et spontané, ou d’un jeu d’imitation sociale correspondant au niveau de développement ; | 2. altérations qualitatives de la communication, manifestes dans au moins un des domaines suivants :  a) retard ou absence totale de développement du langage oral (souvent précédé par une absence de babillage communicatif), sans tentative de communiquer par le geste ou la mimique,  b) incapacité relative à engager ou à maintenir une conversation comportant un échange réciproque avec d’autres personnes (quel que soit le niveau de langage atteint),  c) usage stéréotypé et répétitif du langage, ou utilisation idiosyncrasique de mots ou de phrases,  d) absence de jeu de « faire semblant », varié et spontané, ou (dans le jeune âge) absence de jeu d’imitation sociale ; |
| 3. caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités, comme en témoigne au moins un des éléments suivants :  a) préoccupation circonscrite à un ou plusieurs centres d’intérêt stéréotypés et restreints, anormale soit dans son intensité, soit dans son orientation,  b) adhésion apparemment inflexible à des habitudes ou à des rituels spécifiques et non fonctionnels,  c) maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs (p. ex., battements ou torsions des mains ou des doigts, mouvements complexes de tout le corps),  d) préoccupations persistantes pour certaines parties des objets. | 3. caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités, manifeste dans au moins un des domaines suivants :  a) préoccupation marquée pour un ou plusieurs centres d’intérêt stéréotypés et restreints, anormaux par leur contenu ou leur focalisation ; ou présence d’un ou de plusieurs intérêts qui sont anormaux par leur intensité ou leur caractère limité mais non par leur contenu ou leur focalisation,  b) adhésion apparemment compulsive à des habitudes ou à des rituels spécifiques, non fonctionnels,  c) maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs, par exemple battements ou torsions des mains ou des doigts, ou mouvements complexes de tout le corps,  d) préoccupation pour certaines parties d’un objet ou des éléments non fonctionnels de matériels de jeux (p. ex., leur odeur, la sensation de leur surface, le bruit ou les vibrations qu'ils produisent). |

[999]

TABLEAU 35.2.

Critères diagnostiques de l’autisme (suite)

|  |  |
| --- | --- |
| **DSM-IV**  **299.00 Trouble autistique** | **CIM-10**  **F84.0 Autisme infantile** |
| B. Retard ou caractère anormal du fonctionnement, débutant avant l’âge de trois ans, dans au moins un des domaines suivants :  (1) interactions sociales;  (2) langage nécessaire à la communication sociale ;  (3) jeu symbolique ou d’imagination. | A. Présence, avant l’âge de trois ans, d’anomalies ou d’altérations du développement, dans au moins un des domaines suivants :  (2) développement des attachements sociaux sélectifs ou des interactions sociales réciproques;  (1) langage (type réceptif ou expressif) utilisé dans la communication sociale-,  (3) jeu fonctionnel ou symbolique. |
| C. La perturbation n’est pas mieux expliquée par le diagnostic de syndrome de Rett ou de trouble désintégratif de l’enfance. | C. Le tableau clinique n’est pas attribuable à d’autres variétés de trouble envahissant du développement: trouble spécifique de l’acquisition du langage, versant réceptif (F80.2), avec des problèmes socio-émotionnels secondaires ; trouble réactionnel de l’attachement de l’enfance (F94.1) ou trouble de l’attachement de l’enfance avec désinhibition (F94.2); retard mental (F70-F72) avec quelques perturbations des émotions ou du comportement; schizophrénie (F20) de survenue inhabituellement précoce ; syndrome de Rett (F84.2). |

**Sources** : American Psychiatric Association (1994), trad. française *DSM-IV- Manuel diagnostique et statistique des troubles mentau*x, Paris, Masson, 1996 ; World Health Organization (1993), trad. française *Classification internationale des maladies*, 10e révision. Chapitre V (F) : *Troubles mentaux et troubles du comportement: critères diagnostiques pour la recherche*, Paris, Organisation Mondiale de la Santé et Masson, 1994.

Après la deuxième année, il s’agit de distinguer l’autisme d’un trouble de l’attachement, d’un trouble sensoriel ou d’une déficience simple. Les troubles de l’attachement peuvent ressembler à l’autisme pour ce qui est du retrait et de l’absence de relations avec les pairs, mais ils s’en différencient par la capacité de formuler des demandes (même au stade non verbal) en utilisant le geste et le regard. C’est surtout le cours évolutif sous traitement, rapide pour les troubles de l’attachement, stable à court terme pour l’autisme, qui fait la différence. Le diagnostic d’autisme peut être difficile à établir en présence d’un retard de maturation visuelle ou d’une amblyopie, d’autant plus que ces troubles sont fréquemment associés à l’autisme. Quant au diagnostic de syndrome d’Asperger, il n’est habituellement pas posé avant trois ans, mais on remarque rétrospectivement une réduction du contact social avant cet âge. Par la suite, les bizarreries langagières, la restriction des intérêts et l’absence de relations sociales en garderie suscitent l’inquiétude et orientent le diagnostic.

Lorsqu’on est amené à voir les patients à l’âge scolaire, le diagnostic différentiel doit considérer les troubles obsessionnels-compulsifs (TOC), le syndrome de Gilles de la Tourette, les troubles des conduites et surtout la dépression chez l’enfant atteint du syndrome de Gilles de la Tourette ou hyperactif. Le TOC apparaît plus tard, mais peut être très difficile à distinguer si l’on ne connaît pas l’histoire développementale de l’enfant. L’existence d’interactions sociales et langagières qui tiennent compte des intentions et des émotions de l’autre, et spécialement de leurs manifestations non verbales, permet de distinguer ces troubles de l’autisme. Les tics du syndrome de Gilles de la Tourette et la ritualisation du comportement qui peut faire partie de ce syndrome ressemblent aux rituels et aux stéréotypies des autistes sans déficience intellectuelle, mais dans ce cas on relève des interactions sociales riches, variables et différenciées qui sont absentes dans l’autisme. De plus, la variation dans le temps des tics du syndrome de Gilles de la Tourette s’oppose à la fixité des stéréotypies autistiques. Le problème le plus délicat que pose le diagnostic différentiel consiste à différencier l’autisme sans déficience intellectuelle (dit autisme de haut niveau) ou le syndrome d’Asperger des troubles graves des conduites. Dans ce dernier cas, la pauvreté de l’affect, le caractère utilitaire des relations avec autrui et la restriction des intérêts ressemblent à ce qu’on peut observer dans les troubles envahissants du développement chez les enfants d’intelligence normale. La distinction touche ici la manipulation utilitaire des intentions et [1000] des émotions d’autrui pour des buts compréhensibles (argent, plaisir) dans les troubles des conduites et l’utilisation de l’autre comme un instrument au service d’un intérêt particulier autistique, comme la réalisation d’une collection ou l’accomplissement d’un rituel. Enfin, l’absence d’hallucinations auditives et l’histoire développementale, ainsi que le caractère continu et l’atténuation graduelle des troubles, permettent de distinguer l’autisme adulte sans déficience intellectuelle de la schizophrénie (Volkmar, Klin et Cohen, 1997).

Traitement bio-psycho-social

Quel que soit l’âge de la personne autiste, le traitement de ce trouble repose avant tout sur l’aménagement du milieu et sur l’éducation spécialisée. On peut pratiquer une stimulation précoce de l’enfant, qui consiste à enrichir artificiellement et de façon non spécifique les interactions avec les pairs et avec les objets auxquelles l’enfant ne se livre pas spontanément, dans tous les domaines où il est déficient. Dans la méthode Teacch, cet enrichissement vise spécialement les comportements en émergence, c’est-à-dire les comportements que l’enfant commence à produire de lui-même. On modifie aussi le milieu pour en supprimer ce que l’enfant autiste ne peut décoder ou ce qu’il supporte mal (transitions, bruits, stimulations trop nombreuses). On associe également à la modification du milieu l’utilisation de conditionnement opérant pour amorcer la communication. Enfin, la méthode Lovaas privilégie l’application intensive de techniques de modification du comportement dans lesquelles on modèle les interactions par l’utilisation de renforçateurs. À un âge plus avancé, les méthodes de conditionnement restent privilégiées pour les enfants ayant une déficience associée. En revanche, pour les patients d’intelligence normale ou quasi normale, l’indication se partage alors entre les méthodes Lovaas et Teacch. Lorsque l’enfant peut être intégré dans un milieu scolaire, ordinaire ou spécialisé, les principes de ces méthodes peuvent être communiqués à l’enseignant qui recevra l’aide d’un accompagnateur à temps partiel. Bien qu’on ne soit pas toujours en mesure d’établir un parallèle entre l’intensité d’application de ces méthodes et le degré de l’amélioration obtenue, il existe un consensus quant à la nécessité d’une intervention précoce, quel qu’en soit le type (Filipek et coll., 1999).

L’âge adulte modifie l’applicabilité de ces méthodes. Un point important consiste à améliorer la compréhension et la reconnaissance des habiletés sociales, individuellement ou en groupe. Un gain d’adaptation peut en effet être obtenu si l’on explique à la personne autiste des comportements sociaux, qui sont à la fois perfectibles et d’acquisition non spontanée. Il faut, pour finir, signaler que l’évaluation psychologique et orthophonique des personnes autistes est un volet important du diagnostic, ainsi que de l’établissement d’un plan de soins individualisé. Cette évaluation permet de déterminer les aires de compétences et de faiblesses particulières caractéristiques de cette affection, qui constituent la base des programmes individualisés (Lord, 1997).

Les traitements biologiques sont inefficaces dans l’état actuel des connaissances sur ce qui constitue le noyau du trouble. Le rôle de la pharmacologie se réduit à traiter des symptômes associés ou une éventuelle comorbidité. C’est ainsi que l’hyperactivité ou le syndrome de Gilles de la Tourette associés peuvent être traités de manière usuelle, avec un grand bénéfice. L’épilepsie doit aussi être traitée. Le problème le plus délicat est le contrôle de l’agressivité, qui n’est présente que dans un petit nombre de cas à l’âge adulte, mais qui tend à durer lorsqu’elle existe. Les neuroleptiques sont d’une efficacité inégale et doivent être prescrits après l’essai d’une intervention dans le milieu et auprès du patient. Il semble également que, pour les personnes d’intelligence suffisante, l’explication des particularités de l’affection puisse prévenir la survenue de comportements agressifs. Les antidépresseurs de type inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) sont d’autant plus indiqués que l’existence de dépression chez les patients autistes est mise en évidence et que ce type de médication paraît exercer une action sur les comportements répétitifs (McDougle, 1997). Récemment, de nombreuses familles et quelques scientifiques ont favorisé un traitement de l’autisme par des régimes alimentaires dont sont exclus divers nutriments, comme le gluten et la caséine. En raison de l’innocuité probable de tels régimes (qui reposent sur un rationnel encore fragile), des études visant à démontrer leur efficacité sont envisageables, mais cette preuve reste toutefois à faire.

Une situation particulière à l’autisme reste la place remarquable occupée à tous les niveaux par les parents, à titre individuel ou associatif. Ceux-ci remplissent un rôle majeur dans le soin de l’enfant, dans l’obtention de services et dans la défense de ses droits. Cependant, du fait de leur nature non professionnelle, [1001] les familles sont parfois sensibles à l’attrait de méthodes thérapeutiques sans base scientifique, dont les résultats, présentés comme miraculeux, s’appuient sur quelques cas anecdotiques lointains. Un des rôles des professionnels consistera alors à relativiser ces méthodes au regard de celles dont l’efficacité est effectivement démontrée.

Évolution et pronostic

L’autisme est un handicap, c’est-à-dire la conséquence chronique d’une atteinte cérébrale localisée dans le temps, survenant au début du développement. Une fraction des enfants avec autisme présentent une régression après un cours développemental normal, mais, dans la plupart des cas, l’enfant s’améliore graduellement une fois l’ensemble du tableau clinique installé, sans toutefois qu’il y ait de retour à la normale. Plusieurs symptômes disparaissent spontanément, alors que d’autres subsistent de façon résiduelle. On relève des seuils dans l’évolution. La période de deux à cinq ans est la plus difficile, avec un pic d’apparition des colères, du retrait et des automutilations quand ces manifestations sont présentes. Pour certains patients non traités ou très déficients, ce type de tableau peut persister la vie durant. Il semble néanmoins que l’application précoce de méthodes intensives d’éducation spécialisée puisse modifier considérablement les aspects les plus graves de ce tableau, mais sans arriver à une suppression de la totalité des signes. On observe souvent une recrudescence des symptômes à l’adolescence, surtout de l’agressivité et du sentiment de dévalorisation. L’adaptation sociale à l’âge adulte est dans l’ensemble médiocre et varie dans une telle mesure que la notion de pronostic global de l’autisme est peu significative. Le pronostic relatif à l’adaptation dépend en effet du niveau intellectuel, de la présence ou non de symptômes handicapants comme les rituels ou l’agressivité, de la qualité et de l’étendue du réseau de soutien, de l’existence ou non de programmes d’intégration et de l’importance de l’aide reçue au cours du développement. Toutefois, il est actuellement possible d’espérer une bonne insertion professionnelle et une autonomie financière parfois très grande, pour les personnes d’intelligence normale ou quasi normale. Dans tous les cas, la compréhension de l’affection par la famille, par le milieu et par la personne autiste elle-même quand cela est possible est un élément majeur dans le pronostic concernant ce handicap. La concertation entre médecin, parents, enseignant, aide pédagogique spécialisée, intervenant en réadaptation et travailleur social, regroupés dans un réseau de soins intégré formant un continuum au cours du développement, joue aussi en faveur d’un meilleur pronostic.

Syndrome d’Asperger

Les critères diagnostiques du syndrome d’Asperger sont donnés dans le tableau 35.3. Cette maladie se distingue de l’autisme sans déficience intellectuelle par l’absence d’anomalies de la forme de l’expression langagière, donc par l’absence de retard de langage,

TABLEAU 35.3

Critères diagnostiques du syndrome d’Asperger

|  |  |
| --- | --- |
| **DSM-IV**  **299.80 Syndrome d’Asperger** | **CIM-10**  **F84.5 Syndrome d’Asperger** |
| A. Altération qualitative des interactions sociales, comme en témoignent au moins deux des éléments suivants : | B. Altération qualitative des interactions sociales réciproques, manifestes dans au moins deux des domaines suivants (mêmes critères B(l) que pour l’autisme infantile) : |
| (1) altération marquée dans l’utilisation, pour réguler les interactions sociales, de comportements non verbaux multiples, tels que le contact oculaire, la mimique faciale, les postures corporelles, les gestes ;  (2) incapacité à établir des relations avec les pairs correspondant au niveau du développement | (a) absence d'utilisation adéquate du contact oculaire, de l’expression faciale, de l’attitude corporelle et de la gestualité pour réguler les interactions sociales,  (b) incapacité à développer (de manière correspondant à l’âge mental et bien qu'existent de nombreuses occasions) des relations avec des pairs, impliquant un partage mutuel d’intérêts, d’activités et d’émotions, |

[1001]

TABLEAU 35.3

Critères diagnostiques du syndrome d’Asperger (suite)

|  |  |
| --- | --- |
| **DSM-IV**  **299.80 Syndrome d’Asperger** | **CIM-10**  **F84.5 Syndrome d’Asperger** |
| (3) le sujet ne cherche pas spontanément à partager ses plaisirs, ses intérêts ou ses réussites avec d’autres personnes (p. ex., il ne cherche pas à montrer, à désigner du doigt ou à apporter les objets qui l’intéressent) ;  (4) manque de réciprocité sociale ou émotionnelle. | (d) ne cherche pas spontanément à partager son plaisir, ses intérêts ou ses succès avec d’autres personnes (p. ex., ne cherche pas à montrer, à apporter ou à pointer à autrui des objets qui l’intéressent),  (c) manque de réciprocité socio-émotionnelle se traduisant par une réponse altérée ou déviante aux émotions d’autrui ; ou manque de modulation du comportement selon le contexte social ou faible intégration des comportements sociaux, émotionnels et communicatifs. |
| B. Caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités, comme en témoigne au moins un des éléments suivants :  (1) préoccupation circonscrite à un ou plusieurs centres d’intérêt stéréotypés et restreints, anormale soit dans son intensité, soit dans son orientation ;  (2) adhésion apparemment inflexible à des habitudes ou à des rituels spécifiques et non fonctionnels ;  (3) maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs (p. ex., battements ou torsions des mains ou des doigts, mouvements complexes de tout le corps) ;  (4) préoccupations persistantes pour certaines parties des objets. | C. Caractère inhabituellement intense et limité des intérêts ou caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités (mêmes critères B(3) que pour l’autisme infantile, mais les maniérismes moteurs ou les préoccupations pour certaines parties d’un objet ou pour des éléments non fonctionnels de matériels de jeux sont moins fréquents).  B (3) (a) préoccupation marquée pour un ou plusieurs centres d’intérêt stéréotypés et restreints, anormaux par leur contenu ou leur focalisation ; ou présence d’un ou de plusieurs intérêts qui sont anormaux par leur intensité ou leur caractère limité mais non par leur contenu ou leur focalisation,  (b) adhésion apparemment compulsive à des habitudes ou à des rituels spécifiques, non fonctionnels,  (c) maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs, par exemple battements ou torsions des mains ou des doigts, ou mouvements complexes de tout le corps,  (d) préoccupation pour certaines parties d’un objet ou des éléments non fonctionnels de matériels de jeux (p. ex., leur odeur, la sensation de leur surface, le bruit ou les vibrations qu’ils produisent). |
| C. La perturbation entraîne une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel, ou dans d’autres domaines importants. |  |
| D. Il n’existe pas de retard général du langage significatif sur le plan clinique (p. ex., le sujet a utilisé des mots isolés vers l’âge de deux ans et des phrases à valeur de communication vers l’âge de trois ans). | A. Absence de tout retard général, cliniquement significatif, du langage (versant expressif ou réceptif), ou du développement cognitif. L’acquisition de mots isolés vers l’âge de deux ans ou avant et l’utilisation de phrases communicatives à l’âge de trois ans ou avant sont nécessaires au diagnostic. L’autonomie, le comportement adaptatif et la curiosité pour l’environnement au cours des trois premières années doivent être d’un niveau compatible avec un développement intellectuel normal. Les étapes du développement moteur peuvent toutefois être quelque peu retardées et la présence d’une maladresse motrice est habituelle (mais non obligatoire pour le diagnostic). L’enfant a souvent des capacités particulières isolées, fréquemment en rapport avec des préoccupations anormales, mais cela n’est pas exigé pour le diagnostic. |
| E. Au cours de l’enfance, il n’y a pas eu de retard significatif sur le plan clinique dans le développement cognitif ni dans le développement, en fonction de l’âge, des capacités d’autonomie, du comportement adaptatif (sauf dans le domaine de l’interaction sociale) et de la curiosité pour l’environnement. |
| F. Le trouble ne répond pas aux critères d'un autre trouble envahissant du développement spécifique ni à ceux d’une schizophrénie. | D. Le trouble n’est pas attribuable à d’autres variétés de trouble envahissant du développement, à une schizophrénie simple (F20.6), à un trouble schizotypique (F21), à un trouble obsessionnel-compulsif (F42.-), à une personnalité anankastique (F60.5), à un trouble réactionnel de l’attachement de l’enfance (F94.1), à un trouble de l’attachement de l’enfance, avec désinhibition (F94.2). |

**Sources** : American Psychiatric Association (1994), trad. française DSM-IV- Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Paris, Masson, 1996 ; World Health Organization (1993), trad. française Classification internationale des maladies, 10erévision. Chapitre V (F) : Troubles mentaux et troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche, Paris, Organisation Mondiale de la Santé et Masson, 1994.

[1003]

d'écholalie, d'inversion pronominale, de néologismes et de langage stéréotypé. Les personnes atteintes peuvent donc présenter des thèmes répétitifs, ou des « intérêts particuliers » (p. ex., les trains, la météorologie), mais la morphologie de leur langage n’est pas elle-même répétitive.

Ce syndrome se distingue également de l’autisme sans déficience intellectuelle par un parcours développemental différent. Les premiers signes remarqués par les parents se manifestent rarement avant trois ou quatre ans, alors que l’autisme donne lieu à un tableau clairement anormal bien avant cet âge. Le syndrome d’Asperger paraît s’aggraver avec le temps, car les troubles de la socialisation et la restriction des intérêts s’intensifient lorsque les exigences sociales se font plus complexes, le plus souvent vers le moment de l’entrée à l’école jusqu’à la sixième année. L’autisme de haut niveau donne au contraire l’impression de s’atténuer pendant cette période, du fait de l’apparition d’un langage élaboré vers quatre ans. Soulignons toutefois que l’application stricte des critères du DSM-IV relativement à la distinction entre autisme et syndrome d’Asperger aboutit, en pratique, à supprimer cette dernière catégorie, étant donné qu’il existe une règle de priorité entre les deux syndromes en faveur de l’autisme. On ne peut, en effet, poser un diagnostic de syndrome d’Asperger que si le sujet n’est pas positif pour un diagnostic d’autisme. Or, spécialement si l’on utilise les outils de diagnostic standardisés de l’autisme comme l’Autism Diagnostic Interview-Revised (Lord, Rutter et Le Couteur, 1994), la quasi-totalité des sujets qu’on dirait atteints du syndrome d’Asperger au regard des critères cliniques remplissent aussi les critères du diagnostic d’autisme, à cause de la présence transitoire des signes d’atteinte de la forme langagière. En attendant une révision du DSM sur ce point, il convient donc, si l’on veut sauvegarder l’esprit de cette distinction, de réserver le diagnostic de syndrome d’Asperger à des tableaux de trouble envahissant du développement sans déficience intellectuelle ni retard de langage dans lesquels l’écholalie, l’inversion pronominale ou le langage stéréotypé ne se sont manifestés que pendant une période très réduite.

À l’âge adulte, les deux tableaux se distinguent mal, aussi bien sur le plan clinique que sur le plan neuropsychologique. Plusieurs études ont montré que des groupes de patients séparés selon les critères exposés plus haut ne s’opposent guère par rapport à d’autres variables. On ne pense plus maintenant que les pics d’« habileté spéciale » (habileté visuospatiale dans l’autisme, vocabulaire dans le syndrome d’Asperger) ou le rapport Q.I. verbal/Q.I. de performance (le premier supérieur au second dans le syndrome d’Asperger, le second supérieur au premier dans l’autisme) différencient les deux groupes. Ces divers caractères semblent plutôt se distribuer aléatoirement chez les patients, justifiant un diagnostic de trouble envahissant du développement sans déficience (Miller et Ozonoff, 2000). Les seules différences empiriquement démontrées entre les deux syndromes sont l’existence plus fréquente d’« intérêts restreints », une imagination plus développée et un meilleur pronostic adaptatif général dans le syndrome d’Asperger que dans l’autisme (Miller et Ozonoff, 2000). Il existe possiblement un continuum entre les deux syndromes. Les anomalies mises en évidence en résonance magnétique fonctionnelle sont identiques dans les deux groupes (Schultz et coll., 2000).

Une autre difficulté relativement au diagnostic de syndrome d’Asperger réside dans le degré de gravité et de typicité à partir duquel il est justifié de poser ce diagnostic. On a en effet assisté à une prolifération considérable des diagnostics de syndrome d’Asperger ces dernières années. Il faut cependant considérer que la réduction de la socialisation et le caractère répétitif des intérêts peuvent correspondre à un grand nombre de situations cliniques. Il importe de bien évaluer les deux diagnostics alternatifs que sont le syndrome de Gilles de la Tourette (Kadesjo et Gillberg, 2000) et le trouble des conduites (Green et coll., 2000). Il existe également, dans ces deux syndromes, des difficultés touchant la socialisation et un certain caractère répétitif des intérêts (quoique d’une autre nature), mais des signes positifs dans l’un et dans l’autre cas permettent de les distinguer du syndrome d’Asperger.

Le traitement du syndrome d’Asperger met enjeu un dispositif multidisciplinaire comportant plusieurs volets :

- traitement médicamenteux (ISRS) des pensées ou des comportements répétitifs ;

- thérapie psychoéducative : explication du syndrome, gestion des pensées répétitives ;

- soutien par groupe : entraînement aux habiletés sociales, gestion des pensées répétitives ;

- éducation : classes pilotes, aides pédagogiques ;

- adaptation : accès à l’emploi, aide au logement individuel.

[1004]

Il est légitime de viser une autonomie socioprofessionnelle pour le plus grand nombre de ces personnes, à l’aide d’une surveillance discontinue par une équipe spécialisée.

Syndrome de Rett

Le syndrome de Rett est un arrêt développemental de la croissance cérébrale, qui touche presque exclusivement les filles. Il s’agit donc d’un tableau autistique secondaire, comme dans l’autisme avec régression, le trouble désintégratif et d’autres démences survenant dans le cours d’affections organiques cérébrales. Le syndrome de Rett se distingue toutefois mieux sur le plan clinique, neurologique et neurobiologique. Il débute dans la deuxième enfance, après une période de développement en apparence normal (voir le tableau 35.4). Toutefois, des éléments pathologiques peuvent être relevés rétrospectivement, par exemple un périmètre crânien trop petit ou des difficultés périnatales. Dans sa phase régressive, le syndrome comprend un tableau d’autisme avec perte des acquis moteurs, comportementaux et de la communication. Les mouvements manuels volontaires de préhension et d’exploration disparaissent. La caractéristique du syndrome de Rett est la coexistence de stéréotypies manuelles particulières, d’anomalies de la posture et d’arrêt de la croissance crânienne, qui s’ajoutent au tableau autistique. L’épilepsie peut également y être associée. Les stéréotypies consistent en des mouvements de lavage ou de torsion des mains devant la ligne médiane du corps. La phase de régression se prolonge en une phase en plateau. Enfin, on observe parfois une récupération d’une partie des acquis perdus pendant la phase de régression. Les personnes atteintes vivent généralement au-delà de 30 ou 40 ans, mais elles conservent une déficience et au moins une partie du tableau autistique initial. Par exemple, les enfants chez qui le langage se rétablit conservent une écholalie et une inversion pronominale.

Le syndrome de Rett est nettement moins fréquent que l’autisme (1/23 000 filles). Il est causé par une mutation du gène de l’X MECP2 (Amir et coll., 1999). Il est donc cliniquement et étiologiquement plus homogène que cette dernière affection sur le plan neurobiologique. On sait maintenant que le syndrome de Rett implique un arrêt de la croissance neuronale postnatale, principalement dans les régions frontales et temporales et dans le noyau caudé, une réduction massive de l’irrigation sanguine cérébrale, mais aussi de nombreux dysfonctionnements primaires ou secondaires des systèmes neurotransmetteurs et des facteurs de croissance neuronale. La filiation génétique de l’affection concerne probablement l’ensemble des cas, ce qui est loin d’être établi pour l’autisme. La prédominance des filles s’expliquerait par le fait que l’affection est létale pour les garçons ou qu’elle est liée à l’X du père, qui n’est pas transmis aux garçons.

Le diagnostic différentiel du syndrome de Rett est le même que pour d’autres arrêts développementaux de l’enfance d’origine neurologique, métabolique ou infectieuse. Ce diagnostic est capital au regard des accidents neurologiques reliés à un agent causal qui peut être traité. Par rapport à l’autisme, l’importance de ce diagnostic différentiel tient surtout à l’établissement du pronostic. Celui-ci, pour ce qui est du niveau d’adaptation atteint à la fin du développement, est à la fois plus sombre et plus arrêté dans le cas du syndrome de Rett que dans le cas de l’autisme. Le traitement ne se distingue pas de celui de l’autisme avec déficience au début du développement. Il consiste dans la stimulation des aires comportementales déficientes, accompagnée d’un ensemble de mesures psychosociales, éducatives et palliatives.

Autisme atypique  
et trouble envahissant du développement non spécifié

Lorsque les critères requis pour un diagnostic de trouble envahissant du développement spécifique (autisme, syndrome d’Asperger, trouble désintégratif ou syndrome de Rett) ne sont pas tous réunis, mais que le tableau est plus proche d’un trouble envahissant du développement que d’une autre entité diagnostique, on parle d’autisme atypique ou de trouble envahissant non spécifié. Deux situations majeures nous semblent devoir être distinguées pour les patients qui présentent ce tableau à un stade avancé du développement. Comme l’évolution normale des troubles envahissants comprend la disparition de quelques symptômes, il est courant que des patients, qui ont présenté un trouble spécifique au début du développement, voient disparaître un certain nombre de signes en vieillissant. Ceux-ci ne sont donc pas atteints d’un trouble atypique, si l’on pose rétrospectivement pour eux un diagnostic de trouble envahissant spécifique. D’autres enfants, en revanche, n’ont jamais présenté un tableau de trouble envahissant spécifique, à aucun moment de leur existence, et seuls ces derniers peuvent être véritablement considérés comme atteints d’un trouble [1005] envahissant du développement non spécifié (voir le tableau 35.5, p. 1006).

Ce groupe a fait l’objet de peu d’études. Les orientations actuelles placent ce diagnostic à une extrémité du continuum des troubles autistiques, soit en raison de la moindre expression de l’anomalie génétique responsable de l’autisme, ou en raison d’un processus de transition avec d’autres troubles individualisés non envahissants (syndrome de Gilles de la Tourette, hyperactivité, TOC).

En ce qui concerne le traitement, aucune prise en charge particulière n’est associée au trouble envahissant non spécifié. On se tournera donc vers ce qui est en usage pour le trouble envahissant duquel les signes que présente le sujet se rapprochent le plus.

TABLEAU 35.4

Critères diagnostiques du syndrome de Rett

|  |  |
| --- | --- |
| **DSM-IV**  **299.80 Syndrome de Rett** | **CIM-10**  **F84.2 Syndrome de Rett** |
| A. Présence de tous les éléments suivants :  (1) développement prénatal et périnatal apparemment normal ;  (2) développement psychomoteur apparemment normal pendant les cinq premiers mois après la naissance;  (3) périmètre crânien normal à la naissance. | A. La période prénatale et périnatale et le développement psychomoteur au cours des cinq premiers mois sont apparemment normaux et le périmètre crânien est normal à la naissance. |
| B. Survenue, après la période initiale de développement normal, de tous les éléments suivants:  (1) décélération de la croissance crânienne entre 5 et 48 mois ; | B. Décélération de la croissance crânienne entre 5 mois et 4 ans et perte, entre 5 et 30 mois, des compétences fonctionnelles manuelles intentionnelles acquises, associées à une perturbation concomitante de la communication et des interactions sociales et à l’apparition d’une démarche mal coordonnée et instable ou d’une instabilité du tronc. |
| (2) entre 5 et 30 mois, perte des compétences manuelles intentionnelles acquises antérieurement, suivie de l’apparition de mouvements stéréotypés des mains (p. ex., torsion des mains ou lavage des mains);  (3) perte de la socialisation dans la phase précoce de la maladie (bien que certaines formes d’interaction sociale puissent se développer ultérieurement);  (4) apparition d'une incoordination de la marche ou des mouvements du tronc;  (5) altération grave du développement du langage de type expressif et réceptif, associée à un retard psychomoteur sévère. | D. Mouvements stéréotypés des mains sur la ligne médiane (p. ex., torsion ou lavage des mains), apparaissant au moment de la perte des mouvements intentionnels des mains ou plus tard.  C. Présence d’une altération grave du langage, versant expressif et réceptif, associée à un retard psychomoteur sévère. |

Sources : American Psychiatric Association (1994), trad. française *DSM-IV- Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux****,*** Paris, Masson, 1996 ; World Health Organization (1993), trad. française *Classification internationale des maladies, 10erévision. Chapitre V (F) : Troubles mentaux et troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche,* Paris, Organisation Mondiale de la Santé et Masson, 1994.

Trouble désintégratif de l’enfance

Certains troubles envahissants se caractérisent par un tableau autistique survenant après un développement normal, sans qu’on puisse, comme dans les démences de l’enfant, isoler un trouble neurologique à l’origine de la régression. Néanmoins, dans un grand nombre de cas, l’autisme proprement dit n’est pas présent dès la naissance. Il commence à être repérable seulement au cours de la deuxième ou de la troisième année. Il n’est donc pas certain que le trouble désintégratif corresponde à une situation clinique différente de tous les cas d’autisme où une régression peut être mise en évidence. Le tableau 35.6 (p. 1007) donne les critères diagnostiques de ce trouble.

[1006]

TABLEAU 35.5

Critères diagnostiques d’un trouble envahissant  
du développement non spécifié (autisme atypique)

|  |  |
| --- | --- |
| **DSM-IV**  299.80 Trouble envahissant du développement non spécifié (y compris autisme atypique) | **CIM-10**  F84.1x Autisme atypique |
| On doit se servir de cette catégorie quand existent soit une altération sèvere et envahissante du développement, | A. Présence, à partir de l’âge de trois ans ou plus tard, d’anomalies ou d’altérations du développement (mêmes critères que pour l'autisme [voir le tableau 35.2, p. 998-999] sauf en ce qui concerne l’âge d’apparition). |
| de l’interaction sociale réciproque ou des capacités de communication verbale et non verbale, soit des comportements, des intérêts et des activités stéréotypés. | B. Altération qualitative des interactions sociales réciproques, altération qualitative de la communication, ou caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités (mêmes critères que pour l’autisme, mais il n’est pas nécessaire que les manifestations pathologiques répondent aux critères de chacun des domaines touchés). |
| Il ne faut pas que les critères d’un trouble envahissant du développement spécifique, d’une schizophrénie, d’une personnalité schizoïde ou d’une personnalité évitante soient remplis. Par exemple, cette catégorie inclut sous le terme d’« autisme atypique » des tableaux cliniques qui diffèrent de celui du trouble autistique par un âge de début plus tardif, par une symptomatologie atypique ou sous le seuil, ou par l’ensemble de ces caractéristiques. | C. Ne répond pas aux critères diagnostiques de l’autisme (F84.0). |
|  | **F84.10 Atypicité de l’âge de survenue**  A. Ne répond pas au critère A de l’autisme : l’anomalie ou l’altération du développement est évidente seulement à partir de l’âge de trois ans ou plus tard. |
| B. Répond aux critères B et C de l’autisme (F84.0). |
| **F84.11 Atypicité par la symptomatologie**  A. Répond au critère A de l'autisme : l’anomalie ou l’altération du développement est évidente avant l'âge de trois ans. |
| B. Altération qualitative des interactions sociales réciproques, altération qualitative de la communication, ou caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités (mêmes critères que pour l’autisme, mais il n'est pas nécessaire que les manifestations pathologiques répondent aux critères de chacun des domaines touchés). |
| C. Répond au critère C de l’autisme. |
| D. Ne répond pas entièrement au critère B de l’autisme (F84.0). |
| **F84.12 Atypicité par l’âge de début et la symptomatologie**  A. Ne répond pas au critère A de l’autisme : l’anomalie ou l’altération du développement est évidente seulement à partir de l'âge de trois ans ou plus tard. |
| B. Altération qualitative des interactions sociales réciproques, altération qualitative de la communication, ou caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités (mêmes critères que pour l’autisme, mais il n’est pas nécessaire que les manifestations pathologiques répondent aux critères de chacun des domaines touchés). |
|  | C. Répond au critère C de l’autisme. |
|  | D. Ne répond pas entièrement au critère B de l’autisme (F84.0). |

**Sources**: American Psychiatric Association (1994), trad. française DSM-IV **-** *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 1996 ; World Health Organization (1993), trad. française *Classification internationale des maladies*, 10e révision. Chapitre V (F)**. -** *Troubles mentaux et troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche*, Paris, Organisation Mondiale de la Santé et Masson, 1994.

[1007]

TABLEAU 35.6

Critères diagnostiques du trouble désintégratif de l’enfance

|  |  |
| --- | --- |
| **DSM-IV**  299.10 Trouble désintégratif de l’enfance | **CIM-10**  F84.3 Autre trouble désintégratif de l’enfance |
| A. Développement apparemment normal pendant les deux premières années de la vie au moins, comme en témoigne la présence d’acquisitions en rapport avec l'âge dans les domaines de la communication verbale et non verbale, des relations sociales, du jeu et du comportement adaptatif. | A. Développement apparemment normal jusqu’à l’âge d’au moins deux ans. La présence des acquisitions normales, en rapport avec l’âge, dans les domaines de la communication, des relations sociales et du jeu, est nécessaire au diagnostic, de même qu’un comportement adaptatif correspondant à un âge de deux ans ou plus. |
| B. Perte cliniquement significative, avant l’âge de 10 ans, des acquisitions préalables dans au moins deux des domaines suivants :  (1) langage de type expressif ou réceptif ;  (2) compétences sociales ou comportement adaptatif ;  (3) contrôle sphinctérien, vésical ou anal ;  (4) jeu;  (5) habiletés motrices. | B. Perte manifeste des acquisitions antérieures, à peu près au moment du début du trouble. Le diagnostic repose sur la mise en évidence d’une perte cliniquement significative des acquisitions (et pas seulement d’une incapacité à utiliser ces dernières dans certaines situations) dans au moins deux des domaines suivants :  (1) langage, versant expressif ou réceptif ;  (3) compétences sociales ou comportement adaptatif ;  (4) contrôle sphinctérien, vésical ou anal ;  (2) jeu;  (5) capacités motrices. |
| C. Caractère anormal du fonctionnement dans au moins deux des domaines suivants :  (1) altération qualitative des interactions sociales (p. ex., altération des comportements non verbaux, incapacité à établir des relations avec les pairs, absence de réciprocité sociale ou émotionnelle) ;  (2) altération qualitative de la communication (p. ex., retard ou absence du langage parlé, incapacité à engager ou à soutenir une conversation, utilisation du langage sur un mode stéréotypé et répétitif, absence d’un jeu diversifié de « faire semblant ») ;  (3) caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités, avec stéréotypies motrices et maniérismes. | C. Fonctionnement social qualitativement anormal, manifeste dans au moins deux des domaines suivants :  (1) altérations qualitatives des interactions sociales réciproques (du type de celles définies pour l’autisme [voir le tableau 35.2, p. 998- 999);  (2) altérations qualitatives de la communication (du type de celles définies pour l’autisme) ;  (3) caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités, s'accompagnant de stéréotypies motrices et de maniérismes;  (4) perte générale de l’intérêt pour les objets et pour l’environnement. |
| D. La perturbation n’est pas mieux expliquée par un autre trouble envahissant du développement spécifique ni par une schizophrénie. | D. Le trouble n’est pas attribuable à d’autres variétés de trouble envahissant du développement ; à une aphasie acquise avec épilepsie (F80.6) ; à un mutisme électif (F94.0) ; à un syndrome de Rett (F84.2) ; ou à une schizophrénie (F20.-). |

**Sources** : American Psychiatric Association (1994), trad. française *DSM-IV- Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 1996 ; World Health Organization (1993), trad. française *Classification internationale des maladies*, 10erévision. Chapitre V (F) : *Troubles mentaux et troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche*, Paris, Organisation Mondiale de la Santé et Masson, 1994.

35.3.2. État de stress traumatique

Description clinique

Même de très jeunes enfants peuvent réagir très fortement à un traumatisme aigu ou chronique, vécu comme une expérience bouleversante qui ne peut être intégrée immédiatement ou rapidement. Leur capacité de percevoir des stimuli intenses, tant auditifs, visuels que tactiles, est très grande, mais si ces stimuli surviennent de façon trop brusque, on peut observer des réactions d’angoisse marquées et durables. En parallèle avec les tableaux rencontrés chez l’adulte, les symptômes prennent la forme d’une grande anxiété dans la vie courante, de cauchemars, d’une sensibilité prononcée à la répétition des stimuli originaux (chien qui a mordu, auto qui a frappé, lieu de l’accident, etc.) [1008] et d’une tendance à rejouer les scènes traumatiques. Les enfants sont aussi très sensibles aux affects vécus par les parents tout au cours de ce même traumatisme, qu’il s’agisse d’un incident n’ayant mis en cause que l’enfant ou d’un incident familial.

Traitement bio-psycho-social

Le traitement repose sur la désensibilisation systématique. Il s’agit d’aider le jeune enfant à revivre la situation traumatisante selon une mesure tolérable dans un environnement sécurisant, avec beaucoup de soutien et de réconfort. La participation des parents au traitement est toujours indiquée.

35.3.3. Troubles de l’affect

La théorie de l’attachement développée par Bowlby à partir des années 60 s’appuie sur de nombreuses observations cliniques de troubles relationnels entraînés par des séparations prolongées d’avec des figures significatives, des deuils et des mises en contact avec des parents perturbés émotionnellement (Bowlby, 1978- 1984). Le jeune enfant, particulièrement durant les trois ou quatre premières années de sa vie, réagit fortement à toute séparation d’avec ses parents, à toute situation de rupture des liens d’attachement créés avec eux, ou avec toute figure significative, et à toute menace d’une telle rupture.

Trouble de l’anxiété de la première et de la petite enfance

Description clinique

L’enfant qui s’accroche à sa mère et ne peut la laisser s’éloigner un instant, qui a constamment besoin de sa présence, le jour et la nuit, démontre ainsi une crainte excessive de perdre cette figure significative. Si les symptômes se manifestent surtout à la maison, ils se manifestent également devant tout étranger et devant toute situation nouvelle. On remarque aussi souvent une attitude hésitante devant la nouveauté et une inhibition par rapport à la manipulation de jouets nouveaux. En règle générale, cette réaction apparaît quand il y a eu séparation brusque (hospitalisation de l’enfant ou de la mère) ou quand il y a eu des changements importants autour de l’enfant. Des facteurs constitutionnels tel un tempérament difficile peuvent contribuer au tableau.

Traitement bio-psycho-social

Les interventions visent à favoriser l’expression, par les membres de la famille, des affects provoqués par les situations anxiogènes telles les séparations et les situations où l’enfant doit affirmer ses besoins et ses intentions. La psychothérapie mère-enfant et la psychothérapie familiale sont indiquées, souvent en association avec l’envoi de l’enfant en garderie pour l’aider à mieux tolérer les séparations et les situations anxiogènes.

Trouble de l’humeur :  
deuil prolongé/réaction de perte

Description clinique

Les réactions de deuil chez l’enfant découlent de la perte d’une figure significative, perte qui se double souvent du fait que l’enfant doit vivre avec un parent endeuillé. Ces réactions, connues dans les années 40 sous le nom de dépression anaclitique, ont été décrites à la suite de nombreuses recherches cliniques et observations (Kreisler, 1987). Le médecin doit toujours avoir à l’esprit la possibilité de telles réactions lorsqu’il est en présence d’un enfant apathique, qui pleure beaucoup, qui refuse de manger ou mange très peu, qui dort beaucoup, qui établit très peu de contacts visuels et affectifs avec son entourage et dont le développement psychomoteur peut être compromis. Ce tableau clinique est en relation avec une histoire de perte d’une figure significative ; la perte peut s’être produite de façon brusque et évidente, elle peut aussi prendre la forme d’un retrait relationnel de la part d’un parent sérieusement déprimé et isolé, ou préoccupé par des problèmes personnels importants, état conduisant au non-investissement affectif dans l’enfant.

Traitement bio-psycho-social

L’intervention doit favoriser la mise en place d’un cadre de vie rassurant pour l’enfant. Un des objectifs centraux du traitement sera l’amélioration de l’humeur [1009] de l’enfant par un travail de stimulation et de mode- ling sur le plan des interactions. Un appui aux parents est essentiel afin de les aider à mieux comprendre les réactions de leur enfant et aussi à mieux régulariser leur propre humeur.

Trouble de l’humeur :  
dépression de la première et de la petite enfance

Description clinique

Un certain nombre de jeunes enfants présentent des tableaux de dépression qui sont compatibles avec le trouble dépressif majeur décrit dans le DSM-IV. Leur humeur est déprimée ou irritable, ils pleurent parfois beaucoup, sont plus retirés et présentent des symptômes neurovégétatifs. Quelquefois, on notera des antécédents familiaux de trouble affectif qui viennent augmenter la vulnérabilité de l’enfant.

Cette entité clinique fait actuellement l’objet de recherches épidémiologiques de même que de travaux visant à établir l’utilité d’approches catégorielles et dimensionnelles dans son repérage (Luby, 2000).

Traitement bio-psycho-social

Comme dans les réactions de deuil, l’intervention doit viser à assurer stabilité et stimulation à l’enfant. Une pharmacothérapie antidépressive ne devrait être envisagée que dans des circonstances exceptionnelles.

Trouble mixte de l’expression émotionnelle

Description clinique

On peut parfois noter, chez de jeunes enfants, une absence ou une quasi-absence de certaines réactions affectives, tejles que la curiosité, la honte ou la tristesse, que leur niveau de développement devrait leur permettre de manifester. Ces enfants peuvent sembler inhibés émotionnellement. Le diagnostic de trouble mixte de l’expression émotionnelle est posé si des troubles anxieux ou un trouble de l’humeur, de même qu’un retard de développement, ont été exclus.

Traitement bio-psycho-social

Un cadre d’intervention favorisant l’expression des affects de l’enfant peut être utile, qu’il s’agisse de psychothérapie individuelle, familiale ou de groupe.

Trouble de l’identité de genre de l’enfance

Description clinique

Le trouble de l’identité de genre de l’enfance, appelé trouble de l’identité sexuelle chez les enfants dans le DSM-IV (voir le tome I, tableau 26.2, p. 643, pour les critères diagnostiques), se manifeste chez le jeune enfant par un malaise relatif à son propre sexe et un désir intense d’appartenir au sexe opposé. Les facteurs de risque associés à ce trouble comprennent le sexe masculin, un niveau d’activité peu élevé chez l’enfant, établi selon ce que rapportent les parents dans des questionnaires sur le tempérament, des sentiments intenses de déception de la part de la mère au sujet du sexe de son bébé, une psychopathologie maternelle et la non-implication du père.

Traitement bio-psycho-social

Les interventions incluent la thérapie comportementale, la psychothérapie individuelle et familiale, les approches éducatives auprès des parents, la thérapie de groupe ou une combinaison de ces différentes approches (Zucker et Bradley, 2000).

Trouble de l’attachement réactionnel  
aux situations de carence et de maltraitance  
dans la première enfance

Description clinique

La pratique clinique permet d’observer des enfants qui présentent des incapacités relationnelles significatives et persistantes par rapport aux figures d’attachement qui sont appelées à s’en occuper. Il est intéressant de noter que les descriptions cliniques que donnent le DSM-IV et la CIM-10 du trouble réactionnel de l’attachement (voir le tableau 35.7, p. 1010) ressemblent à celle de la Classification diagnostique 0-3 ans.

[1010]

TABLEAU 35.7

Critères diagnostiques du trouble réactionnel de rattachement

|  |  |
| --- | --- |
| **DSM-IV**  **313.89 Trouble réactionnel de rattachement de la première ou de la deuxième enfance** | **CIM-10**  **F94.x Trouble réactionnel de l’attachement de l’enfance** |
| A Mode de relation sociale gravement perturbé et inapproprié au stade du développement, présent dans la plupart des situations et ayant débuté avant l’âge de cinq ans, comme en témoignent les manifestations (1) OU (2):  (1) incapacité persistante, dans la plupart des situations, à engager des interactions sociales ou à y répondre d’une manière appro- priée au stade du développement, qui se traduit par des réponses excessivement inhibées, hypervigilantes, ou nettement ambivalentes et contradictoires ;  (2) liens d’attachement diffus, qui se manifestent par une sociabilité indifférenciée et une incapacité marquée à faire preuve d’attache- ments sélectifs (p. ex., familiarité excessive avec des étrangers ou absence de sélectivité dans le choix des figures d’attachement). | A. Début avant l’âge de cinq ans. |
| B. Réponses sociales fortement contradictoires ou ambivalentes concernant plusieurs situations sociales (mais qui peuvent être variables d’une relation à une autre). |
| C. Perturbation émotionnelle dont témoignent une diminution de la réponse émotionnelle, des réactions de retrait, des réponses agressives en rapport avec sa propre détresse ou celle d’autrui, et/ou une hypervigilance craintive. |
| D. Il existe une certaine capacité de réciprocité et de réponses sociales, comme en témoigne la présence d’interactions avec des adultes normaux. |
| B. La perturbation décrite dans le critère A n’est pas uniquement imputable à un retard du développement (comme dans le retard mental) et ne répond pas répond pas aux critères d’un trouble envahissant envahissant ddu développement. | E. Ne répond pas aux critères d’un trouble envahissant du développement (F84.x). |
| C. Carence de soins adaptés, comme en témoigne au moins un des éléments suivants:  (1) négligence persistante des besoins émotionnels élémentaires de l’enfant concernant le confort, la stimulation ou l’affection ;  (2) négligence persistante des besoins physiques élémentaires de l’enfant;  (3) changements répétés des personnes prenant soin de l'enfant, empêchant l'établissement de liens d’attachement stables (p. ex., changements fréquents de nourrice ou de parents adoptifs). |  |
| D. On présume que la carence de soins décrite dans le critère C est responsable de la perturbation du comportement décrite dans le critère A (p. ex., la perturbation décrite en A a débuté à la suite de la carence de soins décrite en C). |  |
| Spécifier le type :  **Type inhibé** : si le critère A1 prédomine dans le tableau clinique | **F94.1 Trouble réactionnel de l’attachement de l’enfance** |
| **Type désinhibé** : si le critère A2 prédomine dans le tableau clinique | **F94.2 Trouble de l’attachement de l’enfance avec désinhibition** |

**Sources** : American Psychiatric Association (1994), trad. française *DSM-IV- Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 1996 ; World Health Organization (1993), trad. française *Classification internationale des maladies*, 10e révision. Chapitre V (F) : *Troubles mentaux et troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche*, Paris, Organisation Mondiale de la Santé et Masson, 1994.

Certains auteurs ont critiqué les classifications actuelles du trouble de l’attachement qui, selon eux, insistent trop sur la maltraitance et sur les comportements sociaux aberrants et pas assez sur les relations d’attachement de nature pathologique. La Classification diagnostique 0-3 ans a tenté d’inclure un certain nombre de troubles relationnels. Ce sont toutefois les définitions de Lieberman et Zeanah (1995) qui rejoignent [1011] le mieux les recherches actuelles sur l’attachement. Leurs travaux ont mis en évidence cinq situations :

- l’enfant qui ne s’attache pas parce qu’il a vécu trop de placements et trop de ruptures avec des personnes significatives ;

- l’enfant qui se précipite constamment dans les bras du premier venu ou qui a des comportements dangereux entraînant de fréquents accidents ;

- l’enfant inhibé dans toutes ses interactions et dans les manipulations d’objets nouveaux, souvent hypervigilant et extrêmement anxieux quand il est placé dans une situation nouvelle, loin de ses figures d’attachement ;

- l’enfant agressif qui attaque systématiquement sa figure d’attachement ou lui-même et dont la colère dépasse les comportements d’opposition ;

- l’enfant qui joue vis-à-vis de son parent ou d’autres enfants le rôle parental, y exprimant une sollicitude exagérée (renversement des rôles).

Le plus souvent, ces tableaux cliniques plus ou moins sévères sont en étroite relation avec des situations de carence affective majeure. En effet, on trouve fréquemment dans l’histoire de ces enfants plusieurs ruptures des liens d’attachement à des figures parentales, naturelles ou substitutives. On relève aussi des déficiences relationnelles vécues à répétition et des manques de stimulation sensorielle. L’enfant réagit par la protestation, la dépression et, finalement, par une certaine indifférence à la perte de ses figures significatives. Si ces pertes sont répétées, l’enfant aura de plus en plus de mal à établir une relation de confiance avec tout adulte et il exprimera sa colère et sa déception dans diverses manifestations qui deviennent rapidement pathologiques, difficilement acceptables et qui peuvent engendrer un cercle vicieux infernal face à toute figure nouvelle qui tente de tisser un lien avec lui.

Bien qu’il n’existe pas d’études épidémiologiques sur la fréquence de ce trouble, il est clair que la recherche dans ce domaine et la mise en place de mesures de prévention sont essentielles, car ces problèmes conduisent le plus souvent à une grande fragilité narcissique, voire à une organisation pathologique de la personnalité.

Traitement bio-psycho-social

Les tendances les plus récentes préconisent de diminuer au maximum les ruptures relationnelles entre

les parents et l’enfant, à moins d’un danger majeur pour l’enfant. Il est donc essentiel d’empêcher que ces enfants difficiles soient constamment déplacés d’un milieu d’accueil à un autre. On tente d’aider le parent à établir des relations plus saines avec son enfant, afin d’éviter des ruptures toujours pathogènes. Toute rupture devrait se faire en s’assurant de procurer à l’enfant un milieu stable, en mesure de comprendre ses réactions souvent intenses et d’y faire face, et où il pourrait demeurer le plus longtemps possible en attendant de pouvoir retourner dans sa propre famille, si cela est vraiment indiqué. Il est essentiel d’expliquer à l’enfant les raisons qui conduisent à la séparation d’avec ses parents et de le soutenir dans toutes ses réactions affectives.

35.3.4. Troubles de l’ajustement

Description clinique

Il arrive assez fréquemment que le jeune enfant réagisse par de l’irritabilité, des conduites d’opposition ou de la tristesse à une variété de changements significatifs survenus dans son environnement. Il peut s’agir, par exemple, du retour au travail de l’un des parents, d’un changement dans le mode de gardiennage ou de la naissance d’un frère ou d’une sœur.

Traitement bio-psycho-social

Il est utile d’aider la famille à donner un sens aux conduites de l’enfant, en lui expliquant le lien qui existe entre celles-ci et l’événement stressant. On tente d’aider les parents à aménager l’environnement et l’horaire de l’enfant de façon à atténuer l’effet des changements et à favoriser un maximum de continuité des activités quotidiennes. Chez les enfants qui ont des capacités verbales plus évoluées, des discussions familiales où l’enfant est un participant actif pourront servir de point de départ à une adaptation de la famille au facteur de stress.

35.3.5. Troubles de la régulation

Description clinique

Certains enfants se montrent, dès leur première année de vie, incapables de réagir correctement aux stimuli [1012] sensoriels et de les intégrer, sur les plans sensitif, moteur, attentionnel et affectif. Ce problème se traduit soit par une hyperréaction, soit par une hyporéaction aux bruits, à la lumière, aux stimulations tactiles, par une sensibilité exagérée ou trop faible aux mouvements, aux odeurs, à la température. On observe aussi que l’enfant impulsif ou agressif est susceptible de se désorganiser facilement sur le plan moteur. On peut comprendre que ces enfants rendent la vie quotidienne de leurs parents très difficile et que les relations parents-enfant peuvent se mettre en place de façon très inadéquate.

Selon Greenspan et Wieder (1993), le problème de ces enfants découlerait d’une maturation plus lente du système nerveux, ce qui entraînerait des fluctuations importantes de leur façon de percevoir et d’organiser leurs expériences sensorielles. Il est certain que ce type d’enfant pose un problème particulier aux parents, surtout à ceux qui entretiennent de grandes attentes envers leur enfant. Le modèle du goodness of fit (Thomas et Chess, 1977) aide beaucoup à comprendre les interactions plus ou moins adaptées qui se créent dans l’environnement de ces enfants difficiles.

Traitement bio-psycho-social

Les interventions sont centrées sur l’information aux parents et aux soignants pour qu’ils apprennent à reconnaître les signaux de détresse de l’enfant et à les interpréter convenablement, de façon à mieux moduler leurs conduites. Il s’agit de choisir les comportements autour desquels le travail thérapeutique peut s’organiser et d’y aller à petits pas, au rythme de la maturation du système nerveux de l’enfant. De plus, une ergothérapie peut s’avérer pertinente pour favoriser l’intégration sensorimotrice chez ces enfants.

35.3.6. Trouble  
du comportement de sommeil

Description clinique

Qu’il s’agisse de cauchemars, de terreurs nocturnes ou de troubles de l’endormissement, les troubles du sommeil sont fréquents durant les trois premières années et rendent difficile la vie des parents. Le généraliste ou le pédiatre est toujours le premier médecin consulté et il lui appartient de vérifier si le trouble est dû à une cause organique (épilepsie, trouble respiratoire, etc.). Le plus souvent pourtant, il s’agit d’une manifestation étroitement liée à l’interaction parents-enfant et chaque situation doit donc être étudiée dans une perspective relationnelle selon laquelle tous les partenaires jouent un rôle important. Minde et coll. (1993) ont montré que les jeunes enfants se réveillent beaucoup plus souvent que ne le pensent leurs parents. Cependant, plusieurs se rendorment d’eux-mêmes sans avoir signalé leur réveil, tandis que d’autres appellent haut et fort et voient leurs parents répondre immédiatement à leur appel.

Les recherches mettent en évidence l’association très fréquente entre les interactions au moment du coucher (présence plus ou moins prolongée du parent, besoin de bercer et de nourrir) et l’inhibition chez l’enfant des stratégies d’« auto-apaisement » (self soothing). Il faut comprendre que le sommeil est une situation de séparation quotidienne et que les troubles du sommeil sont souvent l’expression d’une difficulté, de part et d’autre, à accepter cette séparation. Dans le contexte de la société actuelle, où très souvent les deux parents travaillent à l’extérieur, les enfants se voient très tôt soumis à un régime de garde dans lequel les changements de méthode et de gardienne peuvent être fréquents. Les réactions de l’enfant à ces changements peuvent se manifester par des pleurs au moment du départ quotidien du parent, mais aussi prendre la forme de difficultés à s’endormir ou de réveils fréquents pendant la nuit. Les parents se sentent souvent coupables de laisser leur enfant à une gardienne et ont alors de la difficulté à prendre, au moment du coucher, une distance avec leur enfant qui soit suffisante ou, au contraire, suffisamment rassurante pour celui-ci. Les réveils fréquents de l’enfant sont la manifestation de cette anxiété conjointe.

Beaucoup d’enfants s’endorment avec un des deux parents ou vont rejoindre leurs parents pendant la nuit. Si, dans certaines cultures, on tolère facilement cette situation (ou même on la favorise), elle est moins bien admise dans notre culture occidentale et elle est le plus souvent l’expression des difficultés des parents et de l’enfant à accepter la distanciation nécessaire à une autonomie de plus en plus grande.

Traitement bio-psycho-social

Les troubles du sommeil sont en règle générale transitoires et reliés à des perturbations environnementales. Il suffira donc essentiellement d’obtenir une description [1013] précise des conditions de l’endormissement et du sommeil et d’étudier la relation parents-enfant aussi bien au moment du coucher que dans la vie courante. Dans la plupart des cas, on trouve ainsi l’origine des symptômes, et les recommandations cliniques en découlent naturellement. Il est surtout important que les parents mettent en place un système de distanciation progressive en fonction de leur tolérance et de celle de l’enfant, qui permet de rassurer ce dernier sur leur présence et augmente ses capacités d’autoapaisement. Minde, Faucon et Falker (1994) ont obtenu des résultats encourageants en donnant au père un rôle majeur au moment du coucher. Une médication, telle qu’un antihistaminique sédatif à très faible dose, ne devrait être que très rarement envisagée.

35.3.7. Troubles du comportement  
alimentaire

Description clinique

L’alimentation est une activité quotidienne et il n’est pas surprenant de rencontrer fréquemment divers problèmes à ce chapitre. Ces problèmes prennent des formes extrêmement variées, allant du refus alimentaire aux vomissements réguliers. L’anorexie grave du jeune enfant qui refuse de manger au point de donner l’impression de se laisser mourir (Kreisler, 1987) est un syndrome heureusement assez rare. Le méricysme, un trouble caractérisé par la régurgitation et la remastication de la nourriture, semble de moins en moins fréquent (Sauvage et coll., 1985). La plupart de ces problèmes sont d’abord vus par le pédiatre, et les enfants sont souvent hospitalisés pour écarter la présence d’une pathologie organique ; c’est dans le cadre de cette investigation que le pédopsychiatre peut être appelé pour procéder à une évaluation psychiatrique. En ce qui concerne le pica, défini comme l’ingestion à répétition de substances non nutritives, il faudra tenir compte du niveau développemental de l’enfant.

Il serait trop long de décrire en détail comment chacun de ^ces troubles se manifeste, car ils peuvent prendre des formes très variées. L’essentiel est de connaître très précisément le contexte de l’apparition du trouble et de voir comment il se relie aux activités quotidiennes, et plus particulièrement aux affects ressentis et exprimés à l’intérieur de la relation entre la mère ou le père et l’enfant. Il faut s’informer au sujet des événements familiaux qui ont pu survenir à ce moment-là et déterminer les relations possibles entre ceux-ci et les symptômes que présente l’enfant. On trouve souvent une relation mère-enfant perturbée par des événements récents très pénibles : mort d’un être cher, difficultés conjugales, dépression, etc.

Il est important d’étudier le tempérament de l’enfant, de voir si l’on a affaire à un enfant « difficile », car il s’agit d’un facteur non négligeable dans l’établissement de la relation mère-enfant. Des aspects transgénérationnels interviennent aussi parfois : des événements antérieurs, pouvant remonter à l’enfance de la mère (ou du père), peuvent conduire à la projection sur l’enfant d’images négatives reliées à ces événements et empêcher le parent en question de vivre une relation gratifiante avec son jeune enfant.

Ce type de dynamique parent-enfant est plus particulièrement caractéristique du retard de croissance (failure to thrive). Les enfants atteints arrivent en consultation presque cachectiques, et leur état s’améliore toujours très lentement en milieu hospitalier. Ce syndrome est toujours grave et il est essentiel de l’étudier dans ses aspects biologiques et psychosociaux, à cause de la diversité des facteurs en présence. Dans certains cas, il peut s’agir de carence alimentaire et un rattrapage pondéral peut se faire rapidement, mais le vrai retard de croissance est assez fréquemment associé à une dysharmonie dans l’attachement mère-enfant (Benoit, Zeanah et Barton, 1989). Des auteurs laissent entendre que ces enfants seraient moins stimulés par leurs mères sur le plan du toucher que ce que l’on observe dans un groupe témoin. La recherche multidisciplinaire demeure nécessaire pour mieux comprendre ce syndrome.

Traitement bio-psycho-social

Ici aussi l’histoire précise du trouble et des conditions de la mise en place de la relation entre la mère ou le père et l’enfant ainsi que l’observation de cette relation peuvent être suffisantes pour comprendre la dynamique en jeu et atténuer les symptômes. Il peut être nécessaire que cette première étape soit suivie par un travail psychothérapeutique axé sur le parent et l’enfant. Dans certains cas, il sera utile de faire intervenir un professionnel à la maison (ergothérapie, nursing) pour mieux comprendre comment se déroulent les repas et instaurer un plan de rééducation.

[1014]

35.4. TENDANCES ACTUELLES DANS  
L’INTERVENTION THÉRAPEUTIQUE

Les interventions spécifiques pour chacun des troubles ont été brièvement décrites à mesure que ceux-ci étaient abordés. Mais il est important d’ajouter quelques commentaires plus généraux sur les diverses approches thérapeutiques.

Beaucoup de recherches ont été menées au cours des deux dernières décennies sur les effets d’interventions préventives, particulièrement auprès d’enfants nés prématurément et d’enfants handicapés. Ces études indiquent que les résultats sont dans l’ensemble très encourageants, mais leur méthodologie est souvent critiquée et on ne connaît pas les effets à plus long terme de ces interventions.

En pratique, la démarche diagnostique qui se fonde sur l’obtention d’une histoire précise des symptômes, l’observation des caractéristiques comportementales de l’enfant et des interactions entre lui et ses parents, dans une perspective qui tient compte de tous les facteurs bio-psycho-sociaux en présence, contient déjà une composante thérapeutique importante. Il est fréquent qu’après quelques entrevues portant sur l’observation de l’enfant et les interactions parents- enfant, sur des éléments de l’histoire récente et ancienne du développement et de la relation, une meilleure compréhension de la dynamique relationnelle émerge, qui conduit à des interactions plus adéquates et à l’atténuation ou la disparition des symptômes.

Il faut situer la première enfance dans le contexte élargi où elle se déroule. De plus en plus, les mères exercent un métier et elles retournent au travail assez tôt après la naissance de leur enfant. Elles doivent alors trouver un milieu de garde approprié pour celui- ci, à la maison ou dans le réseau des garderies. En présence d’un des troubles précoces de l’enfance, il est important d’utiliser au maximum l’aide que peut apporter une garderie de qualité afin de favoriser la socialisation et la stimulation du jeune enfant. Dans le même sens, un grand nombre de cliniques communautaires ont instauré des programmes d’aide aux jeunes familles et aux jeunes enfants, de nature éducative : groupes de parents, counselling individuel et de groupe, etc., des programmes qui peuvent être une première étape vers la disparition des symptômes et la reprise du développement.

Régulièrement, des situations plus complexes nécessitent quelques entrevues psychothérapeutiques. Il existe actuellement deux grandes écoles thérapeutiques qui, dans la pratique, sont complémentaires. Dans chacune de ces approches, la démarche se fait toujours avec les parents, le plus souvent en présence de l’enfant. La *guidance interactionnelle* a été mise au point aux États-Unis par McDonough (1993). Cette méthode psychothérapeutique brève se centre sur l’observation de la relation parents-enfant et tente de modifier les comportements problématiques en utilisant beaucoup la vidéo pour un retour avec le parent sur ce qui s’est déroulé dans l’interaction. Il s’agit donc d’une méthode où le thérapeute joue essentiellement un rôle de conseiller relativement aux interactions parents-enfant, auquel s’ajoute souvent un aspect « modelage ».

L’approche *psychanalytique-représentationnelle*, qui s’est implantée à la fois en Europe et aux États- Unis, est utilisée dans la psychothérapie parents- nourrisson. Fraiberg et ses collaborateurs (Fraiberg, 1980 ; Fraiberg, Adelson et Shapiro, 1983) ont été des pionniers dans le processus de mise en évidence des origines infantiles des problèmes actuels, c’est-à-dire comment a été vécue l’enfance des parents, les traumatismes affectifs qu’ils ont subis et les projections sur l’enfant de ces images qu’ils conservent toujours vivantes en eux. Cramer et Palacio-Espasa (1993) ont perfectionné les techniques psychothérapeutiques en situation parent-nourrisson. Lieberman et Pawl (1993) ont aussi bien décrit leur approche qui se fonde beaucoup sur le travail à domicile, et les résultats de leurs recherches ont mis en lumière l’importance de la capacité d’exploration personnelle de la mère comme variable conduisant à de bons résultats. La qualité de la relation qui s’établit entre le parent et le thérapeute est aussi une variable thérapeutique non négligeable. Ajoutons ici que le modèle de la thérapie systémique a sans doute influencé l’évolution de ce type d’approche.

Il faut, dans certains cas, faire appel à des professionnels de disciplines connexes (psychologie, orthophonie, ergothérapie) qui, dans leur champ d’intervention propre, peuvent agir, grâce aux outils thérapeutiques dont ils disposent, non seulement sur un domaine spécifique du développement du jeune enfant, mais aussi sur son affectivité.

Quant à la *psychopharmacologie* durant la première enfance, la tendance actuelle est d’en faire une utilisation très limitée. La recherche à ce sujet est à peu [1015] près inexistante et la prescription de médicaments spécifiques pour des problèmes qui ne semblent pas répondre aux diverses approches relationnelles (p. ex., psychostimulants pour un trouble de l’attention avec hyperactivité) doit se faire avec une très grande prudence (Zeanah et Boris, 1998).

35.5. ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

L’expérience clinique et les recherches récentes ont mis en évidence des capacités de changement étonnantes chez l’enfant durant les premières étapes du développement (de la naissance à trois ans surtout), capacités que peuvent souvent stimuler des interventions brèves de nature psychothérapeutique ou éducative. La réduction des symptômes semble d’autant plus durable que le travail thérapeutique a pu toucher des éléments importants de la vie affective des parents. Les résultats obtenus à la suite des diverses thérapies démontrent l’importance de l’intervention précoce pour tous les troubles de la petite enfance.

Le rôle des médecins de famille, des pédiatres et de tous les intervenants qui travaillent auprès de jeunes enfants et de jeunes familles est donc crucial, avant même que l’enfant et ses parents soient envoyés au pédopsychiatre. S’il est important de ne pas minimiser ou banaliser les symptômes que peut présenter un jeune enfant, il est tout aussi important de ne pas blâmer les parents avec qui on doit établir une alliance thérapeutique, essentielle au devenir de leur enfant.

Bibliographie

Ainsworth, M.D.S., et coll.

1978 *Patterns of Attachment : A Psychological Study of the Strange Situation*,Hillsdale (N.J.), Erlbaum.

American Psychiatric Association

1994 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*,4e éd., Washington (D.C.), *American Psychiatric Association ; trad. française* DSM-IV - *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 1996,1040 p.

Amir, R.E., et coll.

1999 « Rett syndrome is caused by mutations in X-linked MECP2, encoding methyl-CpG-binding protein 2 », *Nat. genet.,* vol. 23, n° 2, p. 135-188.

Benoit, D., Zeanah, C.H., et Barton, M.L.

1989 « Maternal attachment disturbances in failure to thrive », *Infant Mental Health Journal,* vol. 10, n° 3, p. 185-202.

Bowlby, J.

1978-1984 *Attachement et perte,* Paris, PUF, 3 vol.

Bryson, S.

1997 « Epidemiology of autism », dans D.J. Cohen et F. Volkmar (sous la dir. de), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders,* New York, John Wilèy and Sons, p. 41-46.

Burack, J.A., Root, R., et Ziegler, E.

1997 « Inclusive éducation for students with autism », dans D.J. Cohen et F. Volkmar (sous la dir. de), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders,* New York, John Wiley and Sons, p. 796- 807.

ClCCHETTI, D., et coll.

1990 « An organizational perspective on attachment beyond infancy : Implications for theory, measurement, and research », dans M.T. Greenberg, D. Cicchetti et E.M. Cummings (sous la dir. de), *Attachment in the Preschool Years : Theory, Research, and Intervention,* Chicago, University of Chicago Press, p. 3-49.

Cramer, B., et Palacio-Espasa, F.

1993 *La pratique des psychothérapies mères-bébés*,Paris, PUF, coll. « Le fil rouge »*.*

Filipek, P.A., et coll.

1999 « The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders », *J. Autism Dev. Disord.,* vol. 29, n° 6, p. 439-484.

Fombonne, E., et coll.

1999 « Microcephaly and macrocephaly in autism », *J.* *Autism Dev. Disord.,* vol. 29, n° 2, p. 113-119.

FRAIBERG, S. (sous la dir. de)

1980 *Clinical Studies in Infant Mental Health : The First Year of Life*,New York, Basic Books.

Fraiberg, S., Adelson, E., et Shapiro, V.

1983 « Fantômes dans la chambre d’enfants : une approche psychanalytique des problèmes qui entravent la relation mère-nourrisson », *Psychiatrie de Venfant,* vol. 16, n° 1, p. 57-98.

Gagnon, L., Mottron, L., et Joanette, Y.

1997 « Questionning the validity of the semantic-pragmatic syndrome diagnosis », *Autism,* vol. 1, n° 1, p. 37-55.

[1016]

Green, J., et coll.

2000 « Social and psychiatrie functioning in adolescents with Asperger syndrome compared with conduct disorder », *J. Autism Dev. Disorder* ; vol. 30, n° 4, p. 279-293.

Greenspan, S., et Wieder, S.

1993 « Regulatory disorder », dans C.H. Zeanah (sous la dir. de), *Handbook of Infant Mental Health,* New York, Guilford Press, p. 280-290.

Kadesjo, B., et Gillberg, C.J.

2000 « Tourette’s disorder : Epidemiology and comorbidity in primary school children »*, Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* vol. 39, n° 5, p. 548-555.

Klin, A., et Volkmar, F.

1997 « Asperger syndrome », dans D.J. Cohen et F. Volkmar (sous la dir. de), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders,* New York, John Wiley and Sons, p. 94-122.

Kreisler, L.

1987Le nouvel enfant du désordre psychosomatique, Toulouse, Privat*.*

Lieberman, A.F., et Pawl, J.H.

1993 « Infant parent psychotherapy », dans C.F1. Zeanah (sous la dir. de), *Handbook of Infant Mental Health*, New York, Guilford Press, p. 427-442.

Lieberman, A.F., et Zeanah, C.H.

1995 « Disorders of attachment in infancy », *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.,* vol. 4, p. 571-587.

Lord, C.

1997 « Diagnostic instruments in autism spectrum disorders », dans D.J. Cohen et F. Volkmar (sous la dir. de), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders,* New York, John Wiley and Sons, p. 796-807.

Lord, C., Rutter, M., et Le Couteur, A.

1997 « Autism Diagnostic Interview-Revised : A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders », *J. Autism Dev. Disord.,* vol. 24, n° 5, p. 659-685.

Luby, J.L.

2000 « Depression », dans C.H. Zeanah (sous la dir. de), *Handbook of Infant Mental Health,* 2e éd., New York, Guilford Press, p. 382-396.

McDONOUGH, S.C.

1993 « Interaction guidance : Understanding and treat- ing early infant-caregiver relationship disturbances », dans C.H. Zeanah (sous la dir. de), *Handbook of Infant Mental Health,* New York, Guilford Press, p. 414-426.

McDONOUGH, C.J.

1997 « Psychopyarmacology » dans D.J. Cohen et F. Volkmar (sous la dir. de), *Handbook of Aurtism and Pervasive Developmental Disorders,* New York, John Wiley and Sons, p. 707-729.

Miller, J.N**.,** et Ozonoff, S.

2000 « The external validity of Asperger disorder : Lack of evidence from the domain of neuropsychology », *J. Abnorm. Psychol.,* vol. 109, n° 2, p. 227-238.

Minde, K., et coll.

1993 « The evaluation and treatment of sleep disturbances in young children », *J. Child Psychol. Psychiatry,* vol. 34, n° 4, p. 521-533.

Minde, K., Faucon, A., et Falker, S.

1994 « Sleep problems in toddlers : Effects of treatment on their daytime behavior », *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* vol. 33, n° 8, p. 1114-1121.

Minshew, N.J.,Sweeney, J.A., et Bauman, M.L.

1997 « Neurological aspects of autism », dans D.J. Cohen et F. Volkmar (sous la dir. de), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders,* New York, John Wiley and Sons, p. 344-369.

Mottron, L., et Burack, L.

2001 « Enhanced perceptual functionning in the development of autism », dans J. A. Burack et coll. (sous la dir. de), *The Development of Autism : Perspectives from Theory and Research,* Mahwah (N.J.), Erlbaum, p. 131-148. .

Ohnishi,T., et coll.

2000 « Abnormal regional cerebral blood flow in childhood autism », *Brain,* vol. 123 (pt 9), septembre, p. 1838-1844.

Rutter, M., et coll.

1997 « Genetic influences and autism », dans D.J. Cohen et F. Volkmar (sous la dir. de), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders,* New York, John Wiley and Sons, p. 370-387.

Sameroff, A.J., etChandler, MJ.

1975 « Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty », dans F.D. Horowitz et coll. (sous la dir. de), *Review of Child Development Research,* vol. 4, Chicago, University of Chicago Press, p. 187- 244.

Sauvage,D., et coll.

1985 « Infantile rumination : Diagnosis and follow-up study of twenty cases », *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* vol. 24, n° 2, p. 197-203.

SCHULTZ, R.T., et coll.

2000 « Abnormal ventral temporal cortical activity during face discrimination among individuals with autism and Asperger syndrome », *Arch. Gen. Psychiatry,* vol. 57, n° 4, p. 331-340.

SEIFER, R.

1996 « Les enfants nés de parents atteints de troubles mentaux : état de la recherche sur leur évolution et leurs troubles éventuels », *PRISME,* vol. 6, n° 1, p. 8-21.

[1017]

Seifer, R., et coll.

1992 « Child and family factors that ameliorate risk between 4 and 13 years of age », *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* vol. 31, n° 5, p. 893-903.

Seifer, R., et Dickstein, S.

2000 « Parental mental illness and infant development », dans C.H. Zeanah (sous la dir. de), *Handbook of Infant Mental Health,* 2e éd., New York, Guilford Press, p. 145-175.

Stern, D.N., et coll.

1985 « Affect attunement : The sharing of feeling States between mother and infant by means of intermodal fluency », dans T.M. Field et N.A. Fox (sous la dir. de), *Social Perception in Infants,* Norwood (N.J.), Ablex, p. 249-268.

Thomas, A., et Chess, S.

1977 *Temperament and Development,* New York, Brunner/Mazel.

Volkmar, F., Klin, A., et Cohen, D.J.

1997 « Diagnosis and classification of autism and related conditions : Consensus and issues », dans D.J. Cohen et F. Volkmar (sous la dir. de), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders,* New York, John Wiley and Sons, p. 5-40.

Weismann, M.M., et coll.

1997 « Offspring of depressed parents »*, Arch. Gen. Psychiatry,* vol. 54, n° 10, p. 932-940.

World Health Organization

1993 *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Diagnostic Criteria for Research*, Genève, World HealthOrganization ; trad. française *Classification internationale des maladies*, 10e révision. Chapitre V (F) : *Troubles mentaux et troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche*,Paris, Organisation Mondiale de la Santé et Masson, 1994.

Zeanah, C.H., et Boris, N.W.

1998 « Risques et bénéfices potentiels des interventions psychopharmacologiques au cours de la première enfance », *PRISME,* vol. 8, n° 1, p. 81-87.

ZERO TO THREE/NATIONAL CENTER FOR CLINICAL INFANT PROGRAMS

1994 *Diagnostic Classification : 0-3,* Washington (D.C.), Zéro to Three/National Center for Clinical Infant Programs ; trad. française *Classification diagnostique 0-3 ans,* Genève, Éditions Médecine et hygiène, 1998.

Zucker, K.J., et Bradley, S.J.

2000 « Gender identity disorder », dans C.H. Zeanah (sous la dir. de), *Handbook of Infant Mental Health,* 2e éd., New York, Guilford Press, p. 412- 424.

ZUCKERMAN, B., et BROWN. E.R.

1993 « Maternal substance abuse and infant development », dans C.H. Zeanah (sous la dir. de), *Handbook of Infant Mental Health,* New York, Guilford Press, p. 143-158.

Lectures complémentaires

Gauthier, Y. (sous la dir de)

2000 Défis actuels en petite enfance, numéro spécial de PRISME, n° 33.

GREENSPAN, S., WIEDER, S., et OSOFSKY, J. (sous la dir. de)

1997 *Infants and Preschoolers : Development and Syndromes*, vol. 1 de *Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*, New York, John Wiley and Sons.

Guedeney, A., et Lebovici, S.

1997 *Interventions psychothérapeutiques parents-jeunes enfants*, Paris, Masson.

Lebel, A. (sous la dir. de)

2000 Observer les bébés : qu’on retire le clinicien, numéro spécial de *PRISME*, n° 31.

Lieberman, A.F., Wieder, S., et Fenichel, E. (sous la dir. de)

2000 *Classification diagnostique de 0 à 3 ans. Études de cas. Guide pour l’utilisation de la classification diagnostique des troubles de la santé mentale et du développement de la première et de la petite enfance*, Genève, Éditions Médecine et hygiène.

1993 *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant*, 2e éd., Paris, Masson.

MINDE, K.K. (sous la dir. de)

1995 Infant Psychiatry, numéro spécial de Child Adolesc. *Psychiatr., Clin. N. Am*., vol. 4.

Mottron, L., et Belleville, S.

1998 « L’hypothèse perceptive visuelle dans l’autisme », *Psychologie française*, vol. 43, n° 2, p. 135-145.

St-André, M. (sous la dir. de)

1996 Parents en souffrance : répercussions sur les liens précoces, numéro spécial de *PRISME*, vol. 6, n° 1.

Zeanah, C.H. (sous la dir. de)

2000 *Handbook of Infant Mental Health,* 2e éd., New York, Guilford Press.

[1018]

TROISIÈME PARTIE  
Spécialités psychiatriques

PÉDOPSYCHIATRIE

Chapitre 36

TROUBLES  
À EXPRESSION  
SOMATIQUE ET  
PSYCHOMOTRICE

[Retour à la table des matières](#tdm)

Bernard Boileau, M.D.

Pédopsychiatre, chef du Service des soins spécialisés à l’enfance du Département de psychiatrie de l’Hôpital Sainte-Justine (Montréal)

Professeur adjoint au Département de psychiatrie de l’Université de Montréal

Louis Legault, M.D.

Pédopsychiatre, médecin coordonnateur de la Clinique de consultation sur les troubles du déficit de l’attention, hyperactivité/impulsivité du Programme de psychiatrie de l’Hôpital Sainte-Justine (Montréal)

Chargé de formation clinique au Département de psychiatrie de l’Université de Montréal

[1019]

**PLAN**

36.1. Déficit de l’attention/hyper activité

36.1.1. Définition

36.1.2 Épidémiologie

36.1.3 Étiologie

36.1.4 Description clinique

36.1.5 Diagnostic différentiel

36.1.6 Traitement

*• Pharmacothérapie • Aide spécialisée • Counselling et hospitalisation*

36.1.7 Pronostic

36.2 Tics

36.2.1 Définition

36.2.2 Épidémiologie

36.2.3 Étiologie

36.2.4 Description clinique

36.2.5 Diagnostic différentiel

36.2.6 Traitement

*• Approche pharmacologique • Approche psychosociale*

36.2.7 Pronostic

36.3. Énurésie

36.3.1 Définition

36.3.2 Épidémiologie

36.3.3 Étiologie

36.3.4 Description clinique

36.3.5 Diagnostic différentiel

36.3.6 Traitement

36.4 Encoprésie

36.4.1 Définition

36.4.2 Épidémiologie

36.4.3 Étiologie

36.4.4 Description clinique

36.4.5 Diagnostic différentiel

36.4.6 Traitement

36.5 Trouble de l’acquisition de la coordination ou dyspraxie

36.5.1 Définition

36.5.2 Épidémiologie

36.5.3 Description clinique

36.5.4 Diagnostic différentiel

36.5.5 Traitement

36.5.6. Pronostic

Bibliographie

Lectures complémentaires

[1020]

Jusqu’à récemment, l’évaluation et le traitement des troubles abordés dans ce chapitre faisaient surtout appel, en psychiatrie, à une compréhension et une thérapeutique psychodynamiques strictes. Maintenant, grâce aux apports de la recherche, mais surtout aux progrès de la psychopharmacologie et aux approches cognitivo-comportementales, la prise en compte des aspects biologiques et comportementaux occupe une place de plus en plus importante dans la détermination des problèmes. Néanmoins, il est souvent nécessaire d’intégrer diverses approches et d’évaluer les conséquences des symptômes que présente l’enfant sur sa vie psychique et son développement social. En somme, il importe de ne pas confondre la cause et l’effet.

36.1. DÉFICIT DE L’ATTENTION/  
HYPERACTIVITÉ

36.1.1. Définition

L’hyperactivité est un trouble du comportement, du type comportement perturbateur, qui apparaît dans l’enfance. Ce symptôme est connu sous le nom de trouble hyperkinétique, de déficit de l’attention/ hyperactivité (DAH) ou syndrome du déficit attentionnel/hyperactivité. L’inattention, l’impulsivité et l’hyperactivité sont les symptômes caractéristiques du DAH.

36.1.2. Épidémiologie

Selon une enquête épidémiologique québécoise (Breton, 1993), le DAH est le trouble le plus souvent signalé chez les enfants de 6 à 11 ans comme chez les 12-14 ans par les parents (5,8%) et les enseignants (8,9%). Les enseignants estiment que 1 enfant sur 10 est hyperactif. Il y a comorbidité dans 20% à 25% des cas, la comorbidité se définissant comme la coexistence de deux ou plusieurs maladies chez un même individu. La prévalence du DAH varie, selon les études, de 3% à 20%. Près de 10% des enfants souffrant d’un DAH connaissent des problèmes d’apprentissage. Chez les enfants qui présentent des troubles des apprentissages, on observe aussi plus d’hyperactivité que dans la population générale. La prévalence du DAH, surtout la dimension hyperactivité, a tendance à diminuer avec l’âge, surtout à partir de l’adolescence. Très souvent, les symptômes d’inattention et d’impulsivité persistent même à l’âge adulte sous une forme résiduelle et plus ou moins complète.

36.1.3. Étiologie

Les additifs alimentaires ont définitivement été rejetés comme facteurs causaux, ainsi que la caféine et les aliments sucrés qui sont souvent associés à l’hyperactivité. La théophylline donnée aux enfants asthmatiques peut provoquer ou exacerber l’hyperactivité ou l’inattention. L’hypothèse d’un dommage cérébral, d’une lésion ou d’une immaturité neurologique a été rejetée comme hypothèse explicative unique (Taylor, 1994). Les recherches neurophysiologiques mettent en cause, dans le DAH, des problèmes au chapitre du traitement de l’information. Les hyperactifs montreraient un défaut d’attribution des ressources attentionnelles et une incapacité à retenir les réponses inadéquates. Les psychostimulants auraient pour effet non pas d’accroître les capacités attentionnelles, mais d’améliorer la gestion des ressources attentionnelles et d’augmenter la capacité des sujets à s’autocorriger plus efficacement (Sergeant, 1992). Finalement, il y aurait un défaut d’inhibition du cortex préfontal.

36.1.4 Description clinique

Il est très important, pour poser un diagnostic, de tenir compte des observations de personnes venant des différents milieux de vie de l’enfant, et ce concurremment avec l’examen clinique. Les aspects développementaux, l’âge de l’enfant et la situation dans laquelle il est observé sont à considérer. Au même titre qu’un certain degré d’anxiété pourrait être normal chez un individu, des fluctuations de l’attention et de l’activité motrice peuvent être normales chez un enfant. Chez le très jeune enfant, l’inattention ou une activité motrice débordante n’ont pas nécessairement un caractère pathologique.

À l’examen clinique, les enfants présentant un DAH sont peu conscients de leurs problèmes comportementaux et n’en reconnaissent pas toujours la nature, surtout en bas âge. Les habiletés sociales de ces enfants sont souvent réduites. Ils vont exprimer, spontanément ou non, des sentiments dépressifs ou anxieux au regard du rejet qu’ils subissent et de la mauvaise perception qu’ils ont d’eux-mêmes ou de l’entourage. [1021] De façon surprenante, ces mêmes enfants décrits comme hyperactifs vont parfois se montrer, dans le bureau du médecin, tout à fait calmes et attentifs.

En clinique, il peut être très aisé de poser un diagnostic dans certains cas, tellement les manifestations sont immédiates et constantes. L’enfant dérange ou capte complètement l’attention du médecin. Il passe constamment d’une activité à l’autre. Il a à peine commencé une activité qu’il se laisse distraire par un objet ou une parole qui lui semblent plus intéressants. Il a souvent tôt fait de l’abandonner. À l’école, l’enfant est mal jugé et caractérisé négativement par ses pairs. Souvent isolé à cause de son impertinence, il peut être mis de côté en raison de ses problèmes de socialisation.

Les symptômes d’inattention se manifestent entre autres à l’école ou lorsqu’une tâche exige une attention soutenue. L’enfant ne porte pas attention aux détails ou fait des erreurs dans ses travaux. Il donne l’impression de ne pas écouter. Il oublie, semble s’opposer, mais en réalité il se désintéresse des tâches qu’il doit accomplir. Il peut éprouver de grandes difficultés pour organiser son travail et nécessite beaucoup de soutien. Il perd et oublie ses choses. Il peut se préoccuper du détail et négliger l’ensemble ou se laisser distraire facilement par un bruit importum.

Quant à l’hyperactivité-impulsivité, elle se traduit par une agitation motrice d’une partie ou de l’ensemble du corps. L’enfant peut être incapable de demeurer longtemps assis ou calme. Les enfants hyperactifs ou impulsifs peuvent s’engager dans des activités motrices parfois dangereuses, et on a parfois l’impression qu’ils agissent sans réfléchir aux conséquences de leurs gestes. Ils peuvent parler de façon excessive, sans attendre leur tour, interrompre les autres et répondre avant que la question soit complètement formulée. Ces symptômes ne se retrouvent évidemment pas tous chez le même enfant, ni avec la même intensité.

La récente classification américaine établit que les symptômes, en tout ou en partie, apparaissent chez l’enfant avant l’âge de sept ans. Généralement, le diagnostic de DAH suppose que les symptômes ont persisté pendant six mois, qu’ils causent une gêne fonctionnelle dans au moins deux milieux de vie de l’enfant et que le fonctionnement de cet enfant est perturbé de façon significative (voir le tableau 36.1, p. 1022-1024).

36.1.5. Diagnostic différentiel

L’agitation motrice peut être réactionnelle et, par conséquent, découler d’une situation traumatique actuelle ou antérieure. L’enfant de plus de 12 ans peut présenter de l’agitation, de la logorrhée, de l’hyperactivité et une labilité émotionnelle dans la lignée des symptômes d’une maladie bipolaire à son début. Il importe alors de chercher, dans l’histoire familiale, la présence d’une maladie affective. Selon Carlson (1990), dans la manie, les symptômes seraient épisodiques, alors que le DAH est un problème essentiellement chronique et survient généralement avant l’âge de six ou sept ans.

Le DAH a davantage été associé, au cours des dernières années, aux problèmes oppositionnels, aux troubles des conduites et aux troubles des apprentissages (Shaywitz et Shaywitz, 1991).

Les enfants atteints de troubles graves du développement peuvent présenter une hyperactivité en tout point comparable à celle qui caractérise les enfants souffrant d’un DAH. L’agitation motrice peut être la manifestation de problèmes anxieux ou dépressifs. En ce sens, au-delà des phénomènes visibles, soit les symptômes extérieurs, il faut chercher à mettre en évidence la souffrance de l’enfant et non pas exclusivement les manifestations comportementales. Le diagnostic ne saurait se limiter à ces phénomènes. Il est important de caractériser les conflits, les défenses et les types d’angoisse. Le DAH peut coexister avec des troubles de la vigilance, comme la narcolepsie, ou avec le syndrome de Gilles de la Tourette.

36.1.6. Traitement

Le traitement des enfants souffrant d’un DAH est essentiellement multimodal, en ce sens qu’il ne saurait viser qu’une partie du problème ou ne se fonder que sur une seule modalité de traitement. Il comprend la pharmacothérapie, l’approche individuelle spécialisée ou psychothérapeutique, la guidance ou la thérapie familiale et les consultations scolaires.

Pharmacothérapie

La pharmacothérapie peut être un élément clé dans l’approche thérapeutique. Cependant, elle ne saurait être exclusive comme modalité ou être complètement

[1022]

TABLEAU 36.1

Critères diagnostiques spécifiques du trouble : déficit de l’attention/hyperactivité (DSM-IV) et critères généraux des troubles hyperkinétiques (CIM-10)

|  |  |
| --- | --- |
| **DSM-IV**  **314.x Trouble : déficit de l’attention / hyperactivité** | **CIM-10**  **F90.x Troubles hyperkinétiques** |
| A. Présence soit de (1), soit de (2) : | G1 *Inattention.* Au moins six des symptômes suivants d'inattention ont persisté pendant au moins six mois, à un degré qui est mal adapté et qui ne correspond pas au niveau de développement de l’enfant : |
| (1) six des symptômes suivants d’*inattention* (ou plus) ont persisté pendant au moins six mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l’enfant :  *Inattention*  (a) souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait des fautes d’étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d’autres activités ;  (b) a souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux ;  (c) semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement ;  (d) souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (cela n’est pas dû à un comportement d’opposition, ni à une incapacité à comprendre les consignes) ;  (e) a souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités ;  (f) souvent, évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison) ;  (g) perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (p. ex., jouets, cahiers de devoirs, crayons, livres ou outils) ;  (h) souvent, se laisse facilement distraire par des stimuli externes ;  (i) a des oublis fréquents dans la vie quotidienne. | (1) ne parvient souvent pas à prêter attention aux détails, ou fait des « fautes d’inattention », dans les devoirs scolaires, le travail ou autres activités ;  (2) ne parvient souvent pas à soutenir son attention dans des tâches ou des activités de jeu ;  (3) ne parvient souvent pas à écouter ce qu’on lui dit ;  (4) ne parvient souvent pas à se conformer aux directives venant d'autrui ou à finir ses devoirs, ses corvées, ou à remplir ses obligations sur le lieu de travail (non dû à un comportement oppositionnel ou à un manque de compréhension des instructions) ;  (5) a souvent du mal à organiser des tâches ou des activités ;  (6) évite souvent ou fait très à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu, telles que les devoirs à faire à domicile ;  (7) perd souvent des objets nécessaires à son travail ou à certaines activités à l’école ou à la maison (p. ex., crayons, livres, jouets, outils) ;  (8) est souvent facilement distrait par des stimuli externes ;  (9) fait des oublis fréquents au cours des activités quotidiennes. |
| (2) six des symptômes suivants d’*hyperactivité-impulsivité* (ou plus) ont persisté pendant au moins six mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement de l’enfant :  *Hyperactivité*  (a) remue souvent les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège ;  (b) se lève souvent en classe ou dans d’autres situations où il est supposé rester assis ;  (c) souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié (chez les adolescents ou les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d’impatience motrice) ;  (d) a souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir ;  (e) est souvent « sur la brèche », ou agit souvent comme s’il était « monté sur ressorts » ;  (f) parle souvent trop. | G2. *Hyperactivité.* Au moins trois des symptômes suivants d’hyperactivité ont persisté pendant au moins six mois, à un degré qui est mal adapté et qui ne correspond pas au niveau de développement de l’enfant :  (1) agite souvent ses mains ou ses pieds ou se tortille sur sa chaise ;  (2) se lève en classe ou dans d’autres situations alors qu’il devrait rester assis ;  (3) court partout ou grimpe souvent, de façon excessive, dans des situations où cela est inapproprié (chez les adolescents ou les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d’agitation)  (4) est souvent exagérément bruyant dans les jeux ou a du mal à participer en silence à des activités de loisir ;  (5) fait preuve d’une activité motrice excessive, non influencée par le contexte social ou les consignes. |

[1023]

TABLEAU 36.1.

Critères diagnostiques spécifiques du trouble : déficit de l’attention/hyperactivité (DSM-IV) et critères généraux des troubles hyperkinétiques (CIM-10) ***(suite)***

|  |  |
| --- | --- |
| **DSM-IV**  **314.x Trouble : déficit de l’attention / hyperactivité** | **CIM-10**  **F90.x Troubles hyperkinétiques** |
| *Impulsivité*  (g) laisse souvent échapper la réponse à une question qui n’est pas encore entièrement posée ;  (h) a souvent du mal à attendre son tour ;  (i) interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p. ex., fait irruption dans les conversations ou dans les jeux). | G3*. Impulsivité.* Au moins un des symptômes suivants d’impulsivité a persisté pendant au moins six mois, à un degré qui est mal adapté et qui ne correspond pas au niveau de développement de l’enfant :  (1) se précipite souvent pour répondre aux questions sans attendre qu’on ait terminé de les poser ;  (2) ne parvient souvent pas à rester dans la queue ou à attendre son tour dans les jeux ou dans d’autres situations de groupe ;  (3) interrompt souvent autrui ou impose sa présence (p. ex., fait irruption dans les conversations ou les jeux des autres) ;  (4) parle souvent trop sans tenir compte des conventions sociales. |
| B. Certains des symptômes d’hyperactivité-impulsivité ou d’inattention ayant provoqué une gêne fonctionnelle étaient présents avant l’âge de sept ans. | G4. Le trouble survient avant l’âge de sept ans. |
| C. Présence d’un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux, ou plus de deux types d’environnement différents (p. ex., à l’école - ou au travail - et à la maison). | G5. *Caractère envahissant* du trouble. Les critères doivent être remplis dans plus d’une situation, par exemple l’association d’une inattention et d’une hyperactivité doit être présente à la fois à la maison et à l’école, ou à la fois à l’école et dans une autre situation où les enfants font l’objet d’une observation, par exemple un centre de soins. (Pour mettre en évidence la présence des critères dans plusieurs situations, on doit habituellement disposer d’informations provenant de plusieurs sources ; il est peu probable, par exemple, que les parents puissent fournir des renseignements suffisants sur le comportement de leur enfant à l’école.) |
| D. On doit mettre clairement en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel. | G6. Les symptômes cités en G1-G3 sont à l’origine d’une souffrance ou d’une altération du fonctionnement social, scolaire ou professionnel cliniquement significative. |
| E. Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d’un trouble envahissant du développement, d’une schizophrénie ou d’un autre trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p. ex., trouble thymique, trouble anxieux, trouble dissociatif ou trouble de la personnalité). | G7. Ne répond pas aux critères d’un trouble envahissant du développement (F84.-), d’un épisode maniaque (F30.-), d’un épisode dépressif (F32.-) ou d’un trouble anxieux (F41.-). |
|  | Commentaires  De nombreux experts décrivent des affections qui ne répondent que partiellement aux critères du trouble hyperkinétique. Chez les enfants qui répondent aux critères de ce trouble, mais qui ne présentent ni hyperactivité ni impulsivité, certains experts font un diagnostic de trouble de l'attention. Chez les enfants qui répondent aux critères de ce trouble, mais qui ne présentent pas de perturbation de l’attention, ils font un diagnostic de trouble de l'activité. Enfin, chez les enfants qui répondent aux critères de ce trouble, mais uniquement dans une situation donnée (p. ex., seulement à la maison ou seulement à l’école), ils font un diagnostic de trouble ne survenant qu'à la maison ou de trouble ne survenant qu'à l'école. Pour l’instant, ces affections n’ont pas été incluses dans la classification, car on ne dispose pas encore de données empiriques suffisantes concernant leur validité prédictive. Par ailleurs, de nombreux enfants atteints d’un trouble hyperkinétique partiel présentent d’autres syndromes (p. ex., un trouble oppositionnel avec provocation, F91.3) ; ces syndromes doivent être classés dans la catégorie appropriée. |

[1024]

TABLEAU 36.1.

Critères diagnostiques spécifiques du trouble : déficit de l’attention/hyperactivité (DSM-IV) et critères généraux des troubles hyperkinétiques (CIM-10) *(suite)*

|  |  |
| --- | --- |
| **DSM-IV**  **314.x Trouble : déficit de l’attention / hyperactivité** | **CIM-10**  **F90.x Troubles hyperkinétiques** |
| *Coder selon le type*:  **314.00 Déficit de l’attention/hyperactivité, type inattention prédominante** : si, pour les six derniers mois, le critère Al est rempli mais pas le critère A2.  **314.01 Déficit de l’attention/hyperactivité, type hyperactivité-impulsivité prédominante**: si, pour les six derniers mois, le critère A2 est rempli, mais pas le critère Al.  **314.01 Déficit de l’attention/hyperactivité, type mixte** : si à la fois les critères Al et A2 sont remplis pour les six derniers mois.  **Note de codage**: Pour les sujets (particulièrement les adolescents et les adultes) dont les symptômes ne remplissent plus actuellement l’ensemble des critères diagnostiques, spécifier: «en rémission partielle». | **F90.0 Perturbation de l’activité et de l’attention**  Répond à l'ensemble des critères du trouble hyperkinétique (F90), mais pas à ceux des troubles des conduites (F91.-).  **F90.1 Trouble hyperkinétique et trouble des conduites**  Répond à la fois à l’ensemble des critères du trouble hyperkinétique (F90) et à ceux des troubles des conduites. |
|  | **F90.8 Autres troubles hyperkinétiques** |
| **314.9 Trouble: déficit de l’attention/hyperactivité, non spécifié**  Cette catégorie est réservée aux troubles avec symptômes évidents d’inattention ou d'hyperactivité/impulsivité qui ne remplissent pas tous les critères du trouble: déficit de l’attention/hyperactivité. | **F90.9 Trouble hyperkinétique, sans précision**  Catégorie résiduelle non recommandée ; son utilisation doit être réservée aux cas où la différenciation entre F90.0 et F90.1 n’est pas possible, l’ensemble des critères de F90.- étant présents. |

**Sources** : American Psychiatric Association (1994), trad. française *DSM-IV- Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 1996; World Health Organization (1993), trad. française *Classification internationale des maladies*, 10e révision. Chapitre V (F): *Troubles mentaux et troubles du comportement: critères diagnostiques pour la recherche*, Paris, Organisation Mondiale de la Santé et Masson, 1994.

laissée, sans suivi, à la responsabilité des parents. Elle aura souvent des résultats spectaculaires au début. La médication pourra, dans plusieurs cas, réduire la tension à la maison comme à l’école. Les enfants eux-mêmes sentiront les bienfaits et le besoin du traitement. Si la médication est utilisée, le médecin doit prescrire le médicament en prenant soin d’en expliquer, tant à l’enfant qu’aux personnes qui s’en occupent, les effets bénéfiques. On doit veiller à prescrire la dose minimale efficace. Il ne faut cependant pas hésiter à augmenter la dose selon le poids de l’enfant et la maintenir pour un laps de temps suffisant. Il faut faire l’essai d’un autre médicament en cas d’échec du premier ou d’allergie à celui-ci. Chaque enfant réagit plus ou moins à un médicament et en ressent plus ou moins les effets secondaires. Il est alors de toute première importance d’avoir des entretiens de suivi réguliers avec les enfants et les parents concernés, surtout au début, relativement à la nécessaire observance du traitement.

Psychostimulants

Deux psychostimulants sont utilisés pour le traitement de ces enfants. Le méthylphénidate, à courte ou longue action, et la dexamphétamine. D’autres types de médicaments ont été étudiés et sont utilisés, soit la clonidine, les antidépresseurs et les neuroleptiques.

Le méthylphénidate est un médicament indiqué dans le traitement du DAH. Il est généralement non recommandé avant six ans (Green, 1991). Il se présente sous deux formes, soit à courte action et à libération prolongée (slow release [SR]). À courte action, il est préférable de débuter par une faible dose (0,2 à 0,3 mg/kg). Le médicament (10 mg, sécable) se donne [1025] en 2 doses de 5 mg chacune, le matin et le midi. La dose quotidienne moyenne varie de 20 à 40 mg et la dose maximale est d’environ 60 mg. Selon les symptômes, une dose l’après-midi peut être ajoutée. La forme SR présente l’avantage d’une dose unique donnée le matin.

La dexamphétamine est offerte en comprimés de 5 mg, 10 mg et 15 mg. Elle a un pic de concentration plus long que le méthylphénidate. La dose de départ est de 2,5 mg et peut être augmentée jusqu’à un maximum de 40 mg par jour.

La nervosité, l’insomnie et la diminution de l’appétit ont été les effets secondaires les plus fréquemment signalés avec ces médications stimulantes. Ces effets sont en général temporaires et peuvent être minimisés par une diminution de la dose ou une suppression de la dose de fin d’après-midi.

Médication non psychostimulante

La clonidine s’est révélée efficace pour diminuer l’agitation motrice ainsi que les troubles du comportement associés à l’hyperactivité et pour combattre l’insomnie rebelle consécutive à l’usage des stimulants (Hunt et coll., 1990). La dose recommandée pour les enfants est de 0,05 à 0,1 mg par jour (en 1 à 3 fois). Elle peut être associée au méthylphénidate dans les cas d’agitation sévère. On la prescrit aussi lorsque le DAH est associé à des troubles des conduites, à un trouble oppositionnel et au syndrome de Gilles de la Tourette.

Les antidépresseurs (imipramine, désipramine) ont été utilisés avec succès dans les cas de DAH ne réagissant pas aux psychostimulants. Ces médicaments sont pris le matin. L’effet s’installe lentement et sera de plus longue durée. La dose de départ est de 25 mg et peut être augmentée de 25 mg par semaine jusqu’à un maximum de 3 à 5 mg/kg par jour. Comme la clonidine, ces derniers médicaments ne sont pas d’usage courant et nécessitent une consultation spécialisée. Il faut faire, surtout dans le cas des antidépresseurs, un électrocardiogramme (ECG), un dosage des enzynies hépatiques et une formule sanguine.

Aide spécialisée

L’approche psychothérapeutique a sa place pour les enfants souffrant d’un DAH, surtout lorsqu’il s’agit de traiter les problèmes de nature anxieuse ou les problèmes de nature dépressive, qu’ils soient secondaires ou associés au syndrome.

Pour les enfants aux prises avec des problèmes d’apprentissage, une aide pédagogique individuelle ou de groupe est propre à améliorer la confiance en soi et l’estime de soi en favorisant des comportements de réussite adaptés à leurs capacités. Cette aide est essentielle dans les cas où la relation parents-enfants s’est cristallisée autour de comportements d’échec et d’opposition face au travail scolaire. En psychomotricité pourront être travaillés les problèmes moteurs, tant sur un plan quantitatif que sur un plan qualitatif, et plus précisément le manque de coordination ou les décharges motrices incontrôlables.

Counselling et hospitalisation

Il est nécessaire d’aider les parents à acquérir des attitudes éducatives cohérentes, fermes et valorisantes. Il s’agira, pour certains parents, d’être guidés et soutenus dans l’établissement de limites acceptables. Pour les enfants souffrant d’une agitation motrice sévère, une hospitalisation de jour ou complète peut être indiquée, à la fois pour préciser le diagnostic et pour instaurer un traitement. Cette séparation peut parfois permettre de briser le cercle vicieux dans lequel ils sont pris à l’école ou à la maison. Certains de ces enfants peuvent tirer profit, lorsque les services sont offerts, de soins psychiatriques plus intensifs de jour ou de soins après l’école.

36.1.7. Pronostic

Après avoir passé en revue les travaux qui rendent compte de l’évolution des enfants atteints d’un DAH, Weiss et Hechtman (1993) concluent que, pour la moitié des enfants souffrant d’un tel trouble, les symptômes résiduels ne seront pas handicapants à l’âge adulte. L’autre moitié présentera des symptômes d’hyperactivité ou d’inattention légers ou modérés qui prédisposeront à des difficultés d’adaptation. Rien ne prouve par ailleurs que les enfants ayant un DAH sont davantage prédisposés à l’alcoolisme ou à la psychose. Parmi les cas qui connaîtront une évolution défavorable, de 20% à 25% pourraient évoluer vers une personnalité antisociale.

[1026]

36.2. TICS

36.2.1. Définition

C’est en 1885 que le neurologue français Gilles de la Tourette a décrit neuf cas de patients souffrant d’une maladie caractérisée par des tics, des incoordinations motrices et des cris (écholalie et coprolalie). Il avait de plus noté une association avec les symptômes obsessionnels-compulsifs et formulé des observations pertinentes quant au rôle de l’hérédité.

36.2.2. Épidémiologie

Le syndrome de Gilles de la Tourette coexiste avec les problèmes psychiatriques suivants : le trouble obsessionnel-compulsif, le déficit de l’attention avec ou sans hyperactivité, les troubles des apprentissages (surtout la rigidité cognitive), l’impulsivité, la dépression réactionnelle et, plus rarement, des symptômes psychotiques. Il est de 1,5 à 3 fois plus fréquent chez les hommes. La prévalence est de 4 à 5 pour 10 000, et de 10% à 15% des enfants ont des tics transitoires qui disparaissent en moins d’un an.

36.2.3. Étiologie

Au chapitre de la génétique, les études récentes ont mis en évidence, dans la maladie de Gilles de la Tourette, une vulnérabilité autosomale dominante avec pénétrance de 0,99 chez les hommes et de 0,70 chez les femmes et reliée aux troubles obsessionnels-compulsifs et à l’hyperactivité. Les études de jumeaux monozygotes ont montré une concordance de 50% à 90% pour le syndrome de Gilles de la Tourette et de 77% à 100% si l’on inclut les tics chroniques. Chez les jumeaux dizygotes, cette concordance est de 10% pour le syndrome de Gilles de la Tourette et de 30% si l’on inclut les autres tics chroniques (Pauls et Leckman, 1986 ; Price et coll., 1985). Les substrats neurobiologiques en cause sont les noyaux gris centraux, le thalamus, le cortex préfrontal, l’amygdale et l’hypothalamus. Des études utilisant la tomographie par émission de positrons montrent une diminution d’activité au niveau des noyaux gris centraux. L’imagerie par résonance magnétique nucléaire indique une diminution de volume de ces mêmes structures. L’hypothèse de base est qu’il n’y aurait pas d’inhibition dans les circuits cortico-striato-thalamo-corticaux. Sur le plan neurochimique, la dopamine, la noradrénaline, la sérotonine et les endorphines joueraient un rôle. Les neuroleptiques, bloqueurs des récepteurs dopaminergiques, suppriment en partie les tics, et une diminution d’un métabolite de la dopamine, l’acide homovanillique (homovanillic acid [HVA]), dans le liquide céphalorachidien a été notée : on postule donc une hypersensibilité des neurones dopaminergiques (Leckman et Cohen, 1996).

Certains cas de tics pourraient être reliés à des réactions immunitaires consécutives à des infections à streptocoques (Allen, Leonard et Swedo, 1995). Une étude, par Swedo et coll. (1998), de 50 cas d’enfants ayant des tics et des obsessions-compulsions associés à des infections à streptocoque bêta-hémolytique du groupe A, mises en évidence par une culture de gorge, a montré qu’il y avait un début aigu et soudain autour de six ans accompagné d’une comorbidité psychiatrique importante.

36.2.4. Description clinique

Le syndrome de Gilles de la Tourette peut débuter dès l’âge de 2 ans, mais doit obligatoirement débuter avant l’âge de 18 ans. L’âge moyen de survenue des tics moteurs est de sept ans, mais il est de plus en plus reconnu que la maladie peut commencer plut tôt (American Psychiatric Association, 1994). Il faut en particulier chercher la présence de tics chez les enfants d’âge préscolaire ayant des problèmes comportementaux importants ou des symptômes évoquant l’hyperactivité (Batth, 1995).

Le tic se définit comme une vocalisation ou un mouvement involontaires, soudains, rapides, non rythmiques, récurrents et stéréotypés. Le tic peut être supprimé, mais seulement pour un temps limité. Il est souvent exacerbé par le stress et est moins fréquent, pouvant même disparaître, durant le sommeil. Les tics peuvent être simples ou complexes. Les tics moteurs simples consistent, par exemple, en des clignements d’yeux, des grimaces, des mouvements du cou et des doigts et des haussements d’épaules. Quant aux tics moteurs complexes, il peut s’agir de mimiques, de sautillements, de morsures allant parfois jusqu’à l’automutilation, mais aussi de dystonies, d’échopraxie et de gestes comme toucher des objets ou ses organes génitaux.

[1027]

Les tics vocaux simples se présentent comme des toussotements, des reniflements, des grognements, des aboiements, des mouvements de suçotement ou de sifflement. Les tics vocaux complexes comprennent la répétition de phrases ou de mots (écholalie ou palilalie) et l’émission de mots obscènes (coprolalie), d’interjections sans signification particulière ou d’insultes.

Comparativement aux tics moteurs ou vocaux chroniques, les tics qui caractérisent le syndrome de Gilles de la Tourette diffèrent en nombre, en fréquence, en complexité et en sévérité, ainsi que sur le plan de la localisation anatomique. Ceux-ci touchent surtout le visage, le torse et les membres. La coprolalie est présente dans moins de 10% des cas. Chez 50% des patients, le syndrome commence par des clignements d’yeux ou un tic simple touchant une autre partie du corps. Chez les autres, il y a parfois présence de tics vocaux ou de symptômes multiples.

Les tableaux 36.2, 36.3 (p. 1028) et 36.4 (p. 1029) donnent les critères diagnostiques du syndrome de Gilles de la Tourette, du tic moteur ou vocal chronique et du tic transitoire.

36.2.5. Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel doit distinguer :

- le tic bénin chez l’enfant normal (souvent réactionnel à un conflit et qui disparaît rapidement) ;

- les mouvements anormaux qui accompagnent diverses affections médicales :

*•* la chorée de Huntington,

*•* la paralysie cérébrale,

*•* les traumatismes crâniens,

*•* la sclérose en plaques,

*•* l’encéphalite,

*•* la maladie de Wilson,

*•* les accidents vasculaires cérébraux ainsi que les autres syndromes cérébraux organiques de diverses origines ;

- les mouvements anormaux dus aux effets directs d’une substance (p. ex., les stimulants et la

TABLEAU 36.2

Critères diagnostiques du syndrome de Gilles de la Tourette

|  |  |
| --- | --- |
| **DSM-IV**  **307.23 Syndrome de Gilles de la Tourette** | **CM10**  **F95.2 Forme associant tics vocaux et tics moteurs multiples (syndrome de Gilles de la Tourette)** |
| A. Présence des tics moteurs multiples, à un moment quelconque au cours de l’évolution de la maladie, mais pasde façon simultanée. (un tic est un mouvement – ou une vocalisation – soudain, rapide, récurrent, non rythmique et stérotypée.) | A. Présence de types moteurs mutiples et d’un ou plusieurs tics vocaux à un moment quelconque au cours de la maladie, mais pas de façon simultanée. |
| B. Les tics surviennent à de nombreuse reprises au cours de la journée (généralement par accès) presque tous les jours ou de façon intermittente pendant plus d’une année durant laquelle il n’y jamais d’intervalle sans tics de plus de trois mois consécutifs. | B. Les tics surviennent à de nombreuses reprises durant la journée, presque tous les jours, pendant plus d’une année, sans période re rémission de plus dede deux mois au cours de cette année. |
| C. La perturbation entraîne une souffrance ou une altération marquée significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d’autres domaines importants. |  |
| D. Début avant l’âge de 18 ans. | C. Début avant l’âge de 18 ans. |
| E. La perturbation n’est pas due aux effets physiologiques directs d’une substance (p. ex.., stimulants) ou à une affectation médicale générale (p.ex.chorée deHuntington ou encéphalite virale. |  |

**Sources** : American Psychiatric Association (1994), trad. française *DSM-IV- Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 1996 ; World Health Organization (1993), trad. française *Classification internationale des maladies*, 10e révision. Chapitre V (F) : *Troubles mentaux et troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche*, Paris, Organisation Mondiale de la Santé et Masson, 1994.

[1028]

TABLEAU 36.3

Critères diagnostiques du tic moteur ou vocal chronique

|  |  |
| --- | --- |
| **DSM-IV**  **307.22 Trouble : tic moteur ou vocal chronique** | **CIM-10**  **F95.1 Tic moteur ou vocal chronique** |
| A. Présence, à un moment quelconque de l’évolution de la maladie, soit de tics moteurs, soit de tics vocaux, uniques ou multiples, mais pas des deux à la fois. | A. Tics moteurs ou tics vocaux (mais pas les deux), survenant à de nombreuses reprises au cours de la journée et presque tous les jours pendant une période d’au moins 12 mois. |
| B. Les tics surviennent à de nombreuses reprises au cours de la journée, presque tous les jours ou de façon intermittente pendant plus d’une année durant laquelle il n’y a jamais eu d’intervalle sans tics de plus de trois mois consécutifs. | B. Absence de rémission de plus de 2 mois pendant cette période de 12 mois. |
| C. La perturbation entraîne une souffrance marquée ou une altération significative du fonctionnement social, professionnel, ou dans d’autres domaines importants. |  |
| D. Début avant l’âge de 18 ans. | D. Début avant l’âge de 18 ans. |
| E. La perturbation n’est pas due aux effets physiologiques directs d’une substance (p. ex., stimulants) ni à une affection médicale générale (p. ex., chorée de Huntington ou encéphalite virale). | C. Absence d’antécédents de syndrome de Gilles de la Tourette et trouble non dû à une affection somatique ou aux effets secondaires d’un médicament. |
| F. Le trouble n’a jamais répondu aux critères du syndrome de Gilles de la Tourette. |  |

Sources : American Psychiatric Association (1994), trad. française *DSM-IV- Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 1996; World Health Organization (1993), trad. française *Classification internationale des maladies*, 10e révision. Chapitre V (F): *Troubles mentaux et troubles du comportement: critères diagnostiques pour la recherche*, Paris, Organisation Mondiale de la Santé et Masson, 1994.

Lévodopa peuvent provoquer des tics et des mouvements stéréotypés ; les neuroleptiques sont associés à des manifestations dyskinétiques) ;

- les mouvements stéréotypés (tels que se frapper ou balancer son corps) que l’on peut observer chez des patients atteints d’une déficience mentale ou d’un trouble envahissant du développement ;

- les compulsions qui caractérisent le trouble obsessionnel-compulsif (il est parfois difficile de distinguer un tic complexe d’une compulsion, surtout lorsque les deux maladies coexistent. Retenons que les tics ne neutralisent pas l’anxiété et que les compulsions sont une réponse à une obsession) ;

- la schizophrénie (qui s’accompagne parfois d’écholalie).

36.2.6. Traitement

Approche pharmacologique

Compte tenu des effets secondaires des médicaments, particulièrement la dyskinésie tardive causée par les neuroleptiques, il convient d’en réserver l’emploi aux sujets présentant des symptômes marqués.

Selon Shapiro et coll. (1989), 70% des patients répondent aux neuroleptiques (pimozide ou halopéridol) et voient disparaître de 70% à 80% de leurs symptômes sur une période de 4 à 8 semaines. Dans une étude auprès de 22 patients âgés de 7 à 16 ans, Sallee et coll. (1997) ont trouvé que le pimozide était plus efficace que l’halopéridol.

[1029]

TABLEAU 36.4

Critères diagnostiques du tic transitoire

|  |  |
| --- | --- |
| **DSM-IV**  **307.21 Trouble : tic transitoire** | **CIM-10**  **F95.0 Tic transitoire** |
| A. Tics moteurs et/ou vocaux uniques ou multiples. | A. Tics uniques ou tics multiples, moteurs et/ou vocaux, survenant à de nombreuses reprises au cours de la journée et presque tous les jours pendant une période d'au moins quatre semaines. |
| B. Les tics surviennent à de nombreuses reprises au cours de la journée, presque tous les jours, pendant au moins 4 semaines, mais pas pendant plus de 12 mois consécutifs. | B. Durée du trouble inférieure ou égale à 12 mois. |
| C. La perturbation entraîne une souffrance marquée ou une altération significative du fonctionnement social, professionnel, ou dans d’autres domaines importants. |  |
| D. Début avant l’âge de 18 ans. | D. Début avant l’âge de 18 ans. |
| E. La perturbation n’est pas due aux effets physiologiques directs d’une substance (p. ex., stimulants) ni à une affection médicale générale (p. ex., chorée de Huntington ou encéphalite virale). | C. Absence d’antécédents de syndrome de Gilles de la Tourette et trouble non dû à une affection somatique ou aux effets secondaires d’un médicament. |
| F. Le trouble n’a jamais répondu aux critères du syndrome de Gilles de la Tourette ni à ceux du trouble tic moteur ou vocal chronique. |  |
| Spécifier si :  **Épisode unique** ou **récurrent** |  |

Sources : American Psychiatric Association (1994), trad. française *DSM-IV- Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 1996 ; World Health Organization (1993), trad. française *Classification internationale des maladies, 10e révision*. Chapitre V (F): *Troubles mentaux et troubles du comportement: critères diagnostiques pour la recherche*, Paris, Organisation Mondiale de la Santé et Masson, 1994.

Le traitement par l’halopéridol doit être amorcé à de très faibles doses de 0,25 mg qui seront augmentées de 0,5 mg à intervalle de 7 à 14 jours, jusqu’à une dose de 0,5 à 6 mg, la dose quotidienne moyenne étant de 3 à 4 mg. La fluphénazine a également été utilisée. Le pimozide est débuté à dose de 1 mg qu’on augmente de 1 mg à intervalle de 7 à 14 jours, jusqu’à une dose maximale de 10 mg par jour, la dose quotidienne moyenne étant de 2 à 4 mg. Il est à noter que le pimozide a un effet sur la conduction cardiaque, ce qui rend nécessaire la surveillance par ECG. Il faut toujours donner le pimozide le matin.

La clonidine, un antihypertenseur, maintenant recommandée par certains experts (Coffey et Shader, 1994) comme traitement de première intention du syndrome de Gilles de la Tourette simple, prend de 8 à 12 semaines à agir et supprime de 25% à 35% des symptômes. Son effet maximal peut nécessiter plusieurs mois. On débute à 0,05 mg au coucher, jusqu’à une dose moyenne de 3 ou 4 pg/kg par jour fractionnée en 3 ou 4 prises (Hunt et coll., 1990). La clonidine provoque par contre de la somnolence, de l’hypotension, une hypertension de retrait (une diminution graduelle de la dose est requise si le traitement est interrompu, c’est-à-dire 0,05 mg chaque 5 à 7 jours) et demande également une surveillance de la fonction cardiaque ainsi qu’une prise régulière de la tension artérielle et du pouls. Elle s’avère particulièrement utile lorsque la maladie de Gilles de la Tourette s’accompagne d’hyperactivité. La guanfacine, un autre agoniste alpha-adrénergique, mais qui provoque moins de somnolence ou d’hypotension que la clonidine, commence à être utilisée aux États-Unis pour les cas de syndrome de Gilles de la Tourette accompagné d’hyperactivité (Chappell et coll., 1995). Si un trouble obsessionnel-compulsif est coexistant, il est [1030] possible d’utiliser (seul ou en association avec les neuroleptiques ou la clonidine) la clomipramine, la fluoxétine ou d’autres inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (en dose habituelle élevée pour ce trouble) [Riddle et coll., 1990].

Les antidépresseurs tricycliques tels que la dé- sipramine ou la nortriptyline peuvent être indiqués, en particulier dans les cas d’hyperactivité ajoutée à des tics (Spencer et coll., 1993a, 1993b), mais ils demandent une surveillance par ECG fréquente en raison de quelques cas de mort subite signalés chez de jeunes enfants, ce qui rend l’usage de ces médicaments controversé (Riddle et coll., 1991). Les stimulants (dexamphétamine, méthylphénidate) peuvent déclencher ou augmenter les tics, mais ils ne sont pas formellement contre-indiqués dans les cas où il y a association de tics et d’hyperactivité. Le clonazépam est peu efficace, sauf s’il y a coexistence d’un trouble anxieux. On peut penser que les neuroleptiques atypiques plus récents telle la rispéridone feront un jour partie de l’arsenal thérapeutique (Lombroso, Scahill et King, 1995).

Approche psychosociale

Le soutien constitue la première mesure thérapeutique. Il est important de déterminer les interactions familiales en relation avec les symptômes, de même que le cycle des tics.

Il convient aussi d’informer le milieu scolaire, ce qui contribuera à corriger les attitudes négatives.

La relaxation, l’imagerie mentale, les thérapies comportementales et cognitives, la psychothérapie d’orientation psychodynamique et les thérapies familiales constituent autant de moyens à utiliser pour modérer l’effet de la maladie sur l’estime de soi et favoriser la meilleure adaptation possible.

36.2.7. Pronostic

Les symptômes les plus importants apparaissent entre 9 et 15 ans. Il y a parfois atténuation à l’âge adulte, mais le trouble peut durer toute la vie. Certains facteurs peuvent contribuer à la persistance des symptômes jusqu'à l’âge adulte, soit les processus neurobiologiques pathologiques, la coexistence d’autres psychopathologies, la consommation de cocaïne ou de stimulants, un milieu familial chaotique et le niveau de détresse émotionnelle (Leckman et Cohen, 1996).

36.3. ÉNURÉSIE

36.3.1. Définition

Le DSM-IV définit l’énurésie fonctionnelle et sans anomalies physiques comme l’émission, volontaire ou non, d’urine dans les vêtements ou dans le lit après un âge mental ou chronologique de cinq ans. L’énurésie est dite primaire lorsqu’il n’y a pas eu de périodes de continence depuis la naissance. C’est la forme la plus fréquente. Elle est secondaire lorsqu’elle survient après une période plus ou moins longue de continence.

36.3.2. Épidémiologie

Au départ, à peu près égale en fréquence chez le garçon et la fille vers quatre ou cinq ans, l’énurésie aura tendance à être plus fréquente chez le garçon par la suite (Walsh et Menvielle, 1991). À 5 ans, le problème toucherait 7% des garçons et 3% des filles. Vers 10 ans, 3% des garçons et 2% des filles en seraient affectés. En règle générale, l’énurésie disparaît à l’adolescence, mais elle persiste chez moins de 1% des adultes. Plus courante, l’énurésie primaire va en diminuant spontanément à chaque année.

L’énurésie est dite diurne, nocturne ou mixte selon le moment de sa survenue. L’énurésie nocturne est de loin la plus fréquente. Elle se manifeste habituellement dans le premier tiers de la nuit ou, quoique plus rarement, durant le stade de sommeil paradoxal (sommeil avec mouvements oculaires rapides). L’énurésie diurne, plus fréquente chez la fille, est rare au-delà de neuf ans. Elle est alors associée à de l’anxiété et à des troubles phobiques. La fille apprend généralement à contrôler sa vessie plus tôt que le garçon.

36.3.3. Étiologie

L’énurésie constitue un problème dont les causes se situent au carrefour du somatique, du psychique et du relationnel. L’éducation sphinctérienne a pu être trop précoce ou trop rigide. À l’opposé, il a pu y avoir un trop grand laxisme dans les habitudes d’hygiène (Pelsser, 1989).

L’énurésie peut être une manifestation de conflits névrotiques, caractériels et régressifs. Elle peut [1031] exprimer des pulsions agressives ou passives à l’endroit des figures parentales. L’enfant et même l’adolescent peuvent attacher à la miction une dimension autoérotique.

L’énurésie secondaire peut avoir une fonction à la fois adaptative et régressive. Elle est associée à divers facteurs significatifs et traumatiques. Le divorce, les séparations de toutes sortes, l’arrivée d’un nouveau-né, les deuils, l’entrée à l’école ou à la garderie sont des exemples de facteurs susceptibles de déclencher le symptôme.

36.3.4. Description clinique

Les enfants contrôlent habituellement la miction vers l’âge de deux ans en ce qui concerne la propreté diurne et vers trois ans en ce qui concerne la propreté nocturne.

L’énurésie se caractérise par des mictions, délibérées ou non, à des moments ou dans des lieux inadéquats compte tenu de l’âge de l’enfant. Elle s’accompagne généralement de symptômes émotifs et comportementaux pour lesquels il y a eu demande de consultation. La détresse subjective est aussi variable selon l’âge ou la maturité de l’enfant (voir le tableau 36.5).

36.3.5. Diagnostic différentiel

Il importe de connaître précisément la nature et l’importance du symptôme ainsi que son histoire. S’agit-il d’une énurésie continue ou intermittente ? Existe-t-il une potomanie sous-jacente ? Y a-t-il une pathologie organique, une consommation de médicaments ou d’autres substances qui pourraient déclencher ou

TABLEAU 36.5.

Critères diagnostiques de l’énurésie

|  |  |
| --- | --- |
| **DSM-IV**  **307.6 Énurésie (non due à une affection médicale générale**) | **CIM-10**  F98.0X Énurésie non organique |
| A. Mictions répétées au lit ou dans les vêtements (qu’elles soient involontaires ou délibérées). | B. Miction involontaire ou délibérée, au lit ou dans les vêtements, survenant au moins deux fois par mois chez les enfants de moins de sept ans, et au moins une fois par mois chez les enfants de sept ans ou plus. |
| B. Le comportement est cliniquement significatif, comme en témoignent soit une fréquence de deux fois par semaine pendant au moins trois mois consécutifs, soit la présence d’une souffrance cliniquement significative ou d’une altération du fonctionnement social, scolaire (professionnel), ou dans d’autres domaines importants. | E. Durée du trouble : au moins trois mois. |
| C. L’enfant a un âge chronologique d’au moins cinq ans (ou un niveau de développement équivalent). | A. Âge chronologique et âge mental de l’enfant : au moins cinq ans. |
| D. Le comportement n’est pas dû exclusivement aux effets physiologiques directs d’une substance (p. ex., diurétiques) ni à une affection médicale générale (p. ex., diabète, spina-bifida, épilepsie). | C. L’énurésie n’est pas la conséquence de crises épileptiques ou d’une incontinence neurologique, et n’est pas directement due à une anomalie organique des voies urinaires ou à une autre affection médicale non psychiatrique. |
|  | D. Absence de tout autre trouble psychiatrique répondant aux critères d’une catégorie de la CIM-10. |
| Spécifier le type :  **Exclusivement nocturne Exclusivement diurne Nocturne et diurne** | **F98.00 Énurésie exclusivement nocturne**  **F98.01 Énurésie exclusivement diurne F98.02**  **Énurésie nocturne et diurne** |

Sources : American Psychiatric Association (1994), trad. française *DSM-IV- Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 1996 ; World Health Organization (1993), trad. française *Classification internationale des maladies*, 10e révision. Chapitre V (F): *Troubles mentaux et troubles du comportement: critères diagnostiques pour la recherche*, Paris, Organisation Mondiale de la Santé et Masson, 1994.

[1032]

entretenir le symptôme ? Une rencontre avec l’enfant seul permettra de découvrir, parfois à l’aide de dessins ou par le jeu, la perception qu’il a du problème.

36.3.6. Traitement

Trois modalités de traitement peuvent être indiquées : thérapie comportementale, psychothérapie individuelle et pharmacothérapie. En ce qui concerne les enfants aux prises avec des conflits personnels ou relationnels, il faut privilégier les formes de thérapies individuelles, parents-enfant ou familiales axées sur ces conflits. Une approche thérapeutique ne visant que la disparition du symptôme comporte, dans certains cas, de graves risques si la valeur symbolique et économique du symptôme n’est pas prise en compte. Soutien et conseils à la famille sont aussi de toute première importance, principalement en ce qui a trait à l’exploration de modes éducatifs, surtout lorsqu’il s’agit d’une famille où des conflits persistent.

Les méthodes de conditionnement, bien qu’efficaces, sont peu employées. Elles doivent être répétées en raison d’un taux élevé de récidive. Il faut restreindre ou couper les apports hydriques et faire uriner l’enfant avant le coucher dans certains cas. Le coussinet- réveil a aussi donné de bons résultats. Pour la forme diurne, il faut aider l’enfant à détecter son envie d’uriner, l’inciter à ne pas se retenir et à aller aux toilettes le plus tôt.

Pour ce qui est du traitement médicamenteux, la desmopressine (un agent antidiurétique) en solution nasale a été utilisée avec succès. La dose recommandée est de 10 à 20 pg par voie intranasale, une heure avant le coucher. L’efficacité de l’imipramine a été démontrée dans certains cas ; la dose nécessaire est moindre que pour le traitement de la dépression (Green, 1991). Le diazépam et la carbamazépine ont aussi été utilisés avec succès (Masson et coll., 1994).

36.4. ENCOPRÉSIE

36.4.1 Définition

L’encoprésie est définie comme l’émission, involontaire ou délibérée, de selles dans les vêtements ou dans des lieux inappropriés. On parle d’encoprésie lorsque l’enfant a dépassé l’âge de quatre ans et qu’au moins un épisode encoprétique par mois s’est produit pendant trois ou six mois, selon les classifications.

L’encoprésie est dite primaire lorsqu’il n’y a pas eu de période de propreté et secondaire lorsqu’elle a été précédée d’une période de propreté.

36.4.2 Épidémiologie

L’encoprésie est jusqu’à cinq fois plus fréquente chez le garçon que chez la fille et représente environ 1% de toutes les psychopathologies chez les enfants. Le symptôme est présent chez 1,5% des enfants à sept ou huit ans, dans une proportion de trois à quatre garçons pour une fille (Bellman, 1966). Johnston et Wright (1993) ont rapporté des difficultés attentionnelles chez 23,4% des enfants encoprétiques. Dans la moitié des cas, l’encoprésie s’ajoute à l’énurésie (Arevalo, 1993). Comme cette dernière, l’encoprésie a tendance à disparaître complètement à l’adolescence. Contrairement à l’énurésie, elle se manifeste principalement le jour. Les enfants vus en psychiatrie sont susceptibles d’être plus âgés et il est probable que des pathologies personnelles et familiales compliquent davantage leurs cas.

36.4.3 Étiologie

La survenue de l’encoprésie serait la résultante de facteurs reliés à une prédisposition personnelle à la fois physiologique et psychologique. L’âge du début de l’entraînement à la propreté, les particularités relationnelles parents-enfants ainsi que des facteurs dynamiques personnels et les événements stressants sont aussi des éléments qui interviennent dans la genèse du trouble. L’encoprésie peut parfois être associée à une dynamique obsessionnelle (Ferrari, 1993). Le conflit de base — garder ou laisser aller — serait représenté dans le symptôme.

36.4.4. Description clinique

Près de la moitié des enfants ont acquis la propreté entre 18 et 24 mois. La majorité des enfants l’auront acquise le jour et la nuit à 30 mois et presque tous entre 42 et 48 mois. Le contrôle des intestins précède le contrôle de la vessie.

[1033]

Il existe deux formes d’encoprésie. Dans l’encoprésie dite de rétention, la plus fréquente, il y a accumulation de matières fécales, constipation ainsi que défécation, par petites quantités, par débordement (overflow). Dans l’encoprésie de type non rétentif, la consistance des selles est normale. Cette dernière forme est le plus souvent associée à des troubles du comportement (délinquance, opposition) et on la rencontre plus souvent chez les garçons. Le type non rétentif peut être un épisode passager consécutif à un traumatisme (abus sexuel) ou à une situation vécue comme traumatisante (hospitalisation). Il s’agira alors habituellement d’une encoprésie secondaire. L’encoprésie nocturne est plus rare, mais le pronostic est alors moins favorable. Le tableau 36.6 donne les critères diagnostiques de l’encoprésie.

35.4.5. Diagnostic différentiel

L’incontinence fécale peut être causée par une maladie organique (neurologique), une encéphalopathie, une fissure anale et, enfin, par la maladie de Hirschsprung ou mégacôlon a-ganglionnaire. Des anomalies ano-rectales, comme l’insensibilité de la muqueuse ou le dysfonctionnement du sphincter, ont été mises en cause. L’encoprésie peut exister isolément ou être associée à la carence, au retard mental, aux troubles envahissants du développement, aux troubles des conduites et aux troubles anxieux. Elle est reliée à de très nombreux autres problèmes, comme l’entêtement, le négativisme, le retrait, la phobie scolaire, les problèmes d’alimentation et la pyromanie.

TABLEAU 36.6

Critères diagnostiques de l’encoprésie

|  |  |
| --- | --- |
| **DSM-IV**  **Encoprésie** | **CIM-10**  **F98.1x Encoprésie non organique** |
| A. Émissions fécales répétées dans des endroits inappropriés (p. ex., dans les vêtements ou sur le sol), qu’elles soient involontaires ou délibérées. | A. Émission fécale répétée dans des endroits non appropriés (p. ex., dans les vêtements ou sur le sol), qu’elle soit involontaire ou délibérée. (Le trouble peut comporter une incontinence par débordement secondaire à une rétention fécale fonctionnelle.) |
| B. Le comportement survient au moins une fois par mois pendant au moins trois mois. | C. Au moins un « incident encoprétique » par mois. |
| D. Durée du trouble : au moins six mois. |
| C. L’enfant a un âge chronologique d'au moins quatre ans (ou un niveau de développement équivalent). | B. Âge chronologique et âge mental de l’enfant : au moins quatre ans. |
| D. Le comportement n’est pas dû exclusivement aux effets physiologiques directs d’une substance (p. ex., laxatifs) ni à une affection médicale générale, si ce n’est par un mécanisme entraînant une constipation. | E. Absence de toute affection organique pouvant être une cause suffisante pour la survenue d’épisodes encoprétiques. |
| *Coder* comme suit:  **307.7 Sans constipation ni incontinence par débordement**  **787.6 Avec constipation et incontinence par débordement** | *Coder* au 5e caractère pour spécifier des formes cliniques particulières :  .10 Échec de l’acquisition de la maîtrise sphinctérienne  .11 Contrôle sphinctérien adéquat mais avec émission de selles normales dans des endroits inappropriés  .12 Souillure associée à une émission de selles trop liquides (p. ex., débordement secondaire à une rétention fécale)  R15 Incontinence des matières fécales |

**Sources**: American Psychiatric Association (1994), trad. française *DSM-IV- Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 1996 ; World Health Organization (1993), trad. française *Classification internationale des maladies*, 10e révision. Chapitre V (F): *Troubles mentaux et troubles du comportement: critères diagnostiques pour la recherche*, Paris, Organisation Mondiale de la Santé et Masson, 1994.

[1034]

36.4.6. Traitement

Le traitement de l’encoprésie peut combiner la thérapie comportementale, l’emploi de laxatifs et la manipulation de la diète (Masson et coll., 1994).

Une consultation thérapeutique ou l’anamnèse suivie d’une explication, par le médecin, de sa compréhension du problème peut suffire à supprimer le symptôme dans certains cas pris précocement (Gauthier, 1964). Il faut parfois prendre en compte des préoccupations parentales concernant la propreté trop grande qui peuvent « conflictualiser » les fonctions d’élimination. Il s’agira de guider et de conseiller les parents et les éducateurs de façon qu’ils adoptent une attitude cohérente, détachée et stimulante. Lorsque le problème est relié à un conflit névrotique intériorisé, dans lequel les éléments pulsionnels et défensifs sont trop importants, une psychothérapie peut s’imposer.

36.5. TROUBLE DE L’ACQUISITION  
DE LA COORDINATION  
OU DYSPRAXIE

36.5.1. Définition

Le trouble de l’acquisition de la coordination se définit comme un retard touchant la performance motrice, laquelle se situe en deçà de ce qui est attendu compte tenu de l’âge chronologique.

36.5.2. Épidémiologie

Le trouble apparaît durant la petite enfance. La prévalence serait de 6% chez les enfants de 5 à 11 ans (American Psychiatric Association, 1994).

36.5.3. Description clinique

Les manifestations du trouble de l’acquisition de la coordination sont variables et dépendent de l’âge du sujet. Ainsi, un enfant plus âgé manquera d’adresse, aura de la difficulté à lancer un ballon ou à écrire, alors qu’un plus jeune enfant montrera de la lenteur et un retard dans l’acquisition des habiletés motrices (p. ex., retard à la marche, habillage difficile) [voir le tableau 36.7]. De tels enfants sont souvent mal latéralisés et l’on relève des signes d’une immaturité neurologique (p. ex., des syncinésies d’imitation, des mouvements choréiformes et des perturbations de la motricité globale et fine). S’ajoutent parfois à ces difficultés des problèmes d’apprentissage. Ces troubles entraînent de sérieuses répercussions sur la vie émotionnelle de l’enfant, celui-ci se sentant souvent incompétent, surtout dans les jeux de groupe. De telles perturbations peuvent aussi être liées à des psychopathologies plus graves, telles que les troubles du développement ou du langage (p. ex., les dysphasies de réception et d’expression) et l’hyperactivité.

36.5.4. Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel doit distinguer :

- les troubles neurologiques tels que la paralysie cérébrale et les lésions cérébelleuses (il faut ici mentionner l’association avec le syndrome du chromosome X fragile) ;

- le déficit de l’attention/hyperactivité (l’enfant agité peut montrer de la maladresse en raison de son impulsivité et de son inattention) ;

- le retard mental (notamment l’association avec le syndrome de Down) ;

- les troubles envahissants du développement.

36.5.5. Traitement

Le traitement du trouble de l’acquisition de la coordination doit tenir compte des aspects affectif et neurologique. L’enfant chez qui ce trouble cause une grande détresse pourra bénéficier d’interventions thérapeutiques, soit en ergothérapie, soit en psychomotricité, et parfois d’une psychothérapie associée (dans le cas de troubles simples) qui l’aidera à faire face aux répercussions psychologiques fréquentes, en particulier la faible estime de soi susceptible d’engendrer de l’anxiété, des sentiments dépressifs ou des troubles comportementaux. Les enfants peu ou modérément atteints étant plus difficilement identifiés, une attention particulière devrait toujours être portée au développement moteur (Smyth, 1992).

[1035]

TABLEAU 36.7

Critères diagnostiques du trouble de l’acquisition de la coordination

|  |  |
| --- | --- |
| **DSM-IV**  **315.4 Trouble de l’acquisition de la coordination** | **CIM-10**  **F82 Trouble spécifique du développement moteur** |
| A. Les performances dans les activités quotidiennes nécessitant une bonne coordination motrice sont nettement au-dessous du niveau escompté compte tenu de l’âge chronologique du sujet et de son niveau intellectuel (mesuré par des tests). Cela peut se traduire par des retards importants dans les étapes du développement psychomoteur (p. ex., ramper, s’asseoir, marcher), par le fait de laisser tomber des objets, par de la « maladresse », par de mauvaises performances sportives ou une mauvaise écriture. | Altération sévère du développement de la coordination motrice, non imputable exclusivement à un retard mental global ou à une affection neurologique spécifique, congénitale ou acquise. Dans la plupart des cas, un examen clinique détaillé permet toutefois de mettre en évidence des signes traduisant une immaturité significative du développement neurologique, par exemple des mouvements choréiformes des membres, des syncinésies d’imitation et d’autres signes moteurs associés, ainsi que des perturbations de la coordination motrice fine et globale. |
|  | A. Le résultat obtenu à un test standardisé de coordination motrice se situe à au moins deux écarts-types en dessous du niveau escompté, compte tenu de l’âge chronologique. |
|  | D. Critère d’exclusion le plus couramment utilisé. Le Q.I., évalué par un test standardisé passé de façon individuelle, est inférieur à 70. |
| B. La perturbation décrite dans le critère A interfère de façon significative avec la réussite scolaire ou les activités de la vie courante. | B. La perturbation décrite en A interfère de façon significative avec les performances scolaires ou avec les activités de la vie courante. |
| C. La perturbation n’est pas due à une affection médicale générale (p. ex., infirmité motrice cérébrale, hémiplégie ou dystrophie musculaire) et ne répond pas aux critères d’un trouble envahissant du développement. | C. Absence de toute affection neurologique identifiable. |
| D. S’il existe un retard mental, les difficultés motrices dépassent celles qui sont habituellement associées à celui-ci. |  |

**Sources :** American Psychiatric Association (1994), trad. française *DSM-IV- Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 1996 ; World Health Organization (1993), trad. française *Classification internationale des maladies*, 10e révision. Chapitre V (F): *Troubles mentaux et troubles du comportement: critères diagnostiques pour la recherche*, Paris, Organisation Mondiale de la Santé et Masson, 1994.

36.5.6. Pronostic

L’évolution varie selon les individus. Le trouble peut être présent durant toute la vie du sujet.

\*  
\* \*

Il n’y a pas obligatoirement de facteurs communs étiopathogéniques, dynamiques et héréditaires parmi les entités qui ont été examinées dans ce chapitre. Ces troubles se manifestent dans les différents niveaux d’organisations psychopathologiques, soit dans les états psychotiques, limites et névrotiques. Ces symptômes ou syndromes se présentent isolément ou en association avec les troubles développementaux, les troubles anxieux ou dépressifs de l’enfance ou de l’adolescence et les troubles oppositionnels ou des conduites. Notons enfin que ces syndromes et symptômes se manifestent principalement par la voie corporelle, et les conflits associés peuvent être ou non primaires ou secondaires.

Il faut par ailleurs admettre qu’il semble exister des conceptions différentes en Europe et en Amérique du Nord pour certains de ces troubles. Nous avons voulu aborder ces entités sans a priori théorique et donner une juste place aux différentes approches conceptuelles et aux thérapeutiques qui en découlent.

[1036]

Bibliographie

Allen, AJ., Leonard, H.L., et Swedo, S.E.

1995 « Case study : A new infection-triggered, autoimmune subtype of pediatrie OCD and Tourette’s syndrome », *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* vol. 34, n°3, p. 307-311.

American Psychiatric Association

1994 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4e éd., Washington (D.C.), American Psychiatric Association ; trad. française DSM-IV - *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* Paris, Masson, 1996,1040 p.

Arevalo, C.M.

1993 « Enuresis and encopresis : Their relationship »*, An. Es. Pediatr.,* vol. 39, n° 4, p. 320-324.

Batth, S.K.

1995 « Early présentation of Tourette’s syndrome in pre-school age children », *Canadian Child Psychiatric Bulletin,* vol. 4, n° 3, p. 60-65.

Bellman, M.

1966 « Studies on encopresis », *Acta Paediatr. Scand.,* suppl. 170, p. 1-150.

Breton, J.J.

1993 *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes,* Hôpital Rivière-des-Prairies, Montréal, Enquête Santé Québec.

Carlson, G.A.

1990 « Child and adolescent mania-diagnostic considérations », *J. Child Psychol. Psychiatry,* vol. 31, n° 3, p. 331-341.

Chappell, P., et coll.

1995 « Guanfacine treatment of co-morbid attention-deficit hyperactivity disorder and Tourette’s syndrome : Preliminary clinical experience », *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* vol. 34, n° 9, p. 1140- 1146.

Coffey, B., et Shader, R.

1994 « Tic disorders and Tourette’s disorder », dans R. Shader (sous la dir. de), *Manual of Psychiatric Therapeutics*, Boston, Little, Brown and Co., p. 299-309.

Ferrari, P.

1993 « Encoprésie », dans P. Ferrari et C. Epelbaum (sous la dir. de), *Psychiatrie de l’enfant et de l’adolescent,* Paris, Flammarion Médecine Sciences, p. 80-83.

Gauthier, Y.

1964 « L’encoprésie en consultation psychiatrique », *Revue canadienne de psychiatrie*,vol. 9, n° 1, p. 57-62*.*

Green, W.H.

1991 *Child and Adolescent Psychopharmacology*,New York, Williams & Wilkins.

HUNT, R.D., et coll.

1990 « Clonidine in child and adolescent psychiatry », J. Child Adolesc. Psychopharmacol., vol. 1, n° 1, p. 87-102.

Johnston, B.D., et Wright, J.A.

1993 « Attentional dysfunction in children with encopresis », *J*. Dev. Behav. Pediatr., vol. 14, n° 6, p. 381-385.

Leckman, J.F., et Cohen, D.J.

1996 « Tic disorders », dans M. Lewis (sous la dir. de), Child and Adolescent Psychiatry, A Comprehensive Textbook, Baltimore, Williams & Wilkins, p. 622- 629.

Lombroso, P., Scahill, L., et King, R.

1995 « Risperidone treatment of children and adolescents with chronic tic disorders, a preliminary report », J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, vol. 34, n° 9, p. 1147-1152.

Masson, P., et coll.

1994 « Énurésie », dans M. Weber (sous la dir. de), Dictionnaire de thérapeutique pédiatrique, Montréal, Presses de l’Université de Montréal.

Pauls, D.L., et Leckman, J.F.

1986 « The inheritance of Gilles de la Tourette syndrome and associated behaviors : Evidence for autosomal dominant transmission », N. Engl. J. Med., vol. 315, p. 993-997.

Pelsser, R.

1989 « L’énurésie », dans Manuel de psychopathologie de *l’enfant* et de l’adolescent, Boucherville (Québec), Gaëtan Morin Éditeur, p. 327-337.

Price, A.R., et coll.

1985 « Tics and central nervous System stimulants in twins and non-*twins* with Tourette syndrome », Neurology, vol. 36, p. 232-237.

Riddle, M.A., et coll.

1991 « Sudden death in children receiving norpramin : A review of three reported cases and commentary », J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, vol. 30, n° 1, p. 104-108.

1990 « Fluoxetine treatment of children and adolescents with Tourette’s and obsessive compulsive disorders : Preliminary clinical experience », J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, vol. 29, n° 1, p. 45-48.

Sallee, F., et coll.

1997 « Relative efficacy of haloperidol and pimozide in children and adolescents with Tourette’s disorder », Am. J. Psychiatry, vol. 154, n° 8, p. 1057-1063.

Sergeant, J.

1992 « Le point sur l’hyperactivité », PRISME, vol. 3, n° 2, p. 207-222.

[1037]

Shapiro, E.S., et coll.

1989 « Controlled study of haloperidol, pimozide and placebo for the treatment of Gilles de la Tourette’s syndrome », Arch. Gen. Psychiatry, vol. 46, n° 8, p. 722-730.

Shaywitz, B.A., et Shaywitz, S.E.

1989 « Comorbidity : A critical issue in ADD », J. Child Neurol., vol. 6, suppl., p. S13-S22.

SMYTH, T.R.

1992 « Impaired motor skill in otherwise normal children : A review », Child Care Health Dev., vol. 18, n° 5, p. 283-300.

Spencer,T., et coll.

1993a « Desipramine treatment of children with attention-deficit hyperactivity disorder and tic disorder or Tourette’s syndrome », J. Am. Acad. Child Ado- lesc. Psychiatry, vol. 32, n° 2, p. 354-360.

1993b « Nortriptyline treatment of children with attention-deficit hyperactivity disorder and tic disorder or Tourette’s syndrome », J. Am. Acad. Child Ado- lesc. Psychiatry, vol. 32, n° 1, p. 205-210.

SWEDO, S.E., et coll.

1998 « Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections : Clinical description of the first 50 cases », *Am.* J. Psychiatry, vol. 155, n° 2, p. 264-272.

Taylor, E.

1994 « Hyperactivity », dans M. Rutter, E. Taylor et L. Hersov (sous la dir. de), Child and Adolescent Psychiatry, Oxford, Blackwell Scientific Publications, p. 288-308.

Walsh, T., et Menvielle, E.

1991 « Disorders of elimination », dans J.M. Weiner (sous la dir. de), Textbook of Child and Adolescent Psychiatry, Washington (D.C.), American Psychiatric Press, p. 416-422.

Weiss, G., et Hechtman, L.

1993 Hyperactive Children Grown Up, 2e éd., New York, Guilford Press.

World Health Organization

1993 *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Diagnostic Criteria for Research,*Genève, World HealthOrganization ; trad. française *Classification internationale des maladies, 10e révision. Chapitre V (F) : Troubles mentaux et troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche,*Paris, Organisation Mondiale de la Santé et Masson, 1994.

Lectures complémentaires

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

1997 « Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention deficit/hyperactivity disorder », J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, vol. 36, suppl. 10.

Bernard-Bonnin, A.C., et coll.

1993 « Parental and patient perceptions about encopresis and its treatment », *J*. Dev. Behav. Pediatr., vol. 14, n° 6, p. 397-400.

Ferrari, P., et Epelbaum, C. (sous la dir. de)

1993 Psychiatrie de l’enfant et de l’adolescent, Paris, Flammarion. (Voir, en particulier, chap. 10, « Troubles du contrôle sphinctérien », chap. 11, « Troubles psychomoteurs », et chap. 24, « Instabilité psychomotrice ».)

Jensen, P., et coll.

1993 « Anxiety and depressive disorders in attention deficit disorders with hyperactivity », Am. J. Psychiatry, vol. 150, n° 8, p. 1203-1210.

Kutcher, S.P.

1997 *Child and Adolescent Psychopharmacology*, Philadelphie, W.B. Saunders.

Lebovici, S., Diatkine, R., et Soulé, M. (sous la dir. de)

1995 *Nouveau traité de psychiatrie de l’enfant et de l’ado*lescent, Paris, PUF. (Voir, en particulier, chap. 88, « Les troubles psychomoteurs chez l’enfant », chap. 89, « Les tics », chap. 98, « L’énurésie infantile », et chap. 99, « Les troubles de la défécation ».)

Noshpitz, J., Kernberg, P.F., et Bemporad, J.R. (sous la dir. de)

1997 *Handbook of Child and Adolescent Psychiatry,* **New** York, John Wiley and Sons. (Voir, en particulier, chap. 40, « Attention deficit, hyperactivity disorder », chap. 47, « Elimination disorders », chap. 48, « Enuresis », et chap. 56, « Tourette’s disorder and atypical tic disorders ».)

Rutter, M., Taylor, E., et Hersov, L. (sous la dir. de)

1994 Child and Adolescent Psychiatry, Oxford, Blackwell Scientific Publications. (Voir, en particulier, chap. 17, « Syndromes of attention deficit and overactivity », chap. 26, « Tic disorders », chap. 29, « Enuresis », et chap. 30, « Faecal soiling ».)

[1038]

TROISIÈME PARTIE  
Spécialités psychiatriques

PÉDOPSYCHIATRIE

Chapitre 37

TROUBLES DE  
LA COGNITION

[Retour à la table des matières](#tdm)

Jean-Marc Guilé, M.D.

Pédopsychiatre, directeur de la Division de pédopsychiatrie à l’Hôpital Douglas (Verdun)

Professeur adjoint au Département de psychiatrie de l’Université McGill (Montréal)

[1039]

**PLAN**

37.1. Troubles à expression instrumentale

37.1.1. Troubles de l’attention

• *Déficit de l’attention/hyperactivité*  • *Trouble de l’attention relié à l’anxiété*  • *Trouble de l'attention relié à la dépression*

37.1.2 Troubles des apprentissages

• *Classification psychiatrique* • *Démarche diagnostique • Traitement et évolution*

37.1.3 Troubles du langage

• *Étiologie* • *Classification neurolinguistique • Classification psychiatrique* • *Démarche diagnostique • Traitement • Évolution*

37.1.4 Bégaiement

• *Diagnostic* • *Traitement et évolution*

37.2 Déficits intellectuels

37.2.1 Déficits homogènes

*• Fonctionnement intellectuel limite • Retard mental*

37.2.2 Évolution déficitaire des dysharmonies de développement

37.2.3 Troubles du raisonnement

37.3 Anomalies cognitives reliées à des syndromes psychiatriques

37.3.1 Anomalies cognitives reliées au syndrome d’Asperger

37.3.2 Dysmnésie reliée aux troubles dissociatifs

37.3.3 Dyschronie reliée aux états limites de l’enfance

37.4 Altérations des conduites cognitives

37.4.1 Mutisme sélectif

37.4.2 Inhibitions intellectuelles ou d’apprentissage

37.4.3 Oppositions d’apprentissage

• *Trouble oppositionnel* • *Trouble des conduite* • *Trouble de personnalité narcissique*

37.4.4. Perturbations des conduites cognitives reliées à l’immaturité psychosociale

• *Immaturité de la socialisation • Anxiété de séparation* • *Carence de stimulation*

Bibliographie

Lectures complémentaires

[1040]

La cognition est l’activité de connaître, d’acquérir des informations, de se les représenter et de les communiquer (Gérard, 1993). Les troubles de la cognition, même s’ils sont isolés en vue d’un diagnostic et d’un traitement spécifique, affectent le jeune dans l’ensemble des registres de la cognition, de l’émotion et de l’action.

Les descriptions cliniques qui vont suivre mettent en lumière des entités cliniques traduisant une altération cognitive sectorielle ou globale. La clinique quotidienne comme les études épidémiologiques révèlent une importante comorbidité. Aussi est-il nécessaire de replacer chaque trouble dans l’économie globale du sujet et de son environnement. C’est l’une des tâches du pédopsychiatre, qui se trouve au carrefour des différentes interventions professionnelles.

Dans un premier temps, nous nous intéresserons aux troubles cognitifs qui altèrent un secteur précis du fonctionnement cognitif, c’est-à-dire les troubles à expression instrumentale. Seront ensuite successivement abordés les déficits intellectuels qui touchent l’ensemble de la cognition, puis les anomalies cognitives qui accompagnent certains syndromes psychiatriques et, enfin, les perturbations des conduites cognitives qui concernent non seulement les aptitudes cognitives du sujet, mais aussi sa personnalité et son environnement.

Mais avant d’aller plus loin, il convient de présenter les étapes du développement normal de l’enfant, de la naissance à six ans, étapes au cours desquelles l’enfant voit se développer ses habiletés cognitives et motrices et apprend à interagir avec son environnement. Le tableau 37.1 fait un survol de ce développement [[11]](#footnote-11).

37.1. TROUBLES À EXPRESSION  
INSTRUMENTALE

Les troubles à expression instrumentale se caractérisent par une altération d’un secteur ou d’un processus cognitif particulier, par opposition à une atteinte cognitive multiple ou globale. Ils peuvent être associés à des troubles du comportement ou à des troubles émotionnels.

37.1.1. Troubles de l’attention

Déficit de l’attention/hyperactivité

Trois composantes principales, qui apparaissent avant l’âge de sept ans, qui sont durables et présentes dans plus d’un contexte, s’associent pour constituer le déficit de l’attention/hyperactivité :

- l’inattention ou distractivité. L’enfant a de la difficulté à centrer et à soutenir son attention sur la tâche qu’il est en train d’accomplir ;

- l’impulsivité. L’enfant a de la difficulté à retenir une impulsion et à tolérer les délais ;

- l’hyperkinésie ou hyperactivité au sens strict. Il s’agit d’une perturbation psychomotrice dont l’intensité varie selon les enfants.

Les études expérimentales n’ont pas permis de mettre en évidence une perturbation de l’attention spécifique de ce trouble (Taylor, 1994). En revanche, l’incapacité à inhiber ou à freiner les réponses comportementales semble jouer un rôle capital (Barkley, 1997 ; Taylor, 1994 ; Weiss, 1996). De plus, l’impulsivité est probablement le symptôme le plus tenace et le plus invalidant (Weiss, 1996). Aussi, il apparaît important de bien évaluer la composante d’impulsivité au moment de la consultation et de l’intégrer comme une cible de traitement dans le plan d’intervention. Habituellement repérable dès la maternelle ou la première année du primaire chez les enfants d’intelligence normale, le déficit de l’attention/hyperactivité peut être compensé par un potentiel intellectuel supérieur chez certains enfants et il est alors diagnostiqué plus tardivement. Il peut être associé à d’autres troubles instrumentaux, notamment la dysgraphie et les troubles de l’apprentissage (dans 30% à 70% des cas selon les critères utilisés) [Silver, 1996]. Les aspects étiologiques, cliniques et thérapeutiques du déficit de l’attention sont examinés en détail dans le chapitre 36.

Trouble de l’attention relié à l’anxiété

Trois tableaux cliniques d’inattention anxieuse peuvent être distingués :

1. Il s’agit essentiellement d’un syndrome anxieux chez un jeune amené à la consultation pour inattention entravant les apprentissages scolaires.

[1041]

TABLEAU 37.1.

Développement de l’enfant de la naissance à 6 ans

| **Äge** | **Motricité globale** | **Motricité fine** | **Adaptation à l’objet et à l’environnement** | **Langage, communication** | **Relations interpersonnelles et sociales** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0-2 mois | Tête penchée en avant en position assise.  Mouvement non coordonnés  Allonge brusquement les bras et les jambes. | Garde les poings fermés.  Réflexe de préhension au contact d’un objet.  Échappe immédiatement l’objet qu’il saisit dans la main.  Réflexe de succion lorsqu’on touche ses  lèvres. | Retient spontanément sa respiration quand il est immergé dans l’eau.  Fixe un objet dans son champ de vision seulement.  Capable de réactions discriminées selon les caractéristiques visuelles de l’objet. | Cherche avec les yeux lorsqu’il entend un son. | Est moins actif (sur le plan moteur) quand il regarde un visage et quand on lui parle. |
| 3-4 mois | Tient sa tête stable en position assise.  Lève la tête haut quand il est couché sur le ventre.  Allonge les jambes quand on le tient debout sur une surface dure. | Palpe et agrippe avec les mains Peut retenir un objet pour un moment.  Agite les bras à la vue d’un objet suspendu et ballant.  Bat des mains. | Regarde un jouet dans sa main et le porte à sa bouche.  Suit du regard un objet qui bouge lentement.  Suce son pouce ou un objet. | L’humeur change rapidement; rit fort quand il est content, pleure quand il est frustré.  Reconnaît des objets.  Reconnaît certains sons, se tourne vers la voix.  Vocalise pour lui-même et à l’adresse des objets et des personnes. | S’excite et respire profondément à la vue de ses parents.  Réagit à la disparition d’un visage. Reconnaît sa mère dans un groupe de personnes.  Sourire social spontané.  Anticipe la nourriture en vue en faisant claquer ses lèvres. |
| 5-6 mois | Reste assis de courtes périodes en s’appuyant sur ses mains (mais ne s’assoit pas seul).  Se retourne sur le dos ou sur le ventre. | Agite et frappe le hochet. Exécute la prise «mitaine» doigts-paume.  Porte ses orteils à sa bouche. | Approche l’objet d’une seule main.  Transfère un objet  d’une main à l’autre  Manifeste de la peine en perdant un objet. | Fait des bulles. Vocalise « m-m-m » en pleurant. Se fâche quand on lui retire un jouet. | Répond aux mimiques faciales. Babille à l’adresse de son entourage.  S’observe dans le miroir, se sourit et essaie de toucher son image. |
| 7-8 mois | S’assoit seul, reste assis sans appui et pivote pour attraper un objet.  Peut supporter de petites charges avec ses mains.  Saute activement quand on le tient debout. | Devient plus habile mais pas avec les petits objets.  Joint ses mains  Ouvre les doigts volontairement pour voir tomber un objet.  Relâche un jouet. | Tient un jouet dans chaque main.  Retire un tissu qui a été déposé sur un jouet.  Découvre ses organes génitaux. | Vocalise « da-ma-ba ».  Imite les sons que ses parents émettent.  S’immobilise si on lui dit non.  Lève le bras pour qu’on le prenne. | Éloigne quelqu’un qu’il ne veut pas.  Réagit avec anxiété et réserve face aux étrangers. S’intéresse aux autres enfants.  Recherche des personnes connues quand il sent en détresse et s’accroche à elles. |
| 9-11 mois | Rampe puis marche à quatre pattes. Peut se hisser debout avec un appui, puis s’asseoir en pliant les genoux.  Essaie de marcher quand on le tient par les deux mains. | Saisit avec le pouce et le côté de l’index.  Place des objets dans un contenant, puis les retire. Tient son biberon, prend et mange un biscuit. | Compare deux cubes et les cogne. Tourne le regard et s’avance vers un objet familier quand on le nomme.  Manifeste une préférence pour un jouet plutôt qu’un autre. | Dit maman et papa sans distinction, puis spécifiquement.  Répond à son nom.  Exprime plusieurs émotions différenciées : colère, anxiété, tristesse, affection, excitation.  Suit une seule consigne. | Fait au revoir de la main.  Peut s’inquiéter en se séparant de ses parents au coucher; se rassure en suçant son pouce ou en étreignant un jouet doux. |
| [1042] |  |  |  |  |  |
| 12 mois | Momentanément, se tient debout seul.  Marche quand on le tient par une main ou s’appuyant sur un  Meuble  (Note : L'âge moyen de l'acquisition de la marche est de 12 à 14 mois.) | Exécute la pince pouce-inde et peut saisir des petits objets.  Tourne les pages d'un livre, plusieurs pages à la fois. | Tente de construire une tour à deux cubes.  Soulève le couvercle d’une boîte. | Dit deux autres mots que papa et maman.  Utilise un jargon expressif Imite les émotions des autres pleure s'il voit quelqu'un pleurer).  Imite les gestes et les sons. | Donne un jouet si on le lui demande.  Amorce des jeux sociaux (coucou). Tend des jouets à son reflet dans le miroir.  Coopère à son habillement, comprend et suit des ordres gestuels.  Devient attentif à l'approbation et à la désapprobation sociales. |
| 13-17 mois | Trottine seul en tombant parfois. Se penche pour prendre un jouet et le transporte. Peut pousser un landau, un cheval. Monte l‘escalier sur les mains et les genoux | Tient deux ou trois objets dans une main.  Gribouille avec un crayon. Mange par lui-même avec les doigts ou avec une cuillère. Manifeste son goût ou son dédain pour certains aliments | Rejette les objets par jeu, par refus et par colère. Fait une tour de deux ou trois cubes puis la renverse. Met une pastille dans une bouteille. Place une cheville ronde dans le bon trou. Aime imiter en jouant avec les affaires des parents (casseroles, chapeau, souliers, outils, téléphone, maquillage). | Vocabulaire de quatre ou cinq mots, jargonne. Dit son nom. Peut jouer seul, mais préfère une audience. | Indique ses besoins soit en pointant de l'index ce qu'il désire, soit verbalement, en vocalisant, ou par des actions (p. ex., apporter un livre à ses parents pour qu'ils le lui lisent).  Étreint ses parents.  Peut offrir un jouet à un enfant, mais le réclame rapidement. |
| 18 mois | Marche de façon plus assurée et ne tombe que rarement. Marche en tirant un jouet à l'aide d'une corde, transporte et serre sa poupée dans ses bras. Marche à reculons. Accélère le pas quand il est pourchassé. S'assoit seul sur une petite chaise. | Imite les traits de crayon et griffonne spontanément.  Utilise bien la cuillère. Boit dans un verre (partiellement rempli). | Construit une tour de trois ou quatre cubes.  Roule la balle à quelqu'un et attrape un objet en mouvement. Lance la balle. Explore les armoires et les tiroirs. | Pointe cinq parties de son corps et son visage quand on les nomme.  Vocabulaire de 15 mots, surtout « non ».  Reconnaît ses parents ou une personne connue sur une photo. Aime écouter les mêmes chansons. Pique des colères quand il est frustré. | Imite des actions autour de lui (avec un balai, un marteau). Obéit à des ordres directionnels : « Don-ne à maman », « viens ici ». Embrasse en pinçant les lèvres. |
| 19-23 mois | Lève la jambe pour donner un coup de pied au ballon.  S’accroupit en jouant et se relève.  Grimpe sur une chaise d'adulte ou sur son lit. S’agrippe à une barre.  Actif et explorateur toute la journée, aime sortir de la maison pour voir ailleurs. | Tourne une à une les pages d'un livre. | Encastre des formes rondes, carrées, triangulaires. Utilise un objet pour en atteindre un autre hors de sa portée. Essaie de retirer un vêtement, un soulier. | Se rend compte que choses ont un nom et demande continuellement « c’est quoi? ». Peut juxtaposer deux mots pour parler. Exprime de l'amour à ses parents en les étreignant ou de la colère en les frappant | Peut faire deux demandes ou plus. Peut se rappeler un personne ou un objet sans le voir .Aime écouter des histoires simples.  Joue à côté d'autres enfants (jeux parallèles) |
| [1043] |  |  |  |  |  |
| 24 mois | Court sans chuter.  Regarde parterre en marchant afin d’éviter les obstacles. Réagit à la musique par des mouvements de la tête et du corps. | Joue à la pâte à modeler. Fait des traits de crayon circulaires par imitation. | Inspecte les petits objets. Joue à la poupée en simulant des rôles. Essai de mettre un vêtement, un soulier. Aime qu’on le pousse sur une balançoire. | Utilise des phrases de deux mots. Vocabulaire de 50 mots. Langage en général compréhensible, imite les inflexions des adultes. Utilise les pronoms moi et toi.  Peut utiliser des mots plutôt que des cris pour exprimer sa frustration ou sa colère | Imite le travail domestique.  Aime à plaire à ses parents. Pointe l’objet nommé. Peut suivre deux consignes.  S’intéresse au jeu des autres enfants, mais ne s’y associe pas facilement. |
| 25-29 mois | Saute à deux pieds.  Monte un escalier en se tenant à la rampe.  Peut se tenir sur un seul pied | Contrôle ses sphincters pendant l’éveil. | Construit une tour de six ou sept cubes. | Fait des phrases de trois mots en combinant noms et verbe. Peut désigner trois ou quatre parties de son corps. | Commence à comprendre le temps (bientôt, après dîner). |
| 30-36 mois | Monte l’escalier en changeant de pied.  Saute en bas d’une  marche.  Aime être poursuivi pour courir.  Aime glisser, se balancer, courir au terrain de jeu. | Tient un crayon avec ses doigts. Imite des traits de crayon circulaires, horizontaux et verticaux. | Fait un casse-tête simple. Lance la balle dans un panier. Tourne une poignée, enlève le papier du cadeau.  Revêt des vêtements simples (pantoufles, casquette). | Nomme cinq parties de son corps et plusieurs objets.  Comprend, en contexte, des concepts de classification (un chat est un animal). Comprend le chiffre 1. Demande « Pourquoi ? »  Porte attention à ce que les autres lui disent ou disent entre  eux | Reconnaît sa propre image. Pointe l’objet dont on décrit l’usage. Aide à ranger ses jouets.  Joue à faire semblant surtout avec un adulte. Joue brièvement avec d’autres enfants  Peut « converser » brièvement. Reconnaît bien les membres de sa famille et s’y réfère de façon sélective.  Fait une moue coupable quand on le gronde |
| 3 ans | Se tient sur un pied  Peut manger un cornet de glace en marchant.  Peut lancer la balle en courant. | Copie un cercle et une croix avec un crayon. | Construit une tour de 10 cubes. Compare deux dimensions (le plus gros et le plus petit).  Trie ses jouets par formes et par couleurs.  Met ses souliers et se déboutonne. | Parle par phrases. Utilise le « je ». Connaît son prénom, son sexe, et s’intéresse aux différences sexuelles.  Emploie le pluriel. Peut dire son âge. Nomme des objets et en donne l’usage. | Décrit l’action dans les livres d’images.  Commence à jouer avec d’autres enfants.  Comprend le sens de « chacun son tour ». Montre de la sympathie à la peine des autres |
| [1044] |  |  |  |  |  |
| 3 ½ ans | Descend l’escalier en changeant de pied. Pédale sur un tricycle. Ouvre et ferme une porte. | Utilise bien la cuillère pour manger proprement. Enfile des perles. Se boutonne. |  | Nomme quatre couleurs.  Connaît son nom de famille.  Obéit à des prépositions : sur/sous, derrière/devant, à côté. Commence à utiliser les temps passés. Aime se montrer fièrement. | Lave et sèche son visage et ses mains.  Parle de ce qu'il fait.  Devient moins négativiste. Commence à comprendre la perspective de l'autre. |
| 4 ans | Saute vers l'avant. Fait de la bicyclette avec stabilisateur. Lance la balle par-  dessus l’épaule. | Copie un carré.  Dessine un « bonhomme têtard »  en deux parties (grosse tête et membres).  Utilise des ciseaux. | Compte trois objets en les pointant. | Comprend les conjonctions. | Coopère dans le jeu.  Joue des rôles dans les jeux.  Suit des règles du jeu simples. Peut faire et respecter une entente simple. Se brosse les dents. |
| 4 1/2 ans | Saute sur un pied. | S'habille et se déshabille sans aide.  Lace ses souliers.  Contrôle ses sphincters jour et nuit. | Compte 5 objets. | Fait des phrases complexes. |  |
| 5 ans | Marche sur la pointe des pieds. | Copie un triangle. Trace quelques lettres. | Compte 10 objets.  Peut différencier avant-midi et après-midi. | Définit des mots.  Reconnaît et nomme des pièces de monnaie.  Nomme les jours de la semaine.  Peut raconter une histoire simple. | A un ami préféré.  S'adonne à des jeux compétitifs, à certains sports.  A un sens des valeurs, distingue le bien et le mal |
| 6 à 7 ans | Fait rebondir la balle de quatre à six fois.  Saute à la corde.  Saute alternative-ment sur chaque pied, les yeux fermés.  Conduit une bicyclette, patine. | Copie un losange.  Écrit des mots de mémoire. Dessine un bonhomme avec tête, cou, tronc, membres et vêtements. Coupe sa viande seul. Fait des nœuds et les boucles à ses lacets | Connaît la droite et la gauche. | Utilise un vocabulaire de 2 500 mots. Commencée lire.  Additionne et soustrait jusqu'à cinq | Choisit ses activités. |

[1045]

L’évaluation approfondie doit objectiver les autres symptômes anxieux présents de longue date ou apparus récemment en réaction à une situation anxiogène. Le traitement du trouble anxieux (voir le chapitre 39) apporte la rémission des symptômes.

2. Le jeune présente des symptômes anxieux associés à un déficit de l’attention/hyperactivité. Environ 25% des enfants hyperactifs présenteraient également des symptômes répondant aux critères diagnostiques d’un trouble anxieux (Arnold et Jensen, 1995 ; Weiss, 1996). Le jeune est décrit, depuis la petite enfance, comme distrait, impulsif et hyperkinétique, quel que soit l’environnement dans lequel il se trouve. L’évaluation psychométrique (Wechsler Intelligence Scale for Children [WISC-III]) objective une différence significative entre les sous-tests sensibles à l’attention et ceux qui le sont peu. Les épreuves évaluant l’impulsivité et l’attention (p. ex., le Matching Familiar Figure Test [MFFT], le Continuous Performance Test [CPT]) confirment l’existence du déficit de l’attention. Mais l’évaluation individuelle et familiale révèle également l’existence de difficultés de séparation familiales et une anxiété de séparation qui contribuent aux problèmes attentionnels du jeune. Selon l’importance respective des deux composantes, neurodéveloppementale et anxieuse, le plan d’intervention associera simultanément, ou bien en séquence, le traitement de l’hyperactivité et celui du trouble anxieux (voir les chapitres 36 et 39).

3. Le jeune et sa famille sont venus initialement consulter pour un trouble anxieux important. Au terme du traitement, après la résolution de la problématique anxieuse, le jeune semble présenter une inattention et une impulsivité résiduelles que l’hypothèse d’une récidive ou d’une résistance au traitement ne peut expliquer. Il convient alors de reprendre les investigations (WISC-III, MFFT, CPT) pour chercher une association avec un déficit de l’attention/hyperactivité qui n’aurait pas été détecté antérieurement.

Trouble de l’attention relié à la dépression

Lorsque le motif de consultation est une chute des résultats scolaires, il arrive que l’évaluation clinique resitue les difficultés attentionnelles dans le cadre d’un syndrome dépressif que l’entourage du jeune n’avait pas perçu. Le traitement est alors celui de la dépression (voir le chapitre 40).

37.1.2. Troubles des apprentissages

Les troubles des apprentissages (TA), ou troubles des acquisitions scolaires, se définissent comme une difficulté à acquérir des connaissances, des compétences ou des aptitudes dans les domaines du calcul, de la lecture ou de l’écriture. Cette difficulté se traduit par un faible rendement scolaire dans ces matières et par de piètres performances dans les activités qui demandent de savoir lire, écrire ou compter. Un diagnostic de TA est retenu lorsqu’il existe un écart entre le potentiel intellectuel de l’enfant et ses résultats scolaires (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1998). Les scores obtenus aux tests d’apprentissage spécifiques sont significativement inférieurs à la moyenne des scores qu’obtiennent des jeunes du même âge, de même potentiel intellectuel et de même niveau scolaire. Aux États-Unis, quatre paramètres sont utilisés pour identifier les enfants qui présentent un TA et pour lesquels un enseignement spécialisé est nécessaire (Silver et Hagin, 1993) :

- l’enfant reçoit un enseignement approprié ;

- au moins un processus de traitement de l’information est perturbé ;

- le rendement scolaire de l’enfant est nettement en deçà de son potentiel intellectuel ;

- le trouble n’est pas principalement dû à un facteur environnemental ou somatique.

La prévalence des TA varie de 2% à 10% selon les critères d’inclusion utilisés (American Psychiatric Association, 1994). Les TA sont fréquemment associés entre eux ou à d’autres troubles cognitifs (déficit de l’attention/hyperactivité ou trouble du langage, notamment) dont ils peuvent constituer un aspect évolutif (Baker et Cantwell, 1995a). Plusieurs études de comorbidité laissent entrevoir l’existence d’un continuum de dysfonctions neurologiques regroupant les troubles instrumentaux et psychomoteurs. Selon Silver (1996), ces troubles seraient l’expression clinique d’un trouble de l’intégration sensorielle *(sensory integrative disorder),* c’est-à-dire une difficulté à percevoir, à intégrer et à moduler les informations sensorielles et motrices. De 20% à 25% des enfants [1046] qui ont un TA présentent également un déficit de l’at-tention/hyperactivité, tandis que 60% des enfants atteints de tics moteurs présentent également un TA.

Les TA peuvent être associés à certains troubles neurologiques sans que toutefois ceux-ci constituent une cause nécessaire ou suffisante : intoxication par le plomb, syndrome alcoolique fœtal ou syndrome du chromosome X fragile. Plusieurs facteurs de risque (en particulier une atteinte cérébrale périnatale) sont rapportés. Les études de jumeaux et les études d’adoption indiquent que des facteurs génétiques joueraient un rôle dans la genèse des TA. On relève, selon les études, de 27% à 49% de TA chez les parents au premier degré des sujets dyslexiques (Pennington, 1995). Les études de ségrégation familiale et de liaison génétique (linkage) confirment l’hypothèse de la participation d’un petit nombre de facteurs de susceptibilité génétique dans l’apparition de la dyslexie.

Plusieurs études ont tenté de préciser les mécanismes cognitifs à l’œuvre dans l’émergence des TA. S’inspirant du modèle cognitiviste du traitement de l’information, Silver (1996) a dégagé les étapes du fonctionnement cognitif possiblement touchées dans les TA, soit la perception, l’intégration, la mémorisation et l’exécution. Ainsi, même en l’absence d’atteintes sensorielles de la vision ou de l’ouïe, les jeunes qui présentent des TA peuvent manifester des difficultés de perception visuelle (discrimination des détails ou des lettres, organisation spatiale, différence figure-fond) ou auditive (discrimination des sons, distinction entre un son précis et intentionnel, comme un appel verbal, et le fond sonore) qui nuisent aux apprentissages. L’étape de l’intégration de l’information peut être compromise par des difficultés de classement séquentiel (chiffres, lettres, règles de jeux), d’abstraction ou d’organisation de l’information. À l’étape de la mémorisation, un trouble du rappel mnésique gêne les apprentissages nécessitant des répétitions. Enfin, les problèmes d’exécution peuvent être dus à des troubles de la coordination motrice fine se traduisant notamment par des difficultés de copie de figures et d’écriture (dysgraphie). Si plusieurs processus sont perturbés, l’enfant présentera une immaturité de l’intégration perceptivomotrice. L’enfant qui a un déficit visuomoteur éprouvera des difficultés à recopier une figure géométrique, alors que cette tâche est normalement maîtrisée par les enfants de son âge ; la copie sera incorrecte ou très péniblement accomplie. Si l’enfant reconnaît visuellement les erreurs de reproduction, mais qu’il ne peut les corriger graphiquement, la perturbation touche soit l’intégration, soit l’exécution, ou les deux. S’il ne voit pas les erreurs, c’est qu’il existe aussi une atteinte de la perception.

Classification psychiatrique

Trouble du calcul (dyscalculie)

Le trouble du calcul se définit comme une difficulté touchant l’apprentissage du calcul et le raisonnement mathématique. Il se traduit par de pauvres résultats scolaires en mathématiques. Plusieurs dimensions peuvent être atteintes : habiletés spécifiques (compréhension des opérations mathématiques élémentaires, mémorisation des tables d’opérations), habiletés linguistiques (compréhension des termes mathématiques, traduction des énoncés de problèmes en signes mathématiques), perception (reconnaissance des signes, classement d’objets en ensembles) et capacités attentionnelles. La prévalence de ce trouble s’établirait, aux États-Unis, à près de 1% de la population d’âge scolaire (American Psychiatric Association, 1994). Le tableau 37.2 donne les critères diagnostiques de ce trouble.

Trouble de la lecture (dyslexie)

Un ensemble de difficultés particulières dans l’apprentissage de la lecture caractérisent la dyslexie, soit des distorsions, des substitutions ou des omissions de lettres ou de syllabes. La lecture, à haute voix ou silencieuse, est lente et marquée par des erreurs de compréhension. Les notes scolaires en lecture sont faibles. L’enfant qui présente un trouble de la lecture obtient des résultats aux mesures standardisées de compréhension et de vitesse de lecture inférieurs à la moyenne des jeunes du même âge et d’un potentiel intellectuel équivalent (voir le tableau 37.3, p. 1048). Soulignons que, lorsque le trouble de la lecture coexiste avec le trouble du calcul, le DSM-IV préconise de poser les deux diagnostics, au contraire de la CIM-10 qui fait prédominer le premier.

La prévalence du trouble de la lecture est incertaine (4% aux États-Unis selon l’American Psychiatrie Association [1994]). Le risque de dyslexie pour un enfant ayant un parent dyslexique serait huit fois

[1047]

TABLEAU 37.2

Critères diagnostiques du trouble du calcul

| **DSM-IV**  **315.1 Trouble du calcul** | **CIM-10**  **F81.2 Trouble spécifique de l’acquisition de l’arithmétique** |
| --- | --- |
| A. Les aptitudes en mathématiques, évaluées par des tests standardisés passés de façon individuelle, sont nettement au-dessus du niveau escompté compte tenu de l’âge chronologique du jet, de son quotient intellectuel (mesuré par des tests) et d’un enseignement approprié à son âge. | A. Le note obtenue à un test standartisé de calcul se situe à au moins deux écarts-types en dessous du niveau escompté, compte tenude l’âge chronolique et de l’intelligence générale de l’enfant. |
| D. scolarité dans les normes habituelles (c.à-d. absence d’insuffisance majeures dans les conditions de la scolarité suivie par). l’enfant |
| B. Cette parturbation infèrede façon significative avec la réussite scolaire ou avec les activités de la vie courante faisant appel aux mathématiques. | F. Cette parturbation infèrede façon significative avec les performances scolaires ou avec les activités de la vie courante qui font appel à l’arthmétique. |
| C. S’il existe un déficit sensoriel les difficultés en mathématiques dépassent celles qui sont habituellement associées à celui-ci. |  |
|  | B. Les notes obtenues à des épreuves d’exactitude et de compréhension de la lecture, ainsi que d’orthographe, se situent dans les limites de la normale (± 2 écarts-types par la moyenne). |
|  | C. Absence d’antécédents de dificultés significatives en lecture et en orthographe. |
|  | E. Présence de difficultés en arithmétique dès les premiers stades de l’apprentissage du calcul. |
|  | G. *Critère d’exclusion le plus couramment utilisé*. Le Q.I. , évalué par un test standardisé passé de façon individuelle, est inférieur à 70. |
| *Note de codage :*  S’il existe une affectionmédicale générale (par ex., neurologique ou un déficit sensoriel coder surceux-ci sur l’axe III. |  |

Sources : American Psychiatric Association (1994), trad. française *DSM-IV-Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*; Paris, Masson, 1996 ; World Health Organization (1993), trad. française *Classification internationale des maladies, 10e erévision. Chapitre V (F) : Troubles mentaux et troubles du comportement: critères diagnostiques pour la recherche*, Paris, Organisation Mondiale de la Santé et Masson, 1994.

supérieur à celui qu’on trouve dans la population générale (Pennington, 1995). La dyslexie est plus fréquemment identifiée chez les garçons en raison de troubles de comportement associés, mais elle toucherait les filles dans une proportion équivalente (Pennington, 1995).

Repérée dès la première ou la deuxième année du primaire chez les enfants d’intelligence normale, la dyslexie peut, chez d’autres enfants, être masquée par un potentiel intellectuel supérieur et dépistée plus tardivement. Les enfants ayant des antécédents de troubles du langage forment une population à risque. Baker et Cantwell (1995a) rapportent la présence de tels troubles chez de 70% à 90% des enfants dyslexiques. Une association plus précise entre la dyslexie et un déficit de reconnaissance phonologique rapide a été mise en évidence par Tallal et coll. (1996).

Trouble de l'expression écrite

Au sens du DSM-IV, le trouble de l’expression écrite se traduit non seulement par des difficultés de l’acquisition et de la maîtrise de l’orthographe, mais aussi par des difficultés touchant l’expression écrite dans

[1048]

TABLEAU 37.3

Critères diagnostiques du trouble de la lecture

| **DSM-IV**  **315.001 Trouble de la lecture** | **CIM-10**  **F81.2 Trouble spécifique de la lecture** |
| --- | --- |
| A. Les réalisations en lecture évaluées par des tests standardisés passés de façn individuelles mesurant l’exactitude ou la compréhension de la lecture, sont nettement au-dessous du niveau escompté compte tenu de l’âge chronologique du sujet, de son quotient intellectuel (mesuré par des tests) et d’un enseignement approprié à son âge. | A. Présence soit de (1), soit de (2) :  (1) la note obtenue à une épreuve d’exactitude ou de compréhen- sion de la lecture se situe à au moins deux écarts-types en dessous du niveau escompté, compte tenu de l’âge chronologique et de l’intelligence générale de l’enfant  l’évaluation des performances en lecture et du Q.I. doit se faire avec des tests  administrés individuellement et standardisés en fonction de la culture et du système scolaire de l’enfant.  (2) antécédents de diffucultés sévères en lecture ou des résultats de tests ayant répondu au critère A(1) à un âge antérieur; en outre, le résultat obtenu à un test obtenu à un test d’orthographe se situe à au moins deux écarts-types en dessous du niveau escompté, de l’âge chronologique et du Q.I.. |
|  | D. Scolarisation dans les normes habituelles (c.-à-d.) absence d’insuffisances majeures dans les conditions de scolaritésuivie par l’enfant. |
| B. Cette pertubation interfère de façon significative avec la réussite scolaire ou avcec les activités de la vie courante faisant appel à la lecture. | B. Cette pertubation interfère de façon significative avec les performances scolaires ou avcec les activités de la vie courante faisant appel à la lecture. |
| C. S’il existe un déficit sensoriel, les dificultés en lecture dépassent celles qui sont habituellement associée à celui-ci. |  |
|  | C. Le trouble ne résulte pas directement d’un déficit visuel ou auditif, ou d’un trouble neurologique. |
|  | E*. Critère d’exclusion le plus couramment utilisé*. Le Q.I., évalué par untest standadisé passé de façon individuelle, est inférieur à 70. |
| *Note de codage :*  S’il existe une affection médicale (p.ex. neurologique.) ou un déficit sensoriel, coder ceux-i sul l’axe III |  |

**Sources** : American Psychiatric Association (1994), trad. française DSM-IV-Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Paris, Masson, 1996 ; World Health Organization (1993), trad. française Classification internationale des maladies, 10e révision. Chapitre V(F): Troubles mentaux et troubles du comportement: critères diagnostiques pour la recherche, Paris, Organisation Mondiale de la Santé et Masson, 1994.

son ensemble. Par comparaison avec des jeunes du même âge et de potentiel intellectuel équivalent, l’enfant présentant ce trouble éprouve des difficultés en composition écrite et commet des fautes d’épellation, d’orthographe, de syntaxe, de ponctuation et d’organisation du texte.

La dysorthographie ou, selon les termes de la CIM-10, trouble spécifique de l’orthographe, est caractérisée par des difficultés en orthographe sans perturbation des autres composantes de l’expression écrite. Elle est plus rarement dépistée et ses caractéristiques épidémiologiques sont mal connues. La dysorthographie doit être distinguée de la dysgraphie qui peut lui être associée et qui consiste dans un trouble de la motricité fine qui touche l’écriture. Le tableau 37.4 donne les critères diagnostiques du trouble de l’expression écrite et du trouble spécifique de l’orthographe.

[1049]

TABLEAU 37.4

Critères diagnostiques du trouble de l’expression écrite (DSM-IV)  
et du trouble spécifique (CIM-10)

| **DSM-IV**  **315.2 Trouble de l’expression écrite** | **CIM-10**  **F81.1 Trouble spécifique de l’orthographe** |
| --- | --- |
| A. Les capacités d’expression écrite, évaluées par des tests standardisés passés de façon individuelle (ou par évaluation fonctionnelle de ces capacités) sont nettement au–dessous du niveau escompté compte tenu de l’âge chronoligique du sujet, de son quotient (mesuré par des tests) et d’un enseignement approprié à son âge. | A. La note obtenue à un test standardisé d’orthographe se situe à au moins deux écarts-types en dessous du niveau escompté, compte tenu de l’âge chronologique et de l’intelligence de l’enfant. |
| D. Scolarisation dans les normes habitelles (c.-à-d. absence d’insuffisences majeures dans les conditions suivie par l’enfant. |
| B. Cette perturbation interfère de façon significative avec la réussite scolaire ou avec les activités de la vie courante qui requièrent l’élaboration de textes écrits (p. ex. composer des phrases grammaticalement correctes, des paragraphes bien construits). | F. Cette perturbation interfère de façon significative avec les performances scolaires ou avec les activités de la vie courante qui font appel à l’orthographe. |
| C. S’il existe un déficit sensoriel, les difficultés d’expression écrite dépassent celles qui habituellement associées à celui-ci. |  |
|  | B. Les notes obtenues à des épreuves d’exactitude et de compréhension de la lecture, ainsi que de calcul, se situent dans la limtes de la normale (± 2 écarts-types par rapport à la moyenne). |
|  | C. Absence d‘antécédents, de difficultéssignificatives en lecture. |
|  | E. Présence de difficultés en orthographe dès les premiers stades de l’apprentissage de l’ortographe. |
|  | G. *Critère d’exclusion le plus couramment utilisé*. Le Q.I., évalué par un test standardisé passé de façon individuelle, est inférieur à 70. |
| *Note de codage*:  S’il existe une affection médicale générale (p. ex. neurologique) ou undéficit sensoriel, coder ceux-ci sur l’axe III |  |

**Sources** : American Psychiatric Association (1994), trad. française *DSM-IV-Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* Paris, Masson, 1996 ; World Health Organization (1993), trad. française *Classification internationale des maladies, 10e révision. Chapitre V(F): Troubles mentaux et troubles du comportement: critères diagnostiques pour la recherche*, Paris, Organisation Mondiale de la Santé et Masson, 1994.

Démarche diagnostique

Un trouble de l’apprentissage doit être suspecté chez l’enfant par ailleurs d’intelligence normale dont les résultats en français ou en mathématiques sont nettement au-dessous de la moyenne ou encore lorsque des difficultés scolaires persistent après le traitement satisfaisant d’un trouble associé (dysphasie ou déficit de l’attention, notamment). Un arbre décisionnel facilite l’établissement du diagnostic (Silver et Hagin, 1993).

En présence d’un retard scolaire, on examinera la possibilité qu’il existe :

- des difficultés situationnelles qui rendent l’enfant moins disponible pour les apprentissages, ou encore un manque d’encadrement et de stimulation des apprentissages à l’école ou à la maison ;

- un déficit sensoriel, pour lequel il peut être nécessaire de faire passer des tests audiologiques et optométriques àl’enfant ;

[1050]

- un trouble cognitif autre qu’un TA touchant les apprentissages (déficit intellectuel, trouble de l’attention, notamment). Pour qu’un diagnostic additionnel de TA soit posé, les difficultés d’apprentissage doivent être plus grandes que celles auxquelles est associé ce trouble.

Un TA est finalement diagnostiqué lorsqu’il existe un écart entre le potentiel intellectuel et le rendement scolaire et que cet écart n’est pas attribuable aux facteurs précités.

On déterminera ensuite les perturbations dans le processus de traitement de l’information susceptibles de contribuer au TA (analyse détaillée du WISC ou évaluation neuropsychologique, tests d’audition centrale, évaluation ergothérapique). L’évaluation orthopédagogique permettra de mesurer le niveau de calcul, de lecture et d’expression écrite du jeune et de déterminer les stratégies d’apprentissage compensatoires mises en œuvre.

Il faut aussi porter attention aux troubles associés. Des antécédents de troubles du langage justifient une réévaluation orthophonique. La possibilité d’une dysgraphie ou d’un trouble de la coordination ou de l’intégration perceptivomotrice pourra être vérifiée par une évaluation psychométrique ou ergothérapique. Ces évaluations permettront de dresser un bilan des forces et des faiblesses cognitives de l’enfant et guideront le traitement.

Traitement et évolution

Le traitement des TA repose sur les interventions orthopédagogiques guidées par la détermination préalable des étapes du fonctionnement cognitif qui sont perturbées. Ces interventions peuvent être associées à des interventions complémentaires (individuelles ou familiales) et intégrées à un plan de traitement comportant plusieurs modalités, dont :

- le tutorat. La participation à des séances d’étude supervisées ou la présence d’un tuteur qui aide l’enfant à faire ses devoirs à la maison sont de bonnes solutions dans les cas de troubles légers ou modérés ;

- le soutien scolaire orthopédagogique. Les programmes orthopédagogiques nécessitent beaucoup de persévérance (Silver, 1996). Leurs objectifs sont d’atténuer les effets d’ordre émotif du TA (anxiété de performance, estime de soi) et de stimuler l’apprentissage grâce à un enseignement personnalisé sollicitant plusieurs canaux sensoriels, dispensé selon un rythme approprié à l’élève et centré sur les processus cognitifs défaillants ;

- l’intégration dans un programme d’enseignement spécialisé. Lorsque le TA, ou un trouble associé, freine considérablement les apprentissages, une orientation vers une classe ayant un ratio maître/ élèves plus élevé est conseillée ;

- la participation à une thérapie de groupe visant le développement d’habiletés sociales et de l’estime de soi. Elle permet de renforcer l’estime de soi à travers le développement de la socialisation et des compétences psychomotrices ;

- des rencontres de guidance avec les intervenants scolaires et les parents. Elles visent à fournir une meilleure connaissance des TA, à soutenir les parents et les enseignants dans l’aide qu’ils apportent à l’enfant, à découvrir les moyens d’intéresser l’enfant aux apprentissages et de favoriser le développement harmonieux de ses autres habiletés.

Traitement des troubles associés

Selon les problèmes que présente l’enfant et leur importance, on évaluera la pertinence de certaines interventions, soit :

- une rééducation orthophonique s’il existe une association avec un trouble du langage ;

- une intervention ergothérapique dans le cas d’un trouble de la coordination motrice ;

- une pharmacothérapie s’il existe un déficit de l’attention/hyperactivité (voir le chapitre 36) ;

- une psychothérapie ou une thérapie familiale selon les résultats de l’évaluation sociale et psychologique.

Un TA non traité entraîne une baisse de l’estime de soi, retarde le développement des habiletés sociales, contribue à l’émergence de troubles du comportement et à l’abandon scolaire (certaines études rapportent un taux de 40% [American Psychiatric Association, 1994]) et nuit à l’adaptation sociale et professionnelle ultérieure. Bien que les déficits cognitifs associés aux TA tendent à persister au cours de la vie, beaucoup d’enfants parviennent à surmonter leurs difficultés d’apprentissage grâce au traitement.

[1051]

37.1.3. Troubles du langage

Les troubles du langage englobent les retards simples, les perturbations dans l’acquisition et la maîtrise du langage, appelées dysphasies, et les troubles de l’articulation, appelés aussi troubles phonologiques ou dyslalies. Autrefois présentés dans un cadre étiopathogénique, les troubles du langage sont actuellement définis, en particulier dans le DSM-IV, de manière purement descriptive, qu’ils soient de nature acquise ou développementale. En raison de la disparité des critères utilisés, la prévalence des troubles du langage varie de 1% à 13% parmi la population des enfants d’âge scolaire (Baker et Cantwell, 1995a).

Étiologie

Dans la très grande majorité des cas, aucune cause organique du trouble du langage n’est identifiée. Devant une évidente source multifactorielle du trouble du langage, les approches étiologiques monodisciplinaires, qu’elles soient biologiques ou psychodynamiques, ont été abandonnées au profit de conceptions intégratives de la genèse des troubles du langage. Sans constituer, chacun, une cause suffisante, plusieurs facteurs de risque sont rapportés :

- négligence et violence de la part de l’entourage ; exposition fœtale à l’alcool ou à la cocaïne (Paul, 1996) ;

- atteintes cérébrales hémisphériques ;

- antécédents dysphasiques familiaux ;

- gémellité ;

- sexe masculin, compte tenu d’un ratio de trois garçons pour une fille (Bishop, 1994).

Les études longitudinales concernant les otites moyennes menées dans la population générale, avec et sans groupe témoin (Bishop, 1994 ; Tallal, Allard et Curtiss, 1991), concluent à l’improbabilité de leur rôle causal dans les dysphasies. Les atteintes corticales hémisphériques méritent une attention spéciale. Si une atteinte unilatérale des aires du langage survenant chez l’enfant très jeune semble avoir peu de conséquences sur le développement ultérieur du langage, une atteinte bilatérale ou unilatérale plus tardive (en particulier après six ans) se traduit par un trouble du langage ou de l’apprentissage (Bishop, 1994).

Le rôle respectif des facteurs de risque et la nature de leur association sont inconnus. Toutefois, les études génétiques de ségrégation familiale et les techniques contemporaines d’imagerie cérébrale laissent soupçonner une transmission génétique d’anomalies structurelles (Baker et Cantwell, 1995a).

Classification neurolinguistique

À partir d’une analyse linguistique et neuropsychologique des troubles du langage, Rapin et Allen (1991) ont élaboré une classification expérimentale qui est maintenant utilisée par de nombreux professionnels : pédiatres, neuropédiatres, orthophonistes et neuropsychologues. En conformité avec le modèle cognitiviste du traitement de l’information, cette classification repose sur une conception modulaire de la communication verbale qui s’effectue grâce à une succession d’opérations cognitives entre la réception des messages verbaux et l’expression verbale. Au pôle réceptif se succèdent, au-delà de l’audition, la perception (discrimination et reconnaissance des phonèmes) et la compréhension (reconnaissance du sens des mots, interprétation des composantes non verbales du message). L’organisation et la programmation de la réponse, avant sa production effective par l’appareil phonatoire, constituent les opérations du pôle expressif. Rapin et Allen décrivent six syndromes dysphasiques :

*- agnosie auditive verbale.* En raison d’une atteinte massive des processus de perception, l’enfant ne comprend pas le langage et, conséquemment, ne parle pas et communique non verbalement ;

- *déficit sémantique-pragmatique.* La perturbation touche l’étape de la compréhension et l’étape de l’organisation de la réponse. L’enfant décode difficilement le sens des messages verbaux et communique de manière inadéquate. Ce syndrome se caractérise par une acquisition souvent tardive du langage, mais les mots sont bien articulés et la parole est parfois abondante. Le discours est souvent circulaire, marqué par des persévérations, l’introduction inappropriée de ritournelles (p. ex., chansons à la mode, publicité télévisée) ou par une écholalie quelquefois différée. Lejeune tend à utiliser la troisième personne pour parler de lui. La communication s’établit sur un mode atypique et le discours est difficilement intelligible ;

- déficit lexical-syntaxique. Ce syndrome s’observe lorsque le discours de l’enfant s’écarte d’une conversation familière et banale. Apparaissent alors [1052] un manque du mot, des paraphasies sémantiques et une dyssyntaxie. Dans la mesure où la conversation ordinaire n’est pas perturbée, cette dysphasie peut ne pas être détectée. Elle entrave toutefois les apprentissages et la socialisation ;

*- déficit phonologique-syntaxique.* Cette dysphasie, qui est la plus fréquente, touche principalement l’organisation de la réponse. La compréhension est préservée, mais le langage expressif apparaît tardivement. L’articulation est défaillante, le vocabulaire, pauvre et le style, télégraphique. Par la suite, l’expression demeure restreinte et dyssyntaxique ;

*- dyspraxie verbale.* Elle résulte d’une perturbation de la programmation motrice de la réponse. La compréhension et le vocabulaire sont normaux, mais l’expression est défaillante. Malgré ses efforts pour exprimer sa pensée, l’enfant ne produit que de courtes phrases elliptiques ;

*- déficit de programmation phonologique.* La perturbation touche principalement l’articulation et pourrait constituer une forme mineure de dyspraxie verbale.

Classification psychiatrique

Le DSM-IV propose un classement en trois catégories selon que l’atteinte touche l’expression, la réception et l’expression ou l’articulation. Les troubles de la communication doivent maintenant être notés à l’axe I, et non plus à l’axe II comme il était stipulé dans le DSM-III-R. Chaque catégorie inclut les troubles congénitaux (dysphasies développementales) aussi bien que les troubles acquis (aphasies). La cause organique, lorsqu’elle est identifiée, est notée à l’axe III. En raison de son approche descriptive et synchronique, le DSM-IV ne distingue pas les retards du langage (retard dans l’actualisation d’une aptitude linguistique normale) des troubles du langage oral (dysphasies avec atteinte développementale des aptitudes linguistiques), au contraire de la Classification française des troubles mentaux de l’enfant et de l’adolescent (CFTMEA) [Misès et coll., 1988].

Trouble du langage de type expressif

Contrastant avec une compréhension préservée, l’acquisition du langage expressif est tardive et lente. Le vocabulaire et la syntaxe sont pauvres ou erronés (voir le tableau 37.5). Parmi les troubles associés, le plus fréquent est le bredouillage (cluttering), une perturbation de l’élocution marquée par un rythme rapide ou erratique et un télescopage de syllabes. La prévalence s’établirait à de 3% à 5% (American Psychiatric Association, 1994).

Trouble du langage de type mixte réceptif-expressif

Le trouble du langage de type mixte réceptif-expressif rapporté dans le DSM-IV touche aussi bien le volet réceptif que le volet expressif de la communication verbale. La CIM-10 décrit un trouble de l’acquisition du langage de type réceptif dans lequel c’est surtout la compréhension du langage qui est perturbée. Selon le degré de sévérité, l’enfant peut éprouver des difficultés de compréhension et d’expression portant sur certains phonèmes, mots ou constructions syntaxiques ou bien être incapable de suivre des consignes et de donner des réponses adéquates (voir le tableau 37.6, p. 1054). La prévalence de ce trouble, dans sa forme congénitale, serait d’environ 3% de la population d’âge scolaire (American Psychiatric Association, 1994).

Une rare forme acquise a été décrite par Landau et Kleffner (aphasie acquise avec épilepsie [syndrome de Landau-Kleffner]). Elle s’installe progressivement ou soudainement entre trois et neuf ans, après une phase d’acquisition et de consolidation normales du langage ; à la dysphasie sont associées des anomalies observées à l’électroencéphalogramme (EEG),en particulier en région temporale, et parfois des crises épileptiques (Bishop, 1994).

Trouble phonologique

Le tableau 37.7 (p. 1055) donne les critères diagnostiques du trouble phonologique (appelé, dans la CIM-10 et dans des éditions antérieures du DSM, trouble de l’acquisition de l’articulation) qui regroupe les altérations de l’articulation proprement dite (p. ex., *zézaiement*, chuintement) et les perturbations cognitives touchant la discrimination et la reconnaissance des phonèmes. Ces perturbations cognitives sont associées à la dyslexie (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1998). Les productions langagières sont marquées par des distorsions, des substitutions ou des omissions de phonèmes (p. ex., p pour b, « diqs » pour disque). De 2% à 3% des enfants entrant à l’école présentent un trouble phonologique modéré [1053] ou sévère. La prévalence tombe à 0,5% vers 17 ans (American Psychiatric Association, 1994).

TABLEAU 37.5

Critères diagnostiques du trouble du langage de type expressif

| **DSM-IV**  **315.31 Trouble du langage de type expressif** | **CIM-10**  **F81.1 Trouble de l’acquisition du langage, de type expressif** |
| --- | --- |
| A. Les scores obtenus sur des mesures standardisées (administrées individuellement) du développement des capacités d’expression du langage sont nettement au-dessous des scores obtenus sur des mesures standardisées :  - des capacités intellectuelles non verbales;  - du développement des capacités réceptives du langage.  La perturbation peut se manifester sur le plan clinique par des symptômes tels que :  - vocabulaire notablement restreint;  - erreurs de temps;  - difficultés d’évocation des mots;  - dificultés à construire des phrases d’une longueur ou d’une complexité au stade développement. | A. Les capacités d’expression du langage, évoluées par des tests standardisés, sont inférieurs à deux au moins écarts-types de la valeur myenne correspondant à l’âge de l’enfant.  B. Les capacités d’expression du langage se situent à au moins un écart-type en dessous du Q.I., non verbal évalué par des tests standardisés.  C. Les capacités réceptives du langage, par des tests standardisés se situent dans les limites de deux écarts-types par rapport à la valeur moyenne correspondant à l’âge de l’enfant. |
| B. Les difficultés d’expression interfèrent avec la réussite scolaire ou professionnelle, ou avec la communication sociale. |  |
| C. Le trouble ne répond pas aux critères du trouble du langage e type mixte réceptif-expressif ni à ceux du trouble envahissant du développement. | E. Absence d’atteintes neurologgiques, sensorielles ou physiques altérant directement l’usage du langage parlé et absence d’un trouble envahissant du développement. |
| D. S’il existe un retard mental, un déficit moteur affectant la parole, un déficit sesoriel ou une carence de l’environnement, les difficultés du langage dépassent celles qui sont habituellement associés à ces conditions. |  |
|  | D. L’utilisation et la compréhension de la communication non verbale sont dans les limites de la normale, de même que les fonctions imaginatives du langage. |
|  | F. *Critère d'exclusion le plus couramment utilisé*. Le Q.l. non verbal, évalué par un test standardiséde façon individuelle, est inférieur à 70. |
| *Note de codage :*  S’il existe un déficit moteur affectant la parole, un déficit sensoriel ou une maladie neurologique, coder ceux-ci sur l’axe III. |  |

**Sources** : American Psychiatric Association (1994), trad. française *DSM-IV- Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*; Paris, Masson, 1996 ; World Health Organization (1993), trad. française *Classification internationale des maladies, 10e révision. Chapitre V (F): Troubles mentaux et troubles du comportement: critères diagnostiques pour la recherche*, Paris, Organisation Mondiale de la Santé et Masson, 1994.

Démarche diagnostique

Les circonstances de consultation pour un trouble du langage sont variées : un trouble du comportement, un dépistage précoce en garderie ou la découverte fortuite d’anomalies significatives à des épreuves psychométriques.

L’observation du jeu spontané de l’enfant et de ses interactions en famille ou dans un groupe de pairs permet d’apprécier cliniquement le trouble du langage qui pourra ensuite faire l’objet d’une évaluation

[1054]

TABLEAU 37.5

Critères diagnostiques du trouble du langage de type mixte réceptif-expressif (DSM-IV) ou de type réceptif (CIM-10)

| **DSM-IV**  **315.31 Trouble du langage de type mixte réceptif-expressif** | **CIM-10**  **F80.2 Trouble de l’acquisition du langage, de type réceptif** |
| --- | --- |
| A. Les scores obtenus sur des mesures standardisées (administrées individuellement) du développement des capacités réceptives **et** des capacités expressives du langage sont nettement au-dessous des scores obtenus sur des mesures standardisées des capacités intellectuelles non verbales.  Les symptômes inclus ceux du trouble de langage de types expressif ainsi que des difficultés à comprendre :  - certains mots;  - certaines phrases;  - des catégories spécifiques de mots comme les termes concernant la position dans l’espace. | A. La compréhension du langage, éaluée par des tests standardisés, est inférieure à au moins deux écarts-types de la moyenne correspondants à l’âge de l’enfant.  B. Les capacités de compréhension du langage se situent à au moins un écart-type en dessous du Q.I. non verbal, évalué par des tests standardisés. |
| B. Les difficultés de compréhension et d’expression interfèrent avec la réussite scolaire ou professionnelle, ou avec la communication sociale. |  |
| C. Le trouble ne répond pas aux critères d’un trouble envahissant du développement. | C. Absence d’atteintes neurologgiques, sensorielles ou physiques altérant le versant réceptif du langage, et absence d’un trouble envahissant du développement. |
| D. S’il existe un retard mental, un déficit moteur affectant la parole, un déficit sesoriel ou une carence de l’environnement, les difficultés du langage dépassent celles qui sont habituellement associés à ces conditions. |  |
|  | D. *Critère d'exclusion le plus couramment utilisé*. Le Q.l. non verbal, évalué par un test standardisé de façon individuelle, est inférieur à 70. |
|  |  |
| *Note de codage :*  S’il existe un déficit moteur affectant la parole, un déficit sensoriel ou une maladie neurologique, coder ceux-ci sur l’axe III. |  |

**Sources** : American Psychiatric Association (1994), trad. française *DSM-IV - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 1996 ; World Health Organization (1993), trad. française *Classification internationale des maladies, 10e révision. Chapitre V (F) : Troubles mentaux et troubles du comportement: critères diagnostiques pour la recherche,* Paris, Organisation Mondiale de la Santé et Masson, 1994.

orthophonique standardisée. Dans le registre expressif, on évalue la fluidité, l’articulation, la prosodie, le vocabulaire, la syntaxe et, enfin, les aspects pragmatiques (l’usage du langage à des fins de communication avec les autres). La compréhension des mots et des questions de complexité progressive, la capacité de raconter une histoire, la cohérence du discours et la pertinence des questions et des réponses sont évaluées, de même que la qualité de la communication non verbale et l’aisance dans les jeux symboliques.

Selon les principes de classement du DSM-IV, six étapes sont nécessaires à l’élaboration d’un diagnostic d’un trouble spécifique du langage :

1. *Confirmer le caractère significatif du déficit linguistique et la nature dysphasique du trouble.* Le trouble est identifié par référence au développement normal du langage (voir la figure 37.1, p. 1056). Dans le cas d’un enfant qui ne fréquente pas encore l’école, le praticien peut se guider sur des grilles développementales (Coplan et coll., 1982). Dans le cas d’un enfant scolarisé ou d’un adolescent, on recourt aux tests orthophoniques standardisés. Au cours de l’examen psychiatrique, le praticien doit être attentif à la qualité linguistique du discours ; en effet, un trouble du langage peut être confondu, particulièrement chez l’adolescent, avec le relâchement des associations présent dans les troubles psychotiques.

2. *Situer le trouble du langage dans le contexte général du développement.* Il peut être difficile, chez le jeune enfant, de mettre en évidence un trouble du langage quand on est en présence d’un tableau clinique d’immaturité globale touchant plusieurs sphères : psychomotricité, intelligence, langage, jeu symbolique et interactions sociales. Pour l’évaluation, l’enquête anamnestique devra inclure l’histoire néonatale, les étapes neurodéveloppementales, la qualité des échanges avec l’environnement et les conditions de stimulation langagière. Au cours de l’examen, on évaluera les caractéristiques verbales et non verbales de la communication, la qualité de l’attachement parents-enfant, la

[1055]

TABLEAU 37.5

Critères diagnostiques du trouble phonologique

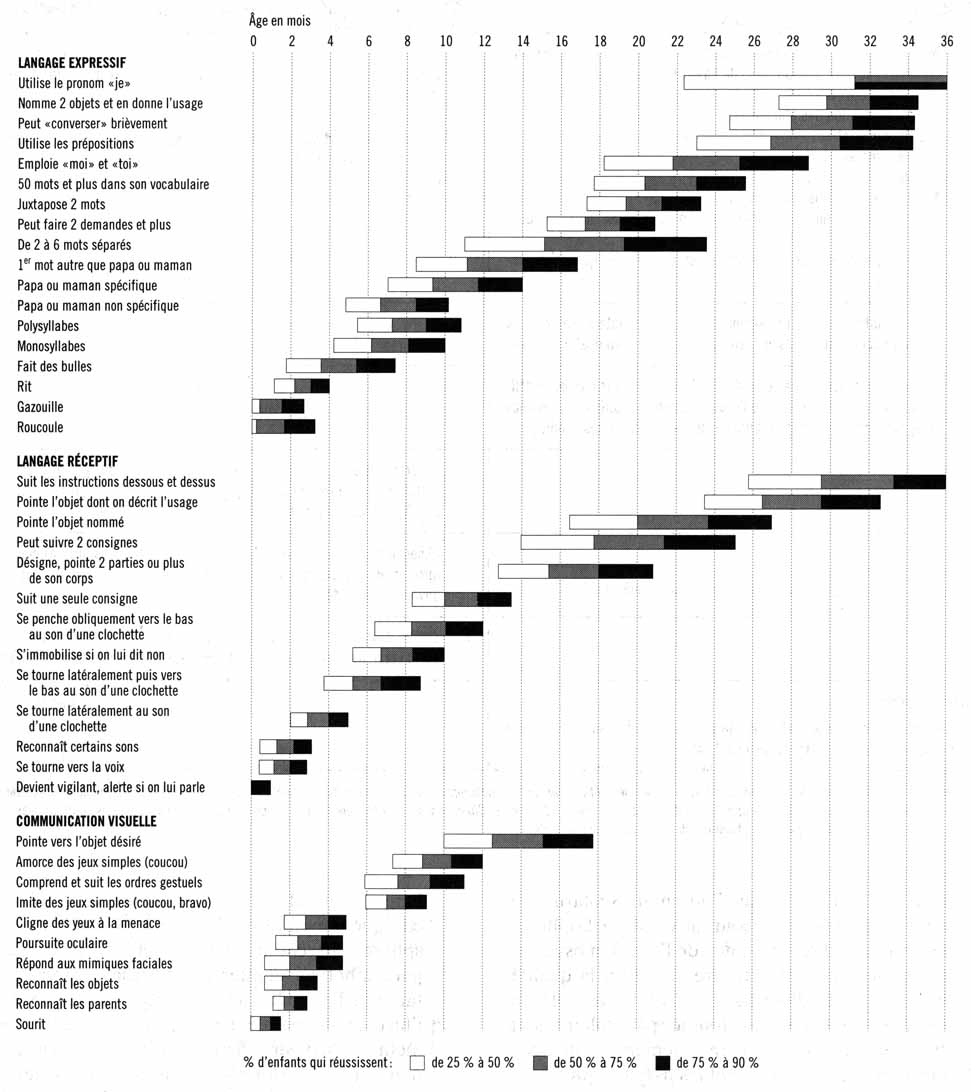
| **DSM-IV**  **315.39 Trouble phonologique** | **CIM-10**  **F80.0 Trouble spécifique de l’acquisition de l’articulation** |
| --- | --- |
| A. Incapacité d’utiliser les phonèmes normalement acquis à chaque stade de développement, compte tenu de l’âge et de la langue du sujet, par exemple, erreurs dans :  - la production des phonèmes;  - leur utilisation;  - leur représentation;  - leur organisation.  Cela inclut, de manière non limitative :  - des substitutions d’un phonème à un autre (p. ex., inversion du *p* et du *k* dans le mot képi);  - des omissions de certains phonèmes, comme ceux qui sont en position finale. | A. Les capacités d’articulation (phonologiques) évaluées par des tests standardisés sont inférieures à un moins deux écarts-types de la valeur moyene à l’âge de l’enfant.  B. Les capacités d’articulation (phonologiques) se situent à au moins un écart-type du Q.I. non verbal, évalué par des texts standardisés. |
| B. Les difficultés dans la production de phonèmes interfèrent avec la réussite scolaire ou professionnelle, ou avec la communication sociale. |  |
| C. S’il existe un retard mental, un déficit moteur affectant la parole, un déficit sesoriel ou une carence de l’environnement, les difficultés verbales dépassent celles qui sont habituellement associés à ces conditions. |  |
|  | C. L’expression et la compréhension du langage, évaluées par des tests standardisés, se situent dans les limites de deux écarts-types par rapport à la valeur moyenne |
|  | D. Absence d’atteintes neurologgiques, sensorielles ou physiques altérant directement la production des sons de la parole, et absence d’un trouble envahissant du développement. |
|  | E. *Critère d'exclusion le plus couramment utilisé*. Le Q.l. non verbal, évalué par un test standardiséde façon individuelle, est inférieur à 70. |
| *Note de codage :*  S’il existe un déficit moteur affectant la parole, un déficit sensoriel ou une maladie neurologique, coder ceux-ci sur l’axe III. |  |

**Sources** : American Psychiatric Association (1994), trad. française *DSM-IV- Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 1996 ; World Health Organization (1993), trad. française *Classification internationale des maladies, 10e révision. Chapitre V (F).- Troubles mentaux et troubles du comportement: critères diagnostiques pour la recherche,* Paris, Organisation Mondiale de la Santé et Masson, 1994.

[1056]

FIGURE 37.1

Échelle du développement du langage de Coplan (trad. G. Jéliu)



Source :Bulletin du Collège des médecins du Québec**,** vol. 31, n° 3,1991, p. 24.

[1057]

présence d’anxiété de séparation ou d’opposition, les capacités de jeu symbolique et le développement psychomoteur de l’enfant. L’évaluation comparative de ces différentes composantes et l’évolution permettront de juger de l’autonomie du trouble du langage dans le tableau clinique.

3. *Écarter la possibilité de troubles non cognitifs pouvant expliquer le déficit de langage : déficits sensoriels et anomalies neuromusculaires*. Un déficit langagier associé à une maladresse motrice peut être le premier signe d’une maladie de Duchenne. L’impact d’une atteinte de l’appareil auditif ou des voies nerveuses auditives dépend de l’ampleur de cette atteinte et de l’âge auquel elle survient. Aussi, la survenue, même répétée, d’otites moyennes banales ne suffit pas à expliquer un retard de langage durable, et un diagnostic de trouble du langage doit alors être posé.

4. *Différencier le trouble du langage du retard mental et des troubles autistiques*. Un rendement homogène aux épreuves psychométriques verbales et non verbales et inférieur à 71 indique un retard mental. Un écart très significatif entre les cotes verbales et non verbales, au profit de ces dernières, oriente vers un trouble du langage, quel que soit le rendement intellectuel global. Le trouble autistique inclut une perturbation sévère des fonctions de communication verbale et non verbale. Selon Rapin et Allen (1991, p. 122 ; traduction libre), le déficit sémantique-pragmatique « est particulièrement fréquent dans les troubles autistiques, mais en aucune façon limité à ceux- ci ». Les troubles autistiques associent au déficit linguistique des perturbations prédominantes touchant le contact et la communication, ainsi que des stéréotypies qui débordent le domaine du langage.

5. *Préciser le type dysphasique acquis ou développemental*. Pour déterminer le type acquis ou développemental, il faut procéder à des investigations neurologiques, cliniques et paracliniques. Outre le syndrome de Landau-Kleffner où la dysphasie est associée à l’épilepsie, une dysphasie acquise peut être décrite dans le contexte d’une atteinte neurologique (p. ex., traumatisme crânien, encéphalite virale). L’absence de cause organique identifiée oriente vers un trouble du langage de nature développementale. On pourra alors distinguer entre retard de langage et dysphasie au sens de la classification française (CFTMEA).

6. *Préciser les troubles associés*. Une fois le trouble du langage mis en évidence, on vérifiera si d’autres troubles sont présents (épilepsie, troubles psychomoteurs, énurésie primaire, troubles des apprentissages, inhibitions et états anxieux notamment).

Traitement

Le traitement bio-psycho-social tient compte des anomalies sensorielles ou neurologiques qui contribuent aux déficits de langage et du contexte clinique dans lequel survient le trouble du langage. Il intègre la prise en charge du retard mental ou des troubles autistiques quand ces troubles sont associés.

Si le trouble du langage apparaît dans le contexte d’une immaturité du développement cognitif et affectif, la dysphasie doit être replacée dans l’économie conflictuelle et relationnelle de l’enfant et de sa famille. Le traitement combine une intervention familiale (thérapie familiale, thérapie expressive de soutien auprès d’un parent ou guidance parentale) et une psychothérapie psychodynamique auprès de l’enfant. La psychothérapie, en favorisant le dialogue et les capacités de jeu symbolique, stimule le développement du langage.

Un trouble du langage bien circonscrit appelle une intervention orthophonique. Les rééducations structurées seraient plus efficaces pour les troubles phonologiques, tandis que les approches associant jeu et rééducation seraient plus indiquées pour les perturbations touchant la dimension expressive et pragmatique du langage (Bishop, 1994).

Un trouble du langage dépisté tôt et peu prononcé peut justifier l’intégration dans un groupe de stimulation ou bien l’admission dans une garderie à temps partiel ou à temps plein. Une guidance parentale peut être mise en place pour aider les parents à appliquer un programme de stimulation à la maison. Les formes les plus sévères amènent à envisager l’admission dans une garderie ou une école spécialisée.

Évolution

Les études prospectives (Bishop, 1994 ; Gérard, 1993) soulignent le bon pronostic pour les troubles phonologiques purs lorsqu’ils se résorbent avant l’âge de [1058] quatre ans. Les troubles du langage de type expressif et réceptif qui s’annoncent par une production tardive des premiers mots, puis par une acquisition lente du langage sans être déviante tendraient à se résorber avant six ans. Néanmoins, ils constituent un facteur de risque au chapitre des apprentissages qu’ils retardent souvent. De plus, ils peuvent s’associer à des retards perceptivomoteurs et à un déficit de l’attention. Dans l’ensemble, les troubles du langage sont susceptibles de précéder le développement d’une dyslexie ou d’une dysorthographie ou d’y contribuer (Baker et Cantwell, 1995a).

Enfin, le pronostic en ce qui concerne les formes sévères (dyspraxie verbale, agnosie auditive verbale, déficit sémantique-pragmatique) ou associées à un retard mental ou un trouble autistique reste très réservé.

37.1.4. Bégaiement

Le bégaiement consiste en une perturbation de l’élocution dans laquelle n’intervient aucune anomalie des muscles phonateurs. Elle est marquée par la prolongation ou la répétition de sons et de syllabes, des interjections, des interruptions ou des circonlocutions accompagnées d’un excès de tension physique (voir le tableau 37.8). L’intensité du trouble varie selon le contexte. Le jeune peut en venir à craindre de s’exprimer dans certaines situations ou d’utiliser certains phonèmes ou mots. Des mouvements anormaux peuvent s’y associer (p. ex., tics moteurs faciaux, balancement du tronc).

La prévalence s’établit, chez le préadolescent, à environ 1% pour tomber à 0,8% chez l’adolescent, dans une proportion de 3 garçons pour 1 fille (American Psychiatric Association, 1994). Les études de ségrégation familiale et de jumeaux concluent à l’existence d’une composante génétique. Le risque que les enfants de parents bègues développent un bégaiement est trois fois plus élevé que dans la population générale (American Psychiatric Association, 1994). Pour un père bègue, le risque de transmission serait de 10% pour ses filles et de 20% pour ses fils.

Diagnostic

Le bégaiement doit être distingué des immaturités d’élocution chez les jeunes enfants (répétitions de mots ou de phrases). Il peut s’associer à un trouble du langage, à un trouble psychomoteur ou bien à un déficit moteur ou sensoriel.

Traitement et évolution

Le bégaiement commence dans la presque totalité des cas avant 10 ans, le plus souvent vers 5 ans, et peut être détecté vers 2 ans (American Psychiatric Association, 1994). Le trouble s’installe progressivement. Une rémission spontanée s’observerait à l’adolescence dans 60% des cas, 20% guériraient sous traitement et les 20% restants conserveraient leur bégaiement à l’âge adulte (American Psychiatric Association, 1994).

Les traitements les plus fréquemment utilisés comprennent les thérapies comportementales, la relaxation et la rééducation orthophonique axée sur la maîtrise du rythme (Baker et Cantwell, 1995a).

37.2. DÉFICITS INTELLECTUELS

À la différence des troubles à expression instrumentale, les déficits intellectuels sont des déficiences globales touchant plusieurs secteurs cognitifs. Si la classification du DSM-IV rend compte de déficits intellectuels harmoniques, la CFTMEA définit, de plus, en s’inspirant des travaux de Misés (Misés et Perron, 1995) et de Gibello (1991) respectivement, des déficiences dysharmoniques et des troubles du raisonnement.

37.2.1. Déficits homogènes

Le déficit homogène ou harmonique, évalué par les épreuves psychométriques, touche l’ensemble des habiletés cognitives de manière homogène. L’ampleur des perturbations instrumentales et des difficultés relationnelles et adaptatives est en relation avec le rendement intellectuel global.

Fonctionnement intellectuel limite

Le fonctionnement intellectuel limite correspond, selon le DSM-IV, à un rendement intellectuel ou quotient intellectuel (Q.I.), établi par l’évaluation psychométrique, de 71 à 84.

Chez les jeunes dont le Q.I. se situe entre 71 et 75 et qui présentent des difficultés adaptatives semblables à celles qui accompagnent le retard mental, le DSM-IV signale la possibilité de poser le diagnostic de retard mental.

[1059]

TABLEAU 37.8

Critères diagnostiques du bégaiement

| **DSM-IV**  **307.0 Bégaiement** | **CIM-10**  **F98.5 Bégaiement** |
| --- | --- |
| A. Perturbation de la fluence normale et du rythme de la parole (ne correspondant pas à läge du sujet), caractérisée par la venue fréquente d’une ou de plusieurs des manifestations suivantes :  (1) répétitions de sons ou de syllabes;  (2) prolongations de sons ;  (3) interjections;  (4) interruptions de mots (p. ex. pauses dans le cours d‘un mot);  (5) blocages audibles ou silencieux (pauses dans le cours du discours, comblées par autre chose ou laissées vacantes);  (6) circonlocutions (substitution d’autres mots pour éviter les mots difficiles)  (7) tension physique excessive accompagnant la production de certains mots;  (8) répétitions de mots monosyllabiques entiers (p.ex., «je-je-je-je le vois». | A. Bégaiement, c’est-à-dire élocution caractérisée par :   * des répétitions des prolongations, de syllabes, de mots * des hésitations ou des pauses fréquentes, persistantes ou récurrentes   d’une intensité suffisamment sévère pour perturber nettement la fluence de la parole. |
| B. La pertubations de la fluence de la parole interfère avec la réussite scolaire ou professionnelle, ou la communication sociale. |  |
| C. S’il existe un déficit moteur affectant la parole ou un déficit sensoriel, les difficultés d’élocution dépassent celles qui sont habituellement associées à ces conditions. |  |
|  | B. Durée : au moins trois mois. |
| *Note de codage :*  S’il existe un déficit moteur affectant la parole, un déficit sensoriel ou une maladie neurologique, coder ceux-ci sur l’axe III. |  |

**Sources** : American Psychiatric Association (1994), trad. française *DSM-IV-Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 1996 ; World Health Organization (1993), trad. française *Classification internationale des maladies, 10e révision. Chapitre V (F): Troubles mentaux et troubles du comportement: critères diagnostiques pour la recherche*, Paris, Organisation Mondiale de la Santé et Masson, 1994.

Retard mental

Selon les critères du DSM-IV, pour qu’on puisse établir le diagnostic de retard mental, l’enfant doit présenter à la fois un fonctionnement adaptatif défaillant et un Q.I. égal ou inférieur à 70. Le rendement intellectuel global mesuré à l’évaluation psychométrique ne diffère pas du potentiel intellectuel de l’enfant. Les degrés sont établis selon les résultats de l’évaluation psychométrique :

* léger (Q.I. de 50-55 à 70),
* moyen (Q.I. de 35-40 à 50-55),
* grave (Q.I. de 20-25 à 35-40),
* profond (Q.I. inférieur à 20 ou 25).

Étant donné que le DSM-IV n’introduit pas de critère d’exclusion, il est permis de noter les syndromes cliniques qui peuvent être associés, notamment les troubles autistiques, les troubles du langage et les troubles de l’apprentissage. Le retard mental est traité en détail dans le chapitre 4 (tome I).

37.2.2. Évolution déficitaire  
des dysharmonies de développement

Misès et Perron (1995) décrivent l’évolution déficitaire de tableaux cliniques de la petite enfance marqués par [1060] un développement inégal des sphères cognitive, psychomotrice et affective. Ces tableaux évoluent vers une déficience intellectuelle dysharmonique. Le rendement global, mesuré à l’aide d’épreuves psychométriques, est égal ou inférieur à 70, mais le profil est hétérogène, comportant des retards instrumentaux (langage, psychomotricité) et des troubles de la personnalité.

Avant deux ou trois ans, les déficiences dysharmoniques se signalent soit par un tableau à dominante déficitaire caractérisé par des retards, des précocités ou des distorsions instrumentaux variant dans le temps chez le même sujet, soit par un tableau à dominante affective associant, selon les sujets, anxiété, insomnie, troubles de l’alimentation, colères, conduites autoagressive ou hétéroagressives, inhibitions ou rituels. Par la suite se constitue un tableau de déficience dysharmonique. Alors qu’il n’investit pas les nouvelles capacités instrumentales qui émergent, l’enfant surinvestit des modes d’expression périmés (p. ex., une hyperkinésie ou des retards de langage) qui le confinent dans des interactions immatures avec son environnement. Selon les caractéristiques de l’organisation de la personnalité, Misès et Perron (1995) décrivent plusieurs formes cliniques de dysharmonies : névrotique, dépressive, psychopathique (antisociale), limite ou psychotique. Au-delà d’une certaine période d’évolution sans traitement, le tableau tend à devenir plus déficitaire. Chez l’enfant plus âgé, la présentation se rapproche alors d’une déficience harmonique.

Parmi les approches thérapeutiques, on peut souligner l’utilité d’un hôpital de jour qui offre une combinaison d’orthopédagogie, de mesures éducatives, de psychothérapie et de guidance parentale et qui peut se révéler approprié pour les formes sévères chez le jeune enfant. Une scolarisation dans un établissement spécialisé ou une classe spéciale dans une école régulière peut être maintenue grâce à une prise en charge concomitante en psychiatrie infanto-juvénile.

Misès et Perron (1995) soulignent l’importance de la fragilité narcissique de ces jeunes, tout particulièrement dans les dysharmonies liées à une organisation de personnalité limite. Les interventions pédagogiques et éducatives doivent alors viser simultanément l’amélioration de l’estime de soi et les apprentissages scolaires.

37.2.3. Troubles du raisonnement

L’introduction de la catégorie des troubles du raisonnement dans la classification française (CFTMEA) doit beaucoup aux travaux de Gibello (1991). Il s’agit de perturbations du raisonnement présentes en dehors de tout processus psychotique ou déficitaire. Elles se traduisent par un échec scolaire qui n’est expliqué ni par une faiblesse du rendement intellectuel (Q.I. dans la moyenne), ni par un trouble instrumental spécifique, ni par un trouble psychiatrique autrement identifiable. Pour expliquer ces troubles, Gibello (1991) a été amené à postuler, chez ces sujets, l’absence des structures cognitives qui, ainsi que l’a montré Piaget, se mettent en place durant le stade préopératoire (de deux à six ou sept ans). Ces structures cognitives, appelées notions, sont des moyens logiques d’intégrer les données d’un problème perceptif ou cognitif. Une fois acquises, elles constituent une structure de raisonnement stable et permettent à l’enfant de s’y référer pour comprendre l’environnement changeant dans lequel il vit. Vers deux ans, à la fin du stade sensorimoteur précédent, l’enfant acquiert la première notion fondamentale, celle de la permanence de l’objet : « Elle permet de croire qu’un objet continue d’exister même s’il est partiellement ou complètement caché et qu’il conserve son identité même s’il apparaît plus petit parce qu’il est placé plus loin. » (Cloutier et Renaud, 1990, p. 216.) De deux à sept ans, l’enfant acquiert les autres structures cognitives, que Gibello (1991) appelle « contenants de pensée ». Ces contenants de pensée sont de trois ordres :

- cognitif. Ce contenant a trait aux notions piagétiennes de conservation du liquide, des quantités, des surfaces et des nombres, ainsi qu’aux concepts de mesure et de temps. Par exemple, un jeune enfant n’ayant pas intégré la notion de conservation du liquide ne comprendra pas qu’une quantité donnée de liquide reste identique lorsqu’elle est versée successivement dans deux verres de hauteur et de diamètre différents ;

- langagier. Il s’agit de la capacité à donner un sens aux sons et aux signes graphiques ;

- narcissique. Le contenant de pensée narcissique, construit à travers les échanges sociaux et les activités corporelles, permet la formation des représentations de soi et des autres ainsi que des limites corporelles et psychiques.

Ces contenants sont à la base de la symbolisation et des apprentissages scolaires. L’évaluation de la pensée logique, telle qu’elle a été élaborée par Gibello (1991), permet de vérifier l’acquisition des contenants [1061] de pensée et contribue ainsi au diagnostic des troubles du raisonnement. L’observation clinique, les épreuves psychométriques et l’évaluation de la pensée logique conduisent à dégager deux tableaux cliniques :

- le *retard d'organisation du raisonnement (ROR).* Le ROR constitue la forme la plus sévère, mais aussi la plus rare, des troubles du raisonnement. Les jeunes souffrant d’un ROR sont en situation d’échec scolaire grave. Bien que leur potentiel intellectuel évalué par les épreuves psychométriques soit dans les limites de la moyenne, ainsi que leur langage expressif, leur raisonnement est celui d’un enfant d’âge préscolaire. Le ROR s’associe souvent à des traits de personnalité narcissique en raison d’une immaturité des contenants de pensée narcissiques ;

- la *dysharmonie cognitive pathologique (DCP).* La DCP serait un trouble beaucoup moins grave que le précédent mais plus fréquent. Gibello (1991) fait état d’une prévalence de 4% de la population d’âge scolaire. La DCP se caractérise par un développement inégal des contenants de pensée. Utilisant des stratégies de raisonnement immatures dans certains domaines, aussi bien que des stratégies matures dans d’autres, ces jeunes ont un cheminement scolaire le plus souvent marqué par des échecs importants. La DCP est fréquemment associée à des troubles du langage, des troubles psychomoteurs ainsi qu’à des traits de personnalité narcissique.

Le traitement des troubles du raisonnement repose sur une combinaison d’interventions orthopédagogiques réalisées en fonction de la maturation des contenants de pensée et d’approches psychothérapeutiques ciblant la fragilité narcissique.

37.3. ANOMALIES COGNITIVES  
RELIÉES À DES SYNDROMES  
PSYCHIATRIQUES

37.3.1. Anomalies cognitives reliées  
au syndrome d’Asperger

Le syndrome d’Asperger (voir le chapitre 35) comprend des anomalies cognitives reliées aux perturbations de la communication. Il est conceptualisé par la majorité des auteurs comme une perturbation de la communication (Szatmari, Bremner et Nagy, 1989) et non comme une perturbation du cours ou du contenu de la pensée. Il se distingue ainsi des troubles psychotiques. Les anomalies de la communication altèrent la saisie et le partage des connaissances et génèrent ainsi des perturbations cognitives.

En vertu des critères du DSM-IV, on envisagera un diagnostic de syndrome d’Asperger en présence d’une altération des interactions sociales sans retard de langage (altérations des comportements de communication non verbale, manque de réciprocité sociale ou émotionnelle, échec des relations avec les pairs) et de conduites, intérêts et activités focalisés et stéréotypés (hyperspécialisation des intérêts intellectuels, intérêt pour les détails des objets, rituels, maniérismes).

En raison notamment du manque d’études longitudinales, le diagnostic différentiel avec le syndrome autistique de haut niveau (dans lequel le rendement intellectuel est normal ou supérieur), d’une part, et la dysphasie sémantique-pragmatique, d’autre part, n’est pas clairement établi. Incontestablement, le syndrome d’Asperger a avec eux certaines caractéristiques communes : des déficits sémantiques et pragmatiques, ainsi qu’une immaturité au chapitre du jeu symbolique (Wing et Gould, 1979).

Il faut retenir que le syndrome d’Asperger diffère de la dysphasie par la présence d’altérations importantes de la communication non verbale, le manque d’empathie et l’absence de retard de langage. La distinction entre ce syndrome et l’autisme de haut niveau est plus discutable. Klin (1994) rapporte quelques différences cliniques quantitatives et neuropsychologiques. Au contraire des enfants autistes, les jeunes souffrant d’un syndrome d’Asperger auraient un meilleur rendement verbal et un moindre rendement non verbal aux épreuves psychométriques.

Les études de neuropsychologie cognitive ont mis en lumière certaines altérations cognitives, comme l’utilisation privilégiée d’informations lexicales contrastant avec la sous-utilisation d’informations sémantiques au cours du processus de mémorisation et l’absence de hiérarchisation dans les tâches de reproduction d’un dessin (Mottron et Belleville, 1994). Les approches thérapeutiques du syndrome d’Asperger sont actuellement à l’étude. Elles visent à la fois l’amélioration de la communication et l’adaptation sociale.

[1062]

37.3.2. Dysmnésie reliée  
aux troubles dissociatifs

Face aux adolescents qui expérimentent des symptômes dissociatifs ou font état d’événements traumatisants ayant précédé l’apparition d’un état dissociatif, les travaux de psychologie cognitive apportent un éclairage pathogénique et thérapeutique qui s’ajoute aux approches psychodynamiques. Siegel (1996) décrit, dans tout trouble dissociatif, une « désassociation » (disassociation) entre les structures et les processus cognitifs normalement enchaînés ou hiérarchisés. Perception, mémoire et schèmes mentaux (mental models and schemata) sont disjoints et réorganisés en états psychiques (state of mind) discontinus et hermétiques. Leur réorganisation en un ensemble ordonné et harmonieux est l’objectif du traitement.

L’étude de la mémoire conduit à concevoir et à distinguer deux structures d’emmagasinage : la mémoire explicite (ou déclarative), qui fait appel au langage et à la remémoration consciente, et la mémoire implicite (ou procédurale) non verbale. Siegel (1996) considère l’amnésie dissociative comme l’expression clinique d’une altération de la mémoire explicite et d’une désassociation entre mémoires explicite et implicite. Bien que les termes soient différents, cette conception n’est pas sans analogie avec les descriptions psychodynamiques de l’amnésie hystérique. Les phénomènes de dépersonnalisation, quant à eux, traduisent la désassociation entre attention, perception et schèmes mentaux qui conduit le sujet à perdre le sens de la continuité de soi. Siegel souligne que les phénomènes peuvent avoir une fonction adaptative, particulièrement dans les situations de sévices physiques ou sexuels répétés. Dans les troubles posttraumatiques, ces phénomènes de désassociation sont présents et se reflètent dans le tableau clinique. Les cauchemars, les reviviscences, l’hypervigilance et les comportements d’évitement traduisent l’activité de la mémoire implicite déconnectée de la mémoire explicite. Perry et coll. (1995) ont situé ces réactions dissociatives survenant dans les états de stress posttraumatique à l’intérieur d’un spectre d’états psychiques allant du calme à la terreur.

L’objectif du traitement est de changer la structure d’emmagasinage des souvenirs traumatiques. Au cours de la psychothérapie, les souvenirs traumatiques sont transférés de la mémoire implicite à la mémoire explicite grâce à l’élaboration verbale qui est faite pendant les séances. Pour éviter une régression comportementale due à l’afflux de souvenirs impossibles à organiser, on peut insister sur la nécessité de reconnaître l’état de disponibilité psychique du patient tout au long de la séance de psychothérapie en se guidant sur le continuum d’états psychiques décrit par Perry et coll. (1995) [voir aussi le tome I, chapitre 16].

37.3.3. Dyschronie reliée  
aux états limites de l’enfance

Les jeunes chez qui l’on identifie une organisation de personnalité limite, au sens de Kernberg (1988), manifestent une altération du sens de soi (me-ness). Outre les perturbations mnésiques comparables à celles qui ont été décrites ci-dessus, ils éprouvent de la difficulté à se percevoir en continuité dans le temps. Il s’agit d’une altération cognitive se rapprochant de ce que Gibello (1991) a décrit sous le nom de dyschronie. Ces jeunes ne peuvent relier de manière cohérente leurs attitudes et leurs comportements avec les pensées et les émotions qui surgissent en eux à travers la variété des situations de la vie quotidienne. Tout se passe comme si la représentation de soi en continuité dans le temps constituait une capacité spécifique qui se formerait au cours du développement normal de l’enfant. Chez les jeunes présentant un état limite, cette capacité n’aurait pas acquis une pleine maturité. Au fil des séances de psychothérapie psychodynamique, les jeunes qui bénéficient de ce traitement deviennent capables de reconnaître en eux cette perturbation et de la corriger.

37.4. ALTÉRATIONS  
DES CONDUITES COGNITIVES

Les perturbations des conduites cognitives concernent non seulement les aptitudes cognitives du jeune, mais aussi sa personnalité. En comparaison des troubles décrits ci-dessus, elles touchent moins les capacités d’apprentissage que les attitudes et les comportements qui conduisent à l’acquisition de connaissances. Elles s’expriment par le mutisme sélectif, les inhibitions et les oppositions d’apprentissage, ainsi que par l’immaturité.

[1063]

37.4.1. Mutisme sélectif

Le mutisme sélectif n’est pas un trouble du langage ; il s’agit d’une difficulté récurrente à s’exprimer verbalement dans certaines situations sociales particulières, alors que, par ailleurs, la communication verbale est adéquate dans les autres situations (American Psychiatric Association, 1994). Le jeune communique par monosyllabes ou par gestes. La difficulté doit durer au moins un mois et altérer significativement l’adaptation sociale pour que le diagnostic de mutisme sélectif soit retenu (voir le tableau 37.9). La validité diagnostique du mutisme sélectif est encore mal établie et la prévalence, incertaine (0,4%0) [Baker et Cantwell, 1995b]. Bien que le mutisme sélectif ne soit pas dû à une dysphasie, l’existence d’une immaturité de langage ou d’articulation peut constituer un facteur prédisposant chez certains enfants, de même que la survenue récente d’un événement traumatisant. En outre, les enfants mutiques peuvent présenter également des symptômes anxieux ou des comportements d’opposition.

L’évaluation de l’enfant mutique permettra d’écarter un trouble du langage, de resituer le symptôme dans son contexte familial, amical et scolaire et aussi de préciser sa nature adaptative, anxieuse ou oppo- sitionnelle. Ces éléments guideront le plan de traitement.

Le plus souvent dépisté lorsque l’enfant commence l’école, le mutisme sélectif tend à perdurer. Sur le plan thérapeutique, l’approche cognitivo-comportementale semble la plus efficace (Baker et Cantwell, 1995b).

TABLEAU 37.9

Critères diagnostiques du mutisme sélectif

|  |  |
| --- | --- |
| **DSM-IV**  **313.23 Mutisme sélectif** | **CIM-10**  **F94.0 Mutisme électif** |
| A. Incapacité régulière à parler dans des situations sociales spécifiques (où l’enfant est supposé parler, p. ex., à l’école) alors que l'enfant parle dans d’autres situations. | B. Il existe des arguments probants concernant la présence d’une incapacité régulière à parler dans des situations sociales spécifiques pour lesquelles on s’attendrait à ce que l’enfant s’exprime (p. ex., à l’école), alors qu’il parle dans d’autres situations. |
| B. Le trouble interfère avec la réussite scolaire ou professionnelle, ou avec la communication sociale. |  |
| C. Durée : au moins un mois (pas seulement le premier mois d’école). | C. Durée : plus de quatre semaines. |
| D. L'incapacité à parler n’est pas liée à un défaut de connaissance ou de maniement de la langue parlée nécessaire dans la situation sociale où le trouble se manifeste. | E. Le trouble ne peut pas être mis sur le compte d’un manque de connaissance de la langue parlée, nécessaire dans la situation sociale où il se manifeste. |
| E. La perturbation n’est pas mieux expliquée par un trouble de la communication (p. ex., bégaiement) et elle ne survient pas exclusivement au cours d’un trouble envahissant du développement, d'une schizophrénie ou d’un autre trouble psychotique. | D. Absence d’un trouble envahissant du développement. |
|  | A. L’expression et la compréhension du langage, évaluées par des tests standardisés, passés individuellement, se situent dans les limites de deux écarts-types par rapport à la valeur moyenne, correspondant à l'âge de l’enfant. |

**Sources** : American Psychiatric Association (1994), trad. française *DSM-IV- Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* Paris, Masson, 1996 ; World Health Organization (1993), trad. française *Classification internationale des maladies*, 10e révision. Chapitre V (F) : *Troubles mentaux et troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche*,Paris, Organisation Mondiale de la Santé et Masson, 1994*.*

[1064]

37.4.2. Inhibitions intellectuelles  
ou d’apprentissage

Appliquée au domaine cognitif, la notion d’inhibition recouvre les échecs scolaires reliés à une sous-utilisation des aptitudes d’apprentissage et associés à une souffrance psychique. Bien qu’il ne présente ni trouble mental majeur, ni déficience intellectuelle, ni trouble instrumental, le jeune ne parvient pas à atteindre un rendement scolaire conforme à son potentiel. Le déroulement des activités scolaires est marqué par l’absence de plaisir et des sentiments de crainte, de doute ou d’incapacité.

Les symptômes peuvent être modérés et être apparus à la suite d’un autre trouble (à expression instrumentale notamment) ou en réaction à un événement traumatisant survenu récemment dans l’environnement de l’enfant. Le traitement ciblera alors la cause première. Il peut s’agir, au contraire, d’états anxieux plus complexes ou durables qui se traduisent par des retards dans l’acquisition du langage expressif ou par des inhibitions d’apprentissage (troubles névrotiques avec prédominance des inhibitions, décrits par la CFTMEA).

Dans la perspective psychodynamique, les inhibitions intellectuelles sont vues comme l’actualisation d’une peur d’agresser ou d’être agressé. Dans les situations scolaires qui sollicitent la combativité des élèves, le jeune inhibé freine involontairement l’expression de réelles capacités d’apprentissage. Le traitement repose sur une psychothérapie psychodynamique visant à favoriser une expression harmonieuse de l’agressivité. Enfin, l’inhibition peut s’intégrer à un tableau organisé de troubles anxieux (p. ex., le trouble obsessionnel-compulsif) [voir le chapitre 39].

37.4.3. Oppositions d’apprentissage

Quelquefois, le jeune est amené en consultation parce qu’il travaille mal à l’école ou refuse d’apprendre. L’évaluation révèle en réalité un tableau de difficultés interpersonnelles importantes apparaissant dans plusieurs contextes (à l’école, avec la famille ou les amis). Les évaluations cliniques et psychométriques ne montrent pas de trouble instrumental ni de déficience intellectuelle qui puissent expliquer les difficultés scolaires. Ce profil peut apparaître dans trois cadres diagnostiques : le trouble oppositionnel, le trouble des conduites et la personnalité narcissique. Les difficultés scolaires s’inscrivent alors dans un tableau clinique plus vaste où sont altérés plusieurs secteurs de fonctionnement.

Ces trois tableaux cliniques, il faut le rappeler, peuvent s’associer à des troubles instrumentaux (comme le déficit de l’attention/hyperactivité avec le trouble oppositionnel ou le trouble des conduites) ou à des déficits globaux (comme les troubles du raisonnement avec la personnalité narcissique).

Trouble oppositionnel

Le jeune présente un comportement habituellement opposant et hostile. Il fait des crises de colère, argumente, défie l’autorité de l’adulte, refuse de répondre aux demandes et de suivre les consignes, agace délibérément les autres, blâme les autres pour ses propres erreurs, est susceptible ou vindicatif. Les difficultés scolaires ne sont pas dues nécessairement à une défaillance cognitive, mais traduisent l’opposition du jeune à ses parents ou aux enseignants. Les manifestations et le traitement de ce trouble sont examinés en détail au chapitre 38.

Trouble des conduites

Le jeune adopte des conduites antisociales durables marquées par des comportements agressifs envers les pairs, les adultes ou les animaux, des actes de vandalisme, des mensonges, des vols ou des fugues. Les difficultés scolaires résultent du non-respect des règlements de l’école et se manifestent de diverses façons : le jeune pourra tenter de tricher aux examens, exercer des pressions sur les autres élèves pour obtenir des avantages ou faire l’école buissonnière. Le chapitre 38 traite de ce trouble de façon plus appron-fondie.

Trouble de personnalité narcissique

Les jeunes ayant une personnalité narcissique présentent des difficultés interpersonnelles aussi bien à la maison qu’à l’école en raison de leur attitude égocentrique. Ils surévaluent leurs capacités et leurs réalisations, entretiennent des idées d’invulnérabilité ou de succès et se perçoivent comme uniques et incomparables. Leur besoin d’admiration est impossible à satisfaire. Ils manquent d’empathie, se montrent [1065] envieux et hautains avec les autres. Ils se comportent comme si tout leur était dû et tendent à exploiter les autres. Ils sont hypersensibles à la critique et à l’échec. Lorsqu’ils possèdent de bonnes aptitudes intellectuelles, ils ont généralement de bons résultats scolaires durant les premières années d’école, mais ensuite, leurs résultats chutent, car ils ne fournissent pas l’effort nécessaire pour actualiser leurs aptitudes.

37.4.4. Perturbations  
des conduites cognitives reliées  
à l’immaturité psychosociale

Les perturbations des conduites cognitives reliées à l’immaturité psychosociale peuvent se traduire par un échec scolaire dans les premières années du primaire, qui peut être le principal motif qui incite les parents à amener l’enfant en consultation. Mais aucun trouble instrumental ou déficit cognitif global ne peut être mis en évidence. L’évaluation clinique révèle en fait un investissement scolaire pauvre. Ces perturbations des conduites cognitives peuvent s’observer dans trois contextes cliniques : l’immaturité de la socialisation, l’anxiété de séparation et la carence de stimulation.

Immaturité de la socialisation

Le jeune ne présente pas de trouble psychiatrique ni de perturbation du développement psychologique. Il possède un potentiel d’autonomie, mais celui-ci n’est pas actualisé et la socialisation reste pauvre. Le monde scolaire, y compris les relations avec les pairs et les enseignants, ainsi que les apprentissages ne sont pas perçus comme des sources d’intérêt et de plaisir. Ce tableau peut se rencontrer notamment au sein de familles phobiques dont le mode de vie habituel a généré peu d’occasions de contact de l’enfant avec l’extérieur.

Des entrevues de guidance parentale permettent de stimuler la socialisation de l’enfant en encourageant sa participation à des activités extrascolaires avec d’autres jeunes.

Anxiété de séparation

La présentation clinique de l’anxiété de séparation ressemble à celle de l’immaturité de la socialisation, qui peut être une conséquence de l’anxiété de séparation. Toutefois, le jeune ne possède pas ce potentiel d’autonomie immédiatement mobilisable comme dans le cas d’une immaturité sociale simple. Il présente des symptômes anxieux et éprouve, habituellement à l’instar de ses parents, des difficultés de séparation. Les situations de séparation (couchers, départs pour l’école) suscitent de la crainte. Le jeune est préoccupé par la santé et la sécurité de ses parents et de ses proches. Il s’ensuit que le jeune est peu disponible pour les apprentissages. Une phobie scolaire s’installe progressivement. La peur de quitter la maison pour se rendre à l’école peut être temporairement masquée par d’autres problèmes, comme des malaises psychosomatiques ou des conduites agressives. Il en résulte un absentéisme scolaire, lequel est plus important en début de semaine et après les congés scolaires.

Plusieurs modalités thérapeutiques sont possibles : thérapie familiale, association d’une psychothérapie psychodynamique individuelle pour le jeune et d’une thérapie de soutien pour le ou les parents, guidance parentale, thérapies de groupe (voir le chapitre 39). Au cours de la thérapie, l’élaboration des angoisses de séparation familiales permettra l’investissement de la vie scolaire et la levée des difficultés d’apprentissage.

Carence de stimulation

Dans un contexte souvent plus global de carence éducative, le praticien peut être amené à voir des enfants dont les retards cognitifs sont, au moins partiellement, reliés à une sous-stimulation de plusieurs secteurs cognitifs (perception, langage notamment), voire de secteurs psychomoteurs. L’évaluation clinique multidisciplinaire permet d’apprécier l’ampleur des retards, l’histoire familiale, la compétence et la motivation des parents ainsi que les risques que soit compromis le développement de l’enfant.

Selon l’ampleur de la carence de stimulation, le traitement se limitera à une guidance parentale ou nécessitera l’implication des services de protection de la jeunesse ou de réadaptation. Dans tous les cas, on recommandera la participation de l’enfant dans des activités parascolaires.

\*  
\* \*

[1066]

Au terme de cette revue des troubles cognitifs, il apparaît que la cognition peut être perturbée dans de nombreux contextes cliniques. Quelquefois trouble à part entière comme dans les troubles du langage ou des apprentissages, le trouble cognitif est souvent le symptôme d’un autre syndrome pédopsychiatrique. Par ses conséquences dans la vie scolaire, il a des répercussions importantes sur la socialisation de l’enfant et sur ses relations avec ses parents. En dehors des retards mentaux, le trouble cognitif se signale fréquemment par un rendement scolaire bien en deçà du potentiel perçu par les enseignants et les parents.

La prise en compte, au cours de l’évaluation, des antécédents familiaux, du développement et du fonctionnement de l’enfant ainsi que du contexte familial, scolaire et social permettra de resituer les symptômes cognitifs dans leur cadre clinique.

Bibliographie

American Academy of Child and Adolescent PSYCHIATRY

1998 « Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with language and learning disorders », J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, vol. 37 (suppl.), p. 46A-62S.

American Psychiatric Association

1994 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4e éd.,Washington (D.C.), American Psychiatric Association ; trad. françaiseDSM-IV - *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 1996,1040 p*.*

Arnold, L., et Jensen, P.

1995 « Attention-deficit disorders », dans H.I. Kaplan et B.J. Sadock (sous la dir. de), Comprehensive Textbook of Psychiatry, Baltimore, Williams & Wilkins, p. 2295-2310.

Baker, L., et Cantwell, D.P.

1995a « Learning disorders, motor skills disorder and communication disorders », dans H.I. Kaplan et B.J. Sadock (sous la dir. de), Comprehensive Textbook of Psychiatry, Baltimore, Williams & Wilkins, p. 2243-2276.

1995b « Selective mutism », dans H.I. Kaplan et B.J. Sadock (sous la dir. de), Comprehensive Textbook of Psychiatry, Baltimore, Williams & Wilkins, p. 2243- 2276.

Barkley, R. A.

1997 « Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions : Constructing a unifying theory of ADHD », Psychol. Bull., vol. 121, n° 1 p. 65-94.

BlSHOP, D.V.M.

1994 « Developmental disorders of speech and language », dans M. Rutter, E. Taylor et L. Hersov (sous la dir. de), Child and Adolescent Psychiatry, Oxford, Blackwell Scientific Publications, p. 546-568.

Cloutier, R., et Renaud, A.

1990 Psychologie de l’enfant, Boucherville (Québec), Gaëtan Morin Éditeur.

Coplan, J., et coll.

1982 « Validation of an Early Language Milestone Scale in a high-risk population », Pediatrics, vol. 70, p. 677- 683.

Fletcher, J.M., et coll.

1995 « Neuropsychological and intellectual assessment of children », dans H.I. Kaplan et B.J. Sadock (sous la dir. de), Comprehensive Textbook of Psychiatry, Baltimore, Williams & Wilkins, p. 581-601.

Gérard, C.L.

1993 « Troubles du langage dans son développement », Encyclopédie médico-chirurgicale, Paris, Psychiatrie, 37-200-E-35.

Gibello, B.

1991 « Psychopathologie des contenants de pensée cognitifs », L’Évolution psychiatrique, vol. 56, n° 1, p. 79- 97.

Griffiths, R.

1984 Griffiths Mental Development Scales, Oxon (R.-U.), The Test Agency Ltd.

Kernberg, P.F.

1988 « Children with borderline personality organiza- tion », dans C.J. Kestenbaum et D.T. Williams (sous la dir. de), Handbook of Clinical Assessment of Children and Adolescents, New York, New York University Press, vol. 2, p. 604-625.

Klin, A.

1994 « Asperger syndrome », Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am., vol. 3, n° 1, p. 131-148.

Misès, R., et coll.

1988 « Classification française des troubles mentaux de l’enfant et de l’adolescent (CFTMEA) », Psychiatr. Enfant, vol. 31, n° 1, p. 67-134.

Misès, R., et Perron, R.

1995 « Étude psychopathologique des déficiences intellectuelles de l’enfant », dans S. Lebovici, R. Diatkine et M. Soulé (sous la dir. de), Nouveau traité de psychiatrie de l’enfant et de l’adolescent, Paris, PUF, p. 173-188.

[1067]

Mottron, L., et Belleville, S.

1994 « L’apport de la neuropsychologie cognitive à l’étude de l’autisme », *J*. Psychiatry Neurosc., vol. 19, n° 2, p. 95-102.

Paul, R.

1996 « Disorders of communication », dans M. Lewis (sous la dir. de), Child and Adolescent Psychiatry : A Comprehensive Textbook, Baltimore, Williams & Wilkins, p. 510-515.

Pennington, B.F.

1995 « Genetics of learning disabilities », J. Child Neurol., vol. 10, suppl. 1, p. S69-S77.

PERRY, B.D., et coll.

1995 « Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and use-dependent development of the brain : How States become traits », Infant Mental Health Journal, vol. 16, n° 4, p. 271-291.

Rapin, I., et Allen, D.A.

1991 « Preschool children with inadequate language acquisition : Implications for differential diagnosis and clinical management », dans N. Amir, I. Rapin et D. Branski (sous la dir. de), Pediatrie Neurology : Behavior and Cognition ofthe Child With Brain Dys- function, Basel, Karger, p. 110-128.

SlEGEL, D.J.

1996 « Cognition, memory and dissociation », Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am., vol. 5, n° 2, p. 509-536.

1995 « Perception and cognition », dans H.I. Kaplan et B.J. Sadock (sous la dir. de), Comprehensive Textbook of Psychiatry, Baltimore, Williams & Wilkins, p. 277-291.

Silver, A., et Hagin, R.

1993 « The educational diagnostic process », Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am., vol. 2, n° 2, p. 265-281.

Silver, L.B.

1996 « Developmental learning disorders », dans M. Lewis (sous la dir. de), Child and Adolescent Psychiatry : A Comprehensive Textbook, Baltimore, Williams & Wilkins, p. 516-519.

Szatmari, P., Bremner, R., et Nagy, J.

1989 « Asperger’s syndrome : A review of clinical features », Can. J. Psychiatry, vol. 34, p. 554-560.

Tallal, P., Allard, L., et Curtiss, S.

1991 « Otitis media in language impaired and normal children », Journal of Speech-Language Pathology and Audiology, vol. 15, n° 4, p. 33-41.

Tallal, P., et coll.

1996 « Language comprehension in language-learning impaired children improved with acoustically modified speech », Science, vol. 271 (5245), p. 81-84.

Taylor, E.A.

1994 « Development and psychopathology of attention », dans M. Rutter et D.F. Hay (sous la dir. de), Development Through Life, a Handbook for Clinicians, Oxford, Blackwell Scientific Publications, p. 185-211.

The Psychological Corporation

1993 Bayley Scales of Infant Development, 2e éd., San Antonio, Harcourt B race and Co.

Weiss, G.

1996 « Attention deficit hyperactivity disorder », dans M. Lewis (sous la dir. de), Child and Adolescent Psychiatry : A Comprehensive Textbook, Baltimore, Williams & Wilkins, p. 544-563.

WlNG, L., et Gould, J.

1979 « Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children : Epidemiology and classification », J. Autism Dev. Disord., vol. 9, p. 11-29.

World Health Organization

1993 *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Diagnostic Criteria for Research*, Genève, World Health Organization ; trad. française *Classification internationale des maladies*, 10e révision. Chapitre V (F) : Troubles mentaux et troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche, Paris, Organisation Mondiale de la Santé et Masson, 1994.

Lectures complémentaires

Le lecteur pourra consulter les chapitres portant sur le développement de la cognition et sur les troubles cognitifs dans les ouvrages suivants :

Braun, C.M.

2000 Neuropsychologie du développement, Paris, Flammarion, Médecine-Sciences.

Habimana, E., et coll. (sous la dir. de)

1999 Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Boucherville (Québec), Gaëtan Morin Éditeur.

[1068]

TROISIÈME PARTIE  
Spécialités psychiatriques

PÉDOPSYCHIATRIE

Chapitre 38

TROUBLES  
DE L’ADAPTATION  
SCOLAIRE

[Retour à la table des matières](#tdm)

Guy Ausloos, M.D.

Psychiatre systémicien, Programme jeunes adultes (schizophrénie) de l’Hôpital Louis-H. Lafontaine (Montréal)

Professeur agrégé de clinique au Département de psychiatrie de l’Université de Montréal

Michel Lemay, M.D., F.R.C.P.C

Psychiatre au Département de pédopsychiatrie de l’Hôpital Sainte-Justine (Montréal)

Professeur titulaire au Département de psychiatrie de l’Université de Montréal

[1069]

**PLAN**

38.1. Présentation du concept

38.2. Épidémiologie

38.3. Étiologie

38.3.1. Facteurs biologiques

38.3.2. Facteurs développementaux

38.3.3. Facteurs familiaux

• Divorce et « monoparentalité » • Familles à transactions chaotiques ou centrifuges • Double lien scindé • Secrets, non-dits et contrôle • Disqualifications • Autonomisation forcée • Rejet ou rupture

38.4 Description clinique

38.4.1 Trouble des conduites

38.4.2 Trouble oppositionnel avec provocation

38.4.3 Comportement perturbateur non spécifié

• Troubles du comportement dus à une carence relationnelle • Troubles du comportement de nature névrotique • Troubles de l'adaptation sociale dans les états limites • Troubles de l'adaptation sociale au cours des psychoses infantiles

38.5 Diagnostic différentiel

38.6. Traitement

38.6.1. Prévention

38.6.2. Approche bio-psycho-sociale

• Interventions de milieu • Interventions individuelles • Interventions familiales

Bibliographie

Lectures complémentaires

[1070]

Les troubles de l’adaptation sociale chez l’enfant ou l’adolescent ont de tout temps perturbé le monde adulte et ont donné lieu à des désignations souvent péjoratives : enfants caractériels, mésadaptés socioaffectifs, délinquants, psychopathes, jeunes inadaptés, etc.

Compte tenu de l’horizon de l’ouvrage dans lequel s’insère ce chapitre, les troubles de l’adaptation seront étudiés dans une perspective strictement psychopathologique, mais il serait dangereux pour toute communauté humaine, y compris les praticiens en santé mentale, de se contenter de cette vision en oubliant que les manifestations asociales ou antisociales sont aussi le reflet impitoyable d’une société en pleine crise de valeurs et d’identité.

Étudier les troubles de l’adaptation sociale sans les resituer d’emblée dans leur contexte socioéconomique, sociomoral et socioculturel est un piège dont il faut se méfier. S’il existe des problèmes comportementaux essentiellement liés à des difficultés entre un enfant et sa famille, bien des conduites délictueuses, que ce soit le vol, la prostitution, la violence ou la toxicomanie, ont aussi des causes d’ordre personnel et social. Divers phénomènes sont susceptibles de contribuer à la dislocation d’un milieu social souvent déjà fragile, ce qui entraîne une souffrance qui se traduit par des manifestations offensives de la part de jeunes autant victimes qu’acteurs : chômage, migration, misère urbaine, guerre avec ses exodes, récupération d’enfants vulnérables par des adultes voulant les utiliser à des fins personnelles ou commerciales.

38.1. PRÉSENTATION  
DU CONCEPT

Les troubles de l’adaptation sociale sont les parents pauvres de la pédopsychiatrie. Bien sûr, tous les psychiatres de secteur ont à s’occuper d’enfants et d’adolescents qui ont des problèmes d’intégration scolaire, qui multiplient les fugues, les chapardages ou qui refusent l’autorité, mais peu de praticiens se consacrent aux troubles graves des conduites. Les directions de la Protection de la jeunesse, les centres d’accueil, les tribunaux pour enfants se plaignent de cette lacune et ont beaucoup de mal à recruter du personnel psychiatrique pour leurs structures. Bien des facteurs expliquent cette relative désaffection : le peu de motivation des jeunes à recevoir une aide, une collaboration parfois difficile avec la famille, un travail interdisciplinaire complexe avec les services sociaux, les juges et les responsables de centres éducatifs lorsque les troubles sont très marqués.

Le DSM-IV, comme le précédent DSM-III-R, a réuni sous la même rubrique le déficit de l’attention/ hyperactivité et les comportements perturbateurs (disruptive), eux-mêmes subdivisés en trouble des conduites et trouble oppositionnel avec provocation (Rapoport et Ismond, 1996). Le déficit de l’attention/hyperactivité étant traité au chapitre 36, seuls les comportements perturbateurs seront abordés ici.

Globalement, le comportement perturbateur se caractérise par un ensemble de conduites persistantes et répétitives de la part d’enfants ou d’adolescents, qui transgressent les droits d’autrui et violent les normes et les règles établies par la société. Les conduites problématiques englobent donc les agressions contre des personnes ou des animaux et la destruction de biens, de même que le vol, la fugue et les activités sexuelles déviantes. Il faut ajouter à cela le cas de jeunes qui connaissent de réels problèmes de discipline, tels que refus marqués d’obéissance, colères violentes, obstinations, mais sans passer aux actes asociaux ou antisociaux. En fait, cette distinction provient d’une classification française antérieure qui parlait de « troubles du caractère » et d’« états psychopathiques » (Heuyer, 1969). Elle vise des sujets chez qui l’âge, la durée des troubles et la possibilité d’une évolution vers un trouble dysthymique ou une dépression majeure requièrent une observation plus longue avant qu’on puisse se prononcer.

38.2. ÉpidéMiologie

Trois variables retiendront notre attention en ce qui concerne l’épidémiologie : l’âge, le sexe et la situation sociale de l’enfant.

- *Âge.* Plus un enfant est jeune, moins est solide l’intériorisation des interdits et des valeurs et plus il lui est difficile d’être conscient des conséquences de ses actes. Il se produit donc inévitablement des faux pas dans la socialisation qui peuvent se traduire par des actes délictueux passagers. Petits chapardages dans les magasins, brèves fugues de l’école ou de la maison, colères violentes avec bris d’objets, etc., sont des manifestations banales qui disparaissent assez vite dans la mesure où les parents et les proches sont capables à la fois de reconnaître les facteurs sous-jacents [1071] au malaise et de rappeler fermement à l’enfant les règles communautaires qu’il doit respecter.

La remise en question de son identité par l’adolescent, ses tentatives maladroites d’émancipation, ses recherches d’amitiés qui aboutissent parfois à des pactes avec des camarades marginaux, ses difficultés à se situer par rapport à des choix sexuels entraînent des dérives passagères qui sont loin d’être exceptionnelles. Une recherche réalisée à l’École de criminologie de l’Université de Montréal auprès d’une population de jeunes hommes et de jeunes filles fréquentant le cégep a révélé que 90% de ces jeunes avaient commis au moins une fois dans leur vie des actes qui auraient dû normalement donner lieu à des poursuites judiciaires (Fréchette et Leblanc, 1991).

- *Sexe*. Les études portant sur la délinquance et sur les troubles du comportement de type offensif indiquent que de quatre à cinq fois plus de garçons que de filles sont aux prises avec de tels problèmes (Offord, 1987 ; Rutter, Tizard et Whitman, 1970). Malgré une légère augmentation d’actes délictueux enregistrée chez les filles au cours des dernières années, cette proportion reste remarquablement stable dans la plupart des statistiques internationales.

- *Situation sociale*. La misère sociale, les mauvaises conditions de logement, le regroupement des populations en difficulté dans un même secteur, les phénomènes de migration, le chômage jouent un rôle non négligeable dans l’apparition de nombreux comportements perturbateurs. Il faut cependant souligner que beaucoup de jeunes de milieux aisés montrent d’importantes perturbations au chapitre de l’adaptation sociale, y compris la délinquance. Ce groupe est cependant moins repéré par les organes de contrôle social et constitue ce que certains auteurs appellent la délinquance cachée (Leblanc et coll., 1980).

38.3. ÉTIOLOGIE

38.3.1. Facteurs biologiques

Les études sur les causes biologiques des troubles des conduites chez l’enfant n’ont pas apporté, jusqu’à maintenant, de résultats concluants. On peut néanmoins retenir certains facteurs prédisposants, tels que l’hyperactivité, l’impulsivité, la forte réactivité aux stimuli (Chess et Thomas, 1991) et les difficultés majeures d’apprentissage. Il est à noter, toutefois, que tous ces facteurs peuvent aussi bien être d’origine biologique que d’origine psychosociale (pauvreté, négligence ou violence familiale, placements à répétition, etc.) et qu’ils n’entraînent pas nécessairement des troubles des conduites.

38.3.2. Facteurs développementaux

Les symptômes du comportement perturbateur apparaissent rarement avant l’âge de trois ou quatre ans, mais leur origine est souvent à chercher dans la petite enfance. Dans toutes les familles, la naissance d’un enfant provoque une crise importante, en ce qu’elle rend nécessaires des réaménagements au sein du couple et dans la vie de la famille. Lorsque, du côté des parents, une situation sociale difficile, des conditions socioéconomiques défavorables, leur jeune âge, une enfance perturbée ou une consommation excessive de drogues ou d’alcool viennent s’ajouter à l’épreuve que représente pour le couple la naissance, on peut comprendre que des interactions perturbantes s’instaurent dès le début avec l’enfant. Dans un tel climat, l’enfant ne peut pas trouver la confiance de base dont il a besoin pour se développer harmonieusement. Il va ressentir et s’approprier les affects problématiques de ses parents.

La trajectoire d’un jeune qui se dirige peu à peu vers un trouble des conduites sévère est connue. Le trouble se manifeste généralement très tôt (dès la maternelle et les toutes premières années scolaires) et s’exprime par une association de conduites qui reflètent un début d’asocialité (Tremblay et coll., 1992) : manque d’empathie envers les membres de son groupe, bas niveau d’anxiété et hyperactivité-impulsivité. Cette triade symptomatique est peu enrayée par un milieu familial qui, pour des raisons diverses, ne parvient pas à créer un cadre de vie structurant. Si une partie de ces jeunes voient leur comportement s’améliorer soit spontanément, soit grâce à une aide éducative et thérapeutique, une autre partie évolue vers l’une ou l’autre de deux situations possibles.

La première est une persistance des mêmes symptômes tout au long des années scolaires. Ces enfants sont qualifiés de difficiles dans les différents milieux [1072] où ils vivent, multiplient les échecs scolaires, ont du mal à s’intégrer aux activités de loisir à cause de leur impulsivité, de leur agitation et de leurs réactions hostiles devant la compétition. Ils correspondent bien à la description du trouble oppositionnel avec provocation du DSM-IV.

Une deuxième situation est l’aggravation du trouble selon un processus de durcissement qui amène le jeune à accomplir des actes délinquants de plus en plus graves. Ces derniers suivent une progression : petits chapardages isolés, vols à l’étalage commis seul ou avec la complicité d’un camarade, vols par effraction, actes de vandalisme, vols à la tire, puis, au moment de l’adolescence, obtention d’argent par la menace, agressions contre d’autres jeunes, soit pour obtenir d’eux leurs biens personnels, soit pour les contraindre à des activités sexuelles. La consommation de drogues débute souvent à neuf ou dix ans par l’absorption ou l’inhalation de substances d’abord légères, puis de plus en plus fortes. Là encore, deux voies sont possibles, et un pourcentage élevé de ces jeunes se dirigent davantage vers l’errance, la toxicomanie, la petite délinquance, la prostitution occasionnelle, alors qu’un autre groupe, plus restreint, évolue dans le sens de la structuration d’une personnalité antisociale (Fréchette et Leblanc, 1991).

L’évolution de l’enfant vers des comportements perturbateurs entraîne de toute façon l’installation rapide d’un cercle vicieux : des parents déjà peu préparés à leurs tâches éducatives ou peu disponibles sont ébranlés par des conduites qui mettent à rude épreuve leurs capacités de soutien. Les milieux substitutifs, tels que maternelles, écoles, centres de loisirs, réagissent par le rejet. La microsociété constituée par l’entourage immédiat (voisins, parenté) devient méfiante. Un système persécuteur-persécuté ne tarde pas à se mettre en place et alimente chez le jeune son sentiment de dévalorisation, son hostilité, sa méfiance et son opposition. Non seulement l’enfant se fixe-t-il ainsi peu à peu dans des modes particuliers de relation avec l’environnement, mais les processus cognitifs se trouvent orientés et altérés : l’impulsivité, les frustrations, la recherche de satisfactions immédiates réduisent la richesse de la vie imaginaire au profit de la réalisation directe des désirs.

Cette trajectoire doit être mise en évidence par le praticien, car c’est en fonction de celle-ci que seront élaborées les propositions au sujet des interventions éducatives, judiciaires et thérapeutiques.

38.3.3. Facteurs familiaux

Divorce et « monoparentalité »

De nombreux auteurs (Friedlander, 1951 ; Kernberg, 1979 ; Lemay, 1993) ont montré que l’absence du père, qu’elle soit réelle ou fantasmatique, favorise l’apparition de conduites antisociales. Il ne faudrait cependant pas en déduire qu’il s’agit de la cause de ces conduites. La séparation des parents est souvent moins traumatisante pour l’enfant que la vie quotidienne dans une atmosphère de conflit ou, pis, de violence. Si l’on note que, proportionnellement, les troubles des conduites sont plus fréquents parmi les enfants issus de familles séparées, il faut remarquer aussi que ces situations sont de plus en plus courantes (un couple sur trois qui se marie actuellement divorcera selon Statistique Canada) et qu’elles sont loin d’entraîner nécessairement des troubles chez les enfants. Il faut donc éviter de mettre systématiquement sur le compte de la séparation les troubles qui surviennent ultérieurement.

Familles à transactions chaotiques ou centrifuges

Ce type de famille, décrit dans le chapitre 53, favorise l’apparition d’un trouble du comportement du fait du manque de règles et de constance. Dans ces familles, le temps est rythmé par les événements, par les incidents, par les crises. Il se passe toujours quelque chose, ce qui donne un aspect chaotique à l’existence.

Double lien scindé

Ferreira (1980) a proposé le concept de split double bind ou « double lien scindé » pour rendre compte d’une situation différente de celle que recouvre le concept initial de double lien (ou double contrainte). Selon la définition qu’en donne l’auteur, le double lien scindé se caractérise par le fait que deux émetteurs envoient des messages incompatibles : par exemple, la mère insiste sur l’importance de faire des études, alors que le père ne cesse de se vanter d’avoir réussi sans posséder de diplôme. L’enfant ou l’adolescent est alors devant un dilemme et est contraint de choisir entre les deux propositions. Il se trouve donc dans une position inconfortable d’arbitre qui risque de déplaire à l’un ou l’autre des parents, parfois même aux deux.

[1073]

Ce type de message, s’il est habituel et répété, amènera l’enfant ou l’adolescent à douter de lui-même, à penser qu’il n’y a pas de règles qui tiennent, à ne pas craindre les conséquences de ses choix, puisqu’il sera soutenu par celui pour qui il aura pris le parti. Le plus souvent, ce double lien scindé résulte d’un conflit entre les parents et donne lieu à une triangulation, soit une organisation familiale assez contraignante pour l’enfant, dans laquelle obéir à l’un, c’est désobéir à l’autre. De là à parler d’enfant « manipulateur », il n’y a qu’un pas qui est trop facilement franchi par les parents, les intervenants et les éducateurs spécialisés. Enfin, le double lien scindé peut mener à l’autodisqualification de l’enfant-arbitre qui finit par se dire : « Ce doit être moi qui ne suis pas correct, puisque ce que je choisis n’est jamais tout à fait bien. » La culpabilité et la honte ne sont pas loin.

Secrets, non-dits et contrôle

Dans beaucoup de familles où sévissent délinquance ou toxicomanie, il existe des secrets qui jouent un rôle fondamental (Ausloos, 1980). Les actions des enfants et des adolescents sont souvent une sorte de mise en scène d’un secret familial dont ils ignorent le contenu, mais qu’ils semblent néanmoins capables de mettre en scène, sans être nécessairement conscients de la portée et du sens de leur comportement. En jouant, en mettant en scène un contenu que, par ailleurs, il ne connaît pas, l’adolescent déclenche un processus intrafamilial qui aboutit, à plus ou moins long terme, à la divulgation de choses qui jusque-là étaient demeurées secrètes (Ausloos, 1983).

Prenons, pour illustrer, le cas de cet enfant de 15 ans qui faisait des fugues à répétition, ce qui angoissait beaucoup sa mère. À chaque fugue, il volait également des motos. Après quelques séances de thérapie familiale, la mère révéla qu’elle avait quitté la maison familiale à 16 ans et n’avait donné de ses nouvelles que 8 ans plus tard. Le père raconta à son tour qu’il avait volé et détruit la moto de son père, ce qui n’avait jamais été découvert. Les fugues cessèrent après ces révélations.

Il n’est pas nécessaire de dévoiler les secrets pour que la thérapie puisse produire son effet. En fait, un comportement est toujours multidéterminé et de nombreux facteurs interviennent dans sa production. Ce qui reste cependant intéressant à souligner, c’est que l’agir qui semble souvent incompréhensible pourrait parfois être compris si l’on connaissait mieux ce qui ne peut être dit dans le système familial. Sur le plan pratique, on peut adopter une position paradoxale en conseillant aux membres de la famille de ne pas parler des secrets qu’ils veulent garder, ce qui d’ailleurs aboutit souvent à des révélations tout à fait spontanées.

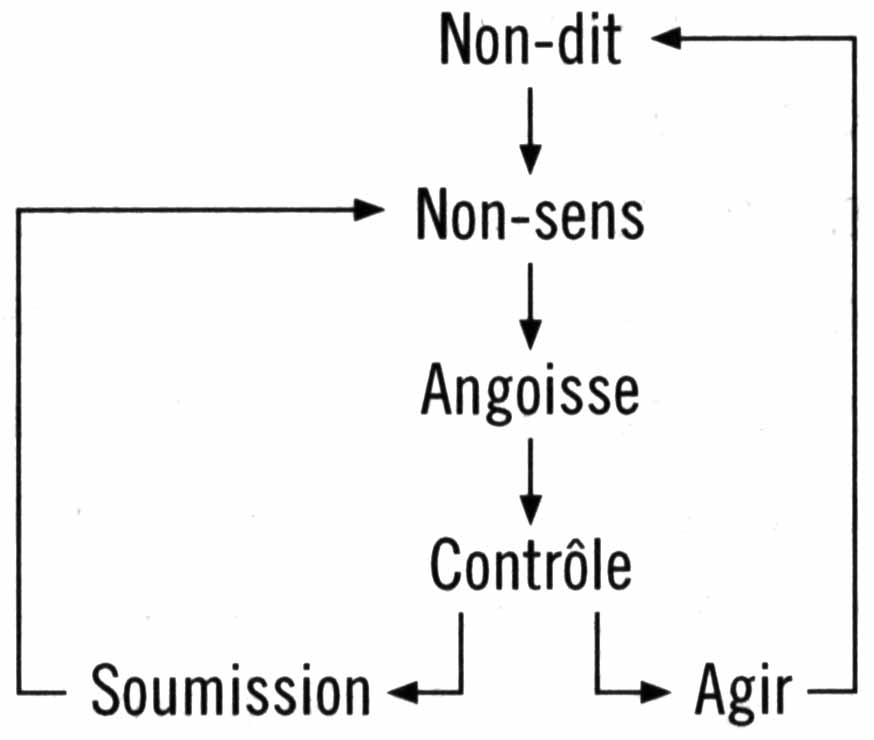
Mais tout ce qui n’est pas communiqué dans la famille n’est pas nécessairement un secret : les non-dits existent dans les meilleures familles et dans la plupart des institutions. On peut tenter de les contrôler, mais le contrôle ne remplacera jamais l’information, tant s’en faut. Aussi longtemps qu’ils entretiennent le non-sens, les non-dits risquent de déboucher sur la soumission, qui renvoie au non-sens, ou sur l’agir, qui suscitera de nouveaux non-dits, bouclant ainsi le cercle vicieux du contrôle et de la répression. La figure 38.1 schématise ce système.

Disqualifications

Les théories concernant l’« émotion exprimée » (voir le chapitre 52) ont mis en évidence la forte tendance à formuler des remarques critiques dans les familles dont un membre est schizophrène. Quand on travaille avec des familles de jeunes présentant des troubles des conduites, on ne peut manquer d’être frappé par l’importance des disqualifications, tant des parents à l’égard des enfants que l’inverse et souvent même dans la fratrie. Ces dénigrements constants entretiennent un climat conflictuel qui empêche toute négociation constructive quand surviennent des différends réels opposant les parents aux enfants.

FIGURE 38.1.

Du non-dit à l’agir



Source : G. Ausloos et P. Segond, Marginalité, système et famille : l’approche systémique en travail social, Vaucresson, CFRES, coll. « Relectures », 1981.

[1074]

Autonomisation forcée

Il est de plus en plus fréquent que les deux parents, pour des raisons personnelles ou financières, travaillent. Cela entraîne inévitablement la nécessité d’autonomiser précocement l’enfant pour qu’il puisse se débrouiller seul lorsque les parents sont retenus par leur travail. La situation est encore plus évidente dans le cas de familles monoparentales où le parent est seul à assumer la charge financière. Ce n’est pas nécessairement préjudiciable lorsque le climat familial est suffisamment paisible et que le dialogue garde la place requise. En revanche, quand les tensions, les conflits, les disputes sont le lot quotidien, l’enfant en viendra vite à penser qu’il peut aussi bien se passer de ses parents, qu’il a le droit de décider lui-même de ses actions, que ses parents n’ont pas à lui imposer des règles ou à le surveiller. On trouve là un terrain favorable à une série de comportements qui peuvent devenir antisociaux ou même délinquants, comme la fugue, les rentrées tardives, la participation aux activités d’une bande ou la consommation précoce de drogues. Cette autonomisation forcée n’est certes pas une cause qui suffit à elle seule à engendrer des conduites antisociales. Ainsi, un bon nombre de jeunes placés dans une telle situation acquièrent au contraire par la suite d’excellentes capacités d’adaptation.

Rejet ou rupture

Les carences relationnelles sont souvent liées à des rejets précoces. D’autres formes de rejet jouent aussi un rôle dans la genèse des conduites antisociales. Il faudrait parler de mini-rejets et de mini-ruptures dans la mesure où ces enfants vivent fréquemment un rejet brutal pendant une période plus ou moins longue, suivi d’un retour dans le milieu familial, d’un nouveau rejet, d’un nouveau retour, et ainsi de suite. Il n’est pas rare de rencontrer des adolescents délinquants ou toxicomanes qui ont vécu 10 placements (ou plus) entrecoupés de retours dans la famille. Chaque fois, ces rejets apparaissent à l’enfant comme de véritables ruptures, qu’il craint de voir définitives. Ce jeu du « je te prends, je te rejette » mine la sécurité de base de l’enfant et le porte à croire qu’il ne peut compter que sur lui-même ou sur l’aide des pairs, ce qui peut l’amener à se joindre à une bande de jeunes délinquants ou à s’installer dans le vagabondage et la rupture permanente.

\*

De nombreux chercheurs ont tenté de déterminer des facteurs permettant de prévoir l’apparition des troubles du comportement (Farrington, 1990 tremblay, 1992 ; Wadsworth, 1979). D’une manière générale, ils s’entendent sur l’idée que l’association des variables suivantes est particulièrement propice à l’apparition de troubles graves de l’adaptation sociale :

- problèmes socioéconomiques sérieux ;

- pauvre capacité parentale (discipline insuffisante, dysharmonie parentale, faible supervision du jeune, séparation mal assumée) ;

- déviances familiales sur le plan des conduites (toxicomanie, alcoolisme, violence, délinquance, inceste) ;

- faible intelligence de l’enfant ;

- hyperactivité, impulsivité, déficit de l’attention ;

- conduites antisociales précoces.

38.4. DESCRIPTION CLINIQUE

38.4.1. Trouble des conduites

Les critères diagnostiques et les algorithmes utilisés dans le DSM-IV et la CIM-10 sont très semblables, mais ils sont présentés différemment. En particulier, les symptômes 1 à 8 du critère G1 de la CIM-10 n’apparaissent pas, dans le DSM-IV, sous le trouble des conduites (voir le tableau 38.1, p. 1076-1077), mais bien dans les symptômes du trouble oppositionnel avec provocation, qui est examiné à la section suivante. Il est à noter que ce dernier trouble est, dans la CIM-10, un sous-type du trouble des conduites, lequel se subdivise comme suit :

- Trouble des conduites limité au milieu familial (F91.0) ;

- Trouble des conduites, type mal socialisé (F91.1) ;

- Trouble des conduites, type socialisé (en groupe) [F91.2] ;

- Trouble oppositionnel avec provocation (F91.3) ;

- Autres troubles des conduites (F91.8) ;

- Trouble des conduites, sans précision (F91.9).

La CIM-10 ajoute deux idées intéressantes : le trouble des conduites peut se manifester au sein de groupes et il appelle alors un diagnostic de « trouble [1075] des conduites, type socialisé » ; il peut s’accompagner de dépression ou d’autres troubles émotionnels tels qu’anxiété, obsessions ou compulsions, dépersonnalisation, phobies ou hypocondrie et relève alors de la catégorie « troubles mixtes des conduites et des émotions » (F92).

Le diagnostic de trouble des conduites ne peut être retenu que si des comportements inacceptables persistent depuis une année et ne correspondent pas aux comportements habituels d’un enfant du même âge. Le critère persistance et répétition des conduites délictueuses est donc déterminant pour ce diagnostic. Sont ainsi exclus les actes graves mais isolés accomplis sous le coup de la colère, du désarroi, ou sous l’influence d’un groupe. Certains troubles du comportement occasionnels peuvent cependant entraîner des conséquences dramatiques : par exemple, sous l’effet de l’alcool et dans le contexte d’un conflit au sein d’un groupe, un jeune s’empare d’un objet contondant et blesse gravement un camarade. Des actes de délinquance comme le vol, la fugue, les violences contre des personnes ou des animaux peuvent aussi être le fait d’un jeune qui vit une situation de stress momentanée, telle que la perte d’un être cher, des menaces, une grande déception sentimentale. Le geste destructeur est alors un comportement réactionnel qui vise à apaiser une angoisse passagère par une excitation compensatrice ou qui a valeur d’appel à l’aide.

Le diagnostic doit par ailleurs tenir compte de l’âge de survenue du trouble. Le DSM-IV et la CIM-10 distinguent deux situations :

- le trouble des conduites apparaît durant l’enfance, c’est-à-dire avant 10 ans, souvent chez un enfant impulsif, qui a des difficultés dans ses relations avec les pairs et qui est habituellement décrit comme un enfant porté à l’opposition et méfiant. Les études longitudinales semblent indiquer que le trouble risque de persister par la suite, soit sous la forme d’une délinquance active, soit sous la forme d’une marginalisation (Quinton et Rutter, 1992) ;

- le trouble des conduites débute pendant l’adolescence, c’est-à-dire après 10 ans. Le pronostic est alors en général meilleur, les manifestations semblant liées à une période critique de l’adolescence plutôt qu’à une organisation de la personnalité sous une forme progressivement antisociale.

Il convient en outre de caractériser le trouble selon qu’il est léger, moyen ou sévère. Le degré de sévérité est établi en fonction du nombre de conduites problématiques et des dommages qu’elles causent (voir le tableau 38.1, p. 1076-1077).

38.4.2. Trouble oppositionnel  
avec provocation

Le trouble oppositionnel avec provocation regroupe tous les troubles du comportement de nature offensive de l’enfance et de l’adolescence qui n’entraînent pas de conséquences trop graves par rapport aux droits des autres et aux biens. Il s’agit essentiellement d’irritabilité, d’accès de colère, de refus de discipline, de manque de confiance dans l’entourage chez des jeunes qui ont beaucoup de mal à s’adapter aux exigences de la vie familiale, de l’école, du monde des loisirs et des premiers apprentissages professionnels. Certains de ces sujets en viennent progressivement à de véritables conduites délictueuses et entrent dans la catégorie précédente. D’autres restent dans cet état de malaise sans verser dans la délinquance ou l’antisocialité franche. Dans l’ensemble, ce sont des enfants que leurs parents et les adultes qui s’occupent d’eux qualifient de difficiles et qui risquent d’être pris dans le cercle vicieux de l’agressivité et des réponses hostiles de l’entourage en raison de leur manque d’empathie et de leur attitude négative ou pour le moins ambivalente face à leur environnement. Ce trouble se révèle habituellement avant l’âge de huit ans et généralement pas après le début de l’adolescence. Soulignons qu’à la différence du DSM-IV la CIM-10 reconnaît un niveau de gravité plus élevé au trouble oppositionnel avec provocation, car elle inclut dans ses critères la présence d’au plus deux des symptômes du trouble des conduites (voir le tableau 38.2, p. 1078).

38.4.3. Comportement perturbateur  
non spécifié

La notion de comportement perturbateur non spécifié s’applique aux problèmes graves d’adaptation sociale dont la mise en évidence semble signaler une organisation du fonctionnement comportemental et psychique indiquant qu’il existe une psychopathologie sous- jacente complexe telle qu’une dépression majeure, un trouble dysthymique ou une psychose infantile. L’association de symptômes de la série des comportements perturbateurs et d’une autre série suggère la

[1076]

TABLEAU 38.1

Critères diagnostiques spécifiques (DSM-IV)  
et généraux (CIM-10) du trouble des conduites

| DSM-IV  312.8 Trouble des conduites | CIM-10  F91.X Troubles des conduites |
| --- | --- |
| A. Ensemble de conduites, répétitives et persistantes, dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d’autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l’âge du sujet, comme en témoigne la présence de 3 des critères suivants (ou plus) au cours des 12 derniers mois, et d’au moins 1 de ces critères au cours des 6 derniers mois : | Gl. Ensemble de conduites, répétitives et persistantes, dans lesquelles sont bafoués soit les droits fondamentaux des autres, soit les normes ou les règles sociales correspondant à l’âge de l’enfant. Le trouble persiste au moins 6 mois, durant lesquels au moins certains des symptômes 1 à 23 sont présents  N.B. : Pour les symptômes 11, 13,15, 16, 20, 21 et 23, le critère est rempli dès que le symptôme a été présent au moins une fois. |
| Agressions envers des personnes ou des animaux | L’enfant : |
| (1) brutalise, menace ou intimide souvent d’autres personnes ; | (22) malmène souvent d’autres personnes (c.-à-d. les blesse ou les fait souffrir, p. ex., en les intimidant, en les tourmentant ou en les molestant) ; |
| (2) commence souvent les bagarres ; | (10) commence souvent les bagarres (ne pas tenir compte des bagarres entre frères et sœurs) ; |
| (3) a utilisé une arme pouvant blesser sérieusement autrui (p. ex., un bâton, une brique, une bouteille cassée, un couteau, une arme à feu) ; | (11) a utilisé une arme qui peut sérieusement blesser autrui (p. ex., un bâton, une brique, une bouteille cassée, un couteau, une arme à feu) ; |
| (4) a fait preuve envers des personnes ; de cruauté physique | 13) a été physiquement cruel envers des personnes (p.ex., ligote, coupe ou brûle sa victime) ; |
| (5) a fait preuve de cruauté physique envers des animaux ; | (14) a été physiquement cruel envers les animaux |
| (6) a commis un vol en affrontant la victime (p. ex., agression, vol de sac à main, extorsion d’argent, vol à main armée) ; | (20) a commis un délit en affrontant la victime (p. ex., vol de porte- monnaie, extorsion d'argent, vol à main armée) ; |
| (7) a contraint quelqu’un à avoir des relations sexuelles ; | [21) a contraint quelqu’un à avoir une activité sexuelle ; |
|  | (1) a des accès de colère anormalement fréquents et violents, compte tenu du niveau de développement ; |
|  | (2) discute souvent ce que lui disent les  adultes; |
|  | (3) s’oppose souvent activement aux demandes des adultes ou désobéit ;  (4) fait souvent, apparemment de façon délibérée, des choses qui contrarient les autres ;  (5) accuse souvent autrui d’être responsable de ses fautes ou de sa mauvaise conduite ;  (6) est souvent susceptible ou contrarié par les autres ;  (7) est souvent fâché ou rancunier ;  (8) est souvent méchant ou vindicatif ; |
| Destruction de biens matériels |  |
| (8) a délibérément mis le feu avec l’intention de provoquer des dégâts importants ; | (16) a délibérément mis le feu pouvant provoquer, ou pour provoquer des dégâts importants ; |
| (9) a délibérément détruit le bien d’autrui (autrement qu’en y mettant le feu) ; | (15) a délibérément détruit les biens d d’autrui (autrement qu’en y met tant le feu) ; |
| Fraude ou vol |  |
| (10) a pénétré par effraction dans une maison, un bâtiment ou une voiture appartenant à autrui ; | (23) est entré par effraction dans la maison, l’immeuble ou la voiture d’autrui ; |
| (11) ment souvent pour obtenir des biens ou des faveurs ou pour échapper à des obligations (p. ex., « arnaque » les autres) ; | (9) ment souvent ou ne tient pas ses promesses ou des faveurs ou pour éviter des obligations, pour obtenir des objets |
| (12) a volé des objets d'une certaine valeur sans affronter la victime (p. ex., vol à l’étalage sans destruction ou effraction ; contrefaçon) ; Violations graves de règles établies | (17) vole des objets d’une certaine valeur, sans affronter la victime, à la maison ou ailleurs qu’à la maison (p. ex., vol à l’étalage, cambriolage, contrefaçon de documents) ; |
| (13) reste dehors tard la nuit en dépit des interdictions de ses parents, et cela a commencé avant l’âge de 13 ans ; | (12) reste souvent dehors après la tombée; du jour, malgré l’interdiction de ses parents (dès l’âge de 13 ans ou avant) |
| (14) a fugué et passé la nuit dehors au moins à deux reprises alors qu’il vivait avec ses parents ou en placement familial (ou a fugué une seule fois sans rentrer à la maison pendant une longue période). | (19) a fugué à deux reprises ou au moins une fois sans retour le lendemain, alors qu’il vivait avec ses ou dans un placement familial ( ne pas tenir comptedes fugues ayant pour but d’éviterdes séances physiques ou sexuels. |
| (15) fait souvent l’école buissonnière et cela a commencé avantl’âge de 13 ans. | (18) fait souvent l’école buissonnière dès l’âge de 13 ans ou avant. |

[1077]

TABLEAU 38.1

Critères diagnostiques spécifiques (DSM-IV)  
et généraux (CIM-10) du trouble des conduites *(suite)*

|  |  |
| --- | --- |
| DSM-IV  312.8 Trouble des conduites | CIM-10  F91.X Troubles des conduites |
| B. La perturbation du omportement entraîne une altération cliniquement du fonctionnement social, sclaire ou professionnel. |  |
| C. Si le sujet est âgé de 18 ans ou plus, le trouble ne répond pas aux citères de la personnalité antisociale. | G2. Ne répond pas aux citères d’une parsonnalité dysociale (F60-2), d’une schizophrénie (F20-), d’un épisode maniaque (F30-), d’un épisode dépressif (F32-), d’un trouble envahissant du développement (F84-) ou d’un trouble hyperkinétique (F90-).Si le sujet répond par ailleurs au critère d’un trouble émotionnel (F93-), on doit faire un diagnostic mixte de trouble mixte des conduite et des émotions, (F92) |
| Spéecifier le type, selon l’âge de début :  **Type à début pendant l’enfance**: présence d’au moins un critère de trouble des conduites avant l’âge de 10 ans.  **Type à début pendant l’adolescence**: absence de tout critère caractéristique du troubles avant l’âge de 10 ans.  *Spécifier* selon la sévérité :  **Léger** : il n’existe que peu ou pas de problèmes de conduite dépassant en nombreceux requis pour le diagnostic; **de plus**, les problèmes de conduite n’occasionnent que peu de mal à autrui.  **Moyen**; le nombre de problèmes de conduite, ainsi que leurs effets sur autrui, sont intermédiaires entre «léger» et «évères».  **Sévère**: il existe de nombreux problèmes de conduite dépassanr en nombre requis pour le diagnostic; **ou bien**, les problèmes de conduite occasionnent un dommage considérable à autrui | Il est recommandé de spécifier l’âge survenue du trouble :  - survenue pendant l’enfance : survenue d’au moins unproblème de conduite avant 10 ans  - survenur pendant l’adolescence : absence de problèmes de conduite avant l’âge de 10 ans.  Il est recommandé d’évaluer chaque cas sur les trois dimensions suivantes :  (1) hyperactivité (inattention, agitation motrice).  (2) perturbation émotionnelle (anxiété, dépression, tendances obsessionnelles, hypocondrie;  (3) sévérité du trouble des conduites  (a) *léger*: peu ou pas de problèmes de conduite autres que celles nécessaire au diagnostic; de plus les problèmes de conduite ne causent que peu de mal à autrui.;  (b) *moyen*: le nombre de problèmes de conduite, ainsi que leurs effets sur les autres est intermédiaire entre léger et grave;  (c) sévère : il existe de nombreuses perturbations en plus de celles requises pour le diagnostic, **ou bien** les perturbations des conduites causent un dommage considérable à autrui, blesse sérieusement les victimes,vandalisme ou vols important. |

**Sources**: American Psychiatric Association (1994), trad. française *DSM-IV - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 1996 ; World Health Organization (1993), trad. française *Classification internationale des maladies*, 10e révision. Chapitre V (F) : *Troubles mentaux et troubles du comportement: critères diagnostiques pour la recherche*, Paris, Organisation Mondiale de la Santé et Masson, 1994.

présence de deux problématiques imbriquées ou le début d’une maladie mentale grave qui se révélera à l’âge adulte.

Pour donner un tableau d’ensemble des perturbations constatées, quatre catégories seront examinées :

- la carence relationnelle ;

- les troubles du comportement de nature névrotique ;

- les troubles de l’adaptation dans les états limites ;

- les troubles de l’adaptation au cours des psychoses infantiles.

[1078]

TABLEAU 38.2

Critères diagnostiques du trouble oppositionnel avec provocation

|  |  |
| --- | --- |
| DSM-IV  **313.81 Trouble oppositionnel avec provocation** | CIM-10  **F91.3 Trouble oppositionnel avec provocation** |
|  | A. Répond aux critères généraux (G1 et G2) des troubles de conduites (F91) (voir le tableau 38.1) |
| A. Ensemble de comportements négativistes, hostiles ou provocateurs, persistant pendant au moins six mois durant lesquels sont présentes quatre des manifestations suivantes (ou plus) :  (1) se met souvent en colère;  (2) conteste souvent ce que disent les adultes;  ((3) s’oppose souvent activement ou refuse de plier aux demandes ou aux règles des adultes;  (4) embête souvent les sutres délibérément;  (5) fait souvent porter à autrui la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite;  (6) est souvent susceptible ou facilement agacé par les autres;  (7) est souvent fâché et plein de ressentiment  (8) est souvent méchant ou vindicatif.  N.B.On considère qu’un critère est rempli que si le comportement survient plus fréquemment quon ne l’observe habituellement chez des sujets d’âge et de niveau comparable. | B. Présence d’au moins quatre symptômes 1 à 23 du critère G1 avec au plus deux des syptômes 9 à 23.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  D. au moins quatre des symptômes ont persisité durant au moins six mois. |
| B. La perturbation des conduites entraîne une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel. | C. Les symptômes cités en B doivent être mal adaptés, compte tenu du niveau de développement. |
| C. Les comportements décrits en A ne surviennent pas exclusivement au cours d’un trouble psychotique ou d’un trouble de l’humeur. |  |
| D. Le trouble ne répond pas aux critèresdu trouble des conduites ni, si le sujet est âgé de 18 ans ou plus, à ceux de la peronnalité antisociale. |  |

**Sources** : American Psychiatric Association (1994), trad. française *DSM-IV- Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* Paris, Masson, 1996 ; World Health Organization (1993), trad. française *Classification internationale des maladies*, 10e révision. Chapitre V (F): *Troubles mentaux et troubles du comportement: critères diagnostiques pour la recherche*, Paris, Organisation Mondiale de la Santé et Masson, 1994.

Troubles du comportement  
dus à une carence relationnelle

L’état carentiel, qui résulte de la carence des soins maternels (Bowlby, 1951), peut se définir comme un trouble de la personnalité découlant de l’incapacité, pour un jeune enfant, d’établir une relation stable et significative avec un parent ou un substitut parental qui lui permette d’amorcer un processus de séparation et d’individuation (Lemay, 1993 ; Mahler, Pine et Bergman, 1980). Deux situations sont possibles. Dans la première, l’enfant perd, durant les premières années de vie, les adultes auxquels il s’était attaché et ne peut trouver de figures de remplacement. Il va de placement en placement sans que se construise un projet de vie (Steinhauer, 1996). Dans la deuxième situation, l’enfant reste dans son milieu familial, mais les parents sont incapables d’un investissement constant et passent de périodes de désintérêt à des périodes de fusion, ce qui empêche l’enfant d’acquérir son autonomie et son individualité.

Cette dislocation des premiers liens entraîne un ensemble de symptômes bien caractéristiques. L’enfant est perpétuellement en quête d’une relation privilégiée tout en étant peu capable de s’investir dans la relation. Ce qu’il reçoit est toujours en deçà de ce qu’il [1079] espère, si bien que demandes et refus se multiplient, d’où des crises d’agressivité. Profondément blessé dans son estime de soi, il se voit méchant, se sent rejeté et se retrouve dans la condition d’un être éternellement insatisfait. Son avidité affective, sa faible capacité à supporter la frustration, sa recherche de satisfactions immédiates nuisent à son adaptation à l’école et dans les milieux de loisirs, ce qui intensifie son sentiment d’être délaissé. Sans véritables points de repère affectifs, spatiaux et temporels, il ne peut guère accepter les cadres proposés et les interdits. Il n’intègre pas un système de valeurs cohérent.

Tous ces traits de personnalité s’additionnent pour favoriser l’agir au détriment de la mentalisation. Il n’est donc pas étonnant de voir un bon nombre de ces jeunes évoluer vers des troubles graves de l’adaptation dont les manifestations ont autant valeur de protestation que valeur de réparation narcissique. Bowlby (1946) a été l’un des premiers à voir les liens étroits entre la carence relationnelle et la délinquance. La souffrance que ressentent ces enfants les amène aussi à des conduites addictives, et leur quête insatiable d’attention et de stimulations sensorielles les rend vulnérables aux sollicitations des pédophiles. La carence relationnelle peut entraîner la forme désinhibée du trouble réactionnel de l’attachement de la première ou de la deuxième enfance décrite dans le DSM-IV et la CIM-10 (voir le chapitre 35). Bien qu’elle soit fréquente, elle est insuffisamment soulignée comme cause d’inadaptation sociale ; pourtant, un grand nombre de travailleurs sociaux et d’éducateurs ont à s’occuper d’enfants ayant connu un passé carentiel.

Troubles du comportement de nature névrotique

Le terme « névrose » n’est plus employé dans le DSM- IV et, dans la CIM-10 (qui parle de « trouble névrotique »), les liens entre la névrose et les troubles de l’adaptation sociale ne sont pas indiqués. On rencontre pourtant, en clinique journalière, des enfants chez qui l’expression pulsionnelle est vécue comme profondément insolite. L’acte agressif ou antisocial n’est pas égo-syntone et a une signification hostile, érotique ou ambivalente par rapport aux images parentales auxquelles le sujet a tenté de s’identifier (Friedländer, 1951). Nous retiendrons ici trois formes d’expression névrotique fréquentes :

- *La névrose d’échec.* Les manifestations caractérielles ou les actes de délinquance relèvent souvent d’une névrose d’échec (Laforgue, 1963). Le sujet, élevé dans une ambiance fortement surmoïque, éprouve une culpabilité intense et morbide à l’égard de tous ses comportements, sans pouvoir fixer son malaise sur une attitude précise. Il échoue généralement dans le domaine qui lui tient le plus à cœur, cherchant à apaiser son angoisse par des conduites autopunitives : échecs scolaires, troubles sexuels, délinquance. Les actes antisociaux, qui sont de gravité variable, sont accomplis « en chaîne », puis s’arrêtent. Ils suscitent un grand désarroi, tant chez le jeune que dans le milieu familial, car ils sont apparemment incompréhensibles et en totale rupture avec les attitudes habituelles du sujet. S’ils ont une signification autopunitive, leur composante agressive est presque toujours évidente, bien qu’elle soit niée énergiquement.

*- Les mécanismes obsessionnels.* Pour des raisons souvent bien difficiles à déterminer (p. ex., interactions du tempérament de l’enfant et d’un milieu familial rigide [voir le chapitre 53]), l’agressivité et la sexualité sont massivement refoulées. La plupart du temps, le jeune maîtrise cet univers pulsionnel grâce à des mécanismes obsessionnels tels que des compulsions ou des rituels. Il suffit cependant d’un facteur précipitant, souvent minime, pour que le jeune fasse des actes répréhensibles qu’il tente de camoufler, mais qui sont générateurs d’une vive angoisse, parce qu’il ne comprend pas pourquoi il a agi ainsi.

*- La délinquance contra-phobique.* Les conditions d’apparition de la délinquance contra-phobique sont habituellement les suivantes : le jeune vit depuis de nombreuses années dans un milieu familial détérioré où l’un des parents (généralement le père) terrorise l’autre et les enfants par des menaces verbales ou des actes agressifs. Il est peu présent et peu significatif sur le plan des investissements affectifs, mais il constitue une source de peurs pour son entourage. Tant que l’enfant qui vit dans un tel climat est faible physiquement, il n’ose pas exprimer son opposition, bien que sa socialisation soit précaire. À la maison, il est replié sur lui-même, en proie à de nombreuses angoisses. En renversant le rapport de force, la puberté modifie le tableau. D’agressé, l’adolescent devient agresseur ; il impose sa loi, édifie un système contra-phobique antisocial pour échapper à l’anxiété. Il découvre le plaisir d’être tout-puissant [1080] et d’exercer à son tour sa vengeance sur des êtres plus faibles que lui.

Troubles de l’adaptation sociale  
dans les états limites

La notion d’état limite est employée pour désigner une organisation frontière entre les troubles graves et précoces de l’identité et les structurations névrotiques. Ce qui prédomine est le maintien d’un sentiment de toute-puissance vis-à-vis de soi-même et d’autrui. Le jeune oscille entre, d’une part, des affirmations de toute-puissance qui l’amènent à accomplir des actes antisociaux et, d’autre part, des moments de grande dépendance où l’adulte doit deviner ce qu’il désire et l’admirer. Les troubles narcissiques sont considérables, avec une alternance de périodes' de mégalomanie où le sujet se voit parfait et des périodes de perte d’estime (Chartier et Chartier, 1986).

Troubles de l’adaptation sociale  
au cours des psychoses infantiles

Troubles de l’adaptation sociale et troubles graves et précoces du développement ainsi que psychoses infantiles coexistent parfois. Les problèmes de conduite peuvent alors se trouver colorés par le processus psychotique (p. ex., des thèmes délirants accompagnant les gestes délictueux), mais ils ne sont pas originairement déterminés par la perturbation psychotique. On note souvent en outre la présence d’une désorganisation familiale. Les psychoses infantiles conduisent parfois à la destruction de biens ou à de graves délits contre les personnes : attaques contre l’agent persécuteur intégré à la vision déréelle de l’existence, par exemple.

38.5. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic des troubles des conduites repose essentiellement sur la persistance de comportements qui transgressent les règles de la vie communautaire et sociale : une hyperactivité marquée, une grande difficulté à gérer ses émotions et son anxiété, un sentiment durable de dévalorisation conduisant à la quête d’une personnalité d’emprunt, une perception paranoïde de l’existence peuvent entraîner des troubles des conduites se répercutant sur la socialisation. Sans une perspective longitudinale, il n’est donc pas toujours facile de faire la distinction entre un trouble des conduites proprement dit et l’exacerbation passagère de réactions inadéquates face à l’environnement.

38.6. TRAITEMENT

38.6.1. Prévention

Dans la mesure où les conditions propices à l’apparition d’un trouble des conduites s’installent le plus souvent au cours de la petite enfance, des services d’aide et de soutien à l’intention des parents devraient être offerts.

38.6.2. Approche bio-psycho-sociale

Interventions de milieu

Avant de décider d’une indication thérapeutique, il faut qu’on se pose plusieurs questions :

- Peut-on traiter les troubles de l’adaptation sociale en laissant le jeune dans son milieu familial ou faut-il envisager une structure substitutive telle qu’une famille d’accueil, un foyer de groupe, un internat ou un centre d’accueil spécialisé ?

Lorsque les conditions de vie au sein de la famille semblent détériorées et pathogènes, ou lorsque les symptômes de l’enfant perturbent fortement l’entourage, il faut privilégier une distanciation afin d’apaiser la situation conflictuelle, de créer de meilleures conditions d’existence et d’agir de façon intensive sur l’enfant en difficulté. Une telle intervention exige que soient mis en œuvre des moyens d’aide, cela tant auprès des parents qu’auprès des milieux d’accueil. La collaboration avec les divers intervenants (de l’assistance sociale, des services éducatifs à domicile, des services de Protection de la jeunesse, des structures judiciaires) est presque toujours nécessaire. Pendant longtemps, on a cru que le fait de couper l’enfant de son milieu familial constituait en soi une démarche thérapeutique. Non seulement les contacts avec la famille n’étaient-ils pas favorisés, mais l’éloignement était encouragé. La suppression des congés en famille était fréquemment utilisée en guise de sanction. Leblanc et coll. (1980) ont montré que cette coupure avec le milieu familial était illusoire et qu’en outre elle [1081] se révélait le plus souvent nocive. En effet, lorsque le jeune quittait le foyer ou le centre d’accueil, il retournait dans son milieu familial dont il reprenait très vite le fonctionnement et les valeurs, cela d’autant plus que rien n’avait pu être aménagé à ce niveau.

Depuis une dizaine d’années, les milieux éducatifs sont de plus en plus conscients de la nécessité d’associer les parents à la prise en charge institutionnelle des enfants (Gendreau, 1993 ; Hayez et coll., 1994 ; Pluymaekers, 1989). De nombreux auteurs (dont Ausloos, 1995) insistent sur la nécessité de considérer les parents et la famille comme des collaborateurs précieux pour l’institution et non comme les coupables qui ont provoqué le placement. Cette démarche rééducative, psychosociale et thérapeutique a fait l’objet de nombreuses expériences originales où le pédopsychiatre doit travailler au sein d’une équipe multidisciplinaire (Capul et Lemay, 1996).

- Si la situation familiale permet le maintien de l’enfant au sein de la famille, faut-il privilégier des traitements en cure ambulatoire ou une thérapie de milieu de type soins de jour, semi-internat, école spécialisée, soins du soir ?

Une thérapie de milieu sera indiquée s’il faut apporter une aide exigeant des interventions pluridisciplinaires coordonnées (orthopédagogues, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, psychothérapeutes individuels et de groupe, orthophonistes...) [Hochmann, 1994]. Elle s’accompagnera évidemment d’entretiens familiaux.

Interventions individuelles

Quand des rencontres régulières avec le jeune et ses parents sont possibles et qu’il n’est pas nécessaire de recourir à des interventions axées sur une modification globale du milieu de vie, les indications thérapeutiques suivantes peuvent être retenues :

- traitement médicamenteux pour atténuer l’hyperactivité (p. ex., méthylphénidate), l’impulsivité et les troubles anxieux (les phénothiazines peuvent être indiquées), de même que les autres troubles associés (p. ex., la dépression) ;

- thérapie comportementale lorsque les symptômes paraissent pris dans le cercle vicieux symptômes- renforcements inadéquats ;

- psychothérapie d’orientation psychodynamique si les symptômes découlent de conflits intrapsychiques non résolus ;

- aide éducative à domicile pour améliorer les interrelations ;

- soutien pédagogique.

Interventions familiales

Qu’il s’agisse d’une prise en charge en institution ou d’une prise en charge en externe dans le cadre de laquelle les enfants rentrent à la maison le soir, il est évident que la collaboration avec les parents est non seulement nécessaire mais indispensable. Une technique d’intervention se révèle particulièrement efficace : la « cothérapie scindée », élaborée par Ausloos (1983).

Pour que les séances avec les familles qui ont à faire face à des troubles des conduites se déroulent bien, les thérapeutes ont tout intérêt à mettre en pratique quelques principes de base, qui leur éviteront bien des difficultés :

*- Tenir les rênes.* Le manque de règles précises et stables finit rapidement par aboutir à l’incohérence et à un chaos destructif. C’est pourquoi il est très important que le thérapeute pose ses règles dès le début de la séance et mette de l’ordre dans la façon dont chacun peut intervenir.

*- Refuser la disqualification.* De nombreux thérapeutes ont constaté que, dans les familles à transactions chaotiques, la disqualification et l’autodisqualification sont des modes de communication habituels. Dans un tel système, c’est principalement l’enfant qui se retrouve en position d’accusé ou de bouc émissaire. Pour ces raisons, il faut veiller, durant les séances, à ce que les participants ne puissent continuer le jeu du dénigrement qu’ils connaissent bien et qui les bloque. Il ne suffit pas, bien sûr, de refuser les disqualifications ; il faut aussi faire ressortir les qualités et les compétences qui, elles, sont beaucoup moins souvent montrées.

*- Proposer des défis positifs.* Dans les familles à transactions chaotiques, on ne cesse de se mettre au défi, même si l’on sait que l’autre échouera probablement. Le thérapeute peut exploiter ce mode de fonctionnement en transformant les défis aboutissant à l’échec en des défis menant à la réussite. Pour cela, il peut proposer aux membres de ces familles des tâches simples qu’elles seront capables de réussir tout en leur présentant ces tâches comme un défi, comme « quelque chose que [1082] toutes les familles ne sont pas en mesure de faire ». Aux séances ultérieures, se rendre compte qu’elles ont été capables de relever le défi leur permet de valoriser leurs compétences et, par conséquent, de faire obstacle au dénigrement et aux sentiments d’échec que les membres de la famille éprouvent souvent.

- *Freiner le temps.* Les successions d’événements donnent vite l’impression d’un tourbillon incessant où l’on ne voit plus passer le temps, d’où la nécessité de freiner cette course folle. Réintroduire le temps, c’est d’abord établir un contrat dans lequel est spécifiés le nombre de séances ou la durée des rencontres. Deux techniques permettent également d’aider les familles à se réapproprier leur passé :

• *la technique de* l’historiogramme, qui consiste à retracer, chronologiquement, l’histoire de la famille, à créer à son intention une sorte d’album. Pour cela, on fixe au mur une grande feuille et on demande aux enfants de raconter les événements principaux de la vie familiale, en précisant les dates autant que possible. La consigne est donnée aux parents de ne pas intervenir spontanément, sauf si une donnée est erronée ou si les enfants sont incapables d’expliquer les choses ;

• *la technique du* photogramme, qui peut être combinée à la technique précédente ou être employée seule, consiste à choisir des photos. On demande à chacun des membres de la famille de sélectionner les cinq photos qu’il aime le mieux dans l’album de la famille et de les apporter à la rencontre suivante. On discute alors des raisons du choix et de ce qui a changé depuis que la photo a été prise.

- Amorcer le questionnement. Les interrogatifs « qui, quoi, quand, comment, où » sont souvent très utiles pour appliquer la circularisation, une technique d’entretien qui aété proposée par Selvini-Palazzoli et coll. (1983)

\*  
\* \*

Les troubles de l’adaptation sociale sont sans doute ceux dans lesquels la dimension psychosociale domine le plus. Il n’est jamais possible de les dissocier de l’environnement familial et social de l’enfant. Par ailleurs, ce sont souvent les éducateurs et les travailleurs sociaux qui assument l’essentiel de la prise en charge. Sans doute faut-il y voir une des raisons de la désaffection des pédopsychiatres pour ce type de pathologie.

Le psychiatre a pourtant un rôle majeur à jouer dans l’établissement du diagnostic, dans le traitement de possibles pathologies associées, dans le soutien des équipes psychoéducatives et de la Protection de la jeunesse, dans les interventions auprès des familles, souvent culpabilisées par une évolution qui les dépasse. C’est un travail délicat, qui nécessite beaucoup de doigté pour ne pas froisser les susceptibilités, d’autant plus délicat que le pédopsychiatre travaille au sein d’une équipe pluridisciplinaire. Mais c’est un travail très stimulant dans la mesure où une intervention bien conçue, respectueuse de l’individualité de chacun, peut faire la différence entre une adolescence à la dérive et une adolescence bien vécue.

Bibliographie

American Psychiatric Association

1994 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disor-ders, 4e éd., Washington (D.C.), American Psychiatric Association ; trad. française DSM-IV - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Paris, Masson, 1996,1040 p.

AUSLOOS, G.

1995 *La compétence des familles. Temps, chaos, processus*,Toulouse, Érès, coll. « Relations ».

1983 « Délinquance et thérapie familiale : le double-lien scindé thérapeutique », Bulletin de psychologie, n° 36, p. 217-225.

1980 « Secrets de famille », dans J.C. Benoit (sous la dir. de), Changements systémiques en thérapie familiale, Paris, ESF, p. 62-80.

Ausloos, G., et SEGOND, P.

1981 *Marginalité, système et famille : rapproche systémique en travail social*,Vaucresson, CFRES, coll. « Relectures ».

[1083]

Bowlby, J.

1951*Soins maternels et santé mentale*,Paris, PUF

1946*Forty-four Juvenile Thieves, Their Characters and Home Life*,Londres, Bailliere, Tindalll and Cox*.*

Capul, M., et Lemay, M.

1996 *De l’éducation spécialisée*,Toulouse, Érès

Chartier, J.P., et Chartier, L.

1996 *Délinquants et psychanalystes. Les chevaliers de Thanatos*,Paris, Hommes et Groupes éditeurs.

Chess, S., et Thomas, A.

1991 « Temperament », dans M. Lewis (sous la dir. de), Child and Adolescent Psychiatry : A Comprehensive Textbook, Baltimore, Williams and Wilkins, p. 145- 159.

Farrington, D.P.

1990 « Implications of criminal career research for the prévention of offending », *J*. Adolesc., vol. 13, p. 93- 113.

Ferreira, A.J.

1980 « Double-lien et délinquance », dans J.C. Benoit (sous la dir. de), Changements systémiques en thérapie familiale, Paris, ESF.

Fréchette, M., et Leblanc, M.

1991 « Le passage à l’acte délictueux au cours de la jeunesse et de l’adolescence. Perspective développementale », Revue internationale de criminologie et de police technique, vol. 14, n° 2, p. 145-173.

Friedländer, K.

1951 *La délinquance juvénile : théorie, observation, traitement. Étude psychanalytique*, Paris, PUF, Bibliothèque de psychanalyse et de psychologie clinique.

Gendreau, G.

1993 Briser Visolement, Montréal, Sciences et Culture.

Hayez, J.Y., et coll.

1994 *L'institution résidentielle, médiateur thérapeutique*, Bruxelles, Matrices.

Heuyer, G.

1969 La délinquance juvénile, Paris, PUF, coll. « Païdeïa ».

Hochmann, J.

1994 La consolation, Paris, Odile Jacob.

Kernberg, O.

1979 *Les troubles limites de la personnalité*,Paris, Payot*.*

Laforgue, R.

1963 Psychopathologie de l'échec, Lausanne, Éditions du Mont-Blanc.

Leblanc, M., et coll.

1980 *Développement psychosocial et évolution de la délinquance au cours de l’adolescence*,Groupe de recherche sur l’inadaptation juvénile, Université de Montréal.

Lemay, M.

1993 J'ai mal à ma mère, Montréal et Paris, Fleurus et Sciences et culture.

Mahler, M., Pine, F., et Bergman, A.

1980 *Symbiose humaine et individuation. La naissance psychologique de l'être humain,* Paris, Payot.

Offord, D.R.

1987 « Prevention of behavioral and emotional disorder in children », J. Child Psychol. Psychiatry, vol. 28, n° 1, p. 9-19.

Pluymaekers, J., et coll.

1989 *Familles, institutions et approche systémique*,Paris, ESF.

Quinton, D., et Rutter, M.

1992 « The outcome of chilhood conduct disorder : Implications for defining adult personality disorders and conduct disorders », Psychol. Med., vol. 22, p. 971- 986.

Rapoport, J., et ISMOND, D.R.

1996 *DSM-TV Training Guide for Diagnosis of Childhood* Disorders, New York, Brunner/Mazel.

Rutter, M., Tizard, J., et Whitman, K.

1970 Prevalence of Conduct Disorders, Londres, Longmans, Education, Health and Behaviour.

Selvini-Palazzoli, M., et coll.

1983 « Hypothétisation, circularité, neutralité », Thérapie familiale, vol. 4, n° 2, p. 117-132

Steinhauer, P.

1996 Le moindre mal, Montréal, Presses de l’Université de Montréal.

Tremblay,R.E., et coll.

1992 « Parent and child training to prevent early onset of delinquency. The Montreal longitudinal-experimental study », dans J. McCord et R.E. Tremblay (sous la dir de), Preventing Antisocial Behavior : Interventions From Birth Through Adolescence, New York, Guilford Press, p. 1117-1138.

Wadsworth, M.

1979 *Roots of Delinquency : Infancy, Adolescence and Crime,*Oxford, Martin Robertson.

World Health Organization

1993 *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Diagnostic Criteria for Research*, Genève, World Health Organization ; trad. française *Classification internationale des maladies*, 10e révision. Chapitre V (F) : Troubles mentaux et troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche, Paris, Organisation Mondiale de la Santé et Masson, 1994.

[1084]

Lectures complémentaires

BATESON, G.

1977-1980 Vers une écologie de l'esprit, Paris, Seuil, t.1 et II.

Belpaire, F.

1994 *Intervenir auprès des jeunes inadaptés sociaux : approche systémique*,Montréal, Méridien*.*

Minuchin, S., et coll.

1969 Families of the Slums, New York, Basic Books.

Misès, R., et coll.

1988 « Classification française des troubles mentaux de l’enfant et de l’adolescent », Psychiatr. Enfant, vol. 31, n° l, p. 67-134.

[1085]

[1086]

TROISIÈME PARTIE  
Spécialités psychiatriques

PÉDOPSYCHIATRIE

Chapitre 39

TROUBLES  
ANXIEUX

[Retour à la table des matières](#tdm)

Ginette Lavoie, M.D., F.R.C.P.C.

Psychiatre et coordonnatrice de renseignement aux externes au Service de pédopsychiatrie du Pavillon Albert-Prévost de l’Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et au Service de pédopsychiatrie du Centre hospitalier régional de Lanaudière (Joliette)

Professeure chargée de l’enseignement clinique au Département de psychiatrie de l’Université de Montréal

Denis Laurendeau, M.D., F.R.C.P.C.

Psychiatre, chef de service, coordonnateur de l’enseignement et clinicien au Service de pédopsychiatrie du Pavillon Albert-Prévost de l’Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Professeur adjoint de clinique au Département de psychiatrie de l’Université de Montréal

[1087]

**PLAN**

39.1. État de stress post-traumatique et état de stress aigu

39.1.1 Définition

39.1.2 Épidémiologie

39.1.3 Étiologie

39.1.4 Description clinique

39.2 Panique et agoraphobie

39.2.1 Définition

39.2.2 Épidémiologie

39.2.3 Étiologie

39.2.4 Description clinique

39.2.5 Pronostic

39.3 Phobie sociale

39.3.1 Définition

39.3.2 Épidémiologie

39.3.3 Étiologie

39.3.4 Description clinique

39.3.5 Pronostic

39.4 Anxiété généralisée

39.4.1 Définition

39.4.2 Épidémiologie

39.4.3 Étiologie

39.4.4 Description clinique

39.4.5 Pronostic

39.5 Phobie spécifique

39.5.1 Définition

39.5.2 Épidémiologie

39.5.3 Étiologie

39.5.4 Description clinique

39.5.5 Pronostic

39.6 Anxiété de séparation

39.6.1 Définition

39.6.2 Épidémiologie

39.6.3 Étiologie

39.6.4 Description clinique

*• Variété clinique : phobie scolaire*

39.7 Trouble obsessionnel-compulsif

39.7.1 Définition

39.7.2 Épidémiologie

39.7.3 Étiologie

39.7.4 Description clinique

*•* Troubles associés

39.8 Diagnostic différentiel des troubles anxieux

39.9 Traitement général des troubles anxieux

39.9.1 Dimension familiale

39.9.2 Traitement pharmacologique

39.9.3 Psychothérapie individuelle psychodynamique

39.9.4. Thérapies comportementale et cognitive

Bibliographie

[1088]

L’anxiété est un phénomène normal qui permet de maintenir la vigilance et l’anticipation, de signaler au sujet le danger extérieur ou intérieur et d’éviter les conflits et les situations trop traumatisantes. Elle est nécessaire aussi au développement de l’enfant et à la résolution des conflits. Elle devient pathologique lorsqu’elle dépasse un certain degré ou une certaine durée. Elle s’accompagne alors souvent de l’évitement des situations habituellement utiles au développement (école, groupe de pairs) et d’un état de malaise, voire de détresse, tant psychologique que somatique. Les enfants anxieux ont beaucoup plus souvent que les autres des troubles de l’humeur et des conduites ainsi que des difficultés de fonctionnement dans la famille ou avec les amis (Kashani et Orvashel, 1990).

Selon les résultats d’une enquête québécoise sur la santé mentale des enfants (Bergeron, Breton et Valla, 1993), 9,6% des enfants de 6 à 11 ans et 14,2% des adolescents de 12 à 14 ans reconnaissent chez eux-mêmes un trouble mental intériorisé (phobie spécifique, anxiété de séparation, anxiété généralisée, dépression majeure et dysthymie).

À ce jour, il manque de recherches longitudinales valables, surtout en ce qui concerne les troubles légers ou modérés ayant fait ou non l’objet d’un traitement. On suppose qu’en règle générale, malgré une tendance à l’exacerbation en période de stress, les troubles anxieux s’estompent avec le temps, l’enfant réussissant à maîtriser l’anxiété. Le pronostic est plus réservé dans le cas d’enfants qui présentent à la fois des symptômes dépressifs et anxieux importants. La relation entre les troubles anxieux et une pathologie à l’âge adulte n’apparaît pas très claire, mais les données actuelles semblent indiquer l’existence tout au moins d’un risque accru de troubles de l’adaptation à l’âge adulte.

39.1. ÉTAT DE STRESS   
POST-TRAUMATIQUE  
ET ÉTAT DE STRESS AIGU

39.1.1. Définition

L’état de stress post-traumatique et l’état de stress aigu se caractérisent par l’apparition de symptômes psychologiques typiques à la suite d’une expérience traumatisante d’une intensité extrême (voir aussi le tome I, chapitre 14).

39.1.2. Épidémiologie

Green et coll. (1991) rapportent une fréquence des troubles liés au stress plus élevée chez les filles et chez les enfants plus jeunes. Le degré d’exposition à un événement traumatisant serait le seul facteur distinctif pour cette pathologie. McLeer et coll. (1988) ont relevé les symptômes de l’état de stress post-traumatique chez 48,4% d’un groupe d’enfants victimes de sévices sexuels exercés par des adultes.

39.1.3. Étiologie

La présence d’une psychopathologie chez l’enfant rend celui-ci plus vulnérable au traumatisme psychologique. L’enfant risque aussi plus de souffrir d’un état de stress s’il n’est pas blessé physiquement au cours de l’expérience (Martini et coll., 1990). Plusieurs facteurs familiaux contribuent aussi à augmenter le risque, notamment :

- un milieu familial chaotique ;

- une psychopathologie chez un parent ;

- une séparation d’avec le milieu familial ;

- des réactions anxieuses et dépressives dans le milieu familial ;

- une modification des attitudes parentales à la suite de l’événement.

39.1.4. Description clinique

L’état de stress aigu se caractérise par des symptômes dissociatifs : déréalisation, dépersonnalisation, amnésie, détachement. Des reviviscences de l’événement traumatisant (p. ex., sous forme de jeux répétitifs qui en évoquent des aspects ou de mises en scène de l’événement), un évitement des stimuli associés à l’événement et une hyperactivité neurovégétative composent le tableau de l’état de stress post-traumatique. Au moment du choc, le sujet a ressenti une peur extrême ainsi qu’un sentiment d’horreur et d’impuissance. Selon Yule et coll. (1990), les symptômes apparaissent en moyenne 10 jours après l’événement traumatisant et persistent durant environ 5 mois. Dans tous les cas, on note une régression importante sur le plan du fonctionnement social, relationnel et même sur le plan développemental.

[1089]

Schwarz et Kowalski (1991), qui ont étudié une population d’adultes et d’enfants souffrant d’un état de stress post-traumatique, ont remarqué que les enfants étaient aux prises avec les mêmes difficultés que les adultes. Les enfants décrivaient des rêves plus intenses s’ils étaient retournés à proximité du lieu où l’événement était survenu. Le sentiment de culpabilité et la colère prédominent chez les plus vieux. Terr (1981), pour sa part, a noté que l’enfant reprend dans ses jeux les gestes et les attitudes qui lui ont fait peur.

Terr (1981) distingue deux types de traumatisme : le traumatisme de type I découle de l’exposition à un seul événement momentané et violent et le traumatisme de type II, de la répétition de l’expérience traumatisante. Certains symptômes sont communs : impression de revivre l’événement, évitement des stimuli associés à l’expérience traumatisante, comportements répétitifs, changement d’attitude vis-à-vis de l’entourage, perte d’espoir dans l’avenir. Terr relève cependant des traits particuliers à l’un ou l’autre. Ainsi, les enfants qui ont subi un traumatisme de type I font plus souvent une description verbale détaillée de l’événement et ont plus fréquemment un sentiment de culpabilité ou l’impression qu’un événement anodin constituait un présage de la catastrophe. Le type II, pour sa part, se caractérise davantage par du déni, de l’engourdissement psychique, de la dissociation et de la colère.

39.2. PANIQUE ET AGORAPHOBIE

39.2.1. Définition

L’attaque de panique se caractérise par une peur ou un malaise intense, brusque et violent, accompagné de symptômes somatiques. Lorsque les épisodes se répètent, on parle alors d’un trouble panique. L’agoraphobie consiste en la peur de se trouver dans un endroit ou une situation sans possibilité de s’échapper ou d’obtenir de l’aide (voir aussi le tome I, tableau 12.3, p. 345-346, et tableau 12.4, p. 347).

39.2.2. Épidémiologie

Le trouble panique est plus rarement rencontré chez l’enfant, mais dans plusieurs cas rapportés chez des adultes, il avait débuté durant l’adolescence et même, quelquefois, durant l’enfance, avec un maximum de fréquence entre 15 et 19 ans (Moreau et Follett, 1993). Alessi et Magen (1988) ont observé un trouble panique chez 5% d’une population d’enfants hospitalisés.

39.2.3. Étiologie

Les théories biologiques évoquent surtout une perturbation du système nerveux sympathique. Les accès de décharge autonomique provoqueraient le comportement d’évitement, le patient craignant d’avoir une nouvelle attaque de panique. Des substances inductrices, telles que le lactate de sodium et le dioxyde de carbone, ainsi qu’un désordre des neurotransmetteurs sont aussi considérés comme facteurs étiologiques potentiels.

L’anxiété de séparation (voir la section 39.6) précède souvent l’agoraphobie et le trouble panique. La perte, en bas âge, de figures d’attachement, par exemple le décès d’un parent ou une séparation momentanée d’avec des personnes significatives, prédispose aussi au trouble panique. La crainte d’être abandonné est vécue de nouveau au moment de se retrouver seul, en public. Chez certains adolescents, un conflit entre l’émergence pulsionnelle et un Surmoi rigide peut parfois contribuer au trouble.

Pour leur part, les théories cognitivo-comportementales considèrent que l’anxiété est une réponse apprise d’après un modèle parental. Selon le principe du conditionnement classique, l’association d’un stimulus nocif (p. ex., un malaise physique) et d’un stimulus neutre (p. ex., circuler dans la rue) occasionne les accès de panique. Le comportement d’évitement relève du conditionnement opérant.

39.2.4. Description clinique

Les attaques de panique se traduisent par des symptômes divers (au moins quatre) dont des symptômes d’hyperactivité neurovégétative, des symptômes se rapportant aux systèmes cardiorespiratoire et gastro-intestinal, des symptômes liés à l’état mental (p. ex., peur de mourir), ainsi que des symptômes généraux tels que des paresthésies ou des bouffées de chaleur. Les attaques surviennent brutalement et atteignent un paroxysme en moins de 10 minutes. Elles durent habituellement de 15 à 20 minutes, parfois, quoique rarement, plus d’une heure.

[1090]

Alessi et Magen (1988) rapportent que, dans plus de 50% des cas, l’enfant a des tremblements, des palpitations, de la difficulté à respirer et des vertiges. La sensation d’évanouissement, la transpiration, l’alternance de bouffées de chaleur et de frissons ainsi que la peur de mourir surviennent chez un nombre plus restreint.

La dépersonnalisation se manifeste seulement chez les adolescents. En ce qui concerne les jeunes enfants, Garland et Smith (1990) soulignent la difficulté de poser le diagnostic à cause de tableaux quelquefois incomplets et de l’imprécision des réponses que donne l’enfant quand on le questionne au sujet de ses symptômes.

Un diagnostic d’agoraphobie est envisagé en présence d’un évitement des situations anxiogènes. L’agoraphobie peut survenir de façon isolée, sans attaque de panique. Les activités de l’enfant ou de l’adolescent sont alors fortement réduites, sinon abandonnées. La fréquentation scolaire est perturbée. L’enfant se confine au domicile et il demande qu’une personne familière l’accompagne dans ses moindres déplacements. Il refuse quelquefois de demeurer seul. Ainsi, la famille se trouve directement interpellée par le problème, le rôle de chacun ainsi que les relations interpersonnelles se modifient. L’enfant reçoit souvent une attention accrue et en retire quelquefois des bénéfices secondaires. Dans certains cas, il subit au contraire un rejet de la part du milieu familial.

39.2.5. Pronostic

Environ 17% des cas de trouble panique avec agoraphobie rencontrés chez l’adulte ont débuté avant l’âge de 16 ans (Moreau et Follett, 1993). La dépression, les tentatives de suicide, la toxicomanie compliquent le tableau dans un certain nombre de cas.

39.3. PHOBIE SOCIALE

39.3.1. Définition

La phobie sociale chez l’enfant, que la CIM-10 désigne par « anxiété sociale de l’enfance », se caractérise par un évitement d’une ou plusieurs situations sociales, dû à une peur qu’éprouve l’enfant de se retrouver avec des personnes peu familières ou dans une situation où il peut être observé par autrui.

39.3.2. Épidémiologie

Parmi un groupe de 188 enfants suivis pour un trouble anxieux, Last et coll. (1992) ont constaté que 15% d’entre eux présentaient une phobie sociale. La prévalence se situe autour de 0,9% à 11 ans (Anderson et coll., 1987). La phobie sociale semble toucher autant les garçons que les filles, et l’âge d’apparition est de 11,3 ans en moyenne.

Par comparaison avec la phobie spécifique, les sujets atteints de phobie sociale présenteraient des symptômes plus marqués et seraient plus nombreux à avoir une histoire de dépression (Last et coll., 1992). En ce qui concerne la famille, Beidel et Morris (1993) notent que les parents de ces enfants présentent un problème semblable plus souvent que les parents des enfants souffrant d’hyperactivité et que ceux d’un groupe d’enfants normaux.

39.3.3. Étiologie

Certains auteurs se sont penchés sur la possibilité d’une transmission génétique de la phobie sociale. Fyer (1993) retient la possibilité d’une prédisposition génétique influencée par l’environnement.

Sur le plan psychodynamique, la confiance de base se construit grâce aux liens affectifs entre l’enfant et son entourage. Des manques, des ruptures interfèrent avec le développement du Moi, et un conflit s’installe entre les pulsions agressives ou sexuelles et un Surmoi trop rigide. L’existence d’un écart entre le Moi idéal et l’idéal du Moi engendre une anxiété intolérable pour le sujet.

Selon Mouren-Siméoni et coll. (1993), la préoccupation relativement à l’évaluation faite par autrui montre que le patient est centré sur l’agir et non sur le vécu émotif. Deux modèles explicatifs sont proposés : 1) une auto-observation excessive ; 2) la difficulté à acquérir et à exercer des habiletés de communication à cause d’une anxiété inhibitrice. Celle-ci peut s’expliquer par le conditionnement classique et l’évitement, par le conditionnement opérant.

39.3.4. Description clinique

L’évitement que décrivait le DSM-III-R a été éliminé de la nouvelle classification américaine (DSM-IV) [1091] qui l’a inclus dans la phobie sociale, cela à la suite de plusieurs études (Francis et coll., 1992 ; Last et coll., 1992) qui n’ont pas relevé de différences significatives sur les plans sociodémographique et clinique.

Le tableau comporte un retrait excessif par rapport à l’étranger alors que l’enfant éprouve le désir d’entrer en contact. Quant aux relations avec les personnes familières, elles sont en général satisfaisantes. L’enfant apparaît cependant comme mal à l’aise, inhibé et même incapable de communiquer verbalement lorsqu’il fait face à des situations anxiogènes. Le fonctionnement social est grandement perturbé et les difficultés persistent depuis plus de six mois.

Beidel (1991) rapporte que ces enfants ont une image négative d’eux-mêmes et ont peur de ne pas réussir. Les adolescents atteints de phobie sociale font état d’anxiété au moment de lire à haute voix, d’écrire au tableau ou d’effectuer d’autres tâches sous le regard attentif d’autrui. Chez eux, les pleurs, les plaintes somatiques et l’évitement prédominent. Par ailleurs, ils démontrent aussi une forte tendance à tenter de s’adapter {coping) en se répétant des phrases encourageantes et en se préparant au-delà de ce qui est normalement nécessaire. Mouren-Siméoni et coll. (1993) distinguent deux types de phobie sociale : spécifique et diffuse. La première, plus rare chez l’enfant, se rattache à une situation anxiogène précise. La seconde se caractérise davantage par la crainte de ne pas savoir se défendre et de se sentir rejeté par les pairs.

39.3.5. Pronostic

Le syndrome peut persister jusqu’à l’âge adulte. Sans traitement, il s’estompe habituellement vers 40 ans. Plusieurs pathologies sont cependant susceptibles de compliquer le tableau. L’abus d’alcool et d’anxiolytiques à la suite d’une tentative d’autotraitement est fréquent. On rapporte aussi une prévalence à vie de 44% de dépression majeure (Last et coll., 1992).

39.4. ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

39.4.1. Définition

L’anxiété généralisée se caractérise par un souci excessif, injustifié et incontrôlable concernant un certain nombre d’activités ou d’événements.

39.4.2. Épidémiologie

Selon Bell-Dolan et Brazeal (1993), l’hyperanxiété du DSM-III-R, maintenant nommée anxiété généralisée dans le DSM-IV, serait la cause de 3% des consultations en pédopsychiatrie, soit la moitié des consultations pour un trouble anxieux. La prévalence à vie est de 27%, et 96% de ces enfants souffriront d’au moins un autre trouble anxieux à un moment ou l’autre de leur vie. L’anxiété généralisée atteint un nombre égal de garçons et de filles, et l’âge moyen à l’apparition des symptômes est de 8,8 ans (Last et coll., 1992).

Last et coll. (1987) ont noté une fréquence accrue de problèmes anxieux chez les parents : 83% des mères dont l’enfant souffrait d’anxiété de séparation ou d’anxiété généralisée avaient une histoire de troubles anxieux et un certain nombre étaient suivies activement au moment de la consultation en pédopsychiatrie.

39.4.3. Étiologie

L’efficacité des benzodiazépines chez l’adulte dans le traitement de l’anxiété généralisée porte à croire à une atteinte des centres occupés par les récepteurs de benzodiazépines, soit : le lobe occipital, les noyaux gris centraux, le système limbique et le cortex frontal. Des désordres touchant la sérotonine, la noradrénaline et la cholécystokinine sont aussi à l’étude.

Les théories cognitivo-comportementales supposent que l’anxiété inadaptée découlerait d’un modèle familial d’insécurité et de grandes exigences par rapport à la réussite. Selon la perspective psychodynamique, l’anxiété au sujet de la performance témoigne d’un Moi idéal mégalomaniaque s’opposant à un idéal du Moi en maturation qui favoriserait la croissance de l’enfant. Ainsi, celui-ci tente de répondre à la demande excessive, ce qui engendre l’anxiété.

39.4.4. Description clinique

Le tableau clinique de l’anxiété généralisée comprend des symptômes de tension, d’hyperactivité autonomique et d’hypervigilance. Des six symptômes énumérés dans le DSM-IV (voir le tome I, tableau 12.2, p. 342-343), un seul est nécessaire pour poser le diagnostic chez l’enfant. Les enfants souffrant d’anxiété [1092] généralisée éprouvent une crainte excessive dans différents domaines. Les parents rapportent souvent que leur enfant a des préoccupations d’adulte, par exemple au sujet des responsabilités parentales et financières, même en l’absence de difficultés particulières. Les événements passés et futurs sont aussi une source d’inquiétudes, principalement en ce qui a trait à l’adéquation, à l’attitude ou aux capacités face à autrui. L’enfant est décrit comme perfectionniste. Son grand désarroi est à l’origine d’un constant besoin d’être rassuré et d’une hypersensibilité à la critique. L’enfant anxieux est dans un état de tension quasi constant qui est quelquefois accompagné de plaintes somatiques. Selon Strauss et coll. (1988), les adolescents exprimeraient deux fois plus de plaintes que les enfants plus jeunes lorsqu’ils souffrent de ce syndrome.

39.4.5. Pronostic

Dans 75% des cas, l’anxiété généralisée disparaît ou devient subclinique en moins de deux ans (Mouren-Siméoni et coll., 1993). La rémission serait plus fréquente et rapide chez les garçons. Chez une minorité d’enfants, le trouble évolue vers la chronicité.

39.5. PHOBIE SPÉCIFIQUE

39.5.1. Définition

La phobie spécifique est une peur persistante reliée à un objet précis ou à une situation particulière autre que la peur d’avoir une attaque de panique en se retrouvant dans un lieu public (trouble panique, agoraphobie). Elle diffère aussi de la crainte d’être exposé à l’éventuelle observation d’autrui (phobie sociale), de la crainte de quitter les figures significatives (angoisse de séparation) ou encore de la crainte de la saleté (trouble obsessionnel-compulsif).

39.5.2. Épidémiologie

Les études font état d’un pourcentage égal de garçons et de filles atteints d’une phobie spécifique (Last et coll., 1992) ou d’un pourcentage de garçons légèrement plus élevé (Anderson et coll., 1987). Le pic d’apparition de la phobie spécifique varie de cinq à neuf ans (Kaplan, Sadock et Grebb, 1994). Anderson

et coll. (1987) ont étudié 92 enfants de 11 ans dans la population générale et ont trouvé une prévalence de 2,4% de phobie simple. Silverman et coll. (1988), qui ont réalisé une étude fondée sur des entrevues avec des enfants et des parents, rapportent que de 27% à 31% des enfants se présentant pour un trouble anxieux souffrent d’une phobie spécifique.

39.5.3. Étiologie

En ce qui concerne les facteurs biologiques, certains auteurs émettent l’hypothèse d’une transmission héréditaire. Torgersen (1979) relève une plus grande similitude des situations phobogènes et de l’intensité des symptômes chez une population de jumeaux monozygotes par comparaison avec des jumeaux dizygotes.

Sur le plan psychodynamique, différents mécanismes interviennent dans la formation de la phobie, que Freud (1909a) a décrits à travers l’analyse du cas du petit Hans qui refuse de sortir dans la rue, car il craint d’être mordu par un cheval. Ici, la peur de la colère du père dans le conflit œdipien est transférée sur l’objet phobogène. Entrent enjeu des mécanismes de défense tels que le refoulement, puis le déplacement, la surdétermination et le contre-investissement. Le refoulement étant incomplet, les symptômes phobiques émergent. Il semble aussi qu’un système de communication familiale fondé sur les peurs et leur expression expliquerait l’apparition de ces symptômes.

Les théories comportementales associent l’émergence de la phobie spécifique au conditionnement classique, et son maintien, au conditionnement opérant. Ainsi, un malaise viscéral ressenti à la vue d’un objet banal pourrait provoquer un état de panique aigu, et l’évitement s’ensuivrait. L’influence d’un modèle parental de comportement est également envisagée. L’origine de la phobie peut aussi être indirecte ; dans ce cas, le sujet en vient à éprouver le même malaise que celui qu’il observe chez une autre personne (renforcement vicariant). Quant au modèle cognitif, il insiste sur le caractère exagéré de la crainte de certains stimuli dont les enfants peuvent être partiellement conscients mais qu’ils ne maîtrisent pas (Silverman et Rabian, 1993).

39.5.4. Description clinique

Les peurs font partie du développement normal de l’enfant et il convient de les distinguer des phobies. [1093] Chaque phase de la croissance comporte ses craintes. Par exemple, l’angoisse dite du huitième mois, qui se caractérise par la crainte de l’enfant que sa mère ne l’abandonne s’il s’approche d’un étranger (Spitz, 1965), se dissipe graduellement. Les enfants commencent à livrer le contenu de leurs peurs à trois ou quatre ans, une fois qu’ils ont acquis la capacité de s’exprimer verbalement. Anna Freud (1965) a décrit les angoisses « qualifiées d’archaïques, car on ne peut les rattacher à aucune des expériences antérieures de peur, elles semblent liées à des dispositions innées ». Ainsi en est-il de la peur du noir, de la solitude, des étrangers, des objets nouveaux, du tonnerre, du vent, etc., qui ne découle pas d’une régression, d’un conflit ni d’un déplacement. Ces peurs disparaissent progressivement, à mesure que s’accomplit la maturation cognitive.

Par la suite, les peurs varient avec l’âge. Par exemple, beaucoup d’enfants de quatre à six ans ont peur des monstres et des fantômes, mais rarement ceux qui ont plus de huit ans. La peur d’un danger physique suivrait une progression inverse. La peur des animaux, les vives réactions au moment du coucher ainsi que les cauchemars tendraient à s’amoindrir entre quatre et six ans (Bauer, 1976). Par ailleurs, un certain nombre d’enfants craindraient un peu la vue du sang. Cependant, lorsque les peurs entraînent un état de panique démesuré, se prolongent de façon anormale ou entraînent une régression à un stade développemental antérieur, il faut envisager la possibilité d’une phobie.

La phobie spécifique se caractérise par une réaction d’anxiété (p. ex., sentiment de panique, tachycardie, respiration difficile) provoquée par l’exposition à un objet ou à une situation particulière. L’enfant peut exprimer son anxiété en pleurant, en faisant une colère, en s’agrippant à l’adulte ou en demeurant immobile, incapable de fuir la situation anxiogène (voir le tome I, tableau 12.5, p. 348). Par la suite, il tend à éviter la situation et il est souvent difficile de lui faire admettre le caractère déraisonnable de ce comportement. Pour qu’on puisse poser le diagnostic de phobie spécifique, le problème doit durer depuis plus de six mois. Il existe différents types de phobie spécifique : phobie des animaux, phobie liée à l’environnement naturel (p. ex., peur des orages), érythrophobie, peurs situationnelles et autres craintes (p. ex., déguisements, bruits).

Face à son problème, l’enfant pourra en reconnaître le caractère absurde ou tenter de nier le problème et pourra même adopter une attitude hautaine. Se manifesteront alors diverses complications telles qu’un comportement d’échec, l’inhibition scolaire et des symptômes dépressifs. L’attitude de l’entourage importe aussi beaucoup. Forcer l’enfant à affronter ses peurs sans tenir compte de l’anxiété exacerbe le problème. À l’opposé, une attitude surprotectrice renforce l’idée qu’un danger réel à éviter existe.

39.5.5. Pronostic

Près de 38,8% des enfants atteints d’une phobie spécifique souffriraient aussi d’anxiété de séparation (Last et coll., 1992). Il semble cependant que la phobie spécifique s’atténue à l’âge de sept ou huit ans et que le problème ne persiste que très rarement jusqu’à l’adolescence et au-delà. En effet, 80% verraient leurs symptômes diminuer nettement après un an de traitement (Hompe et coll., 1973).

39.6. ANXIÉTÉ DE SÉPARATION

39.6.1. Définition

L’anxiété de séparation est un phénomène commun, universel, inhérent au développement lui-même : peur de l’étranger vers huit mois, peur d’entrer à la jardinière ou à l’école la première fois, angoisses diverses qui accompagnent le long processus de séparation-individuation. Cependant, l’angoisse peut, à certains moments, de normale qu’elle était, revêtir par son intensité, sa durée, ses manifestations aiguës et son débordement un caractère pathologique.

39.6.2. Épidémiologie

L’anxiété de séparation est le plus répandu (50%) des troubles anxieux de l’enfance qui eux-mêmes touchent 1 enfant sur 10 (Kashani et Orvashel, 1990). On l’observe plus souvent chez les enfants que chez les adolescents. L’anxiété de séparation peut apparaître à tout âge, mais elle est plus fréquente à la prépuberté. Les garçons et les filles en souffrent dans une proportion à peu près équivalente, la surreprésentation des filles n’étant pas significative. Plus qu’en ce qui concerne les autres troubles anxieux, ces enfants viennent de familles défavorisées sur le plan socioéconomique.

[1094]

39.6.3. Étiologie

Certains enfants sont portés à aller vers ce qui est nouveau, d’autres, à s’en éloigner, et ils tendent à conserver cette caractéristique stable de leur tempérament. Ceux qui se replient sont même considérés comme des enfants à risque pour ce qui est de l’anxiété de séparation ou de la phobie sociale durant l’enfance (Chess et Thomas, 1984).

Bowlby (1978) fait état du climat d’insécurité entourant la formation des premiers liens entre la mère et l’enfant, de leur besoin mutuel de rester proches l’un et l’autre (ce qui reproduit le type de relation que la mère a vécu avec sa propre mère), d’une recherche de gratifications auprès de l’enfant d’une intensité telle qu’il en résulte un climat d’ambivalence qui mène à des relations familiales fortement empreintes de dépendance et d’insatisfaction. On suppose aussi que l’anxiété du parent se communiquerait à l’enfant par le processus du modelage : le parent terrorisé montre - au sens d’enseigner - à son enfant l’anxiété.

39.6.4. Description clinique

Ce trouble se traduit essentiellement par une anxiété aiguë et une détresse excessive au moment de la séparation (réelle ou anticipée) d’avec des personnes significatives, habituellement un parent (voir le tableau 39.1). Dans les cas les plus graves, l’enfant vit un véritable état de terreur et de panique auquel s’ajoutent des symptômes physiques. Il s’inquiète de l’accessibilité de sa mère (ou de son substitut), ne peut rester seul, la suit et cherche à éviter les situations de séparation ; les plus jeunes restent près de leurs parents ou en contact physique avec eux lorsque ceux-ci projettent une sortie ou quand il y a risque de séparation (p. ex., au centre commercial ou au bureau du médecin) ; l’enfant en période de latence peut refuser de rester seul à la maison, de jouer avec d’autres enfants si un parent n’est pas présent, d’aller dormir chez un ami ou de partir avec une colonie de vacances. Plus il est jeune, plus il a tendance à faire des cauchemars et à aller retrouver ses parents dans leur lit.

Des pensées morbides, inquiètes, allant jusqu’à la rumination, sont toujours présentes, mais parfois tues ou niées. Quand l’angoisse déborde, elles deviennent manifestes ; l’enfant peut les préciser en vieillissant : crainte d’un danger pour ses proches (accident de voiture, maladie, décès) ou pour lui-même (s’égarer, être enlevé, tué).

Variété clinique : phobie scolaire

Lorsque les symptômes mentionnés plus haut persistent, apparaissent ou réapparaissent durant la période de fréquentation scolaire, ils peuvent entraîner des problèmes sérieux et persistants d’absentéisme scolaire : on peut mettre en évidence un tableau clinique de phobie de l’école. Certains auteurs préfèrent l’appellation refus scolaire, mais cette dernière désigne un comportement pouvant résulter tant d’une phobie, d’une angoisse généralisée, d’une dépression, d’une psychose que d’un trouble de la personnalité. Johnson et coll. (1941) ont été les premiers à décrire la phobie scolaire.

L’enfant peut regimber devant l’obligation d’aller à l’école, étirer la routine matinale, manquer l’autobus, se dire malade ou encore refuser catégoriquement d’y aller, ce qui alors inquiète beaucoup les parents. Il peut avoir un comportement d’évitement à l’école même : il appellera ses parents pour leur demander s’il peut revenir à la maison, cherchera à s’y faire renvoyer par l’infirmière ou quittera l’école pour rentrer chez lui.

L’angoisse et la peur peuvent s’accompagner de symptômes physiques : étourdissements, maux de tête et douleurs abdominales, nausées, anorexie, qui s’atténuent lorsque l’enfant reste à la maison.

Bowlby (1978) a décrit le système familial le plus fréquent : mère surprotectrice, père absent physiquement ou psychologiquement, enfant tyrannique à la maison et inhibé à l’école. Ce système connaît plusieurs variations en fonction de l’angoisse des parents et/ou de l’enfant et de leur crainte qu’il n’arrive quelque chose d’horrible aux uns et aux autres, soit à la maison, soit à l’école. Ces diverses variations et leurs fréquentes combinaisons s’inscrivent dans un contexte où l’angoisse parentale confère à l’enfant un caractère d’objet contra-phobique qui le place malencontreusement dans une position surinvestie d’adulte, position qui se trouve ensuite menacée dans la situation scolaire.

À la suite des études épidémiologiques menées dans les années 70 et 80, Last et coll. (1987) ont réintroduit la distinction entre deux populations

[1095]

TABLEAU 39.1

Critères diagnostiques de l’anxiété de séparation

|  |  |
| --- | --- |
| DSM-IV  309.21 Trouble : anxiété de séparation | CIM-10  F93.0 Angoisse de séparation de l’enfance |
| A. Anxiété excessive et inappropriée au stade du développement concernant la séparation d’avec la maison ou les personnes auxquelles le sujet est attaché, comme en témoignent trois des manifestations suivantes (ou plus) : | A. Présence d’au moins trois des manifestations suivantes : |
| (1) détresse excessive et récurrente dans les situations de séparation d’avec la maison ou les principales figures d’attachement, ou en anticipation de telles situations ; | (8) sentiment excessif et répété de détresse (p. ex., anxiété, crises de larmes, colères ; réticence persistante à quitter la maison ; besoin excessif de parler avec ses parents, désir de rentrer à la maison ; désarroi, apathie ou retrait social) avant, pendant ou immédiatement après une séparation d’avec une personne à laquelle l’enfant est principalement attaché ; |
| (2) crainte excessive et persistante concernant la disparition des principales figures d’attachement ou un malheur pouvant leur arriver ; | (1) crainte irréaliste et persistante qu’il puisse arriver du mal à des personnes auxquelles l’enfant est principalement attaché, ou que celles-ci ne disparaissent (p. ex., peur qu’elles partent et ne reviennent pas ou peur de ne plus les revoir), ou préoccupation persistante concernant leur mort ; |
| (3) crainte excessive et persistante qu'un événement malheureux ne vienne séparer l’enfant de ses principales figures d’attachement (p. ex., se retrouver perdu ou être kidnappé) ; | 2) crainte irréaliste et persistante qu’un événement malencontreux ne sépare l’enfant d’une personne à laquelle il est principalement attaché (p. ex., l’enfant va se perdre, être kidnappé, entrer à l’hôpital ou être tué) ; |
| (4) réticence persistante ou refus d’aller à l’école, ou ailleurs, en raison de la peur de la séparation ; | (3) réticence persistante ou refus d’aller à l’école dû à la peur de la séparation d’une personne à laquelle il est principalement attaché, ou pour rester à la maison (plutôt que pour d’autres raisons telle la crainte de ce qui pourrait arriver à l’école) ; |
| (5) appréhension ou réticence excessive et persistante à rester à la maison seul ou sans l’une des principales figures d’attachement ou bien dans d’autres environnements sans des adultes de confiance ; | 5) peur persistante et inappropriée de rester seul ou sans une personne à laquelle il est principalement attaché, à la maison, pendant la journée ; |
| (6) réticence persistante ou refus d’aller dormir sans être à proximité de l’une des principales figures d’attachement, ou bien d’aller dormir en dehors de la maison ; | (4) séparation difficile pendant la nuit, comme en témoigne la présence d’au moins une des manifestations suivantes :  (a) réticence persistante ou refus d’aller dormir, sans être avec ou près d’une personne à laquelle il est principalement attaché,  (b) se lève souvent pendant la nuit pour s’assurer de la présence ou pour dormir près d’une personne à laquelle il est principalement attaché,  (c) réticence persistante ou refus de dormir en dehors du domicile ; |
| (7) cauchemars répétés à thèmes de séparation ; | (6) cauchemars répétés comportant des thèmes de séparation ; |
| (8) plaintes somatiques répétées (telles que maux de tête, douleurs abdominales, nausées, vomissements) lors des séparations d’avec les principales figures d’attachement, ou en anticipation de telles situations. | (7) survenue répétée de symptômes somatiques (tels que nausées, vomissements, douleurs abdominales, céphalées) dans des situations impliquant une séparation d’avec une personne à laquelle il est principalement attaché, par exemple quand il doit quitter la maison pour aller à l’école ou dans d’autres circonstances (camps, vacances, etc.). |
| B. La durée du trouble est d’au moins quatre semaines. | E. Durée : au moins quatre semaines. |
| C. Début avant l’âge de 18 ans. | C. Début avant l’âge de 6 ans. |
| D. Le trouble entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, scolaire (professionnel), ou dans d’autres domaines importants. |  |

[1096]

TABLEAU 39.1

Critères diagnostiques de l’anxiété de séparation (suite)

|  |  |
| --- | --- |
| DSM-IV  309.21 Trouble : anxiété de séparation | CIM-10  F93.0 Angoisse de séparation de l’enfance |
| E. Le trouble ne survient pas exclusivement au cours d’un trouble envahissant du développement, d’une schizophrénie ou d’un autre trouble psychotique, et chez les adolescents et les adultes, il n’est pas mieux expliqué par le diagnostic de trouble panique avec agoraphobie. | B. Ne répond pas aux critères de l’anxiété généralisée de l’enfance (F93.80). |
| D. Le trouble ne fait pas partie d’une perturbation plus globale des émotions, des conduites ou de la personnalité, ou d’un trouble envahissant du développement, d’un trouble psychotique, ou d’un trouble lié à l’utilisation des substances psychoactives. |
| *Spécifier si :*  **Début précoce** : si le début survient avant l’âge de six ans. |  |

**Sources**: American Psychiatric Association (1994), trad. française *DSM-IV - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 1996; World Health Organization (1993), trad. française *Classification internationale des maladies*, 10e révision. Chapitre V (F): *Troubles mentaux et troubles du comportement: critères diagnostiques pour la recherche*, Paris, Organisation Mondiale de la Santé et Masson, 1994.

différentes, l’une présentant des peurs de l’école (plus près de la phobie sociale) et l’autre, des peurs associées à l’éloignement de la maison (plus près de la phobie simple) : les enfants du premier groupe sont plus souvent des filles plus jeunes, sont issus de milieux socioéconomiques défavorisés et paraissent plus atteints puisqu’ils font presque toujours l’objet d’un deuxième diagnostic (comorbidité de 92% comparativement à 63%) ; les mères de ces enfants sont quatre fois plus susceptibles de souffrir d’un trouble affectif.

Deux observations demeurent constantes : d’une part, la fréquente association de l’anxiété de séparation à d’autres troubles anxieux et aux troubles dépressifs, et, d’autre part, la présence d’un trouble anxieux chez l’un des parents.

39.7. TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF

39.7.1. Définition

Abandonnant la référence à la notion de conflit intrapsychique ou de névrose obsessionnelle, la classification américaine a créé une catégorie diagnostique appelée trouble obsessionnel-compulsif (TOC) qu’elle, ainsi que la CIM-10, définit comme la présence de pensées intrusives répétitives et/ou de rituels non désirés qui interfèrent de façon importante avec le fonctionnement ou provoquent une détresse considérable. L’obsession est soit une pensée, une impulsion, un sentiment ou une sensation, elle suscite l’angoisse, tandis que la compulsion est un acte (compter, vérifier, éviter) qui diminue l’anxiété lorsqu’il est accompli ou qui l’augmente si le patient y résiste. Ces manifestations apparaisent au patient — sauf parfois aux tout jeunes — comme déraisonnables, illogiques et intrusives. Elles s’imposent à lui malgré ses efforts pour les combattre, aussi tente-t-il de les chasser et de les cacher. Le patient maintient cependant une perception claire de la réalité ainsi qu’une conscience de l’aspect morbide de ses troubles (voir aussi le tome I, chapitre 13).

39.7.2. Épidémiologie

Le diagnostic de TOC a vu sa fréquence tripler au cours des 20 dernières années. La prévalence à vie est estimée à de 2% à 3% de la population, 1,9% chez les adolescents selon Flament et coll. (1988). La chronicisation ainsi que le degré d’incapacité des cas les plus sérieux devraient attirer l’attention des intervenants œuvrant auprès des jeunes, particulièrement au moment où un arsenal thérapeutique plus varié et potentiellement plus efficace est disponible.

Les patients souffrant d’un TOC présentent souvent un trouble dépressif associé (comorbidité dépressive de 50%, prévalence à vie de 67%).

[1097]

39.7.3. Étiologie

Freud a décrit, en 1926, les modalités de formation des symptômes de ce qu’il a nommé névrose obsessionnelle et les défenses à l’œuvre : refoulement, régression, formation réactionnelle, annulation rétroactive, isolation. Il a expliqué l’origine de l’obsession-compulsion surtout en termes de conflit intrapsychique. Couvreur (1993) propose une introduction à ses écrits sur ce sujet. Si Freud (1909b) a privilégié l’exposition du conflit avec le père, Klein (1924) a exploré, quant à elle, les conflits avec la mère.

Les recherches récentes semblent indiquer un consensus parmi les chercheurs américains en faveur d’un effet spécifique antiobsessionnel (surtout sur les compulsions) de la clomipramine (un tricyclique sérotoninergique) et des inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS), effet qu’on croit indépendant de leurs propriétés antidépressives. On ne peut cependant éliminer l’intervention d’autres neurotransmetteurs, par exemple la dopamine, dans ce trouble (Swedo et Rapoport, 1990). On sait de plus qu’un tiers des patients ne répondent pas à la médication. On suppose une médiation génétique pour un pourcentage encore indéterminé de cas et on en ignore les implications pour l’étiologie et le traitement. L’hypothèse repose sur une incidence plus élevée du TOC chez les parents d’enfants symptomatiques (Lenane et coll., 1990), sur une cooccurrence plus grande du TOC et du syndrome de Gilles de la Tourette et sur une concordance élevée chez des jumeaux monozygotes (McGuffin et Mawson, 1980).

Finalement, les hypothèses neuropsychologiques s’appuient sur l’association entre le TOC et les anomalies des noyaux gris centraux (syndrome de Gilles de la Tourette, maladie de Parkinson post-encéphalite, chorée de Huntington) et sur la possibilité d’un dysfonctionnement du circuit reliant le lobe frontal, le système limbique et les noyaux gris centraux.

39.7.4. Description clinique

Il est fréquent de voir apparaître des rites chez l’enfant à la période d’apprentissage de la propreté : cérémonial entourant la défécation, refus de s’exécuter ailleurs qu’à la maison ou sur son pot, etc. De même, quand l’enfant a trois ou quatre ans, le coucher et parfois l’alimentation peuvent faire l’objet de véritables rituels. Un goût marqué pour l’ordre et la propreté est courant à cet âge. Ces manifestations fréquentes et banales constituent des défenses du Moi, qui ont une fonction structurante contre les angoisses archaïques, et reflètent l’importance encore grande de la pensée magique. Elles disparaissent habituellement sans laisser de séquelles.

À la période de latence, l’enfant peut s’adonner à des activités répétitives telles que collectionner, compter et éviter de marcher sur les fentes du trottoir, ou se livrer à certaines pratiques superstitieuses en période de stress (examens, joutes sportives), mais sans y croire de façon absolue. Le Moi de l’enfant érige des défenses qui cherchent à faire échec aux pulsions et à les isoler. Certains traits deviennent plus fixes : ordre, propreté, scrupules, méticulosité, dégoût. Il s’agit d’une tendance naturelle de la latence, soit la formation du caractère, sur un mode plus obsessionnel, qui demeure stable et qui n’évolue que rarement vers le TOC. Au cours de cette période, l’idée de mort peut aussi devenir obsédante en l’absence de tout trouble dépressif.

Le TOC demeure rare chez l’enfant. Le début est difficile à préciser ; Swedo et coll. (1989) en établissent l’âge moyen à 10 ans. Le tabou du toucher (salir, être sali) se retrouve fréquemment au centre des préoccupations, des peurs et des rituels conjuratoires. Ces manifestations peuvent constituer une défense contre la proximité pulsionnelle, exacerbée parfois par un surinvestissement de l’adolescent et de son corps par le parent du sexe opposé.

Troubles associés

On note une comorbidité importante chez les jeunes souffrant d’un TOC. Ainsi, chez trois jeunes sur quatre, le TOC coexiste avec un autre trouble, les plus fréquents étant :

- la dépression (40% à 50%) ;

- les tics (39%) ;

- les troubles spécifiques du développement (24%) ;

- les phobies spécifiques (17%) ;

- l’hyperactivité (16%) ;

- le trouble oppositionnel (11%) ;

- les déficits de l’attention (10%).

[1098]

Une personnalité obsessionnelle-compulsive a été mise en évidence chez seulement 11% de ces jeunes, si bien que le rapport entre ce type de personnalité et le TOC demeure obscur.

Chez un petit nombre, l’obsession-compulsion serait l’aboutissement d’un processus non névrotique du très jeune âge et en constituerait une forme de guérison cicatricielle (phobies graves, troubles envahissants du développement, pré-psychose) ; de même, elle peut marquer le début d’un processus psychotique caractérisé par des rituels bizarres, des tics, des phobies graves, une compulsion à collectionner ou des inhibitions massives.

39.8. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL  
DES TROUBLES ANXIEUX

Il faut d’abord tenir compte du contexte et évaluer la possibilité d’une peur normale reliée à un stade particulier du développement. Il faut aussi différencier divers troubles :

- le trouble de l’adaptation se caractérise par la présence d’un facteur précipitant dans les trois mois précédant l’apparition des symptômes ;

- l’état de stress post-traumatique implique une expérience extrêmement traumatisante ;

- l’anxiété généralisée se caractérise par une angoisse constante, alors que dans le trouble panique et l’agoraphobie, les symptômes se manifestent dans les endroits publics ;

- l’anxiété de séparation est reliée à l’éloignement de figures d’attachement importantes ;

- la phobie sociale découle d’une peur de l’observation d’autrui ;

- la phobie spécifique implique un objet particulier (p. ex., les chats), alors que le trouble obsessionnel-compulsif est une peur plus large, par exemple de la saleté ;

- la phobie scolaire est différente du vagabondage, de la fugue et de l’école buissonnière, comportements qui se caractérisent par une absence d’anxiété à l’idée de quitter la maison et par le choix d’un lieu de fuite autre que le domicile familial.

Finalement, il faut distinguer les troubles anxieux de certaines pathologies physiques (hyperthyroïdie, atteinte organique cérébrale, épilepsie, prolapsus de la valve mitrale, intoxication par les amphétamines, par la caféine, sevrage à l’alcool ou aux tranquillisants).

39.9. TRAITEMENT GÉNÉRAL  
DES TROUBLES ANXIEUX

Chaque situation clinique gagne à être abordée de façon individualisée et adaptée. Il importe de considérer un ensemble de facteurs (sociaux, familiaux, psychologiques, individuels, biologiques) afin d’éviter d’enfermer l’enfant dans une compréhension réductrice.

39.9.1. Dimension familiale

La dimension familiale est ici de toute première importance, tant pour comprendre les enjeux que pour permettre aux parents d’aider leur enfant en prenant conscience du sens de certaines de leurs émotions ou de leurs attitudes : les interventions vont de la consultation thérapeutique unique à la psychothérapie familiale, en passant par le counselling et le soutien. Elles peuvent s’étendre au réseau social et déboucher sur la résolution, au profit de l’enfant, de certains problèmes ou sur des solutions valables formulées par le milieu. Il importe de tenir compte de l’anxiété des parents afin d’éviter qu’elle n’interfère avec les plans de réintégration sociale et scolaire. Cramer (1974) illustre l’importance des entretiens familiaux qui, s’attachant au secteur conflictuel de la relation parent-enfant, visent à réduire les projections et à favoriser le redémarrage des processus d’individuation et permettent de passer ensuite, le cas échéant, à la thérapie individuelle.

39.9.2. Traitement pharmacologique

Les anxiolytiques sont rarement utilisés. Il peut se produire un effet paradoxal qui cause une agitation chez l’enfant. L’anxiété et l’insomnie « rebond », de même que le risque d’accoutumance, en limitent l’usage. Davantage prescrits, les antihistaminiques, [1099] comme la prométhazine (0,5 mg/kg au coucher), permettent souvent de combattre l’insomnie et diminuent quelquefois l’anxiété diurne.

Les antidépresseurs ont classiquement été utilisés dans le traitement du trouble panique avec agoraphobie, de la phobie scolaire et même, à l’occasion, de l’état de stress post-traumatique et de l’anxiété généralisée. On prescrit, par exemple, des tricycliques et des tétracycliques (p. ex., clomipramine ou imipramine, à raison de 1 à 3 mg/kg par jour, jusqu’à un maximum de 5 mg/kg par jour) ou des inhibiteurs du recaptage de la sérotonine (p. ex., sertraline, 50 à 200 mg par jour ; paroxétine, 20 mg une fois par jour, la dose maximale étant de 50 mg). Ces derniers peuvent aussi se révéler efficaces dans le traitement du trouble obsessionnel-compulsif, bien que la clomipramine demeure indiquée. Notons cependant que l’innocuité des antidépresseurs n’a pas été prouvée chez les enfants de moins de 12 ans.

39.9.3. Psychothérapie individuelle  
psyChodynamique

Quel que soit le type de thérapie envisagée, la relation thérapeutique y tient une place essentielle. Cette relation permet d’établir avec l’enfant un rapport plus personnel, spontané, ouvert (sans a priori ni dogmatisme) et empathique, c’est-à-dire en s’identifiant à l’enfant sans perdre son identité de thérapeute. Chercher à comprendre d’abord, avant de vouloir guérir, évite de se substituer à l’enfant dans l’exploration et la mise en œuvre de ses propres capacités à trouver des solutions et à changer.

Le travail du thérapeute comporte deux volets principaux : maintenir un cadre qui favorise un espace d’expression personnelle et tenir compte du transfert qui fournit la quantité d’énergie nécessaire au travail sur les résistances. C’est particulièrement dans le domaine des troubles anxieux et névrotiques de l’enfant qu’une bonne connaissance des enjeux psychodynamiques et des mécanismes du fonctionnement intrapsychique peut constituer un outil de premier plan. L’expression des tensions et des conflits entourant la séparation s’effectue par l’intermédiaire du jeu, du dessin, de la parole ou par des jeux de rôle, selon l’aisance de l’enfant (et du thérapeute). Le thérapeute doit savoir, par son attitude, encourager la communication à un degré convenable et maintenir la relation thérapeutique. Chez les adolescents peu loquaces, le psychodrame est souvent une méthode appropriée, car la mise en scène favorise la prise de conscience du vécu émotif qui peut être repris et élaboré ensuite avec l’aide du thérapeute. De même, pour certains enfants inhibés ou préoccupés par leur corps, la relaxation peut parfois, quand elle est pratiquée avec prudence et graduellement, permettre le passage à la verbalisation.

39.9.4. Thérapies comportementale  
et cognitive

Les approches psychologiques axées plus particulièrement sur le comportement font l’objet de la plupart des recherches récentes. Elles cernent une situation ou un stimulus particulier qui provoque la peur et visent à déclencher une réaction « non anxieuse ». Elles comprennent des techniques telles que le modelage, l’exposition répétée à une stimulation ou à un stimulus redouté, comme l’immersion *(flooding)* ou encore la désensibilisation systématique créée par Wolpe (1958), qui met en jeu un processus dit d’inhibition réciproque, avec ou sans relaxation, à laquelle on peut combiner des techniques de distraction ou d’imagerie mentale (voir aussi le chapitre 50).

La technique d’autocontrôle permet à l’enfant de prendre conscience des pensées anxiogènes qui diminuent ses capacités et entraînent la perte de contrôle des émotions. La stratégie de gestion du stress consiste à expliquer à l’enfant les difficultés qu’il nie et les conséquences de la tension. Le thérapeute peut aussi cibler des comportements à traiter en fonction de leur caractère handicapant dans la vie quotidienne, par exemple l’habitude de partir une demi-heure d’avance pour aller à l’école alors que quelques minutes auraient suffi. Un soutien parental ou une thérapie familiale aident à modifier la perception générale du danger et son influence sur les attentes des parents envers l’enfant.

Les traitements cognitifs sont utilisés dans les cas d’anxiété diffuse dont la composante prédominante se situe au niveau de la pensée d’un enfant. Celui-ci doit être capable d’assumer la modulation de sa cure par l’apprentissage des techniques d’autorenforcement. Ces traitements combinent des éléments qu’on trouve aussi dans les thérapies de jeu : utilisation de paroles, de chansons et d’histoires. Il va sans dire que [1100] la qualité de la relation du thérapeute avec l’enfant constitue un facteur déterminant, de sorte qu’il est difficile de dégager ce qui, subtilement, vient de cette relation et ce qui relève de la technique proprement dite.

\*  
\* \*

En résumé, les troubles anxieux se manifestent dans une variété de situations et sous plusieurs formes. Chez l’enfant, il convient de tenir compte du niveau de développement psychologique ainsi que des particularités associées aux étapes de celui-ci. Le plan de traitement s’articule autour des différents volets bio-psycho-sociaux et prend en considération la réalité de l’enfant dans son milieu familial et scolaire.

Bibliographie

Alessi, N., et Magen, J.

1988 « Panic disorders in psychiatrically hospitalized children », *Ara. J. Psychiatry*, vol. 145, n° 11, p. 1450- 1452.

American Psychiatric Association

1994 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ; 4e éd., Washington (D.C.), American Psychiatric Association ; trad. française *DSM-IV* - *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux,* Paris, Masson, 1996, 1040 p.

Anderson, J.C., et coll.

1987 « DSM-III Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders », *Arch. Gen. Psychiatry,* vol. 44, p. 69-76.

Bauer, D.H.

1976 « An exploratory study of developmental changes in children’s fears », *J. Child Psychol. Psychiatry*,vol. 17, p. 69-74.

Beidel, D.C.

1991 « Social phobia and overanxious disorder in schoolage children », *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* vol. 30, n° 4, p. 545-552.

Beidel, C.C., et Morris, L.M.

1993 « Avoidant disorders of childhood and social phobia », *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.,* vol. 2, n° 4, p. 623-638.

Bell-Dolan, D., et Brazeal, TJ.

1993 « Separation anxiety disorder, overanxious disorder and school refusal », *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.,* vol. 2, n° 4, p. 563-580.

Bergeron, I., Breton, J.J., et Valla, J.P.

1993 « Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes : faits saillants », Bibliothèque nationale, p. 11-13.

Bowlby, J.

1978 *Attachement et perte,* Paris, PUF.

Chess, S., et Thomas, A.

1984 *Origins and Evolution of Behavior Disorders from Infancy to Early Adult Life,* New York, Brunner/ Mazel.

Couvreur, C.

1993 « Introduction aux écrits de Freud sur la névrose obsessionnelle », *La névrose obsessionnelle,* monographie de la *Revue française de psychanalyse,* p. 19-30.

Cramer, B.

1974 « Interventions thérapeutiques brèves avec parents et enfants », *Psychiatr. Enfant,* vol. 17, n° 1, p. 53- 117.

Flament, M.F., et coll.

1988 « Obsessive compulsive disorder in adolescence : An epidemiological study », *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* vol. 27, p. 764-771.

Francis, G., et coll.

1992 « Avoidant disorders and social phobia in children and adolescents », *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* vol. 31, n° 16, p. 1086-1089.

Francis, G., Last, C.G., et Strauss, C.C.

1987 « Expressions of separation anxiety disorder. The roles of age and gender », *Child Psychiatry Hum. Dev.,* vol. 18, p. 82-89.

Freud, A.

1965 *Le normal et le pathologique chez l’enfant*, Paris, Gallimard.

Freud, S.

1926 *Inhibition, symptôme et angoisse,* Paris, PUF, 1951.

1909a « Analyse d’une phobie chez un petit garçon de 5 ans (le petit Hans) », dans *Cinq psychanalyses*,Paris, PUF, 1967, p. 93-198.

1909b « Remarques sur un cas de névrose obsessionnelle, l’homme aux rats », dans *Cinq psychanalyses,* Paris, PUF, 1967, p. 199-261.

Fyer, A.J.

1993 « Heritability of social anxiety : A brief review », *J.* *Clin. Psychiatry,* vol. 54, suppl. 12, p. 10-12.

Garland, J., et Smith, D.A.

1990 « Panic disorder on a child psychiatric consultation service », *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* vol. 29, n° 5, p. 785-788.

[1101]

Green, B.L., et coll.

1991 « Children and disaster : Age, gender and parental effects on PTSD symptoms », *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* vol. 30, n° 6, p. 945-949.

Hompe, E., et coll.

1973 « Phobie children one and two years posttreatment », *J. Abnorm. Psychol.,* vol. 82, n° 3, p. 446-453.

Johnson, A.M., et coll.

1941 « School phobia », *Am. J. Orthopsychiatry,* vol. 11, p 702-711.

Kaplan, H.I., Sadock, B.J., et Grebb, J.A.

1994 *Synopsis of Psychiatry : Behavioral Sciences and Clinical Psychiatry,* Baltimore, Williams & Wilkins.

Kashani, J.H., et Orvashel, H.

1990 « A community study of anxiety in children and adolescents », *Am*. *J. Psychiatry,* vol. 147, p. 313-318.

Klein, M.

1924 « Une névrose obsessionnelle chez une fillette de six ans », dans *La psychanalyse des enfants,* Paris, PUF, 1969, p. 47-69.

LAST, C.G., et coll.

1992 « DSM III-R anxiety disorders in children : Socio-demographic and clinical characteristics », *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 31, n° 6, p. 1070-1076.

1987 « Psychiatric illness in the mothers of anxious children », *Am*. *J. Psychiatry,* vol. 144, n° 12, p. 1580-1583.

Lenane, M.C., et coll.

1990 « Psychiatric disorders in first degree relatives of children and adolescents with obsessive compulsive disorder », *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*,vol. 29, n° 1, p. 407-412.

McGuffin, P., et Mawson, D.

1980 « Obsessive compulsive neurosis : Two identical twin pairs », *Br. J. Psychiatry,* vol. 137, p. 285-287.

McLeer, S.V., et coll.

1988 « Post-traumatic stress disorder and sexually abused children », J. *Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,*vol. 27, n° 5, p. 650-654.

Martini, D.R., et coll.

1990 « Psychiatric sequelae after traumatic injury : The Pittsburgh regatta accident », *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* vol. 29, n° 1, p. 70-75.

Moreau, D., et Follett, C.

1993 « Panic disorder in children and adolescents », *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.,* vol. 2, n° 4, p. 581- 602.

Mouren-Siméoni, M.C., et coll.

1993 *Troubles anxieux de l’enfant et de l’adolescent*, Paris, Maloine.

Schwarz, E.D., et Kowalski, J.M.

1991 « Malignant memories : PTSD in children and adults after a school shooting », *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* vol. 30, n° 6, p. 936-944.

SlLVERMAN, W.K., et coll.

1988 « The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children », *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* vol. 27, n° 6, p. 772-778.

SlLVERMAN, W.K., et RABIAN, B.

1993 « Simple phobias », *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.,* vol. 2, n° 4, p. 603-622.

Spitz, R.a.

1965 *De la naissance à la parole*, Paris, PUF.

Strauss, C.C., et coll.

1988 « Overanxious disorder : An examination of developmental differences », *J. Abnorm. Child Psychol.,* vol. 16, n° 4, p. 433-443.

Swedo, S.E., et coll.

1989 « Obsessive compulsive disorders in children and adolescents : Clinical phenomenology of 70 consecutive cases », Arch. Gen. *Psychiatr.,* vol. 46, p. 518- 523.

Swedo, S.E., et Rapoport, J.L.

1990 « Neurochemical and neuroendocrine considerations of obsessive compulsive disorders in childhood », dans S.I. Deutsch, A. Weizman et R. Weizman (sous la dir. de), *Application of Basic Neuroscience to Child Psychiatry,* New York, Plenum, p. 275-284.

Terr, L.C.

1981 « Psychic trauma in children : Observations following the Chowchilla school-bus kidnapping », *Am*. *J. Psychiatry,* vol. 138, n° 1, p. 14-18.

Torgersen, S.

1979 « The nature and origin of common phobie fears », *Br. J. Psychiatry,* vol. 134, p. 343-351.

WOLPE, J.

1958 *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition,* Stanford (Calif.), Stanford University Press.

World Health Organization

1993 *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Diagnostic Criteria for Research*, Genève, World Health Organization ; trad. française *Classification internationale des maladies,* 10e révision. Chapitre V (F) *: Troubles mentaux et troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherch*e*,* Paris, Organisation Mondiale de la Santé et Masson.

Yule, W., et coll.

1990 « The “Jupiter” sinking : Effects on children’s fears, depression and anxiety », *J. Child Psychol. Psychiatry,* vol. 31, n° 7, p. 1051-1061.

[1102]

TROISIÈME PARTIE  
Spécialités psychiatriques

PÉDOPSYCHIATRIE

Chapitre 40

PSYCHOSES  
ET DÉPRESSIONS

[Retour à la table des matières](#tdm)

Nagy Charles Bedwani, M.D., F.R.CP.C.

Pédopsychiatre au Centre des adolescents du Pavillon Albert-Prévost de l’Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

Professeur adjoint de clinique au Département de psychiatrie de l’Université de Montréal

[1103]

**PLAN**

40.1. Psychose chez l’enfant et l’adolescent

40.1.1 Expérience psychotique

40.1.2 Trouble psychotique bref

• *Tableau clinique* • *Diagnostic différentiel*  • *Traitement*

40.1.3 Psychose toxique • Tableau clinique • Diagnostic différentiel • Traitement

40.1.4 Schizophrénie

*• Facteurs de risque et de vulnérabilité • Tableau clinique* • *Diagnostic différentiel • Traitement • Évolution*

40.1.5 Devenir des « psychoses infantiles » à l’adolescence

40.2 Dépression chez l’enfant et l’adolescent

40.2.1 Dépression et pertes : facteurs de risque

40.2.2 Trouble dépressif majeur

• *Épidémiologie* • *Tableau clinique* • *Recherche de marqueurs neurobiologiques* • *Démarche diagnostique • Diagnostic différentiel* • *Traitement • Évolution et pronostic*

40.2.3 Troubles bipolaires

• *Tableau clinique* • *Traitement*

40.3 Suicide chez les enfants et les adolescents

40.3.1 Épidémiologie et facteurs de risque

40.3.2 Psychodynamique du suicide

40.3.3 Évaluation du risque suicidaire

40.3.4 Intervention auprès du jeune suicidaire

Bibliographie

Lectures complémentaires

[1104]

Les troubles psychotiques et les troubles de l’humeur occupent un champ prépondérant en psychiatrie. Ces dernières années ont été passablement fertiles en ce qui concerne l’approfondissement de la connaissance et le traitement de ces troubles. Les recherches biologique, génétique et pharmacologique ont tout particulièrement permis de répondre à plusieurs questions relatives à leur étiologie et à leur pathophysiologie, ouvrant ainsi la voie à une thérapeutique prometteuse.

Lorsque ces troubles surviennent durant l’enfance ou l’adolescence, ils présentent certaines particularités diagnostiques et thérapeutiques. Le développement de l’enfant et de l’adolescent implique de profonds changements sur les plans biologique, psychologique et social. Les transformations qui s’opèrent dans chacune de ces sphères auront des répercussions sur les autres, favorisant ainsi l’évolution vers la maturité. L’apparition d’une pathologie alors que le processus de développement est en cours influera sur celui-ci et vice versa. En conséquence, s’il est vrai que la psychose ou la dépression perturbera le développement du jeune, il est tout aussi certain que les forces vives qui l’habitent sont des leviers puissants qui faciliteront son rétablissement. De même, les symptômes seront influencés par le processus de développement, parfois atténués et parfois exacerbés par celui-ci. Enfin, toute approche thérapeutique devra tenir compte des dimensions psychosociales, même si l’origine de ces troubles comporte de plus en plus clairement un aspect biologique.

40.1. PSYCHOSE CHEZ L’ENFANT  
ET L’ADOLESCENT

40.1.1. Expérience psychotique

Indépendamment de ses causes, de ses formes et du pronostic, l’expérience psychotique demeure bouleversante. Que la rupture avec la réalité se fasse de façon insidieuse ou aiguë, elle a des répercussions profondes sur le vécu affectif et social du jeune et de son entourage. Le raptus traduit une fragilité, temporaire ou permanente, avec laquelle il faudra dorénavant composer.

Le jeune éprouve un sentiment *d’inquiétante étrangeté* qui l’isole de son entourage et de ses pairs à une période de sa vie où l’appartenance à un groupe est cruciale pour l’établissement de son identité. Même en rémission, alors qu’il tentera le plus souvent d’oublier, voire de nier, cette expérience, celle-ci ne cessera de l’inquiéter. Pour leur part, les parents se sentent désemparés. Ils remettent souvent en question leur rôle, leurs méthodes éducatives, et sont préoccupés par le diagnostic et le pronostic. C’est en gardant tout cela à l’esprit que le pédopsychiatre entamera une démarche clinique à la fois longue, ardue et rigoureuse et accompagnera le patient et ses proches en leur apportant le soutien et l’éclairage appropriés, au fur et à mesure que le processus évolue et que la situation se précise.

Dans les faits, l’épisode psychotique chez l’adolescent n’est pas toujours, fort heureusement, synonyme de maladie grave et persistante. S’il s’agit d’un trouble psychotique bref (bouffée délirante) ou d’une psychose toxique, l’affection se résorbe assez rapidement sans laisser trop de séquelles, ce qui n’est généralement pas le cas avec un trouble schizophréniforme ou schizo-affectif. Toutefois, le tableau clinique de la phase aiguë de ces différentes pathologies est difficile à différencier, et toute tentative diagnostique ou pronostique hâtive peut s’avérer imprudente. Le fonctionnement antérieur, la durée de l’épisode, la qualité de la rémission et, bien sûr, la présence ou l’absence de rechutes sont déterminants dans l’établissement d’un diagnostic précis.

40.1.2. Trouble psychotique bref [[12]](#footnote-12)

Tableau clinique

Le trouble psychotique bref survient durant l’adolescence comme un orage dans un ciel bleu, généralement à la suite d’un stress important : rupture amoureuse, panique homosexuelle, rituels d’initiation aux études collégiales, séances de spiritisme, etc. La rémission est totale à l’intérieur de quelques semaines.

La désorganisation est impressionnante : l’adolescent est agité, souvent agressif, et adopte des comportements bizarres (alimentation et tenue vestimentaire peu habituelles, exaltation, etc.). Il tient des propos [1105] délirants de nature religieuse, sexuelle ou ésotérique, généralement en relation avec la situation stressante. Les hallucinations auditives, visuelles ou somatiques, de même que les phénomènes de dépersonnalisation, sont fréquentes.

Diagnostic différentiel

Afin d’éliminer la possibilité d’une psychose toxique, il faut vérifier s’il y a eu consommation de drogues : les adolescents peuvent en minimiser l’usage ou le nier. Un fonctionnement antérieur normal, l’absence d’antécédents familiaux, une durée brève ainsi qu’une rémission complète et sans rechute confirment le diagnostic et aident à différencier le trouble psychotique bref d’un trouble schizophréniforme, schizo-affectif ou d’un premier épisode maniaque.

Traitement

Le jeune pourra bénéficier d’une hospitalisation. Une médication neuroleptique est indiquée afin de juguler la désorganisation. Elle devrait être peu à peu réduite, puis interrompue dans les semaines suivant la rémission complète. Les événements stressants doivent être réévalués. Le contexte dans lequel ils sont survenus est examiné avec le jeune et ses proches. Une psychothérapie est parfois nécessaire.

40.1.3. Psychose toxique [[13]](#footnote-13)

Tableau clinique

Le tableau clinique de la psychose toxique est assez semblable à celui du trouble psychotique bref. La consommation de drogues hallucinogènes (LSD, mescaline, psilocybine, etc.) provoque des phénomènes hallucinatoires, surtout de nature visuelle, des synesthésies, ainsi que des distorsions perceptives. Les excitants du système nerveux central (cocaïne, crack, amphétamine, etc.) donnent généralement lieu à des comportements agressifs, une excitation maniaque et des idéations paranoïdes. La cocaïne causerait en outre des hallucinations tactiles (Jaffe, 1980). La consommation de phencyclidine (PCP) ou de ses dérivés est aussi accompagnée de comportements impulsifs, d’agressivité et d’agitation psychomotrice. Les états psychotiques dus aux amphétamines, à la cocaïne et aux PCP et dérivés peuvent être assez longs à se résorber, même si le patient a cessé de consommer ces substances et qu’il prend des doses appropriées de neuroleptiques. Les dérivés du cannabis peuvent causer des états de dépersonnalisation, de déréalisation et des hallucinations, en plus de provoquer un état apathique connu sous le nom de syndrome amotivationnel. L’inhalation de substances toxiques (solvants, colle, gaz butane, etc.) entraîne une dépression aiguë du système nerveux central et des distorsions visuelles et peut laisser des séquelles organiques permanentes.

Diagnostic différentiel

L’histoire de la consommation de drogues dans les jours précédant l’épisode ainsi qu’un dosage, dans l’urine, des substances toxiques ou de leurs métabolites aident à confirmer le diagnostic. Il est toutefois important de retenir que l’abus d’une substance n’élimine pas automatiquement d’autres causes possibles de décompensation. En effet, beaucoup de jeunes en phase prodromique de schizophrénie peuvent consommer des drogues comme automédication pour atténuer les angoisses qui les envahissent, ou simplement dans le but de se rapprocher de leurs pairs (Unis et McClellan, 1993).

Traitement

L’administration de neuroleptiques est nécessaire dans les cas de désorganisation majeure. Toutefois, les phénothiazines peuvent occasionnellement exacerber les symptômes psychotiques causés par certaines substances hallucinogènes (Hollister, 1982 ; Madden, 1979). Il faudra aussi veiller à ce que l’adolescent s’abstienne de toute consommation de drogues illicites durant son traitement. Une fois l’épisode contrôlé, il devra être sensibilisé aux effets nocifs de celles-ci. La crainte suscitée par l’accès psychotique peut avoir un effet dissuasif, mais elle ne suffit pas à elle seule à empêcher les récidives. Le contexte social, s’il demeure inchangé (tensions familiales, mauvaises fréquentations, etc.), peut vite recréer les conditions propices à une récidive. Si une tendance à l’abus marquée est [1106] décelée, le jeune aurait tout avantage à se faire aider par des centres spécialisés en toxicomanie juvénile.

40.1.4. Schizophrénie [[14]](#footnote-14)

Facteurs de risque et de vulnérabilité

De nombreuses études longitudinales ont été réalisées dans le but de déterminer les facteurs de risque précoces et tardifs de la schizophrénie (entre autres, Chapman et Chapman, 1987 ; Erlenmeyer-Kimling et coll., 1987 ; Tienari et coll., 1987).

Le risque pour un enfant de développer une schizophrénie est de 10% si un des parents est schizophrène et de 50% si les deux parents le sont. Les complications prénatales et obstétricales (Murray et coll., 1992) ainsi que le syndrome grippal au cours du deuxième trimestre de grossesse (Adams et coll., 1993 ; Kunugi et coll., 1995) sont aujourd’hui reconnus comme facteurs potentiels de risque. Certains des déficits neuro-intégratifs décelés chez des jeunes enfants le sont aussi. Parmi ceux-ci, notons les déficits moteurs et visuomoteurs (théorie de la « pandysmaturation ») [Fish, 1987], le déficit de l’attention (Marius et coll., 1987) et la mauvaise coordination motrice (Mednick et Silverston, 1988). Parmi les facteurs psychosociaux, si les séparations précoces et les institutionnalisations ne semblent pas augmenter le risque, en revanche, le dysfonctionnement familial ou institutionnel a accru le risque chez les jeunes ayant des antécédents familiaux connus de schizophrénie.

Olin et Mednick (1996) rapportent que les instituteurs ont une évaluation assez fiable des signes révélateurs d’un prodrome schizophrénique à l’adolescence ; parmi les traits de personnalité et les comportements précurseurs, ils notent la labilité émotive, l’anxiété sociale, le retrait, la passivité, l’émoussement de l’affect et les comportements bizarres (excentricité, méfiance, superstition, etc.). De plus, les garçons à risque présentent plus de troubles des conduites que les filles.

Tableau clinique

La schizophrénie débute généralement dans la vingtaine. Cependant, il n’est pas rare qu’elle survienne durant l’adolescence et parfois même durant l’enfance (Loranger, 1984). Russell, Bott et Sammon (1989) rapportent le cas d’un enfant âgé de quatre ans et neuf mois. Werry (1992) suggère que la schizophrénie qui débute avant l’âge de 18 ans soit nommée schizophrénie précoce (early onset schizophrenia) et que celle qui débute avant l’âge de 13 ans soit appelée schizophrénie très précoce (yery early onset schizophrenia). En plus d’avoir une valeur pronostique, cette différenciation rappelle que la schizophrénie chez le jeune enfant se distingue de l’autisme et des troubles envahissants du développement en général.

Le plus souvent, la schizophrénie débute insidieusement par une phase prodromique ; plus rarement, elle s’enclenche d’emblée sur un mode aigu (Asarnow et Ben-Meir, 1988). Dans la phase prodromique, le jeune se désintéresse progressivement de presque toutes les sphères d’activité : son rendement scolaire décline, il délaisse la plupart de ses amis et abandonne ses centres d’intérêt. Il se retire de plus en plus, communique de moins en moins, devient passif et comme absorbé par son monde intérieur. Il se sent envahi par une angoisse morcelante et par un sentiment d’étrangeté. Bien que son affect puisse déjà être émoussé et lui donner une fausse impression d’indolence, il appréhende néanmoins douloureusement un effondrement imminent. Cela l’amène à penser à des solutions qui pourraient le soulager temporairement : consommation de drogues, ésotérisme, ascèse, adhésion à une secte, projets pseudo-scientifiques, etc. Le suicide est souvent envisagé et parfois réalisé. La phase aiguë survient alors comme une libération ou une exaltation. Le délire donne un sens au chaos intérieur. Les hallucinations, le plus souvent auditives, lui dicteront la voie à suivre qui, étant toujours déraisonnable, le conduit à accomplir des gestes incohérents de gravité variable, pouvant aller d’un banal rasage de crâne jusqu’au suicide ou à l’homicide. Cette pensée perturbée perd rapidement sa valeur libératrice et est remplacée par des sentiments d’effroi, de persécution et d’effondrement.

Tout comme chez l’adulte, la phase aiguë peut comporter une perturbation du cours de la pensée (« tangentialité », blocages) et de son contenu (hallucinations, vol et transmission de la pensée) [voir le tome I, tableau 10.2, p. 260-261]. Les délires systématisés et la catatonie sont plutôt rares (Green et coll., 1992). Russell, Bott et Sammon (1989) rapportent que [1107] les principaux symptômes signalés chez des enfants atteints âgés de 13 ans et moins sont les suivants :

- hallucinations auditives (80% des cas) ;

- hallucinations visuelles (13%) ;

- troubles de l’affect (74%) ;

- délires (63%) ;

- troubles de la pensée (40%).

Ces données concordent avec les résultats des études de Green et coll. (1984), de Kolvin et coll. (1971) et de Volkmar et coll. (1988).

Le trouble de la pensée (pensée illogique, relâchement des associations, etc.) est de plus en plus systématiquement étudié chez les jeunes schizophrènes au moyen d’échelles spécifiques telle la K-FTDS (Kiddie Formai Thought Disorder Rating Scale) et de tests neuropsychologiques qui différencient de plus en plus la schizophrénie très précoce des troubles envahissants du développement (Caplan, 1994).

La schizophrénie chez l’adolescent se présente dans toutes ses formes classiques : forme paranoïde, forme catatonique et forme désorganisée. Cette dernière, nommée antérieurement hébéphrénie (du grec hébé, « jeunesse »), est reconnue pour son début précoce. Elle se caractérise par une désorganisation majeure et une régression des plus profondes (automutilations, coprophagie, désinhibition sexuelle, etc.). De pronostic sombre, elle demeure fort heureusement assez rare. Elle peut se confondre facilement avec les troubles envahissants du développement.

Diagnostic différentiel

Lorsqu’il s’agit d’un premier, voire d’un deuxième, épisode survenant durant l’adolescence, le diagnostic doit être posé avec réserve et prudence. Durant la phase aiguë, le tableau clinique est sensiblement identique à celui du trouble psychotique bref et de la psychose toxique. Le trouble schizo-affectif se distingue par la présence de symptômes maniaques (euphorie, agitation, logorrhée) se manifestant durant ou après la phase aiguë. Le retrait et le désinvestissement caractérisant la forme insidieuse de la schizophrénie peuvent porter à la confondre avec une dépression majeure ou avec un trouble de la personnalité de type schizoïde. De plus, certains troubles de la personnalité de type limite (borderline) ou schizotypique peuvent débuter à l’adolescence. Souvent, ces jeunes aux comportements excentriques ont une pensée magique, montrent des signes de dépersonnalisation et ont des hallucinations passagères, symptômes qui peuvent être assimilés à ceux de la schizophrénie. Enfin, le diagnostic différentiel doit aussi se faire avec certaines autres affections, par exemple une dépression majeure d’intensité psychotique et une phase maniaque de trouble bipolaire, qui, les deux, s’accompagnent fréquemment d’hallucinations et de délires durant l’adolescence (Werry et McClellan, 1992), une psychose d’origine organique, un trouble envahissant du développement et un trouble délirant, lequel peut, bien que rarement, débuter vers la fin de l’adolescence.

La schizophrénie très précoce est parfois difficile à distinguer de l’autisme et des autres troubles envahissants du développement (McClellan et Werry, 1994). Le tableau de ces entités comprend des troubles caractéristiques de la communication verbale et du mode relationnel, mais pas d’hallucinations ni de délires. Contrairement à celles-ci, la schizophrénie très précoce est généralement précédée d’une période de développement normal. Le syndrome d’Asperger peut ressembler à la schizophrénie de type désorganisé, mais habituellement le langage et la pensée sont bien préservés et le patient manifeste souvent un intérêt marqué dans des sphères insolites (Szatmari, 1991).

Traitement

Le traitement du jeune schizophrène ne peut se limiter à la seule médication. Le patient et ses proches doivent être soutenus dans l’épreuve qui fera dorénavant partie de leur vie. Au moment d’un premier épisode, le patient, sa famille et le psychiatre font face aux mêmes inconnues : comment la maladie évoluera-t-elle et comment répondra-t-elle à la thérapeutique ?

Une hospitalisation est souvent indiquée : elle sécurise la famille et fournit au jeune l’encadrement et le soutien nécessaires pour endiguer les débordements de la décompensation. De plus, elle permet une observation continue et objective qui facilite grandement la démarche diagnostique et l’ajustement de la médication.

Lorsque le diagnostic de schizophrénie est bien établi, l’instauration précoce d’un traitement antipsychotique est recommandée. Tout délai indu est associé à une rémission incomplète ou retardée (Helgason, [1108] 1990 ; Loebel et Lieberman, 1992). De plus, il est démontré que la détérioration biologique est plus marquée dans les premiers épisodes (Wyatt, 1991). Bien qu’il soit encore trop tôt pour élaborer un plan de prévention primaire, une prévention secondaire amorcée aussitôt qu’un prodrome schizophrénique ou un premier épisode sont reconnus est de plus en plus préconisée. Ces programmes incluent généralement un protocole de détection précoce, des séances d’information sur la psychose, une thérapie psychosociale et la prescription d’une faible dose de neuroleptiques (Falloon et coll., 1996 ; McGorry et coll., 1996).

Dans la phase aiguë, un neuroleptique est prescrit en doses progressives jusqu’à ce qu’une certaine stabilisation soit atteinte. La dose varie de 0,5 à 9 mg/kg de chlorpromazine ou ses équivalents (voir le tome I, tableau 10.3, p. 270). La surmédication, de même que la sousmédication, est à éviter. Les effets secondaires, en particulier les effets extrapyramidaux qui peuvent survenir malgré l’ajout de procyclidine, sont mal tolérés par les adolescents. Si ces effets sont très marqués, il est indiqué soit de réduire la dose, soit de changer pour un neuroleptique d’une autre catégorie, ou d’ajouter une benzodiazépine. La stabilisation de l’état du patient nécessite dans certains cas l’essai de plus d’un neuroleptique. Il est conseillé de ne pas changer de catégorie avant d’avoir employé l’antipsychotique en doses suffisantes pendant au moins quelques semaines. Une « polypharmacie » qui contiendrait plusieurs neuroleptiques est à éviter autant que faire se peut. Dans le cas d’une absorption déficitaire des neuroleptiques oraux ou d’une non-observance du traitement, les préparations injectables sont alors recommandées (décanoate de fluphénazine, de zuclo- penthixol, d’halopéridol ou de flupenthixol).

Les antipsychotiques de la nouvelle génération (rispéridone, olanzapine, quétiapine, clozapine) commencent à être utilisés chez les adolescents. Ils ont l’avantage de causer moins d’effets secondaires, en particulier peu de dyskinésies, et d’agir plus spécifiquement sur les symptômes négatifs.

La rispéridone est prescrite à des doses variant de 2 à 6 mg par jour. Des essais effectués auprès de quelques adolescents (Quintana et Keshavan, 1995) et de deux enfants (Lykes et Cueva, 1996) sont encourageants. L’olanzapine nécessite des doses de 7,5 à 20 mg par jour ; cet antipsychotique à large spectre semble bien toléré par les adolescents, mais entraîne, dans certains cas, des gains pondéraux substantiels. La quétiapine est administrée à des doses variant de 50 à 300 mg, et ce 2 fois par jour. La clozapine est administrée aux adolescents à des doses quotidiennes de 300 à 400 mg (Birmaher et coll., 1992). Toutefois, en raison des risques de neutropénie et d’agranulocytose, des analyses de sang régulières sont requises. La clozapine est indiquée dans les cas réfractaires aux autres antipsychotiques.

Le carbonate de lithium, la carbamazépine ou l’acide valproïque sont parfois utilisés conjointement avec les neuroleptiques dans les troubles schizo-affectifs, bien qu’il existe peu d’études concluantes à ce propos en ce qui concerne les adolescents.

Parallèlement à la médication, une thérapie de milieu peut aider le jeune à reprendre progressivement une vie normale en l’amenant à renouer avec le monde extérieur et à exploiter les forces vives existant en lui. Au fur et à mesure que son état se précise, ses parents et lui-même doivent en être informés. La non-observance du traitement étant assez fréquente chez les adolescents, le jeune doit être bien sensibilisé à la nécessité de prendre régulièrement ses médicaments et de se présenter à ses rendez-vous en externe.

Évolution et pronostic

Le degré de désorganisation ainsi que la présence prépondérante de symptômes positifs durant la phase aiguë ne sont pas déterminants au regard du pronostic. En effet, on peut trouver, dans les cas de psychose brève ou toxique, des tableaux d’une intensité égale ou supérieure. En revanche, le pronostic est plus réservé dans les cas où le début est insidieux et où persistent des symptômes résiduels, surtout négatifs (affect aplati ou émoussé, anhédonie et retrait social, apragmatisme, absence de projet de vie) [Strauss et Carpenter, 1972]. Il en est de même lorsque le début est précoce, soit avant l’âge de 13 ans (Kydd et Werry, 1982). Eggers (1978), qui a mené une étude longitudinale sur 20 ans, rapporte que, parmi 57 enfants schizophrènes chez qui la maladie a débuté avant l’âge de 14 ans :

- 20% ont connu une rémission complète et permanente ;

- 30% sont parvenus à un ajustement fonctionnel acceptable ;

[1109]

- 50% ont fait des rechutes et ont connu des rémissions incomplètes.

Compte tenu de l’imprévisibilité du cours, le DSM-IV recommande d’éviter de poser un diagnostic de schizophrénie dans le cas d’un premier épisode totalement résolu en moins de deux mois. Un diagnostic de trouble schizophréniforme est plutôt suggéré.

40.1.5. Devenir  
des « psychoses infantiles »  
à l’adolescence [[15]](#footnote-15)

Longtemps considérés comme des « psychoses infantiles », l’autisme et les autres troubles envahissants du développement peuvent être parfois difficiles à différencier de la schizophrénie, surtout si celle-ci survient précocement. L’autisme et les autres troubles envahissants du développement ont tendance à se stabiliser et à revêtir un caractère chronique ou déficitaire à l’adolescence. Certains de ces jeunes évoluent de façon favorable et réalisent, à la fin de l’adolescence, une adaptation sociale acceptable, alors que d’autres font face à de nouvelles difficultés. Chez ces derniers, des comportements déviants, jusque-là tolérés par leur milieu, risquent d’être moins bien acceptés, surtout lorsque ces jeunes atteignent une taille adulte et que certains de leurs gestes prennent une allure agressive. L’emploi de neuroleptiques peut alors être utile. Des essais de traitement par la rispéridone ont été récemment rapportés (Demb, 1996 ; Mc Douglas et coll., 1995). La candeur de ces jeunes face à leur sexualité (p. ex., désinhibition, avances maladroites, etc.) peut aussi les amener à des affrontements. Des crises convulsives font souvent leur apparition à l’adolescence. Enfin, certains de ces enfants, qui étaient hyperactifs jusqu’à leur puberté, deviennent alors apathiques et démotivés (Rutter, Greenfield et Lockyer, 1967). L’ensemble de ces changements et perturbations peut influer sur les capacités de prise en charge de leur milieu naturel et requérir, pour certains d’entre eux, le placement temporaire ou définitif, soit en milieu institutionnel, en foyer ou en famille d’accueil.

40.2. DÉPRESSION CHEZ L’ENFANT  
ET L’ADOLESCENT

40.2.1. Dépression et pertes :  
facteurs de risque

Reconnue comme maladie depuis l’Antiquité (la mélancolie d’Hippocrate), la dépression reste néanmoins associée, dans la mémoire collective, aux misères et vicissitudes de la condition humaine, et plus particulièrement aux deuils et aux pertes inévitables que la vie nous fait éprouver. Les contributions d’Abraham en 1911 et de Freud en 1917 furent déterminantes dans le maintien d’un lien causal entre perte et dépression. « C’est ainsi, écrit Freud dans “Deuil et mélancolie”, que la perte de l’objet s’est transformée en une perte du Moi... » (Freud, 1917, p. 158) : la mélancolie se pose ici comme l’aboutissement d’un processus pathologique.

Tout en reconnaissant l’importance de la perte en tant que facteur déclenchant éventuel de la dépression, la psychiatrie contemporaine ne lui en reconnaît pas l’exclusivité. Les personnes qui présentent un risque génétique élevé sont plus vulnérables aux vicissitudes et contrariétés de la vie que celles chez qui le risque génétique est plus faible (Kendler, 1995).

Depuis la description classique de Spitz (Spitz et Wolf, 1946) de la dépression anaclitique, un syndrome qui survient chez le nourrisson privé brusquement de sa mère, la pédopsychiatrie s’est beaucoup intéressée au phénomène d’attachement mère-enfant ainsi qu’aux réactions à la séparation, comme en font preuve notamment les travaux de Bowlby (1960). Selon cet auteur, à partir de l’âge de huit mois, un nourrisson temporairement séparé de sa mère passerait par trois phases successives : la protestation, la prostration et le détachement. Le champ de recherche englobe aussi l’étude des phénomènes de carence affective chez les enfants abandonnés ou négligés. Ces enfants peuvent en venir à entretenir des attentes affectives démesurées, auxquelles s’ajoutent des troubles des conduites, des perturbations cognitives et une altération du schéma corporel (Lemay, 1979). Toutefois, certains enfants ayant été l’objet d’une négligence grave ont quand même un développement normal. Anthony et Bertram (1987) les nomment les enfants invulnérables.

[1110]

En conclusion, quelle que soit leur vulnérabilité ou leur immunité génétique, les enfants et les adolescents demeurent particulièrement sensibles à leur environnement. L’échec scolaire, la difficulté de se faire des amis, l’instabilité de la vie conjugale des parents, l’insécurité personnelle sont autant de facteurs qui, tout comme les deuils, le divorce des parents, les ruptures amoureuses, les maladies graves ou même un déménagement, peuvent les précipiter dans une certaine « dépressivité ». Les sentiments de tristesse qui accompagnent ces situations mériteraient donc d’être distingués de la dépression proprement dite. Dans le même sens, le DSM-IV regroupe ces réactions dans l’entité « troubles de l’adaptation avec humeur dépressive ». Lorsqu’un enfant ou un adolescent sont évalués, les différents facteurs de stress doivent être rapidement décelés de façon qu’une intervention thérapeutique appropriée puisse sinon les éliminer à tout le moins en atténuer les effets.

40.2.2. Trouble dépressif majeur [[16]](#footnote-16)

Épidémiologie

Au cours des dernières années, il s’est établi un consensus reconnaissant que la dépression majeure touche aussi les enfants et les adolescents. Cette affection est diagnostiquée chez 10% des patients envoyés en pédopsychiatrie. Sa prévalence, selon Kashani et Sherman (1988), serait de :

- 0,9% chez les enfants d’âge préscolaire ;

- 1,9% chez les enfants d’âge scolaire ;

- 4,7% chez les adolescents.

Si, chez les enfants, la dépression majeure touche garçons et filles dans une proportion égale, à l’adolescence, deux fois plus de filles que de garçons en souffrent.

Tableau clinique

Contrairement aux troubles de l’adaptation avec humeur dépressive, la dépression majeure se caractérise par des symptômes précis et d’intensité marquée, et ce indépendamment de la gravité des facteurs précipitants ou de leur présence même. Les enfants et les adolescents présentent un tableau clinique assez semblable à celui des adultes (voir le tome I, tableau 11.3, p. 302-303). Toutefois, certaines différences développementales ont été observées : les signes de psychose, la mélancolie, les tendances suicidaires augmentent avec l’âge, alors que l’angoisse de séparation, les symptômes somatiques, l’anxiété et les troubles des conduites sont plus fréquents chez les plus jeunes (Kolvin et coll., 1991).

La dépression chez l’enfant et l’adolescent est typiquement « atypique ». Le jeune déprimé a une humeur labile fluctuant de l’apathie à la tristesse. Il est souvent irritable et pleure facilement. Cependant, voulant parfois se défendre de cet état, il pourrait manifester une fausse gaieté et faire toutes sortes de pitreries. Son sommeil et son appétit sont perturbés : il dort et mange peu, ou bien, passant d’un extrême à l’autre, il devient hypersomniaque et passe ses journées à manger. Son rendement scolaire est affecté à la fois par sa démotivation et par sa concentration défaillante. Il cesse d’investir dans ses centres d’intérêt et dans ses amitiés. Il se dévalorise et se forme une image négative de lui-même. Se sentant inutile, rejeté, n’ayant plus d’espoir et n’entrevoyant aucune issue, il peut ruminer des idées suicidaires et même passer à l’acte. Ce tableau classique peut être accompagné d’autres manifestations d’intensité variable, mais parfois si prépondérantes qu’elles occupent l’avant-scène au point de compliquer grandement la démarche diagnostique. La présence de troubles anxieux, d’attaques de panique, de phobie scolaire, d’obsessions, d’anorexie ou de boulimie est très fréquente. Le trouble opposition- nel et les comportements cruels ou hypocondriaques ne sont pas rares. Ces manifestations dissimulent parfois le tableau dépressif. La notion de dépression masquée était employée pour décrire ce phénomène (Cytryn et McKnew, 1974 ; Kielholz, 1973 ; Malmquist, 1975 ; Nissen, 1973). Elle a été contestée (Carlson et Cantwell, 1980 ; Mouren, 1982), et l’on préfère actuellement considérer ces manifestations comme des troubles associés. De 40% à 70% des enfants et des adolescents déprimés présentent des troubles associés (Biederman et coll., 1995), dont les plus fréquents sont :

- les troubles dysthymiques et les troubles anxieux (30% à 80%) ;

- les troubles des conduites (10% à 80%) ;

- les abus de substances (20% à 30%).

Enfin, la dépression peut atteindre un degré d’intensité que l’on qualifie de psychotique : les propos délirants, les hallucinations et la catatonie s’ajoutent alors au tableau.

[1111]

Recherche de marqueurs neurobiologiques

Les études portant sur la sécrétion du cortisol chez les enfants et les adolescents sont peu concluantes (Birmaher et coll., 1996). Par ailleurs, 43% des adolescents et 70% des prépubères déprimés ont une réaction positive à l’épreuve de freinage à la dexaméthasone (Weller et Weller, 1988). Puig-Antich (1987) rapporte une hypersécrétion de l’hormone de croissance durant le sommeil, observation qu’une étude plus récente (De Bellis et coll., 1996) n’a pas confirmée. Comme chez l’adulte, on note une hyposécrétion de l’hormone de croissance à la suite d’une hypoglycémie provoquée (Ryan et coll., 1994). Les études sur le sommeil demeurent, à ce stade-ci, peu concluantes en ce qui regarde les jeunes déprimés.

Démarche diagnostique

En vue d’établir un diagnostic de dépression majeure chez un jeune, il est important de le questionner personnellement et de ne pas s’en remettre uniquement aux observations de ses proches. Les enfants décrivent mieux que leurs parents leur souffrance intérieure (y compris leurs idéations suicidaires), alors que ces derniers sont plus fiables pour ce qui est des symptômes extérieurs (comportement, ralentissement, sommeil, appétit) [Barrett, 1991]. L’enfant d’âge préscolaire est toutefois dans l’incapacité de s’exprimer sur des données abstraites et ses références spatio-temporelles sont imprécises. Avec l’enfant plus âgé, de même qu’avec l’adolescent, il faudrait s’assurer que les mots que chacun — patient et médecin — emploie sont réciproquement bien compris. Des entrevues semi-directives, qui tiennent compte du stade de développement atteint par le jeune, ont été mises au point : le Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS) [Chambers et coll., 1985], le test modifié de Hamilton Childhood Depression Scale Revised (Poznanski et coll., 1984) et l’échelle modifiée de Beck Childhood Depression Inventory (Kovacs, 1981) s’avèrent utiles pour objectiver l’intensité de la dépression.

La démarche diagnostique demeure néanmoins complexe et ardue, et ce pour différentes raisons. Très souvent, les jeunes sont portés, sans doute à cause des mécanismes de défense à l’œuvre, à nier leur état dépressif ou à adopter des attitudes contra-dépressives. Certaines manifestations de la dépression se situent aux antipodes de la représentation populaire de cette maladie. Par exemple, l’hyperphagie, l’hypersomnie et l’agitation pourraient être interprétées comme des signes que le jeune a bon appétit, dort bien et déborde d’énergie. La dépression s’exprime aussi de différentes façons selon le stade du développement atteint. De même, le sentiment subjectif qui l’accompagne varie avec l’âge. Ainsi, chez l’enfant, la perte d’intérêt pour ses jeux ou pour la teneur symbolique de ceux-ci, et, chez l’adolescent, les comportements autodestructeurs (consommation de drogues ou d’alcool, jeux périlleux, activités sexuelles à risque, anorexie, automutilations, etc.) sont très révélateurs de leur dépression. Enfin, la forte prévalence de troubles associés à la dépression contribue à compliquer la démarche.

L’établissement d’un diagnostic de dépression chez les jeunes demande donc beaucoup de rigueur. Il faudra systématiquement vérifier la présence d’antécédents familiaux (troubles de l’humeur, psychoses, suicides) et de facteurs précipitants, s’informer sur le début des symptômes, sur leur durée, et en obtenir une description le plus précise et le plus objectivement possible. Un examen médical permettra d’éliminer les maladies physiques dont les symptômes peuvent être confondus avec ceux de la dépression : hypothyroïdie, maladie d’Addison, anémie, mononucléose, encéphalite, sida, tumeur cérébrale, sclérose en plaques, lupus érythémateux, etc.

Enfin, cette démarche gagne à être complétée par une observation et une écoute non directives. En écoutant le jeune et sa famille parler de leur vécu et en les voyant interagir, le médecin apprend beaucoup sur leur dynamique et sur l’étendue subjective de leur détresse. Chez les jeunes enfants, la teneur symbolique de leurs jeux, de leurs dessins ou de leurs rêves sera très révélatrice de leur « dépressivité ». Les tests projectifs (Thematic Apperception Test [TAT], test de Rorschach) permettront aussi d’évaluer indirectement la dimension dépressive, particulièrement dans les cas où des troubles associés (comorbidité) sont prédominants.

Diagnostic différentiel

Le trouble dysthymique se caractérise par des symptômes dépressifs plus discrets et par un cours plus fluctuant, s’étendant sur au moins un an chez les enfants et les adolescents. Dans le trouble bipolaire, des [1112] épisodes dépressifs précèdent ou suivent fréquemment des épisodes de manie ou d’hypomanie. Si la dépression majeure atteint une intensité psychotique, elle devra être distinguée des autres troubles psychotiques de l’enfance et de l’adolescence. Les troubles de l’adaptation avec humeur dépressive surviennent dans les jours ou les premiers mois suivant une situation stressante. Le jeune aura une humeur dépressive, mais ne présentera pas tous les symptômes de la dépression majeure. Enfin, la nonchalance, la passivité et la démotivation qu’on rencontre parfois chez les adolescents normaux, qui affichent ainsi leur appartenance à la Bof Génération, ne doivent pas être confondues avec les symptômes de la dépression.

Traitement

Les facteurs psychosociaux (pertes, échecs, conflits familiaux) pouvant précipiter ou perpétuer la dépression majeure devraient être rapidement mis en évidence. Une démarche visant à les corriger ou à les supprimer doit être entreprise sans délai. L’implication des parents est essentielle. La psychothérapie de soutien apporte au jeune un espace sécurisant où il peut se sentir écouté et compris, lui permettant ainsi de rebâtir son estime de soi. La thérapie cognitive peut l’aider à améliorer sa perception de lui-même et des événements. Ces mesures se révèlent souvent suffisantes pour les formes les plus légères. Une hospitalisation est indiquée pour les épisodes dépressifs les plus sévères, surtout si le risque suicidaire est élevé, si le contexte familial est inadéquat ou si la comorbidité est complexe. Dans ces cas, il est de plus en plus fréquent de prescrire des antidépresseurs une fois que le diagnostic a été bien établi. Cela implique que l’on a revu le jeune à quelques jours d’intervalle afin de confirmer la présence du tableau clinique et sa gravité. Toutefois, la réponse aux antidépresseurs tricycliques (ATC) est demeurée à ce jour peu concluante, aussi bien chez les adolescents que chez les prépubères (Ryan, 1992). Les études contrôlées, à double insu, n’ont pas démontré la supériorité des ATC par rapport à un placebo chez les enfants (Geller et coll., 1989 ; Puig-Antich et coll., 1987). Les mêmes constatations ont été faites chez les adolescents, mis à part les résultats d’une étude qui indiquent une certaine supériorité des ATC (Gittelman-Klein, 1990). Toutefois, certains sont d’avis que leur efficacité chez les enfants s’accroîtrait s’ils étaient administrés à des taux sériques appropriés (Preskorn et coll., 1988 ; Puig-Antich et coll., 1987).

En revanche, les nouveaux inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) sont intéressants compte tenu du fait que leurs effets secondaires sont moindres et que leur létalité est inférieure en cas de surdose. Ils sont par conséquent plus sécuritaires pour les jeunes suicidaires.

Une étude importante, à double insu, comprenant 96 enfants et adolescents atteints de dépression majeure, a démontré sans équivoque la supériorité de la fluoxétine (56%) sur un placebo (33%) à partir de la cinquième semaine de traitement (Emslie, 1997).

Ambrosini et coll. (1995) recommandent l’utilisation des ISRS comme premier choix pour le traitement des adolescents dépressifs (p. ex., fluoxétine, 20 mg dit ; sertraline, de 100 à 200 mg par jour), et ce pour une période de 8 à 10 semaines. Si la réponse est favorable, le traitement est poursuivi pendant six mois. En cas de non-réponse, ils suggèrent de vérifier le niveau sérique et de le réajuster si nécessaire avant de passer à un autre ISRS ou à un ATC. Plusieurs cas de mort subite ayant été signalés chez des enfants à la suite de l’emploi de la désipramine, elle est contre-indiquée pour ceux-ci (Popper et Zimnitzky, 1995). Un électrocardiogramme est recommandé avant de débuter tout traitement par un tricyclique. L’imipramine ou la clomipramine sont suggérées à des doses de 1,5 mg/kg par jour pouvant être augmentées jusqu’à 5 mg/kg par jour pour les enfants et de 75 mg à 100 mg par jour pour les adolescents. Le traitement est poursuivi pendant 8 à 10 semaines. Si la réponse est insatisfaisante, une potentialisation au moyen de lithium ou de triidothyronine (T3) est à considérer avant d’envisager d’autres solutions (autres ISRS, ATC, inhibiteurs de la monoamine-oxydase [IMAO] ou, très exceptionnellement [Moise et Petrides, 1996], l’électroconvulsivothérapie).

Évolution et pronostic

La dépression majeure débute souvent de façon subaiguë et dure, si elle n’est pas traitée, six mois ou plus. Elle peut être récurrente. Ce syndrome est considéré comme sérieux autant par la souffrance subjective et l’incapacité temporaire, partielle ou totale de fonctionnement qu’il cause que par le très haut risque de suicide qu’il comporte. Dans environ 20% des cas, la [1113] dépression majeure chez les adolescents évolue par la suite vers un trouble bipolaire. Les jeunes patients déprimés qui ont une histoire familiale de troubles bipolaires et chez qui le tableau clinique est fortement marqué par un ralentissement psychomoteur, des symptômes psychotiques et une hypomanie induite par un antidépresseur sont plus susceptibles de développer un trouble bipolaire I, alors que les dépressions atypiques et saisonnières, la labilité de l’humeur, les abus de substances et les troubles des conduites sont plus associés au trouble bipolaire II (Akiskal et coll., 1995).

40.2.3. Troubles bipolaires [[17]](#footnote-17)

Tableau clinique

Le trouble bipolaire est diagnostiqué de plus en plus fréquemment chez les adolescents, mais de façon toujours sporadique chez les prépubères. Sa prévalence chez les adolescents est de 0,6% (Carlson et Kashani, 1988).

Le tableau clinique est semblable à celui qu’on trouve chez l’adulte. Cependant, durant l’épisode maniaque, les idées délirantes et les hallucinations pouvant l’accompagner sont plus fréquentes et peuvent amener à le confondre avec une psychose aiguë d’origine schizophrénique, schizo-affective ou toxique (amphétamines, cocaïne, sympathomimétiques, isoniazide, etc.). La maladie bipolaire de l’adolescent peut aussi être confondue avec le déficit de l’attention, surtout s’il est accompagné d’hyperactivité, et avec certaines maladies physiques (hyperthyroïdie, tumeur cérébrale, traumatisme crânien, sclérose en plaques, etc.).

Traitement

En phase aiguë, une hospitalisation est souhaitable. L’administration d’un neuroleptique incisif ou d’un antipsychotique de la nouvelle génération (p. ex., rispéridone) permet de limiter la désorganisation. Le carbonate de lithium demeure le traitement de choix si le diagnostic est bien établi, surtout lorsque surviennent des récidives. Les enfants et les adolescents tolèrent généralement assez bien le lithium. Ils peuvent cependant se plaindre d’un gain pondéral ou d’une exacerbation de leur acné. Il est administré à raison de 15 à 25 mg/kg par jour, et le taux sérique thérapeutique doit se situer entre 0,6 et 1,2 mÉq. Lorsque le lithium est inefficace, la carbamazépine ou l’acide valproïque peuvent être des substituts ou des potentialisateurs utiles. La dose quotidienne de carbamazépine requise est de 15 à 30 mg/kg. Il est nécessaire de procéder à des analyses de sang aux deux semaines pendant les trois premiers mois pour éviter tout risque de dyscrasie sanguine (anémie arégénérative [aplasic anémia], agranulocytose, leucopénie et thrombocytopénie surviennent occasionnellement). L’acide valproïque à raison de 25 à 60 mg/kg par jour serait aussi un substitut efficace chez les adolescents (Papatheodorou et coll., 1995). À cause d’un risque d’intoxication hépatique, des bilans hépatiques réguliers s’imposent. Le clonazépam à des doses de 0,03 à 0,1 mg/kg par jour peut être utile dans la phase aiguë pour obtenir un effet calmant. Il présente cependant un risque de tolérance et de dépendance ; après un traitement prolongé, il faut donc réduire la posologie très graduellement (sur une période d’environ 3 mois) [Carlson et Kashani, 1988].

Au moment d’un premier épisode, il convient de se demander s’il est nécessaire de poursuivre le traitement au-delà de la phase aiguë et pendant combien de temps. Il est actuellement reconnu que 90% des patients ayant eu un épisode maniaque feront des rechutes. Il est donc conseillé, en présence d’un premier épisode chez l’adolescent, de maintenir l’emploi du stabilisateur de l’humeur pendant un an après la rémission complète. Par la suite, on peut interrompre le traitement tout en poursuivant le suivi. En cas de rechute, l’emploi du lithium ou d’un substitut ne devrait plus être cessé.

40.3. SUICIDE CHEZ LES ENFANTS  
ET LES ADOLESCENTS [[18]](#footnote-18)

40.3.1. Épidémiologie  
et facteurs de risque

Ces dernières décennies, on a enregistré, dans le monde occidental, une progression marquée du taux de suicide chez les adolescents. Au Québec, chez les 15-19 ans, le taux a doublé en 15 ans : de 9,8 pour [1114] 100 000 en 1980, il passe à 17,9 pour 100 000 en 1990 (Bouchard et coll., 1991) et à 20,7 pour 100 000 en 1996, comparativement à 11,5 pour 100 000 pour la moyenne canadienne (Breton, 1999). Chez les 5-14 ans, tout en demeurant bas (0,8 pour 100 000), le taux est aussi en progression. En France, le taux est de 11,7 pour 100 000 chez les 15-24 ans (Organisation Mondiale de la Santé, 1995). Les causes de cet accroissement demeurent hypothétiques, mais l’ampleur du phénomène est telle qu’il constitue une préoccupation clinique de premier ordre pour tout intervenant travaillant auprès des jeunes. Le suicide constitue la deuxième cause de décès, après les accidents, chez les 15-19 ans. Les jeunes sont très sensibles à un ensemble de facteurs psychosociaux qu’on soupçonne de contribuer à la hausse du taux de suicide, les plus souvent mentionnés étant : le relâchement des liens familiaux, le remplacement des valeurs spirituelles par des valeurs matérielles, la multiplication de modèles identificatoires discutables, la banalisation de la violence dans les médias, l’idéalisation du suicide par certains groupes heavy metal, l’incapacité de persévérer en vue d’atteindre un but et l’insécurité engendrée par un avenir incertain.

Toutefois, ces hypothèses psychosociales sont difficiles à vérifier et ne semblent pas ressortir de façon prépondérante dans les autopsies psychologiques et les études longitudinales réalisées durant la décennie 1990. Dans une revue de celles-ci, Brent (1995) estime que plus de 90% des adolescents suicidés présentaient des problèmes psychiatriques : dépression et troubles affectifs, abus de substances psychoactives et d’alcool, troubles des conduites et de la personnalité, troubles anxieux et schizophrénie, ainsi que des tentatives de suicide antérieures. De 5% à 10% seulement de ces jeunes ne présenteraient aucun signe de psychopathologie et leur suicide pourrait s’expliquer exclusivement par des facteurs de stress psychosociaux ou par un accès facile à une arme à feu. Les antécédents psychiatriques familiaux, les conflits parentaux, les sévices physiques et sexuels, la perte d’un être important et les démêlés avec la justice se trouvaient aussi associés avec le suicide chez les jeunes.

40.3.2. Psychodynamique du suicide

Bien qu’un suicide puisse souvent s’expliquer dans l’après-coup et que les autopsies psychologiques soient éclairantes, l’intentionnalité du geste en soi demeure mystérieuse, voire irrationnelle. La motivation est de nature essentiellement pulsionnelle lorsqu’elle se présente dans le cours d’une psychopathologie sévère (psychose, dépression majeure) [Sami, 1989]. Dans ces cas, la plupart du temps, l’individu se perçoit très négativement. Dans les autres cas, la motivation serait, selon Sami (1989), de nature impulsive, le geste, en général non prémédité, étant une réponse brutale à ce que le Moi perçoit comme une perte ou un affront insoutenable. Même si la tentative de suicide faite dans de telles circonstances n’est pas fatale pour la grande majorité de ces adolescents, elle représente néanmoins un sérieux appel à l’aide et signale une fragilité potentielle de l’appareil psychique ou du milieu environnant. Dans une étude réalisée auprès de 2 850 adolescents québécois du secondaire, Pronovost et coll. (1990) rapportent que les problèmes familiaux, suivis des problèmes sentimentaux, viennent au premier rang des déclencheurs des idéations suicidaires.

D’un point de vue psychodynamique, l’adolescent est un être vulnérable et facilement séduit par l’idée de suicide : toute perte, toute rupture, tout échec ou tout changement, et l’adolescence est une période fertile en événements de ce genre, peut être vécu comme une blessure narcissique importante, réactivant des mécanismes de défense archaïques et omnipotents de l’idéal du Moi. Dès lors, le suicide devient le moyen absolu qui lavera tout affront. L’adolescent a tendance à s’identifier fortement à ses pairs et à ses idoles, il est très influençable. Les suicides en série des jeunes dans les écoles ou les régions sont un phénomène très fréquent qui s’explique par leur forte tendance à l’identification narcissique. Il est notoire que le suicide du chanteur Kurt Cobain a provoqué des suicides en série chez les jeunes partout dans le monde. Toutefois, au-delà des causes événementielles ou intrinsèques, les personnes suicidaires éprouvent une détresse intense et elles sont convaincues que seule la mort pourra les soulager et que le suicide est La Solution.

40.3.3. Évaluation  
du risque suicidaire [[19]](#footnote-19)

Le médecin est souvent appelé à évaluer le risque suicidaire chez des adolescents en état de crise. L’évaluation devrait permettre de détecter l’intention suicidaire et d’en déterminer la gravité. L’examen mental devrait [1115] faire ressortir tout trouble psychiatrique sous-jacent. Les principales pistes à explorer sont les suivantes :

- Souffre-t-il ou a-t-il déjà souffert d’une affection psychiatrique comportant un haut risque suicidaire ?

- Le jeune a-t-il déjà pensé au suicide ?

- En a-t-il déjà fait part directement à son entourage (amis, éducateurs, parents) ?

- A-t-il un plan précis (quand ? où ? comment ?) ?

- A-t-il laissé des messages indirects (dons d’objets personnels, allusions vagues à une solution prochaine, lettres, etc.) ?

- A-t-il déjà attenté à sa vie ?

- Vit-il des situations particulières pouvant être considérées comme sans issue ?

- Est-il bien entouré par ses proches ou vit-il dans un contexte familial potentiellement « suicidogène » ?

- Est-il impulsif ou fragile sur le plan narcissique ?

- A-t-il, actuellement, des amis, des loisirs, des centres d’intérêt ?

- Nourrit-il des projets d’avenir ?

- Est-il attaché à des valeurs ou à des idéaux ?

- Consomme-t-il des drogues ou de l’alcool ?

- A-t-il des conduites dangereuses (consommation, activités sexuelles à risque, excès de vitesse en automobile, sports extrêmes) ?

- A-t-il des antécédents familiaux de suicide ou de troubles psychiatriques ?

Lorsque l’évaluation tend à confirmer le diagnostic, le médecin doit attaquer le problème de face avec le jeune et lui demander directement s’il a l’intention de se suicider. Si la réponse est affirmative ou ambiguë, des mesures appropriées devraient être immédiatement mises en œuvre en vue de l’aider et de le protéger.

40.3.4. Intervention  
auprès du jeune suicidaire

L’évaluation, qui se fait généralement dans un contexte de crise, doit permettre de déterminer le degré de gravité du risque suicidaire et de diagnostiquer les troubles psychiatriques associés : ces deux volets orienteront le choix des moyens d’intervention les plus appropriés. Une hospitalisation ou une observation en milieu sécuritaire sont indiquées dans tous les cas où l’idéation ou la tentative suicidaires sont jugées éminemment graves : décompensation psychotique, dépression majeure sévère, persistance d’une intention ferme de mourir, contexte événementiel tragique et sans issue immédiate, situation familiale potentiellement « suicidogène » (sévices physiques, rejet, inceste). Dans ces conditions, laisser le jeune affronter une situation fondamentalement inchangée comporte un risque élevé de le voir céder à sa pulsion de mort. Le séjour en milieu sécuritaire suspend l’action, introduit une pause dans une dynamique figée dont la seule issue semble être la mort et fournit un cadre spatio-temporel propice à l’exploration d’autres avenues.

Dans la plupart des cas, cependant, l’intervention de crise permet un déblocage sans qu’il soit nécessaire de recourir à l’hospitalisation. Au cours d’une intervention de nature essentiellement systémique, le médecin explore avec le jeune, dans un premier temps, le sens du geste et s’attarde sur la nature et l’ampleur de la souffrance sous-jacente. Cela amène à voir le suicidaire comme un être souffrant qui a essayé de trouver une solution à son mal et non comme un être exaspéré au bout de son rouleau. Cette attitude fait renaître chez le suicidaire un sentiment de compétence et lui donne la possibilité d’envisager d’autres solutions. Dans ce type d’approche, Ausloos (1990) recommande au médecin d’abandonner le rôle de connaissant qui suggère des moyens et de se considérer plutôt comme un aidant qui « demande à un partenaire compétent de lui apporter une solution [...]. [Ainsi] de passif et dépendant, le patient devient actif et compétent... ». La famille aussi est invitée, dans un second temps, à collaborer à la recherche des informations qui mèneront à la découverte d’une solution. Le médecin aura alors agi comme *catalyseur* qui favorise la résolution d’une crise en faisant appel aux forces des personnes en présence.

Cependant, il est fréquent que l’aidant naturel, tout comme certains intervenants, soit dépourvu de moyens d’intervention appropriés à la gravité de la situation. C’est le cas, notamment, lorsque le jeune suicidaire confie ses intentions à un camarade ou à un enseignant, ou téléphone, pour obtenir de l’aide, à un professionnel ou à une agence, ou encore lorsqu’il est surpris alors qu’il est sur le point d’accomplir son geste. Dans ces situations, il est souhaitable de donner au jeune toute l’écoute nécessaire, de créer la meilleure alliance possible et de lui proposer un *pacte de vie* lui demandant de s’engager à différer son geste pour permettre d’enclencher le dispositif d’aide requis.

[1116]

Une fois la crise désamorcée, le traitement des troubles psychiatriques sous-jacents devient prioritaire.

Ladame (1989) soutient qu’il n’existe vraiment pas de moyens de prévention du suicide : un dépistage de jeunes potentiellement à risque est difficile à réaliser. Il serait toutefois important que la communauté mette en œuvre un réseau d’entraide impliquant à la fois le milieu naturel (école et famille) et les professionnels de la santé mentale. À Montréal, l’organisme Suicide-Action a entrepris, dans ce sens, plusieurs démarches intéressantes dans les écoles : conférences de sensibilisation à l’intention des élèves, des enseignants et des parents ; création de groupes d’entraide et de soutien à même le milieu scolaire ; interventions de crise dans les écoles qui ont vécu des suicides récents, etc. De même, de nombreuses écoles donnent aux élèves, au début de l’année scolaire, le numéro des lignes téléphoniques spécialisées dans l’écoute active et l’intervention de crise (Suicide-Action, Tel-Aide, Tel-Jeunes, Jeunesse J’écoute, etc.). Dans ce même esprit de concertation, les médecins sont de plus en plus sensibilisés aux problèmes psychiatriques chez les jeunes. L’ensemble de ces moyens a sûrement le mérite de rompre l’isolement dans lequel peut vite se retrouver un adolescent en détresse.

Malgré tout, il reste que beaucoup de jeunes continueront, hélas, à remplir les rubriques nécrologiques sans avoir jamais fait appel aux services d’aide et que d’autres se suicideront en dépit de toutes les mesures draconiennes de surveillance : on ne vient pas à bout des pulsions de mort en les maîtrisant par des contentions. Ce n’est que par une bonne alliance thérapeutique avec un jeune suicidaire qu’il est possible de le remobiliser et de lui redonner goût à la vie.

\*  
\* \*

Cette décennie a beaucoup contribué à la mise en évidence d’un continuum entre certaines psychopathologies de l’âge adulte et certaines pathologies débutant durant l’enfance ou l’adolescence. Notamment en ce qui concerne la dépression et les psychoses, ce rapprochement facilitera la recherche clinique et fondamentale et ouvrira des perspectives de traitements dont pourront bénéficier tant les patients adultes que les patients plus jeunes. L’apparition de ces pathologies en plein processus développemental complique et enrichit à la fois leur compréhension et oblige à tenir compte des aspects psychologiques et sociaux inhérents. L’augmentation inquiétante du taux de suicide chez les jeunes est un phénomène qui ne fait que confirmer l’absolue nécessité de poursuivre la recherche bio-psycho-sociale en vue d’une meilleure intelligence de la complexité humaine.

Bibliographie

Abraham, K.

1911 « Notes on the psychoanalytical investigation and treatment of manic-depressive insanity and allied condition », dans *On Character and Libido Development*, New York, W.W. Norton, 1966, p. 15-34.

Adams,W., et coll.

1993 « Epidemiological evidence that maternai influenza contributes to the etiology of schizophrenia, an analysis of Scottish, English and Danish data », *Br. J. Psychiatry,*vol. 163, p. 522-534.

Akiskal, H.S., et coll.

1995 « Switching from unipolar to bipolar II : An 11-year prospective study on clinical and temperamental predictors in 559 patients », *Arch. Gen. Psychiatry,* vol. 52, n° 2, p. 114-123.

Ambrosini, R.C., et coll.

1995 « Selecting a sequence of antidepressants for treat- ing dépréssion in youth »,/. *Child Adolesc. Psychopharmacol.,* vol. 5, n° 4, p. 233-240.

Anthony, E.J., et Bertram, J.C. (sous la dir. de)

1987 *The Invulnerable Child,* New York, Guilford Press.

Asarnow, J.R., et Ben-Meir, S.

1988 « Children with schizophrenia spectrum and depressive disorders : A comparative study of premorbid adjustment, onset pattern and severity of impairment », *J. Child Psychol. Psychiatry,* vol. 29, n° 4, p. 477-488.

Ausloos, G.

1990 « Approche systémique du suicide à l’urgence », *Journal européen des urgences,* vol. 3, p. 127-130.

Barrett, M.L.

1991 « Diagnosing childhood depression : Who should be interviewed - parent or child ? The Newcastle Child Depression Project », *Br. J. Psychiatry,* vol. 159, suppl. 11, p. 22-27.

Biederman, J., et coll.

1995 « Psychiatric comorbidity among referred juveniles with major depression : Fact or artifact ? », *J. Am.* [1117] *Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* vol. 34, n° 5, p. 579- 590.

Birmaher, B., et coll.

1996 « Childhood and adolescent depression : A review of the past 10 years », *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* vol. 35, n° 11.

1992 « Case study : Clozapine for the treatment of adolescents with schizophrenia », *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* vol. 31, n° 1, p. 160-164.

Bouchard, C., et coll.

1991 *Rapport du groupe de travail pour les jeunes : un Québec fou de ses enfants*, Québec, Gouvernement du Québec.

Bowlby, J.

1960 « Grief and mourning in infancy and early childhood », *Psychoanal. Study Child,* vol. 15, p. 9-52.

Brent, J.

1995 « Facteurs de risque associés au suicide à l’adolescence : revue des recherches », *PRISME,* vol. 5, n° 4.

Breton, J.J.

1999 « Comment évaluer le risque suicidaire chez les jeunes ? », *Clinicien,* vol. 16, n° 10.

Caplan, R.

1994 « Thought disorder in childhood », *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* vol. 33, n° 5, p. 605-615.

Carlson, G.A., et Cantwell, D.P.

1980 « Unmasking masked depression in children and adolescents », Am. *J. Psychiatry,* vol. 137, n° 4, p. 445- 449.

Carlson, G.A., et Kashani, J.H.

1988 « Manic symptoms in a non-referred adolescent population », *J. Affect. Disord.,* vol. 15, n° 3, p. 219- 226.

Chambers, W.J., et coll.

1985 « The assessment of affective disorders in children and adolescents by semistructured interview », *Arch. Gen. Psychiatry,* vol. 42, n° 7, p. 696-702.

Chapman, L.J., et Chapman, J.P.

1987 « The search for symptoms predictive of schizophrenia », *Schizophr. Bull.,* vol. 13, n° 3, p. 497-503.

Cytryn, L., et McKnew, D.H.

1974 « Factors influencing the changing clinical expression of depressive process in children », *Am.* *J. Psychiatry,* vol. 131, n° 8, p. 879-881.

De Bellis, M.D., et coll.

1996 « Nocturnal ACTH, cortisol, growth hormone, and prolactin secretion in prepubertal depression », *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* vol. 35, n° 9, p. 1130-1138.

Demb, H.R.

1996 « Risperidone in young children with pervasive developmental disorders and other developmental disabilities », *J. Child Adolesc. Psychopharmacol.,* vol. 6, n° 1, p. 79-80.

Eggers, C.

1978 « Course and prognosis of childhood schizophrenia »*, Journal of Autism and Childhood Schizophrenia,* vol. 8, n° 1, p. 21-36.

Emslie, G.

1997 « A double-blind, placebo controlled study of fluoxetine in depressed children and adolescents », A*rch. Gen. Psychiatry,* novembre.

Erlenmeyer-Kimling, L., et coll.

1987 « Early indications in vulnerability to schizophrenia in children at highly genetic risk », dans S.B. Guze, F.J. Earls et J.E. Barrett (sous la dir. de), *Childhood Psychopathology and Development,* New York, Raven Press, p. 247-263.

Falloon, R.M., et coll.

1996 « Early detection and intervention for initial episodes of schizophrenia », *Schizophr. Bull.,* vol. 22, n° 2, p. 271-282.

Fish, B.

1987 « Infant predictions of longitudinal course of schizophrenia development », *Schizophr. Bull.,* vol. 13, n° 3, p. 395-409.

Freud, S.

1917 « Deuil et mélancolie », dans *Métapsychologie,* traduit de l’allemand par J. Laplanche et J.-B. Pontalis, Paris, Gallimard, 1968.

Geller, B., et coll.

1989 « Double blind placebo-controlled study of nortriptyline in depressed children using a fixed plasma level design », *Psychopharmacol. Bull.,* vol. 25, n° 1, p. 101-108.

Gittelman-Klein, R.

1990 « A controlled treatment study of adolescent major depression », communication présentée au Child Depression Consortium Meeting, Pittsburgh, octobre.

Green, W.H., et coll.

1992 « Schizophrenia with childhood onset : A phenomenological study of 38 cases », *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* vol. 31, n° 5, p. 968-976.

1984 « A comparison of schizophrenie and autistic children », *J. Am. Acad. Child Psychiatry,* vol. 23, p. 399- 409.

Helgason, L.

1990 « Twenty years follow-up of first psychiatrie presentation of schizophrenia. What could have been presented ? »*, Acta Psychiatr. Scand.,* vol. 81, n° 3, p. 231- 235.

Hollister, L.E.

1982 « Psychotropic drug interactions », dans S. Cohen et coll., *Frequently Prescribed and Abused Drugs : Their Indications, Efficacy and Rational Prescribing*, New York, Haworth Press, p. 7-20.

[1118]

Jaffe, J.H.

1980 « Drug addiction and drug abuse », dans A.G. Gilman, L.S. Goodman et A. Gilman (sous la dir. de), *A Pharmacological Basis of Therapeutics,* 4e éd., New York, Macmillan, p. 237-275.

Kashani, J.H., et Sherman, D.D.

1988 « Childhood depression : Epidemiology, etiological models and treatment implications », *Integrative Psychiatry,* vol. 6, n° 1, p. 1-21.

Kendler, K.S.

1995 « Genetic epidemiology in psychiatry. Taking both genes and environment seriously », *Arch*. *Gen. Psychiatry,* vol. 52, n° 11, p. 895-899.

Kielholz, P.

1973 « La dépression masquée », dans *Actes du Symposium international Saint-Moritz,* Bâle, Hans Huber Éditeur.

Kolvin, I., et coll.

1991 « The Newcastle Child Depression Project : Diagnosis and classification of depression », *Br J. Psychiatry,* vol. 159 (suppl.), p. 9-21.

1971 « Studies in the childhood psychoses II : The pheno-menology of childhood psychoses », *Br J. Psychiatry,* vol. 118, n° 545, p. 385-395.

Kovacs, M.

1981 « Rating scale to assess depression in school aged children », *Acta Paedopsychiatrica,* vol. 46, nos 5-6, p. 305-315.

Kunugi, h., et coll.

1995 « Schizophrenia foliowing in utero exposure to the 1957 influenza epidemia in Japan », *Am. J. Psychiatry,* vol. 152, n° 3, p. 450-452.

Kydd, R.R., et Werry, J.S.

1982 « Schizophrenia in children under 16 years », *J. Autism Dev. Disord.,* vol. 12, n° 4, p. 343-357.

Ladame, F.

1989 « Les tentatives de suicide des adolescents : pourquoi ? comment ? », dans H. Calgar et *coll., Adolescence et suicide,* Paris, ESF, p. 17-35.

Lemay, M.

1979 *J’ai mal à ma mère,* Paris, Fleurus Éditeur.

Loebel, A.D., et Lieberman, J. A.

1992 « Duration of psychosis and outcome in first episode schizophrenia », *Am. J. Psychiatry,* vol. 149, n° 9, p. 1183-1188.

Loranger, A.W.

1984 « Sex difference in age at onset of schizophrenia », *Arch. Gen. Psychiatry,* vol. 41, n° 2, p. 157-161.

Lykes, W.C., et Cueva, J.E.

1996 « Risperidone in children with schizophrenia (letter) », *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* vol. 35, n° 4, p. 405-406.

McClellan, C.J., et Werry, J.

1994 « Practice parameter of the assessment and treatment of children and adolescent with schizophrenia », *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* vol. 33, n° 5, p. 616-635.

McDouglas, C.J., et coll.

1995 « Risperidone in adults with autism or pervasive developmental disorders », *J. Child Adolesc. Psychopharmacol.,* vol. 5, n° 4, p 273-282.

McGorry, P.D., et coll.

1996 « EPPIC : An evolving System of detection and optimal management », *Schizophr. Bull.,* vol. 22, n° 2, p. 305-326.

Madden, J.S.

1979A Guide to Alcohol and Drug Dependence, *Bristol, John Wright.*

Malmquist, C.P.

1975 « Depression in childhood », dans F.F. Flack et S.C. Draghi (sous la dir. de), *Nature and Treatment of Depression,* New York, John Wiley and Sons.

MARIUS, J., et coll.

1987 « Review of the NIMH, Israeli-Kibbutz-City Study and the Jerusalem Infant Development Study », *Schizophr. Bull.,* vol. 13, n° 3, p. 425-438.

Mednick, S.A., et Silverston, L.

1988 « High risk studies of the etiology of schizophrenia », dans M.T.Touang et J.C. Simpson (sous la dir. de), *Handbook of Schizophrenia Nosology, Epidemiology and Genetics of Schizophrenia,* New York, Elsevier Science Publishers, vol. 3, p. 543-562.

Moise, F.N., et Petrides, G.

1996 « Electroconvulsive therapy in adolescents », *J. Am.* *Acad. Child Adolesc. Psychiatry*,vol. 35, n° 3, p. 312- 318*.*

Mouren, M.C.

1982 « Pour ou contre la dépression masquée chez l’enfant », *Neuropsychiatrie de l’enfance,* vol. 30, nos 10- 11, p. 563-570.

Murray, R.M., et coll.

1992 « Genes, viruses and neurodevelopmental schizophrenia », *J. Psychiatr. Res.,* vol. 26, n° 4, p. 225-235.

Nissen, G.

1973 « La dépression masquée chez l’enfant et l’adolescent », dans *Actes du Symposium international Saint-Moritz,* Bâle, Hans Huber Éditeur.

Olin, S., et Mednick, S.A.

1996 « Risk factors of psychosis : Identifying vulnerable population morbidity », *Schizophr. Bull.,* vol. 22, n° 2, p. 223-240.

Organisation Mondiale de la Santé

1995 *Annuaire de statistiques sanitaires mondiales,* Genève, Organisation Mondiale de la Santé.

[1119]

Papatheodorou, G., et coll.

1995 « The efficacy and safety of divalproex sodium in the treatment of acute mania in adolescents and young adults : An open clinical trial », *J. Clin. Psychopharmacol.,* vol. 15, n° 2, p. 110-116.

Papatheodorou, G., et Kutcher, S.P.

1992 « Epival treatment in acute maniac phase of bipolar adolescent patients », affiche présentée au 32nd Annual New Clinical Evaluation Drug Meeting, Boca Raton (Fla.), mai.

Pfeffer, C.R.

1986 *The Suicidal Child,* New York, Guilford Press.

Popper, C.W., et Zimnitzky, B.

1995 « Sudden death putatively related to desipramine treatment in youth : A fifth case and a review of speculative mechanisms », *J. Child Adolesc. Psychopharmacol.,* vol. 5, n° 4, p. 283-300.

Poznanski, E.D., et coll.

1984 « Preliminary studies of the reliability and validity of the Children’s Depressive Rating Scale », *J.Am. Acad. Child Psychiatry,* vol. 23, p. 191-197.

Preskorn, S.H., et coll.

1988 « Relationship of plasma imipramine levels to CNS toxicity in children », *Am. J.* *Psychiatry,* vol. 145, n° 7, p. 897.

Pronovost, J., et coll.

1990 « Étude épidémiologique des comportements suicidaires chez les adolescents de niveau secondaire », *Santé mentale au Canada,* vol. 38, n° 1, p. 10-16.

Puig-Antich, J.

1987 « Affective disorders in children and adolescents. Diagnostic validity and psychobiology », dans H.Y. Melher (sous la dir. de), *Psychopharmacology, the Third Generation of Progress,* New York, Raven Press.

Puig-Antich, J., et coll.

1987 « Imipramine in prepubertal major depressive disorders », *Arch. Gen. Psychiatry,* vol. 44, n° 1, p. 81-89.

Quintana, H., et Keshavan, M.

1995 « Risperidone in children and adolescents with schi-zophrenia », *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* vol. 34, n° 10, p. 1292-1296.

Russell, A.T., Bott, L., et Sammon, C.

1989 « The phenomenology of shizophrenia occurring in childhood », *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* vol. 28, p. 399-407.

Rutter, M., Greenfield, D., et Lockyer, L.

1967 « A five to fifteen years follow-up study on infantile psychosis : II Social and behavioural outcome », *Br. J. Psychiatry,* vol. 113, n° 504, p. 1183-1199.

Ryan, N.D.

1992 « The pharmacologie treatment of child and adolescent depression », *Psychiatr. Clin. North Am.,* vol. 15, n° l, p. 29-40.

Ryan, N.D., et coll.

1994 « Stimulatory tests of growth hormone secretion in prepubertal major depression : Depressed versus normal children », *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* vol. 33, n° 6, p. 824-833.

Sami, M.

1989 « Suicide et adolescence : une perspective sociale et analytique », dans H. Calgar et coll*., Adolescence et suicide,* Paris, ESF, p. 59-75.

Spitz, R. A., et Wolf, K.M.

1946 « Anaclictic depression. An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood », *Psychoanal. Study Child,* vol. 2, p. 312-342.

Strauss, J.S., et Carpenter, W.T.

1972 « The prediction of outcome in schizophrenia. I : Characteristics of outcome », *Arch. Gen. Psychiatry,* vol. 27, n° 6, p. 739-746.

SZATMARI, P.

1991 « Asperger syndrome : Diagnosis, treatment and outcome », *Psychiatr. Clin. North Am.,* vol. 14, n° 1, p. 81-93.

Tienari, P., et coll.

1987 « Genetic and psychosocial factors in schizophrenia, the Finnish Adoptive Family Study », *Schizophr. Bull.,* vol. 13, n° 3, p. 477-484.

Unis, A., et McClellan, C.J.

1993 « Substances of abuse », dans J.S. Werry et M.G. Amon (sous la dir. de), *Practitionner’s Guide to Psychoactive Drugs for Children and Adolescents,* New York, Plenum Medical, p. 297-320.

Volkmar, F.R., et coll.

1988 « Phenomenology and classification of the childhood psychosis », *Psychol. Med.,* vol. 18, n° 1, p. 191- 201.

Weller, E.B., et Weller, R.A.

1988 « Neuroendocrine changes in affectively ill children and adolescents », *Neurol. Clin.,* vol. 6, n° 1, p. 41-54.

Werry, J.S.

1992 « Child and adolescent (early onset) schizophrenia : A review in the light of DSM-III-R », *J.* *Autism Dev. Disord.,* vol. 22, n° 4, p. 601-624.

Werry, J.S., et McClellan, C.J.

1992 « Predicting outcome in child and adolescent (early onset) schizophrenia and bipolar disorder », *J.* *Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* vol. 31, n° 1, p. 147- 150.

Wyatt, RJ.

1991 « Neuroleptic and the natural course of schizophrenia », *Schizophr. Bull.,* vol. 17, n° 2, p. 35-51.

[1120]

Lectures complémentaires

Braconnier, A., et coll.

1995 *Dépression. Adolescents - Adolescentes*, Paris, Bayard.

Cahn, R.

1991 *Adolescence et folie : les déliaisons dangereuses*,Paris, PUF.

Calgar, H., et coll.

1989 *Adolescence et suicide,* Paris, ESF.

Grivois, H., et Grosso, L.

1998 *La schizophrénie débutante,* Paris, John Libbey Eurotext.

Marcelli, D., avec la collaboration de CARDON, A., et Loubeyer, J.B.

1990 *Adolescences et dépressions,* Paris, Masson.

Masterson, J.F.

1972 *Treatment of the Borderline Adolescent : A Developmental Approach,* New York, Wiley Interscience.

[1121]

[1122]

TROISIÈME PARTIE  
Spécialités psychiatriques

PÉDOPSYCHIATRIE

Chapitre 41

PÉDOPSYCHIATRIE  
EN FRANCE

[Retour à la table des matières](#tdm)

**Nicole Catheline,** M.D.

Praticien hospitalier à Mosaïque, Service du Dr Uzé, Psychiatrie de l’enfant et de l’adolescent secteur sud, du Centre hospitalier Henri Laborit (Poitiers)

Daniel Marcelli, M.D.

Chef de service au Service universitaire de psychiatrie de l’enfant et de l’adolescent (SUPEA) du Centre hospitalier Henri Laborit (Poitiers)

Professeur de psychiatrie de l’enfant et de l’adolescent à la Faculté de médecine de Poitiers

[1123]

**PLAN**

41.1. Historique

41.2. Secteur de psychiatrie de l’enfant et de l’adolescent

41.2.1. Dispositif de secteur

41.2.2. Mission de la psychiatrie de l’enfant et de l’adolescent

41.2.3. Structures gérées par le secteur

• *Centre médico-psychologique et centre d'action médico-sociale précoce* • *Hôpital de jour • Unité d'hospitalisation à temps complet • Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel* • *Services d'accueil familial thérapeutique • Vers d'autres structures*

41.3. Interlocuteurs publics du secteur : la pédopsychiatrie de liaison

41.3.1. Hôpital général, médecine somatique

*• Pédiatrie générale • Services spécialisés* • *Services de maternité et de néonatalogie*

41.3.2. Éducation nationale

41.3.3. Justice

41.3.4. Aide sociale à l’enfance

41.4. Structures associatives

41.4.1 Centres de consultations : centres médico-psycho-pédagogiques et centres d’action médicosociale précoce

41.4.2. Établissements spécialisés

41.4.3. Lieux de vie, séjours de rupture

41.5. Pédopsychiatrie privée

41.6. Perspectives d’avenir : un champ d’action aux limites imprécises

41.6.1. Extension du côté du médical

41.6.2. Recouvrement du côté de l’éducatif

41.6.3. Problème du côté du social et de la justice

Bibliographie

[1124]

41.1. HISTORIQUE

En 1937 se tenait à Paris le Ier Congrès mondial de neuropsychiatrie de l’enfant, « faisant état de l’avancée des connaissances dans le domaine de la psychanalyse et de ses techniques adaptées à la thérapeutique infantile, débouchant sur la notion de troubles évolutifs » (Barbier, 1993).

Les années d’après-guerre sont marquées, en France, par un élan en faveur de l’enfance qui se traduit par la promulgation de décrets relatifs à l’éducation spécialisée et à la justice des mineurs. Ces décrets font appel aux initiatives privées et aboutissent à la constitution d’un réseau d’institutions qui ne répondent pas à un plan d’ensemble à l’échelle nationale, d’où une certaine confusion dans l’organisation de la pédopsychiatrie (Reynaud et Lopez, 1994).

En 1964, un centre national, puis un centre régional pour l’enfance et l’adolescence inadaptées veillent à la cohérence des actions, mais il a fallu attendre le décret du 14 mars 1986 pour que s’organise définitivement une politique de santé publique avec la création des trois secteurs de psychiatrie — générale, infanto-juvénile et en milieu pénitentiaire — qui en constitue le pivot.

Les centres de guidance des pays anglo-saxons ont à l’évidence servi de modèle pour la psychiatrie infanto-juvénile. Ce sont les premières structures qui, reconnaissant l’influence de l’environnement sur la pathologie de l’enfant, ont mis l’accent sur le travail avec l’entourage au lieu de préconiser, comme par le passé, la rupture avec un milieu jugé pathogène.

Les années 40, alors que sont diffusés de nombreux travaux psychanalytiques, ont été déterminantes et ont radicalement modifié la manière d’aborder les troubles mentaux de l’enfant. Dès lors, la dimension familiale en psychiatrie a été largement développée, jusqu’à considérer que l’enfant qui consulte n’est que le porte-parole du malaise familial (VIIe Congrès international de psychiatrie de l’enfant, Jérusalem, 1970).

La psychiatrie infanto-juvénile s’est alors orientée vers la prise en compte des interactions entre l’enfant et le milieu dans lequel il évolue, non pour l’en soustraire, mais pour l’y adapter, en tentant de modifier ces interactions (travail non seulement avec les familles, mais aussi avec les institutions comme l’école).

Cette évolution a atteint son apogée en 1985-1986 avec l’intégration, dans les écoles ordinaires, de jeunes enfants atteints d’une pathologie mentale confirmée, tels les autistes et les psychotiques. Ce mouvement a sans doute contribué ultérieurement au déploiement de la pédopsychiatrie dans les structures de soins généraux, en pédiatrie ou dans les services d’obstétrique. À partir des années 70, l’évolution vers des structures de soins et d’éducation ambulatoires à temps partiel s’est précisée, étayée par la réflexion théorique qui remettait en question la pertinence d’une séparation entre l’enfant et sa famille.

Quant à l’entrée de la pédopsychiatrie dans les services médicaux généraux (pédiatrie générale, maternité) et spécialisés tels que réanimation infantile et néonatale, chirurgie infantile viscérale ou orthopédique, greffes d’organes, etc. (Maury, 1993), elle a permis, d’une part, d’affiner une microclinique du développement de l’enfant, et tout particulièrement des premières interactions mère-bébé, dont les retombées en matière de prévention et de soins précoces sont loin d’être épuisées. Elle a permis, d’autre part, de mieux déceler la détresse psychologique des nourrissons et des enfants vivant des situations exceptionnelles (Brun, 1989 ; Raimbault, 1991). Un repérage plus rapide des signes de la douleur chez l’enfant en constitue une illustration (Fournier-Charneri, 1993 ; Gauvain-Piquard et Pichard-Léandri, 1991 ; Morisseau, 1995).

L’importance du secteur public et parapublic (secteur privé mais associatif répondant à une logique quasi publique) est une caractéristique de la pédopsychiatrie en France, à côté d’un secteur privé limité en général aux consultations ou aux thérapies ambulatoires.

Le pivot de la pédopsychiatrie en France est formé par le secteur de psychiatrie infanto-juvénile qui met à la disposition d’une population habitant une aire géographique donnée une gamme de services diversifiés de prévention, de diagnostic, de soins et d’insertion.

41.2. SECTEUR DE PSYCHIATRIE  
DE L’ENFANT ET DE L’ADOLESCENT

Calqué sur le modèle du secteur de psychiatrie adulte, le secteur de psychiatrie de l’enfant et de l’adolescent [1125] (PEA) a progressivement émergé en application des textes réglementaires qui sont venus compléter la circulaire ministérielle princeps du 15 mars 1960.

41.2.1. Dispositif de secteur

Il y a actuellement en France environ 800 secteurs psychiatriques d’adultes pour 300 secteurs de PEA. L’articulation du secteur de psychiatrie adulte avec le secteur de psychiatrie infanto-juvénile n’est pas toujours facile compte tenu du flou des textes concernant la limite d’âge : seule la limite inférieure pour l’accès aux soins en secteur d’adultes est établie à 16 ans.

Il fait partie intégrante de la mission des secteurs de PEA de répondre aux besoins en santé mentale des adolescents, quel que soit leur âge. Comme pour la psychiatrie adulte, la sectorisation se fonde sur cinq principes d’organisation (George et Tourne, 1994) :

1) le partage territorial : l’aire géodémographique du secteur de pédopsychiatrie correspond à 200 000 habitants, soit de 40 000 à 50 000 enfants de 16 ans et moins ;

2) la mise sur pied d’une équipe pluridisciplinaire (pédopsychiatre, psychologue, orthophoniste, psychomotricien, psychopédagogue, infirmier, éducateur spécialisé et travailleur social) ;

3) la mise en place d’un équipement diversifié, associant structures publiques et privées, au plus près des populations à servir : centres de consultations, hôpitaux de jour, centres d’accueil à temps partiel, établissements spécialisés fonctionnant sur le mode de l’externat, de l’internat (le plus souvent de semaine actuellement) ou de prise en charge à domicile. Lorsque la population est nombreuse ou que la zone géographique est étendue (zone rurale), plusieurs équipes sont créées ainsi que plusieurs lieux de consultations, cela afin de faciliter l’accès aux soins ;

4) l’intégration aux soins généraux :

- soit directement (présence de l’équipe dans les services pédiatriques ou en maternité, p. ex.),

- soit indirectement (services de conseil et de formation à l’intention des médecins et de l’ensemble du personnel soignant) ;

5) l’intégration aux instances de concertation départementales et régionales, par exemple le Conseil de santé mentale.

41.2.2. Mission de la psychiatrie  
de l’enfant et de l’adolescent

Le rôle des secteurs de PEA est de promouvoir des actions propres à empêcher l’émergence, le développement et la persistance de troubles mentaux (prévention primaire, secondaire et tertiaire).

La prévention primaire et le dépistage précoce des difficultés psychiques chez les enfants et les adolescents, au besoin par un travail du personnel du secteur de PEA en collaboration avec les structures médicales (maternité, pédiatrie, hôpital général), sociales (crèches, Protection maternelle et infantile) ou scolaires, apparaissent comme une nécessité. Sont ainsi privilégiées les formules d’accueil et de soins adaptées permettant le maintien de l’enfant dans son milieu de vie habituel afin :

- d’assurer à la population la proximité des services propre à faciliter l’accès aux soins

- d’assurer la coordination entre personnels de santé et intervenants de la communauté dans le champ de la santé mentale.

41.2.3. Structures gérées  
par le secteur

Certaines structures dépendent directement de l’intersecteur, notamment :

- les centres médico-psychologiques (CMP) ;

- les centres d’action médico-sociale précoce (CAMSP) ;

- les hôpitaux de jour ;

- les unités d’hospitalisation à temps complet ;

- les centres d’accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ;

- les services d’accueil familial thérapeutique.

Centre médico-psychologique  
et centre d’action médico-sociale précoce

Animé par une équipe pluridisciplinaire, le CMP, une unité d’accueil et de coordination où sont planifiées les actions relatives à la prévention, au diagnostic, aux soins ambulatoires et aux interventions à domicile, est le pivot de l’organisation des soins.

[1126]

Le CMP peut compter des antennes, la moyenne étant de cinq par secteur (George et Tourne, 1994), dont les équipements et le fonctionnement diffèrent toutefois selon la zone d’implantation (urbaine ou rurale) et la nature de l’hôpital de rattachement (centre hospitalier spécialisé ou hôpital général).

Il n’y a pas d’avance financière à faire pour les consultations. Cette mesure a été prise dans le but de faciliter l’accès aux soins des populations dites défavorisées et de certaines catégories de personnes, comme les adolescents, en particulier en cas de mauvais traitements, d’inceste, etc.

La pratique de ces équipes s’est forgée de manière originale, en constante interaction avec les autres institutions assurant les soins (services de maternité, de pédiatrie), l’éducation ou la protection des enfants. Cela a pour effet de permettre un dépistage précoce des troubles. En effet, c’est au contact de ces équipes que s’expriment les difficultés des enfants et de leurs familles, car, malgré de grands progrès dans la sensibilisation des parents à la dimension psychologique de certains symptômes (échec scolaire, instabilité, énurésie, etc.), nombre d’entre eux hésitent à prendre l’initiative d’une consultation. Dans l’ensemble, le CMP est le lieu de soins le plus utilisé en matière de psychiatrie infanto-juvénile.

Plus récemment ont été créés, pour les très jeunes enfants (six ans et moins), des centres d’action médicosociale précoce ; certains sont directement rattachés à l’intersecteur, d’autres ont un fonctionnement associatif et sont souvent spécialisés dans un type de pathologie (déficience sensorielle, motrice, anomalies génétiques, etc.). CAMSP et CMP ont un fonctionnement similaire.

Hôpital de jour

Apparu en France dans la période 1965-1970, l’hôpital de jour constitue actuellement l’un des instruments thérapeutiques essentiels de la majorité des secteurs de PEA. Il accueille les enfants et les adolescents directement, sur décision médicale, moyennant un prix de journée.

Population accueillie

Au début surtout consacrés aux enfants de 7 à 12 ans, les hôpitaux de jour se sont diversifiés et parfois limités à certains groupes d’âge. Ainsi existent des hôpitaux de jour pour très jeunes enfants (de 13 mois à 5 ou 6 ans) et des hôpitaux de jour pour adolescents (12 ou 13 ans à 18 ou 19 ans). Une telle spécialisation n’est toutefois possible que dans les centres urbains suffisamment importants.

La majorité des indications (de 60% à 80%) se rapportent aux psychoses précoces et aux psychoses à l’adolescence. Sont aussi accueillis les jeunes présentant un trouble grave de la personnalité (prépsychose ou dysharmonies du développement), un trouble narcissique, un trouble névrotique grave (en particulier à l’adolescence : phobie scolaire, trouble obsessionnel-compulsif, etc.), ainsi que les enfants abandonniques. En réalité, tous les troubles psychiques susceptibles de nuire à la fréquentation scolaire et, surtout, à l’acquisition des connaissances, en même temps qu’existent des signes évidents de souffrance psychique, sont des indications potentielles d’hôpital de jour.

En revanche, l’hôpital de jour ne reçoit pas, du moins en théorie, les enfants déficients mentaux. Quand cette débilité est isolée, les enfants sont orientés, en vertu d’une décision qui relève de la Commission d’éducation spéciale, vers des milieux scolaires adaptés ou des établissements d’éducation spécialisée. Si la distinction est aisée dans les cas simples, par exemple enfant trisomique (éducation spécialisée) et enfant autiste (hôpital de jour), il en va autrement dans bien des situations, les symptômes de souffrance psychique et les signes déficitaires étant intriqués et se renforçant réciproquement.

Les prises en charge s’étendent souvent sur deux à quatre ans, parfois plus en fonction de la pathologie.

Organisation matérielle

En général de taille moyenne, accueillant de 25 à 30 enfants, l’hôpital de jour est ouvert cinq jours par semaine, les enfants restant dans leur famille le soir, les week-ends et une partie des vacances. Le « lieu de vie » (petit groupe de quatre à huit enfants encadré par un ou deux soignants) constitue le cadre institutionnel autour duquel s’articulent les diverses approches thérapeutiques adaptées à chaque enfant. Il représente un lieu de socialisation, d’échanges avec le groupe et d’établissement de repères ou de limites.

Actions thérapeutiques

Si quelques rares équipes ont un projet thérapeutique rigoureusement unifié fondé sur une approche [1127] particulière (psychanalytique, rééducative, comportementale), dans la majorité des cas, les actions thérapeutiques sont multiples et axées sur :

- l’enfant lui-même ;

- ses parents ;

- le groupe institutionnel.

Il peut s’agir de psychothérapie proprement dite, souvent d’inspiration psychanalytique. En fonction des symptômes, diverses rééducations (orthophonique, psychomotrice) peuvent être proposées. Les enfants sont scolarisés dans de petits groupes selon une pédagogie adaptée.

Le lieu de vie constitue enfin un des moyens thérapeutiques par l’organisation spatiotemporelle (rythme des journées, des semaines, repérage des places, des noms) et les multiples activités que peuvent y pratiquer les enfants (activités expressives de type mime, dessin, théâtre, ou activités ludiques et imaginatives telles qu’ateliers de contes, de photo, de journalisme).

Le travail avec la famille est également important, qu’il s’agisse de rencontres informelles (sur le pas de la porte), à l’arrivée ou au départ quotidien, de réunions avec les parents au sujet de l’enfant ou, enfin, de l’animation de groupes de parents, allant du simple groupe de discussion abordant les problèmes les plus concrets au groupe thérapeutique proprement dit. Le va-et-vient de l’enfant entre l’hôpital de jour et sa famille est un des éléments forts de la stratégie thérapeutique. Il existe nécessairement des zones d’opposition, d’alliance, de silence, de transgression, de soumission, etc., qui, chacune, représentent une manifestation transférentielle d’un conflit psychique.

Le travail institutionnel d’élaboration psychique consiste en une reprise de ces dernières lignes conflictuelles et ne peut être réalisé que grâce à une réflexion de groupe (travail de synthèse par les soignants). Celle-ci se révèle indispensable pour comprendre la nature des relations que tissent l’enfant ou ses parents avec tel ou tel soignant.

Quant aux psychotropes, ils restent peu employés par les pédopsychiatres. Les raisons en sont multiples. Par exemple, pendant longtemps, l’adéquation médiocre des critères diagnostiques utilisés en psychiatrie adulte avec la séméiologie des psychopathologies de l’enfant a rendu difficiles les recherches en psychopharmacologie. Actuellement, des critères diagnostiques plus précis (DSM-IV, CIM-10) facilitent les études comparatives, mais les résultats sont souvent divergents. Ainsi, à titre d’exemple, les antidépresseurs classiques ou sérotoninergiques ont une efficacité variable, pas toujours différente de celle des placebos dans diverses études (Mouren-Siméoni, 1991). Par ailleurs, selon les règles administratives, peu de médicaments peuvent être prescrits aux moins de 15 ans, ce qui en limite l’usage.

Unité d’hospitalisation à temps complet

La meilleure compréhension de la psychopathologie des troubles graves de la personnalité, qui a permis de centrer l’action thérapeutique sur la partie pathologique de la personnalité tout en s’appuyant sur celle qui est restée efficiente, a contribué à l’expansion des dispositifs de soins à temps partiel. Il ne faudrait pas pour autant penser que les structures d’hospitalisation à temps complet sont devenues caduques.

Dans certains cas, en effet, une telle approche sera indiquée, par exemple l’éclosion, à l’adolescence, d’un processus psychotique nécessitant l’application d’un traitement médicamenteux sous surveillance médicale, ou encore certaines situations d’urgence telles que le raptus anxieux ou la tentative de suicide.

Dans l’enfance, c’est surtout la gravité des troubles et l’atteinte de nombreux secteurs de la personnalité qui justifient l’hospitalisation. Le terme « polyhandicapés » a récemment été retenu pour désigner ces enfants dont l’état requiert des soins trop importants et trop spécialisés pour qu’on puisse envisager une intégration dans un lieu de vie ordinaire. Le traitement doit alors être le plus intense possible afin de limiter les déficits.

Enfin, pour certaines pathologies, la séparation d’avec le milieu habituel et l’hospitalisation représentent souvent le premier temps thérapeutique indispensable : anorexie mentale, phobie scolaire, etc.

Un point est à préciser toutefois : si elle est à temps plein, l’hospitalisation n’est cependant pas de longue durée, cela pour éviter l’évolution de l’affection vers la chronicité. D’autres modalités de traitement doivent être envisagées dès que l’état du jeune patient se stabilise.

[1128]

Centre d’accueil thérapeutique à temps partiel

Le CATTP offre, pour de petits groupes de patients, différentes activités, dans un cadre déterminé et régulier, le plus souvent au CMP ou dans une antenne proche du domicile des familles. Les soins à temps partiel peuvent précéder ou suivre (pré ou postcure) l’admission en hôpital de jour ou constituer le temps thérapeutique principal (en particulier en ce qui concerne l’unité du soir après l’école). Le principe thérapeutique est le même que pour l’hôpital de jour, mais le temps est réduit à trois heures environ par jour, trois ou quatre jours par semaine. Cette modalité thérapeutique s’adresse à des enfants capables de suivre des études dans des classes ordinaires ou spéciales. C’est le cas, entre autres, des enfants présentant une névrose grave, une prépsychose ou une dysharmonie d’évolution avec maintien de l’investissement scolaire.

Le CATTP est une structure légère. Il se caractérise par des modes de fonctionnement très diversifiés : soins du soir, club thérapeutique du mercredi ou séquences dans la journée. Cette formule souple offre désormais des possibilités de soins appropriés à de nombreux enfants ; modulable de façon à ne pas trop surcharger l’emploi du temps des enfants, évitant de rompre la fréquentation de l’école, elle permet également de tenir compte des contraintes des familles.

Des accueils très diversifiés peuvent s’avérer utiles pour :

- de très jeunes enfants, reçus avec un parent ou seuls. Encore rares, de telles interventions peuvent être profitables en ce qu’elles donnent une possibilité d’observation et d’intervention précoce, selon des modalités d’une plus grande acceptabilité (unités mère-bébé) ;

- des adolescents. Encore peu d’expériences ont été réalisées à ce chapitre. Le modèle de ce type d’intervention a été créé par Diatkine, en 1971, avec son Unité de soins intensifs du soir qui accueillait, dans le XIIIe arrondissement de Paris, le soir après l’école, les enfants en situation d’échec scolaire.

Services d’accueil familial thérapeutique

Ce type de placement vise à la prise en charge thérapeutique et éducative d’enfants souffrant de troubles psychiques dans un milieu familial substitutif stable. Le placement, qui s’effectue sous la responsabilité du secteur, fait l’objet d’un nombre considérable de précautions et de contrôles. Il est de nature strictement thérapeutique, c’est-à-dire qu’il faut une indication médicale et l’accord du représentant légal de l’enfant pour qu’un contrat puisse être établi.

Organisation matérielle

Un accueil familial thérapeutique nécessite une équipe d’encadrement des foyers nourriciers (psychiatre, psychologue, éducateur spécialisé, travailleur social, infirmier, secrétaire). Les assistantes maternelles recrutées reçoivent un salaire. Elles ne peuvent pas accueillir plus de deux enfants (en sus des leurs).

Indications

Les indications sont difficiles à formaliser, car elles dépendent beaucoup des capacités d’accueil propres à chaque famille, capacités que l’équipe apprend peu à peu à connaître. Ainsi, certaines familles font preuve d’une compétence étonnante avec des enfants psychotiques, d’autres, avec des enfants abandonniques, d’autres, avec des enfants instables...

D’une manière générale, l’âge de l’enfant est important : le placement familial thérapeutique a d’autant plus de chances d’être bénéfique que l’enfant est jeune. Au-delà de huit ou neuf ans, bien que cette limite ne soit pas absolue, les bénéfices que l’enfant peut en tirer sont moindres.

L’enfant en situation de carence affective grave représente, à l’évidence, une excellente indication. Or, très souvent, ces enfants sont placés par l’Aide sociale à l’enfance dans des foyers nourriciers simples et font l’expérience de nombreux changements en raison de leur comportement difficile. En effet, il n’est pas d’enfant gravement carencé qui ne développe des conduites déviantes (réactions de retrait, balancement, opposition, etc.) ; si la nourrice n’est pas encadrée ni soutenue par l’équipe spécialisée, l’échec est fréquent, et la pathologie de l’enfant s’en trouve aggravée.

Vers d’autres structures

Quelques intersecteurs se sont pourvus de structures de soins spécifiques dans tel ou tel domaine. À titre [1129] d’exemple, citons les unités mère-enfant et les foyers thérapeutiques pour adolescents.

Unités mère-enfant

En France, contrairement à la pratique dans les pays anglo-saxons, les unités mère-enfant sont en général gérées par les secteurs de PEA (et non par les secteurs de psychiatrie générale). Il existe une douzaine d’unités mère-enfant, généralement de petite taille (de trois à six lits pour un nombre équivalent de berceaux). Y sont accueillies des mères présentant des pathologies variables, mais souvent en lien avec une dépression périnatale (psychose puerpérale, décompensation névrotique, mère abandonnique, mère mineure, toxicomane...).

Une attention toute particulière est portée à la qualité des interactions mère-bébé. Le pédopsychiatre et ses collaborateurs (psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux) évaluent les capacités maternelles à établir des liens satisfaisants avec le bébé ou, à défaut, aident la mère à accepter l’idée de devoir confier le bébé pour un temps variable à une tierce personne (nourrice, pouponnière).

La durée d’hospitalisation dans ces unités est, en moyenne, de deux à trois mois.

Foyers thérapeutiques pour adolescents

Quand la séparation du milieu familial apparaît nécessaire en même temps que le maintien dans le milieu scolaire semble bénéfique et que des soins restent indispensables, le foyer thérapeutique est une formule intéressante pour certains adolescents avec lesquels un travail de thérapie institutionnelle pourra être entrepris.

L’adolescent placé dans ces foyers thérapeutiques poursuit ses études et, le soir, participe à diverses activités thérapeutiques (groupe thérapeutique, psychothérapie individuelle, psychodrame psychanalytique, soutien pédagogique, etc.).

Fréquemment, les week-ends ou pendant les vacances, des activités de groupe sont proposées dans lesquelles l’étayage sur le groupe de pairs et les relations avec les adultes soignants constituent le levier thérapeutique d’une reprise du travail de « séparation » caractéristique de cet âge.

Il existe en France une dizaine de foyers thérapeutiques, directement gérés par les secteurs de PEA.

41.3. INTERLOCUTEURS PUBLICS  
DU SECTEUR : LA PÉDO-PSYCHIATRIE  
DE LIAISON

En France, le terme « psychiatrie de liaison » est communément employé pour désigner les relations existant entre le secteur de PEA et les lieux où se trouvent, vivent les enfants, soit de façon ordinaire (crèches, halte-garderies, écoles, collèges, etc.), soit de façon plus exceptionnelle (hôpitaux, établissements sociaux et médico-sociaux). La circulaire de décembre 1992 établit des lignes directrices pour le service public en matière de prévention (primaire et secondaire) ; elle invite à définir des actions, menées par le personnel du secteur de PEA, en direction de ces lieux. La plupart du temps, il s’agit, pour le personnel, d’aller dans les lieux où se trouvent les enfants et d’assurer soit une consultation pour l’enfant (c’est le cas pour l’hôpital général), soit un travail avec les équipes ayant des difficultés avec un enfant (c’est plutôt le cas pour l’école, la crèche, etc.). Dans les lieux de vie ordinaire, l’enfant peut aussi, dans certaines conditions (signature d’une convention entre le secteur de PEA et l’établissement), être vu par le personnel du secteur de PEA.

41.3.1 Hôpital général,  
médecine somatique

« Une longue tradition médicale fait que le corps a tendance à être escamoté dès que le psychisme est mis en avant. » (Petitjean, Dubret et Tabeze, 1993.) En effet, le clivage soma/psyché a longtemps présidé à l’organisation de services hospitaliers distincts, jusqu’à ce qu’apparaisse une collaboration entre somaticiens et psychiatres. Ce travail a le double intérêt, d’une part, de prendre en compte les interactions du psychique et du somatique dans l’apparition ou dans l’évolution de la maladie et, d’autre part, d’améliorer la compréhension de certaines pathologies et de leurs répercussions sur le développement de l’individu.

En ce qui concerne la pédopsychiatrie, les interventions se sont multipliées ces dernières années, tant dans le champ de la pédiatrie générale que dans [1130] le champ de la pédiatrie spécialisée. Dans certains cas, ces services se sont attachés directement la collaboration de vacataires (psychiatres, psychologues, psychanalystes), dans d’autres cas, les équipes des intersecteurs sont sollicitées.

Pédiatrie générale

Inaugurée par l’appel de pédiatres en psychiatrie pour certaines pathologies (tentatives de suicide, anorexie mentale), la collaboration entre pédiatres et pédopsychiatres connaît depuis les années 80 un essor important, même si les bases de cette collaboration ne sont pas dénuées d’ambiguïtés.

En effet, l’intention du pédiatre est principalement sous-tendue par une logique d’efficacité : faire disparaître la maladie au mieux, le symptôme à tout le moins. Le psychiatre et plus encore le psychanalyste sont, quant à eux, animés par une logique de sens : dévoilement progressif de la signification préconsciente ou inconsciente d’une conduite, d’un symptôme qui s’inscrivent dans un lien interactionnel et transgénérationnel, préalable souvent nécessaire à la guérison ou à l’amélioration clinique.

Dans la pratique, l’intervention du pédopsychiatre a d’abord été sollicitée dans les cas d’une impasse thérapeutique entre le pédiatre, son petit patient et ses parents. Désormais, les pédiatres sollicitent le pédopsychiatre quand ils soupçonnent la présence d’une composante psychopathologique sous-jacente à diverses situations (p. ex., pathologie somatique à répétition de la sphère de l’oto-rhino-laryngologie, troubles de l’alimentation, du sommeil, etc.).

Les pédiatres, comme les médecins généralistes, ont plus souvent recours aux substances psychoactives que leurs confrères pédopsychiatres. En effet, ils ont tendance à privilégier la médication symptomatique afin d’atténuer des comportements gênants.

Services spécialisés

Les progrès de la pédiatrie imposent de plus en plus aux enfants des contraintes de vie et de soins qui pèsent lourdement sur leur équilibre psychique et leurs possibilités développementales.

Dans les services très spécialisés (oncologie pédiatrique, immunologie, greffes d’organes, réanimation néonatale et infantile, etc.), l’intervention de psychologues, psychiatres, psychanalystes devient un des volets essentiels de la stratégie thérapeutique globale. Le « psy » est sollicité soit pour aider l’enfant à supporter les contraintes inhérentes aux soins, mais plus encore pour lui permettre de trouver un sens à l’insensé de la maladie, soit pour soutenir les parents.

Services de maternité et de néonatalogie

Remontant toujours plus en amont dans l’origine des troubles, les équipes de pédopsychiatrie interviennent fréquemment dans les services de maternité et de néonatalogie. Elles participent alors au repérage des situations à risque (mère mineure, pathologie psychosociale, mère carencée ou abandonnique...), des états pathologiques (dépression au cours de la grossesse, pathologie psychiatrique, déficitaire, etc.). Dès la naissance du bébé, le pédopsychiatre peut intervenir pour évaluer la qualité des premières interactions et les risques potentiels de souffrance, tant du côté de la mère que du côté du bébé.

Dans l’idéal, ces équipes sont ensuite relayées par un réseau de soins relevant soit du secteur de PEA lui-même, soit des structures de l’Aide sociale à l’enfance.

41.3.2. Éducation nationale

Jusqu’au milieu des années 70, la pédopsychiatrie et l’école n’avaient de contact que par le truchement des enfants éprouvant des difficultés scolaires envoyés dans un centre médico-psycho-pédagogique (CMPP). Le traitement des problèmes scolaires s’organisait essentiellement autour de la rééducation centrée sur les troubles instrumentaux susceptibles de gêner les apprentissages (troubles du langage, mauvais repérage spatiotemporel, etc.). École et pédopsychiatrie ne s’occupaient chacune que des difficultés scolaires concernant leur champ respectif de compétence. Ainsi, pour l’école, seules étaient repérées les difficultés d’apprentissage attribuées le plus souvent à un déficit cognitif nécessitant une orientation vers des classes spéciales (classes de perfectionnement), tandis que la pédopsychiatrie accueillait de son côté les enfants exclus du système scolaire pour troubles du comportement. Ces problèmes aboutissant le plus souvent à l’impossibilité, pour ces enfants, de bénéficier de l’enseignement général, quelles que soient leurs capacités cognitives par ailleurs, ils étaient [1131] dans la plupart des cas dirigés vers des instituts médico-éducatifs.

Les circulaires de 1982 et 1983 sur l’intégration ont été à l’origine d’une collaboration plus formalisée entre pédopsychiatrie et école. Cette collaboration s’est faite parfois dans l’enthousiasme de quelques enseignants acceptant de relever le défi pédagogique que constituent ces enfants confinés dans des structures psychiatriques. Mais, généralement, elle s’est accompagnée d’une certaine méfiance : l’Éducation nationale avait peur de voir la psychiatrie lui faire porter, dans des classes déjà surchargées, le poids de l’enseignement des enfants lourdement handicapés (autisme ou psychose infantile, p. ex.) ; la pédo-psychiatrie, de son côté, s’inquiétait à la fois d’exigences pédagogiques souvent peu compatibles avec les possibilités adaptatives d’enfants perturbés et du leurre que, dans certains cas, peut représenter pour les parents l’admission de leur enfant dans le système scolaire ordinaire (risque d’occulter l’origine psychopathologique des troubles). L’expérience a cependant montré que les pathologies psychiatriques bénéficiaient grandement d’une intégration sociale précoce (école maternelle), mais que les apprentissages demeuraient soumis à des stratégies cognitives spécifiques rendant plus délicate l’intégration de ces enfants à l’école primaire. En revanche, nombre d’enfants présentant des troubles du comportement sans pathologie psychiatrique organisée ont pu, grâce à l’intégration scolaire, être maintenus durablement et avec succès dans le système scolaire traditionnel.

Les approches psychopathologiques de l’échec scolaire ont peu à peu modifié le regard que les enseignants portaient sur ces enfants en difficulté. Progressivement, l’Éducation nationale a adapté ses structures. Ainsi, les classes de perfectionnement (1909) ont laissé la place à des classes alternant temps de pédagogie adaptée et temps d’enseignement général.

Parallèlement, les dispositifs créés par l’Éducation nationale en 1970 afin d’aider les enfants présentant des difficultés transitoires d’apprentissage, au sein même de la classe, ont vu leur fonctionnement se modifier sous l’impulsion des pratiques de l’intégration et d’une meilleure connaissance des structures de soins. Dorénavant, le personnel (psychologue scolaire, rééducateur en psychomotricité, rééducateur en pédagogie) peut demander, au cas par cas ou par convention, l’aide de structures de soins extérieures à l’école, telles que CMP, CMPP, établissements spécialisés.

41.3.3. Justice

Relations entre pédopsychiatrie et justice

Les relations entre la pédopsychiatrie et la justice ne sont pas nouvelles (Marcelli, 1992). À lire l’ouvrage de Duché (1990) sur l’histoire de la pédopsychiatrie, on peut même considérer que les problèmes que pose la délinquance des mineurs représentent une de ses branches fondatrices.

Le juge des enfants intervient quand il y a conflit :

- entre le mineur et sa famille : mauvais traitements, carence éducative grave, fugue, etc. ;

- entre le mineur et la société : drogue, délinquance, prostitution, etc. ;

- entre la famille et la société : refus de scolarisation obligatoire, absentéisme scolaire important, refus de l’intervention des services de prévention quand il y a danger, etc.

Protection de l’enfant, protection de la société et protection des structures socioculturelles sont les trois zones privilégiées d’intervention du juge des mineurs.

Du fait de l’immixtion de plus en plus grande de la société dans l’espace privé, individuel et familial, corollaire d’une extension du droit à la personne de l’enfant, juge et pédopsychiatre se rencontrent de plus en plus souvent, non seulement en cas de danger physique — pour lequel l’évaluation du pédopsychiatre n’est pas nécessaire —, mais aussi, et surtout, en cas de « danger moral », c’est-à-dire quand le danger n’est encore que potentiel et que sont déjà repérables des facteurs de risque.

Deux situations de collaboration entre juge et psychiatre sont possibles :

*- La demande du juge des enfants au pédopsychiatre.* Abordant un champ de compétence qui n’est pas le sien, le juge sollicite le pédopsychiatre soit à titre d’expert, soit à titre de conseiller pour l’éclairer dans sa décision. Lorsque le pédopsychiatre est mandaté par le juge pour réaliser une expertise d’un enfant, les buts de celle-ci sont clairement énoncés et la position de chacun, juge et pédopsychiatre, est clairement définie. La situation se complique lorsque le juge demande l’avis du pédopsychiatre pour l’aider à prendre sa décision. La demande faite au pédopsychiatre est [1132] alors beaucoup plus floue. Le plus souvent non écrite (à la différence de l’ordonnance d’expertise), elle peut être ambiguë : s’agit-il, pour lui, de déterminer la meilleure solution possible pour l’enfant et sa famille (ce qui met le pédopsychiatre en position d’auxiliaire de la justice) ou s’agit-il de s’inscrire dans une démarche de soins, en complément des mesures que le juge sera amené à prendre ? Dans ce dernier cas de figure, la place du soin n’est pas clairement établie : ce soin est-il un complément imposé par la justice ou est-il mis en place en accord avec le psychiatre et les parents dans une démarche plus humaniste ? Dans ce dernier cas, quelle alliance thérapeutique pourra être établie entre les parents, l’enfant et le psychiatre ? Or bon nombre de familles qui arrivent dans le cabinet du juge des enfants sont précisément celles qui n’ont pas pu établir auparavant une alliance thérapeutique ou qui ont refusé de le faire. Il y a souvent, dans un tel contexte, une soumission et une acceptation superficielles et factices de la part de ces familles. L’expérience conduit à proposer qu’une énonciation claire de la position du juge des enfants précède la recherche de l’adhésion parentale, qui ne pourra se faire qu’après coup.

- *La demande du pédopsychiatre au juge des enfants.* Si cette situation est moins fréquente que la précédente, elle n’en pose pas moins des problèmes particuliers. L’équipe de pédopsychiatrie manifeste des réticences à faire appel au juge des enfants tant il est vrai que soigner et juger sont deux démarches d’essence différente et que tout signalement au juge risque d’entraver durablement tout projet d’action thérapeutique aussi bien auprès de l’enfant qu’auprès de ses parents. En fait, ce qui est recherché souvent par cette demande est d’imposer un Surmoi externe et personnifié par le juge auprès de familles qui n’ont pas pu intégrer cette fonction surmoïque reposant sur des valeurs abstraites.

Structures

Sur un plan pratique, le juge des enfants intervient soit en matière pénale, soit en matière d’assistance éducative (Marcelli, 1992).

En matière pénale

Il peut juger seul en son cabinet pour les affaires simples ou dans un tribunal pour mineurs pour les crimes et délits.

Le juge des enfants veille à l’application des mesures éducatives ordonnées et organise les mesures de probation (mesures de sursis avec mise à l’épreuve et travail d’intérêt général).

En matière d’assistance éducative

Il peut prescrire qu’une évaluation sociale et/ou psychologique soit faite, soit par un service relevant directement de son ministère, soit par un organisme privé sous contrat.

À la suite de cette investigation, deux types de mesures peuvent être envisagés :

- une mesure éducative en milieu ouvert, réalisée par un travailleur social et un éducateur qui vont à domicile et tentent de modifier les attitudes éducatives et relationnelles familiales ;

- un placement en établissement social ou sanitaire.

41.3.4. Aide sociale à l’enfance

Responsable des actions de prévention tant en matière de prévention sanitaire qu’en matière de prévention sociale, l’Aide sociale à l’enfance relève, depuis 1983, du Conseil général du département, ce qui ne va pas sans poser des problèmes de coordination avec les structures de soins qui dépendent, elles, directement de l’État.

Le principe prioritaire est le maintien de l’enfant dans sa famille par des aides financières et des mesures d’action éducative en milieu naturel. Cette prise en charge peut être articulée à un programme de soins assumé par l’équipe du secteur.

L’Aide sociale à l’enfance dispose d’établissements propres (foyers départementaux de l’enfance, maisons maternelles, pouponnières, foyers pour jeunes mères célibataires, etc.) et d’un réseau de placements familiaux ou en internat.

Depuis la loi du 10 juillet 1989, ce service est responsable de la prévention et de l’information en ce qui concerne la maltraitance (numéro vert, recueil des informations et réponse en urgence).

[1133]

41.4. STRUCTURES ASSOCIATIVES

Il existe, en France, des établissements de soins gérés par des associations privées (associations à but non lucratif qui s’inscrivent dans un projet de service public). Ces établissements sont en général liés par convention avec l’Éducation nationale, le ministère de la Santé, l’Aide sociale à l’enfance, les caisses d’assurance maladie et, parfois, les secteurs de PEA.

41.4.1. Centres de consultations :  
centres médico-psycho-pédagogiques  
et centres d’action  
médico-sociale précoce

Créé à Paris en 1946 par G. Mauco, le premier centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) réunissait une équipe de spécialistes (pédopsychiatres, psychologues, orthophonistes, rééducateurs en psychopédagogie) destinée à aider l’enfant ayant des difficultés scolaires. Par la suite, les CMPP ont essaimé sur l’ensemble du territoire français (400 CMPP environ), surtout en milieu urbain. Ils demeurent la première structure ambulatoire de soins connue par les enseignants du fait de leurs origines : les pionniers des CMPP se recrutaient parmi des proches de l’Éducation nationale (Birraux, 1980).

De nos jours, il y a peu de différence, en dehors du mode de prise en charge financière, dans le fonctionnement et la population accueillie entre le CMP dépendant du secteur de pédopsychiatrie et le CMPP dépendant d’une structure associative.

Quant aux centres d’action médico-sociale précoce (CAMSP), il en existe quelques-uns rattachés à des structures associatives, en général spécialisés dans un type précis de pathologie (enfants sourds, aveugles, déficients moteurs, etc.).

41.4.2. Établissements spécialisés

Jusqu’en 1975, soit avant la loi en faveur des handicapés, aucun texte ne régissait l’organisation de l’éducation spéciale : les enfants étaient directement placés par les parents, les médecins ou l’école dans des établissements spécialisés, privés pour la plupart et sans convention avec l’État. À cette date ont été créées les commissions d’orientation. La Commission départementale d’éducation spéciale (CDES) statue sur les orientations, aidée dans sa prise de décision par les commissions dites de « terrain » (les commissions de circonscription préélémentaires et élémentaires [CCPE] et les commissions de circonscription de second degré [CCSD]).

La CDES, commission bipartie (Santé et Éducation nationale), dirige les enfants vers des établissements à prix de journée, financés par l’État.

On distingue :

- les *instituts médico-pédagogiques* (IMP). Ils accueillent des enfants présentant des déficits sur le plan des apprentissages, que l’origine soit génétique, neurologique ou psychiatrique. Ils reçoivent en général les enfants de 6 à 14 ans, encore que certains établissements spécialisés dans la prise en charge d’encéphalopathies néo ou périnatales aient un agrément qui leur permet d’accueillir des enfants plus jeunes (parfois dès trois ans). Il s’agit de structures pour la plupart privées sous contrat avec l’État et soumises à l’autorité de la Direction des affaires sanitaires et sociales pour ce qui est de leur fonctionnement général et à celle de l’Éducation nationale en ce qui concerne les enseignants spécialisés qui y travaillent. Les enfants y bénéficient à la fois d’une pédagogie adaptée ainsi que de soins et de rééducations tels qu’ils sont dispensés dans les secteurs de psychiatrie. L’intérêt de ces structures est la réunion dans un même lieu de tous ces types de prise en charge. Les IMP sont de plus en plus nombreux à pratiquer une politique d’intégration scolaire dans des classes ordinaires relevant de l’Éducation nationale ;

- les *instituts médico-professionnels* (IMPro). Ils assurent la prise en charge des 14-20 ans, voire des plus âgés (amendement Creton). Ils donnent une formation professionnelle et s’occupent de placer les jeunes chez des employeurs à leur sortie ;

- les *instituts de rééducation* (IR) et les *instituts de rééducation professionnels* (IRPro). Ils accueillent des enfants ayant des potentialités intellectuelles non déficitaires, mais présentant des troubles affectifs ou instrumentaux gênant les apprentissages. Les enfants y reçoivent un enseignement adapté, ainsi que des soins. Leur retour dans le circuit ordinaire de l’Éducation nationale demeure le projet principal de ces établissements.

[1134]

41.4.3. Lieux de vie,  
séjours de rupture

Depuis les années 80 se sont multipliés les lieux d’accueil pour grands enfants et adolescents, dont certains sont réservés à une pathologie spécifique (autisme, p. ex.), gérés pour la plupart par une famille et situés en milieu rural. Ces lieux de vie accueillent les jeunes, pour des séjours en général temporaires (15 jours à 2 ou 3 mois, rarement plus longtemps). L’objectif thérapeutique consiste en une adaptation du jeune à la vie de la famille d’accueil. Une conceptualisation théorique d’inspiration psychanalytique organise la réflexion des personnels qui gèrent ces lieux de vie. Sans cadre juridique très précis ni mode de financement rigoureusement déterminé, ces lieux de vie intermittents rendent parfois de grands services aux parents d’enfants handicapés, aux enfants eux-mêmes et aux institutions qui les ont à leur charge dans le cours de l’année.

41.5. PÉDOPSYCHIATRIE PRIVÉE

La pédopsychiatrie n’est pas une spécialité à part entière, mais une compétence au sein de la psychiatrie générale.

La grande majorité des pédopsychiatres exerce en milieu public. Les pédopsychiatres installés en cabinet privé combinent, dans l’ensemble, l’exercice de la psychiatrie générale et l’exercice de la pédopsychiatre. Dans les grandes villes, un nombre important d’entre eux, surtout de formation psychanalytique, ont une pratique d’analyse d’enfants ou d’adolescents. Il en va de même pour les psychologues, psychothérapeutes, analystes qui, cependant, butent sur l’absence de codification de leurs actes par la Sécurité sociale et, par conséquent, sur le non-remboursement des thérapies.

En revanche, les services des orthophonistes en pratique privée, dont il faut souligner l’importance numérique, sont couverts par la Sécurité sociale.

Quant aux psychomotriciens, quelques-uns exercent en privé, souvent selon des techniques spécifiques telles que la relaxation, et travaillent en collaboration avec un ou des pédopsychiatres. Leurs actes ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale.

Au total, le secteur privé ne représente qu’une très faible part de l’exercice de la pédopsychiatrie en France.

41.6. PERSPECTIVES D’AVENIR :  
UN CHAMP D’ACTION  
AUX LIMITES IMPRÉCISES

La pédopsychiatrie s’est dégagée de la psychiatrie adulte seulement au début du 20e siècle. Toutefois, certains pédagogues et certains éducateurs ont joué un rôle de précurseurs. Parmi les psychiatres qui, au 19e siècle, se sont intéressés à l’enfant, on cite généralement Moreau de Tours qui a publié, en 1888, le premier Traité de psychiatrie de l’enfant. Mais médecins ou non, les précurseurs visaient à la rééducation des arriérés mentaux. Les psychiatres d’enfant se trouvaient en marge du mouvement de la psychiatrie et ne pouvaient que s’intéresser aux difficultés scolaires et sociales de certains sujets.

Des psychiatres pionniers, tel Santé de Sanctis, se sont cependant efforcés de faire entrer la psychiatrie de l’enfant dans le mouvement de la psychiatrie générale en décrivant chez l’enfant les mêmes troubles que chez l’adulte.

Au début du 20e siècle, la psychanalyse a radicalement modifié l’approche des troubles mentaux chez l’enfant en faisant prévaloir le point de vue psychogénétique et l’importance des conflits infantiles. La description, en 1943, par Kanner de l’autisme infantile constitue très certainement l’acte fondateur de la psychiatrie infanto-juvénile actuelle.

L’après-guerre a vu le triomphe de la psychanalyse. Plusieurs des grands fondateurs de la pédopsychiatrie ont été psychanalystes : A. Freud, M. Klein, D.W. Winnicott, J. Bowlby. Pendant longtemps, le modèle psychanalytique a dominé le champ.

Depuis les années 80, la pédopsychiatrie est ouverte à d’autres approches théoriques, dont :

- les approches cognitive et neuropsychologique, qui se sont intéressées aux troubles développementaux non seulement sous l’angle des déficits, mais aussi sous l’angle du fonctionnement et des stratégies cognitives ;

- l’approche psychopharmacologique ;

- l’approche systémique.

Le symptôme n’apparaît plus essentiellement comme le résultat d’un conflit intrapsychique. Par ailleurs, du fait d’une meilleure prise en compte des interactions de l’enfant avec son environnement, l’amélioration symptomatique tend à devenir une priorité du soin.

[1135]

Au total, si l’approche psychodynamique reste le mode clinique largement dominant en France, les autres stratégies ou philosophies de soins trouvent peu à peu leur place.

41.6.1. Extension du côté du médical

Comme on l’a vu précédemment, les pédopsychiatres et psychologues français interviennent de plus en plus souvent dans des services de médecine somatique. Les progrès de la médecine, une plus grande sensibilisation des pédiatres aux facteurs psychologiques, une demande de soutien accrue de la part des parents rendent ces interventions indispensables dans de nombreux cas, par exemple pour les greffes d’organes (foie, cœur, cœur-poumon), les interventions chirurgicales lourdes, la cancérologie infantile, etc. Une séméiologie clinique différenciant la souffrance (morale) et la douleur (physique) a été proposée par les pédopsychiatres (Fournier-Charneri, 1993 ; Gauvain-Piquard et Pichard-Léandri, 1991 ; Morisseau, 1995), de même qu’une approche distinguant les réactions particulières des enfants et de leurs parents dans des conditions extrêmes où, souvent, la question de la mort est omniprésente (Brun, 1993 ; Morisseau, 1995 ; Raimbault, 1991).

41.6.2. Recouvrement  
du côté de l’éducatif

L’Éducation nationale, qui gère des établissements que fréquentent tous les enfants de 3 à 16 ans, a su intégrer les progrès en matière de compréhension de l’échec scolaire et, malgré les lourdeurs administratives, propose des formules d’éducation qui tendent à s’adapter aux besoins pédagogiques des élèves en difficulté. Malheureusement, elle méconnaît encore trop souvent l’aspect psychopathologique de l’échec scolaire et ne facilite pas toujours, sauf exception, la collaboration avec les structures de soins. L’enfant en situation d’échec scolaire reste majoritairement traité par des mesures pédagogiques sans approche thérapeutique.

Parallèlement, les établissements spécialisés accueillent des enfants présentant une pathologie psychiatrique confirmée pour lesquels les parents qu’inquiète une prise en charge en hôpital de jour désignant trop ouvertement la dimension « psychiatrique » demandent que soient augmentés les temps scolaires.

41.6.3. Problème du côté du social  
et de la justice

Sur le plan social, l’intrication fréquente de difficultés sociales et de troubles psychologiques ne permet souvent pas de déterminer quelle administration devra supporter la charge des dépenses : le département (difficultés sociales) ou l’État (troubles psychologiques).

Au chapitre de la justice, l’introduction de la dimension psychologique dans la compréhension de certains actes délictueux commis par les adolescents a considérablement infléchi les modalités d’intervention des services de justice pour les mineurs, tant sur le plan de l’enquête que sur le plan des actions éducatives. Ainsi, la classique enquête sociale se voit détrônée au profit de mesures d’évaluation et d’orientation éducatives comportant un examen psychologique et psychiatrique.

En même temps, nombre de structures « fermées » se sont orientées vers d’autres modalités de prise en charge privilégiant le maintien du jeune dans son milieu naturel. Comme pour le secteur psychiatrique, il faut se réjouir de cette évolution, mais imaginer un dispositif qui ne comporterait aucune structure fermée relèverait de l’utopie.

\*  
\* \*

Pour conclure, on peut reconnaître que la pédopsychiatrie présente en France une gamme très diversifiée d’actions cliniques dans un champ d’intervention relativement vaste, allant bien au-delà de son domaine spécifique. Cette clinique est dans l’ensemble assez performante, incontestablement dominée par un modèle psychodynamique d’inspiration psychanalytique.

Si l’approche individuelle de l’enfant reste la pierre angulaire de la pratique pédopsychiatrique, les thérapies familiales, de groupe (groupes d’enfants, d’adolescents, de parents) et institutionnelles sont également très utilisées par les pédopsychiatres.

En revanche, la recherche reste le parent pauvre de la pédopsychiatrie française, malgré de louables tentatives concernant certains thèmes (autisme, anorexie mentale-boulimie) sur lesquels se penche un réseau de chercheurs (Institut national de la santé et de [1136] la recherche médicale [INSERM]). Cette recherche se limite essentiellement aux études épidémiologiques qui commencent à faire l’objet de publications régulières (Choquet et Ledoux, 1994). Quant à la recherche psychopharmacologique, elle paraît surtout prometteuse pour les adolescents dans le domaine de la prévention et du traitement des troubles de l’humeur.

Bibliographie

Barbier, D.

1993 « Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile », dans *Guide de l’intervention en santé mentale,* Toulouse, Privat, p. 247-261.

Birraux, A.

1980 *Le psychiatre face à l’école*, Tournai, Casterman.

Brun, D.

1993 *Pédiatrie et psychanalyse*, Paris, P.A.U.

1989 *L’enfant donné pour mort*,Paris, Dunod.

Choquet, M., et Ledoux, S.

1994 *Adolescents - Enquête nationale*, Paris, INSERM Éditions.

Duché, D.J.

1990 *Histoire de la psychiatrie de l’enfant*, Paris, PUF.

Fournier-Charneri, E.

1993 « Idées habituellement reçues sur la douleur chez l’enfant », *Journal de la pédiatrie et de la puériculture,* vol. 2, p. 68-74.

Gauvain-Piquard, A., et Pichard-Léandri, E.

1991 « La douleur chez le jeune enfant », *Pédiatrie,* vol. 46, p. 779-781.

George, M.C., et Tourne, Y.

1994 *Le secteur psychiatrique,*Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? ».

Kanner, L.

1943 « Des troubles autistiques du contact affectif », trad. par M. Rosenberg *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.,* vol. 38, nos 1-2, 1990, p. 65-84.

Marcelli, D.

1996 *Enfance et psychopathologie*, 5e éd., Paris, Masson.

1992 « Pédopsychiatrie et juge des mineurs : quelle collaboration possible ? », *Neuropsychiatrie de l’enfance,* vol. 40, nos 3-4, p. 158-164.

Maury, M.

1993 « Le bébé à l’hôpital hier et aujourd’hui », *Devenir*, vol. 5, no 3 p. 11-59.

Morisseau, L.

1995 « La douleur dans la relation mère-enfant », *Neuropsychiatrie de l’enfance,* vol. 43, nos 1-2, p. 43-47.

Mouren-Siméoni, M.C.

1991 *La psychopharmacologie chez l’enfant*, Paris, PUF.

Petitjean, F., Dubret, G., et Tabeze, J.P.

1993 *Psychiatrie à l’hôpital général,* Toulouse, Érès.

Raimbault, G.

1991 *L’enfant et la mort,*2e éd., Toulouse, Privat.

Reynaud, M., et Lopez, A.

1994 *Évaluation et organisation des soins en psychiatrie,* Paris, Frison-Roche.

SANTE DE SANCTIS, S.

1910 *Neuropsichiatrica Infantile*,Rome.

Voir la suite : Quatrième partie  
TRAITEMENTS PSYCHIATRIQUES

1. Voir le tome I, chapitres 11, 12, 14 et 15, pour la description des différentes catégories diagnostiques de troubles anxieux et pour le diagnostic différentiel entre ces entités. [↑](#footnote-ref-1)
2. Pour un examen plus détaillé des démences et du traitement de celles-ci, voir le tome I, chapitre 5, p. 111 et suiv. [↑](#footnote-ref-2)
3. Voir aussi le tome I, chapitre 6. [↑](#footnote-ref-3)
4. Voir aussi le tome I, chapitre 11. [↑](#footnote-ref-4)
5. Voir aussi le tome I, chapitre 12. [↑](#footnote-ref-5)
6. Certifiés spécialistes en psychiatrie par le Collège des médecins du Québec. [↑](#footnote-ref-6)
7. Association canadienne de protection médicale, communication personnelle, 30 mai 2000. [↑](#footnote-ref-7)
8. Depuis le 1er avril 1998, au Québec, l’instance appelée « commission d’examen » dans le Code criminel a été intégrée au Tribunal administratif qui rend, entre autres, les décisions en matière de garde en établissement (Loi sur la justice administrative, 1998). Pour faciliter la compréhension, l’expression « commission d’examen » a donc été remplacée par [Tribunal administratif] dans les citations d’articles du Code criminel. [↑](#footnote-ref-8)
9. Ne pas confondre avec l’article 16 du Code civil, qui porte sur le refus catégorique. [↑](#footnote-ref-9)
10. \* Pour illustrer son utilité, on a appliqué le modèle à un enfant présentant un déficit de l’attention sans hyperactivité apparu au cours des traitements pour une leucémie. **Source** : D’après Canadian Society for the ICIDH et Quebec Committee on the ICIDH, ICIDH International Network Bulletin, vol. 4, n° 3, 1991, p. 19. [↑](#footnote-ref-10)
11. Pour une connaissance plus précise des étapes du développement et des échelles de développement utilisées en psychologie développementale, voir Griffiths (1984) et The Psychological Corporation (1993). [↑](#footnote-ref-11)
12. Voir aussi le tome I, chapitre 8. [↑](#footnote-ref-12)
13. Voir aussi le tome I, chapitre 7. [↑](#footnote-ref-13)
14. Voir aussi le tome I, chapitre 10. [↑](#footnote-ref-14)
15. Voir aussi le chapitre 35. [↑](#footnote-ref-15)
16. Voir aussi le tome I, chapitre 11. [↑](#footnote-ref-16)
17. Voir aussi le tome I, chapitre 11. [↑](#footnote-ref-17)
18. Voir aussi le chapitre 75. [↑](#footnote-ref-18)
19. Voir aussi le chapitre 29. [↑](#footnote-ref-19)