

L'évaluation  
clinique  
en psychopathologie  
de l'enfant



Djaouida Petot

# L'évaluation clinique en psychopathologie de l'enfant

4<sup>e</sup> édition  
complétée et actualisée

DUNOD

Maquette de couverture :  
Atelier Didier Thimonier

Maquette intérieure :  
[www.atelier-du-livre.fr](http://www.atelier-du-livre.fr)  
(Caroline Joubert)

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

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

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

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

# Table des matières

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

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

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

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

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





**Avant-propos**



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# **Chapitre 1**

## **L'angoisse de séparation**



# Sommaire

1. Définition et description clinique .....	21
2. Nosographie .....	24
3. Épidémiologie .....	26
4. L'angoisse de séparation et les troubles associés ou comorbides .....	28
5. Hypothèses étiologiques .....	29
6. Évolution de l'angoisse de séparation .....	35
7. Diagnostic et évaluation psychologique.....	37
8. Cas clinique : Marina, 9 ans et 6 mois .....	45

## 1. Définition et description clinique

L'angoisse de séparation occupe une place singulière dans le groupe des troubles anxieux. En effet, les autres troubles figurant dans ce groupe sont les formes infantiles de névroses qu'on a d'abord décrites chez les adultes, et qu'on observe surtout chez ces derniers. Tel est bien sûr le cas pour la névrose phobique, pour la névrose obsessionnelle (ou trouble obsessionnel-compulsif) et pour la névrose traumatique (ou « état de stress post-traumatique »). L'hyperanxiété infantile qu'on avait naguère décrite comme un trouble spécifiquement infantile apparaît aujourd'hui comme la forme infantile de la névrose d'angoisse (ou anxiété généralisée). Quant à la phobie sociale, à laquelle on rattache maintenant les formes les plus extrêmes de la timidité infantile, il s'agit également d'une pathologie identifiée initialement chez des patients adultes. L'angoisse de séparation est donc bien le seul trouble anxieux dont la première description a été faite en observant des enfants, et qu'on a longtemps cru propre à l'enfance, même si des travaux récents montrent qu'il en existe des formes adultes longtemps méconnues.

Les six troubles de la série anxieuse ont tous en commun, comme leur nom l'indique, la présence massive dans leur tableau clinique de manifestations directes ou indirectes de peur ou d'angoisse. Ce qui caractérise l'angoisse de séparation, c'est que l'enfant ne supporte pas les situations banales et quotidiennes de séparation d'avec ses parents ou ses objets d'amour. Il semble les considérer et les vivre comme s'il s'agissait de catastrophes irrémédiables, alors que les autres enfants les acceptent très bien à partir de 3 à 4 ans. Il semble actuellement évident à la quasi-totalité des cliniciens et des chercheurs que, chez les enfants qui souffrent d'angoisse de séparation, l'objet unique – ou en tout cas principal – de l'angoisse est la crainte d'être séparé de la personne la plus aimée, généralement la mère, parfois le père ou d'autres personnes avec lesquelles l'enfant a une relation privilégiée. On désigne généralement ces personnes sous le nom de *figures d'attachement*. Il s'agit donc des personnes qui s'occupent habituellement de l'enfant, que ce soient les parents naturels ou adoptifs ou des personnes qui en assument la fonction, comme c'est le cas lorsqu'un enfant est placé de façon précoce et durable dans une famille d'accueil.

Comment se manifeste l'angoisse de séparation ? C'est bien sûr au moment des séparations banales et répétitives de la vie quotidienne qu'elle est le plus facilement observable, par exemple lorsqu'on se dispose à emmener l'enfant à l'école maternelle. L'angoisse est alors à son maximum : l'enfant pleure ou hurle son désespoir et son refus, il est rouge, transpire, s'accroche au parent ou se roule par terre. L'anxiété peut commencer longtemps avant la séparation ou ne se manifester que lorsque

cette séparation est imminente. Elle peut commencer dès le réveil par ce qu'on appelle des « plaintes somatiques » : l'enfant se plaint d'avoir mal ou d'être malade physiquement. Les plaintes somatiques les plus fréquentes concernent des maux d'estomac, des nausées, des vomissements, des maux de tête ou des symptômes cardio-vasculaires qui sont les expressions physiologiques de l'angoisse. L'angoisse de la séparation s'exprime donc chaque jour par des manifestations d'angoisse et d'opposition qui précèdent le départ pour l'école et qui continuent généralement sur le chemin de l'école.

Une fois que l'enfant est à l'école, ou lorsqu'il est loin de ses parents, les manifestations changent de nature. À la tempête affective, succède généralement un calme triste ou léthargique. Alors qu'une minorité d'enfants continue de pleurer ou de hurler, la plupart sont tristes, apathiques et ils affichent un retrait social. Ils ont du mal à se concentrer, à travailler ou à jouer. Le contenu de l'angoisse est légèrement modifié : les enfants sont constamment préoccupés par ce qui pourrait arriver à leurs parents. Ils ont des craintes morbides qu'il ne leur arrive des accidents, qu'ils meurent et soient perdus à jamais. Les enfants sont alors dans un état d'attente anxieuse pendant toute la durée de la séparation, et, lorsque le moment des retrouvailles est venu, la moindre minute de retard du parent est vécue de manière dramatique par l'enfant.

En règle générale, la présence des parents dans le bureau du psychologue n'est pas souhaitable lors des séances d'examen psychologique ou de psychothérapie individuelle. Mais les enfants souffrant d'angoisse de séparation ont beaucoup de mal à accepter que leur mère n'assiste pas à l'entretien. Très souvent, ils éprouvent le besoin d'aller vérifier dans la salle d'attente qu'elle est toujours là et les attend. En effet, ce sont des enfants « collants » (en psychopathologie, on dit généralement « adhésifs ») qui, lorsqu'ils ne sont pas séparés de leur mère, la suivent partout. Ils ont du mal à aller se coucher et manifestent souvent le désir d'aller dans le lit de leurs parents, ou bien ils se réveillent en pleine nuit et rejoignent les parents dans leur lit.

Les cauchemars sont fréquents, avec des thèmes de séparation ou de mort. Les cauchemars peuvent également mettre en scène des personnages surnaturels ou des monstres qui dévorent inévitablement le parent ou l'enfant ou toute la famille.

Enfin, ces enfants ont souvent des craintes d'apparence plus réaliste concernant des dangers plus vraisemblables : peur des accidents, des voleurs, des agresseurs ou des « voleurs d'enfants ».

L'ensemble de ces manifestations peut être mis en rapport avec l'anticipation anxieuse de la séparation irrémédiable : toute séparation, si banale et anodine qu'elle soit, est interprétée comme une perte irrémédiable de la personne aimée, les conduites de suite « collante » ont pour but de démentir en permanence cette perte redoutée, que les cauchemars et les fantasmes anxieux mettent en scène.

## 1.1 Phobie scolaire et angoisse de séparation

Parce que les manifestations les plus spectaculaires et les plus facilement observables de l'angoisse de séparation apparaissent lorsque l'enfant doit quitter ses parents pour aller à l'école maternelle, on a longtemps rattaché ces symptômes à un trouble qu'on a nommé « phobie scolaire ». Les enfants atteints de ce trouble refusent pour des raisons irrationnelles de se rendre à l'école. Ils présentent alors des réactions d'anxiété très vives. Ils pleurent, s'accrochent à leurs parents au moment de la séparation. Dans les cas les plus graves, certains enfants sont inconsolables. Ils peuvent pleurer toute la matinée ou toute la journée en attendant l'heure de la sortie de l'école dans un état de grande tension. Une inhibition massive les empêche parfois de participer aux activités proposées par l'enseignant. Ces manifestations sont particulièrement fréquentes lors de l'entrée à l'école maternelle. En effet, il arrive que des enfants n'aient jamais été séparés de leur mère jusqu'à ce moment de leur vie. On a alors tendance à penser qu'ils redoutent la situation scolaire en elle-même, en négligeant le fait qu'il s'agit tout simplement d'angoisse de séparation. Mais la plupart du temps, cette peur d'être séparé des parents et d'être dans un lieu nouveau, n'est pas une vraie phobie scolaire. En effet, ni le personnel, ni la maîtresse, ni l'école ne sont vécus comme des *objets phobogènes*.

Cette distinction entre angoisse de séparation et phobie scolaire pourrait paraître académique. Il n'en est rien : dans l'angoisse de séparation, l'enfant a peur de perdre les figures d'attachement, la peur n'a pas de lien spécifique avec la situation scolaire. Toute situation qui implique une séparation suscite une angoisse équivalente, ni plus ni moins intense que celle ressentie dans la situation scolaire. Le chemin de l'école, les bâtiments de l'école, les enseignants et le personnel scolaire ne suscitent pas en eux-mêmes de terreur : lorsque l'enfant est à l'école en compagnie de sa mère (par exemple pour participer à une fête scolaire ouverte aux parents), il n'éprouve aucun malaise. Réciproquement, s'il s'agissait véritablement de phobie scolaire, la présence des parents ne suffirait pas à empêcher le développement d'angoisse face à la situation anxiogène. Le terme « phobie scolaire » est donc impropre. La plupart

du temps, ce qu'on appelle ainsi n'est pas une phobie, comme on le comprendra mieux après avoir lu le chapitre consacré aux phobies.

En effet, Ian Berg (1992), dans une revue de la littérature sur la question, montre bien que les manifestations de peur ou de rejet de l'école regroupées à tort sous la dénomination de « phobie scolaire » ou de « refus scolaire » n'ont pas d'unité : elles peuvent être associées à une large variété de troubles psychopathologiques comme les troubles du comportement (école buissonnière), l'hyperanxiété, les troubles obsessionnels, les états de stress post-traumatique, la dépression, les troubles de l'adaptation, la schizophrénie, les troubles bipolaires, etc. Ce chercheur souligne que les troubles auxquels le refus scolaire est le plus souvent associé sont l'angoisse de séparation, l'anxiété sociale et l'anxiété phobique qui est le précurseur de la phobie de situation et de l'agoraphobie.

Mon expérience clinique personnelle va dans le même sens, à ceci près que la majorité des cas de refus d'aller à l'école que j'ai observé chez de jeunes enfants était étroitement liée à l'angoisse de séparation, le lien avec l'anxiété sociale étant beaucoup plus rare sans être totalement absent.

Il faut cependant souligner que, si les manifestations de « phobie scolaire » se ramènent le plus souvent à des manifestations d'angoisse de séparation, il serait excessif de nier catégoriquement l'existence d'une véritable phobie scolaire. Il semble bien que cette phobie existe, même si elle est rare : on rencontre parfois une phobie de situation, dans laquelle la peur est vraiment déclenchée par la présence dans les bâtiments de l'école ou par les contacts avec le personnel scolaire ou avec les autres enfants.

## **2. Nosographie**

La découverte de l'angoisse de séparation est due à Sigmund Freud (1916-1917) et à Melanie Klein (1932). En effet, les classifications prépsychanalytiques des névroses ne la mentionnaient pas. Freud puis Melanie Klein ont d'abord dégagé le concept d'angoisse de séparation dans le cadre de l'observation directe de l'enfant, éclairée par la réflexion théorique sur l'origine et les fonctions de l'angoisse. Malgré des différences considérables, leurs théories ont en commun de considérer l'angoisse de séparation comme une forme d'angoisse plus archaïque que l'angoisse de castration. Cependant, ni Freud ni Melanie Klein n'ont donné une signification nosographique

à ce concept. Il ne s'agit pas pour eux d'une névrose spécifique, qui serait typique de l'enfant, mais d'une étape importante dans le développement normal de l'angoisse. C'est René Spitz qui, en 1946, a souligné que cette peur des étrangers, qui constitue un phénomène normal à la fin de la première année de la vie, peut, dans certaines conditions et chez certains enfants, devenir tellement intense qu'elle prend une signification psychopathologique et constitue un trouble spécifique. Mais ce sont les travaux de John Bowlby, psychanalyste britannique qui s'est intéressé dès le lendemain de la Seconde Guerre mondiale aux effets de la séparation sur le développement de l'enfant, qui ont le plus contribué à former le concept actuel de l'angoisse de séparation. Bowlby et ses disciples et continuateurs ont mis en évidence au cours des soixante dernières années la spécificité, la gravité et la fréquence de ce trouble qui est actuellement reconnu par toutes les classifications.

Dans la quatrième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV) de l'American Psychiatric Association (1994), l'angoisse de séparation figurait, comme dans la dixième édition du chapitre sur les troubles mentaux de la *Classification internationale des maladies* (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (1992), dans une section très hétéroclite consacrée aux troubles apparaissant au cours de l'enfance ou à l'adolescence. Cette section a disparu du DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), qui a remplacé le DSM-IV en 2013, et qui répertorie désormais l'angoisse de séparation dans le chapitre consacré aux troubles anxieux. Le DSM-5 énumère les troubles anxieux dans un ordre qu'on pourrait nommer «développemental» : l'angoisse de séparation est le premier trouble décrit dans ce chapitre parce qu'elle est le trouble dont l'âge habituel d'apparition est le plus précoce. Quoi qu'il en soit, les symptômes retenus comme critères diagnostiques sont quasiment identiques dans le DSM-5 et dans la CIM-10. La seule différence est la dénomination du trouble : pour le DSM-5, il s'agit d'*anxiété de séparation*, pour la CIM-10 d'*angoisse de séparation de l'enfance*.

Dans la *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent* révisée en 2012 (en abrégé : CFTMEA ; Misès, 2012), le trouble figure, sous la dénomination de «troubles de l'angoisse de séparation», dans un vaste ensemble hétérogène intitulé «troubles des conduites et des comportements», qui regroupe des syndromes aussi divers que les troubles hyperkinétiques, les troubles des conduites alimentaires, les conduites suicidaires, les troubles liés à l'usage de drogues ou d'alcool, les troubles de l'identité ou des conduites sexuelles, les phobies scolaires, ainsi que tous les «autres troubles caractérisés des conduites». Cependant, l'accent est bien mis, comme dans les classifications américaine ou internationale, sur le fait que les manifestations somatiques et/ou comportementales typiques de

ce trouble sont l'expression d'une angoisse centrée sur la crainte de la séparation, apparaissant essentiellement au cours des premières années de l'enfance.

### 3. Épidémiologie

On dispose de plusieurs études épidémiologiques permettant d'estimer la fréquence de l'angoisse de séparation. L'un des premiers objectifs de l'épidémiologie descriptive est, en effet, d'étudier la fréquence d'une pathologie dans une population. Ce taux de fréquence s'appelle la *prévalence*, dont la définition exacte est la suivante : proportion des personnes présentant un trouble donné pendant une période donnée. On distingue ainsi :

- la *prévalence instantanée* (proportion des personnes présentant le trouble au moment d'une enquête effectuée sur une période brève) ;
- la *prévalence sur une année* (proportion des personnes ayant présenté le trouble au cours de l'année considérée) ;
- la *prévalence sur la vie entière* (proportion des personnes qui ont présenté ce trouble au cours de leur vie).

Lorsqu'on ne fournit aucune indication de durée, c'est généralement qu'on parle de prévalence instantanée (Morabia, 1996, p. 17).

Toutes les études montrent que la prévalence de l'angoisse de séparation varie selon le sexe et l'âge : elle est plus fréquente chez les filles que chez les garçons, et elle est maximale chez les jeunes enfants et beaucoup plus faible, presque nulle, à l'adolescence. Comme beaucoup de troubles psychopathologiques, elle semble en outre varier selon les pays, sans qu'on puisse s'expliquer de façon satisfaisante les raisons de ces variations. Chez les enfants d'âge préscolaire, elle varie, pour les filles de 0,4% en Norvège (Wichstrøm et coll., 2011) à 2,8% à New Haven, dans l'État américain du Connecticut (Carter et coll., 2010). Pour les garçons, les nombres correspondants sont 0,2% et 1,5%. D'autres études, qui ne donnent pas des estimations distinctes pour les filles et les garçons, évaluent la prévalence globale de l'angoisse de séparation chez des enfants américains de moins de 6 ans à 6% à Durham (Caroline du Nord : Franz et coll., 2013) ou à 10% à Washington (Luby et coll., 2009).

Selon l'*Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans* (Breton et coll., 1994), qui a porté sur 2 400 enfants et adolescents, le *taux de prévalence*

sur six mois de l'angoisse de séparation est de 4,9% pour les enfants âgés de 6 à 8 ans. Il est nettement plus bas, de l'ordre de 1,3% pour les adolescents âgés de 12 à 14 ans. Des études similaires effectuées dans d'autres pays ont abouti à des résultats très semblables. L'étude conduite par Anderson et ses collègues (1987) sur la quasi-totalité des enfants âgés de 11 ans vivant dans la ville de Dunedin (Nouvelle-Zélande) donne un taux de prévalence de 3,5%. La répartition selon le sexe fait apparaître un déséquilibre au détriment des filles : 0,4 garçon pour une fille, ce qui signifie que 29% des enfants souffrant d'angoisse de séparation sont des garçons, contre 71% de filles. Les filles semblent donc plus de 2 fois plus exposées au risque d'angoisse de séparation que les garçons.

Une grande étude épidémiologique américaine, que je citerai souvent, confirme ces données. Cette étude a été menée dans onze comtés ruraux des Great Smoky Mountains, dans l'État américain de Caroline du Nord, selon une méthode en deux temps souvent utilisée en épidémiologie. Tous les enfants de cette région ont fait l'objet d'une enquête de dépistage, qui permet d'identifier approximativement et globalement la prévalence de certains troubles dans la population générale. Dans un second temps, 906 enfants faisant partie d'un échantillon tiré au sort sont évalués au moyen d'un entretien diagnostique conduit avec les parents et les enfants. L'étude est longitudinale prospective : les enfants de cet échantillon ont été ensuite suivis tout au long de leur vie. En ce qui concerne la prévalence de l'angoisse de séparation, elle est de 5,6% chez les filles de 9 à 13 ans et de 0,3% chez celles de plus de 13 ans ; chez les garçons, de 4,2% de 9 à 13 ans et de 0,5% après 13 ans. Elle est pratiquement nulle à 15 ans dans les deux sexes (Bittner et coll., 2007 ; Copeland et coll., 2014).

En résumé, on peut raisonnablement estimer que le taux de prévalence instantanée de l'angoisse de séparation chez les jeunes enfants est de l'ordre de 4% à 5%. La prévalence de ce trouble diminue avec l'âge, et les données les plus récentes suggèrent qu'il est cinq à dix fois moins fréquent, voire qu'il disparaît complètement chez les adolescents. On doit s'interroger sur la signification de cette disparition. S'agit-il d'une disparition pure et simple du trouble ou d'une simple transformation en un autre trouble ?

## 4. L'angoisse de séparation et les troubles associés ou comorbides

Le langage médical français nomme *troubles associés* des manifestations pathologiques qui coexistent avec un trouble principal qui fait l'objet du diagnostic. Cette notion est surtout valable dans la psychiatrie traditionnelle, où l'habitude était prise depuis longtemps de penser que toutes les manifestations pathologiques observables chez un patient devaient nécessairement correspondre à un trouble unique. Mais la psychiatrie et la psychopathologie ont notablement évolué sur ce point depuis une quarantaine d'années : la plupart des psychiatres et des psychologues cliniciens admettent maintenant qu'il est possible de présenter simultanément deux ou plusieurs troubles psychiatriques indépendants ou relativement indépendants. Ainsi, on peut souffrir à la fois de phobie et de dépression, de même qu'on peut avoir à la fois une angine et une lombalgie. À la suite des auteurs anglo-saxons, on parle maintenant le plus souvent de *comorbidité* pour désigner cette présence simultanée de deux ou plusieurs troubles relativement indépendants chez la même personne. Ainsi, lorsqu'on parle de troubles associés, il arrive encore qu'on présuppose que l'un des troubles est secondaire, et plus ou moins dépendant de l'autre. Mais dans la suite de cet ouvrage, les termes « trouble comorbides » et « troubles associés » seront utilisés comme des synonymes, sans aucune hypothèse accordant une signification diagnostique ou étiologique plus importante à l'un des troubles présents simultanément.

En effet de nombreux auteurs distinguent des *diagnostics primaires et secondaires* : ces termes n'impliquent aucune hypothèse étiologique, ils renvoient tout simplement à l'ordre historique de découverte du tableau clinique par le clinicien. On appelle « primaire » ou « principal » le diagnostic correspondant aux aspects les plus évidents et les plus gênants du tableau clinique, et *secondaires* les diagnostics supplémentaires justifiés par d'autres signes ou symptômes, également présents dans le tableau clinique, mais dont l'évidence ne s'est pas imposée d'emblée ou qui n'ont pas été le motif principal de consultation (DSM-5, p. 22).

Comme la prise de conscience de l'importance et de la fréquence des comorbidités est aussi récente que la prise de conscience de l'importance de l'angoisse de séparation, les données épidémiologiques sont encore peu nombreuses sur les troubles comorbides de cette dernière, c'est-à-dire sur les troubles qui coexistent le plus fréquemment avec l'angoisse de séparation. Les plus intéressantes et les

plus solides proviennent d'une étude conduite à Durham, en Caroline du Nord (États-Unis), par des chercheurs de l'université Duke, et qui a de plus l'intérêt de porter sur de très jeunes enfants, âgés de moins de 5 ans. Les troubles comorbides sont extrêmement fréquents, présents chez plus de 60 % des enfants souffrant d'angoisse de séparation : environ un sur cinq présente au moins un autre trouble anxieux, un autre cinquième présente au moins un autre trouble (non anxieux), un dernier cinquième présente au moins un autre trouble anxieux ET au moins un autre trouble non anxieux. Les troubles associés sont aussi bien intériorisants qu'extériorisants : dépression plus d'une fois sur deux (55 % des comorbidités) suivie immédiatement par le déficit d'attention avec hyperactivité (50 %), l'anxiété généralisée (40 %) et ce qu'on nomme les « troubles du comportement perturbateur », c'est-à-dire l'ensemble formé par le trouble oppositionnel avec provocation et le trouble des conduites.

## 5. Hypothèses étiologiques

### 5.1 Conceptions psychanalytiques

Le psychanalyste britannique John Bowlby a consacré un travail considérable aux troubles de l'attachement mère-enfant qui génèrent une angoisse intense lors des expériences de séparation. Il a, en outre, rappelé que de nombreux passages des écrits de Freud mentionnent explicitement l'angoisse de séparation (*Trennungangst*), même si la définition freudienne de ce terme présente des différences avec la théorie que Bowlby a lui-même développée ultérieurement (1973, p. 485-494). Ainsi, dans *l'Introduction à la psychanalyse* (1916-1917), Freud établit clairement un lien direct entre l'absence de la mère et le développement d'angoisse chez le nourrisson ou le jeune enfant. Il en donne comme exemple la *peur de l'étranger*, c'est-à-dire les manifestations de peur qu'on observe souvent chez des enfants de 6 mois à 2 ans en présence d'une personne qu'ils ne connaissent pas. Freud explique que la cause véritable de la peur n'est pas dans ce cas la vue d'un visage inconnu : en réalité, on a affaire à un processus psychique plus complexe, qui met en jeu la transformation automatique de la libido insatisfaite en angoisse. En l'absence de sa mère, l'enfant éprouve de la nostalgie et de la frustration, « il éprouve une déception et une tristesse qui se transforment en angoisse » (*ibid.*, p. 384). Cette angoisse qui survient, par définition, en présence de personnes différentes de la mère, se trouve ainsi associée à la présence de ces personnes, et se transforme en peur de ces personnes inconnues.

On observe un phénomène analogue lorsque l'enfant a peur en l'absence de sa mère, non d'une personne inconnue, mais d'un aspect ou d'une propriété de l'environnement physique, ce qui se produit dans la peur du noir, dont on sait qu'elle est fréquente chez les enfants souffrant d'angoisse de séparation. Pas plus que la peur des inconnus, la peur de l'obscurité n'est liée à la peur devant un danger réel. Ainsi, Freud écrit : « Les premières phobies de situations qu'on observe chez l'enfant sont celles qui se rapportent à l'obscurité et à la solitude ; la première persiste souvent toute la vie durant et les deux ont en commun l'absence de la personne aimée, dispensatrice de soins, c'est-à-dire la mère » (*ibid.*, p. 384). La peur des inconnus et la peur de l'obscurité sont donc des phénomènes qui dissimulent et expriment à la fois l'angoisse de séparation.

En somme, selon Freud, l'angoisse de l'enfant séparé de sa mère n'est pas vraiment la peur d'un danger réel : en ce sens, il est le précurseur des conceptions psychanalytiques modernes de l'angoisse de séparation. Mais Freud attribue l'origine de cette angoisse à un processus psychologique complexe de transformation spontanée de la libido insatisfaite en angoisse, l'*angoisse automatique*. Peu de psychanalystes contemporains admettent l'existence de ce processus, notamment Bowlby qui rejetait la notion même de libido.

## 5.2 Théorie de l'attachement

La *théorie de l'attachement*, dont la première formulation est due à Bowlby, est à l'heure actuelle l'un des modèles explicatifs les plus courants tant en psychologie du développement qu'en psychanalyse et en psychopathologie de l'enfant. Cette théorie dérive directement des travaux consacrés à partir de 1940 aux effets de la séparation mère-enfant par des psychanalystes tels qu'Anna Freud et Dorothy Burlingham, René Spitz et Bowlby. Alors que Melanie Klein et ses élèves s'intéressaient surtout aux craintes fantasmatiques suscitées par des expériences banales de perte ou de séparation généralement provisoire, ces auteurs se sont penchés sur les effets réels des séparations réelles, graves et prolongées. Ils ont tous, à des titres divers, étudié des enfants séparés de leurs parents à la suite des bouleversements de la Seconde Guerre mondiale. Ils ont été parmi les premiers à établir la sémiologie des états de carence ou d'abandon. Ainsi, Dorothy Burlingham et Anna Freud (1942, 1944) ont montré que les enfants séparés de leur famille et élevés avec d'autres enfants dans les *nurseries* ou *homes* d'enfants de Hampstead, qu'elles avaient fondés dans la banlieue de Londres, ont tendance à s'attacher les uns aux autres et à éprouver de l'angoisse lorsqu'ils sont séparés. Spitz (1965) a mis

en évidence que la séparation durable des nourrissons de leur mère au cours de la première année de l'existence produit des troubles dépressifs qui restent réversibles dans un premier temps, mais se transforment en une apathie généralisée qui devient irréversible si la séparation se prolonge plus de 6 mois. Bowlby (1951) a étudié dès la fin de la Seconde Guerre mondiale, pour le compte de l'Organisation mondiale de la santé, les effets de la carence de soins maternels sur les jeunes enfants.

C'est la réflexion sur les effets massifs et déstructurants des situations de carence affective et d'abandon qui l'a conduit à mettre en question simultanément les théories freudiennes de la séparation et de la nature de l'attachement entre la mère et l'enfant. Selon Freud, l'attachement de l'enfant à sa mère repose sur des bases libidinales, c'est-à-dire sur les gratifications orales reçues au cours de l'allaitement. La mère serait avant tout, pour le nourrisson, la dispensatrice de nourriture. L'amour de l'enfant pour sa mère se développerait en s'étayant sur le besoin alimentaire et sur le plaisir oral éprouvé lors de la succion du sein ou du biberon. C'est parce qu'elle est la dispensatrice de la satisfaction du besoin alimentaire et du désir oral que la mère est aimée et que son absence est vécue comme une insupportable frustration. C'est pourquoi, lors des expériences de séparation, l'enfant éprouve la frustration de ses besoins et désirs sexuels oraux, et, de ce fait, sa libido insatisfaite se transforme en angoisse.

Bowlby estime que l'attachement de l'enfant à sa mère est au contraire un phénomène primaire, irréductible à la nourriture, et correspondant à un besoin vital observable non seulement chez les enfants humains mais aussi chez les jeunes animaux. Cette idée a été reprise par Didier Anzieu qui a admis l'existence d'une pulsion d'attachement qui serait initialement non sexuelle (Anzieu, 1974). Bowlby s'inspire, en effet, des travaux des éthologistes, notamment Konrad Lorenz et Harry Harlow, sur les phénomènes d'attachement entre mère et enfants chez les oiseaux et les mammifères. L'attachement du jeune animal à sa mère s'exprime par des *comportements de suite*: le jeune suit constamment sa mère, il la rejoint au plus vite lorsqu'il en est séparé, et montre son désarroi s'il ne parvient pas à la rejoindre. Il s'agit, selon les éthologistes, d'un instinct primaire et fondamental, totalement indépendant des instincts alimentaires ou sexuels. L'angoisse de séparation, dans cette perspective, n'est pas un phénomène psychique complexe impliquant la libido, c'est un *mécanisme instinctif simple, présent dans de nombreuses espèces animales, et qui a pour but de maintenir la proximité physique entre l'enfant et sa mère*. En effet, dans les espèces animales comme chez l'être humain primitif, les jeunes séparés de leur mère ou d'adultes protecteurs sont exposés à de nombreux dangers, du fait notamment des prédateurs. L'existence d'une réaction d'angoisse lorsque l'enfant

ou le jeune animal est séparé de sa mère est un phénomène normal et adaptatif, qui augmente les chances de survie du jeune, parce que cette angoisse le pousse à ne pas se séparer volontairement de sa mère ou à la rejoindre aussi vite que possible lorsqu'il en est séparé (Bowlby, 1969, p. 304). L'angoisse de séparation pathologique serait donc la forme exagérée et devenue gênante d'une réaction qui était indispensable à la survie dans les groupes humains primitifs et qui reste normale dans notre société lorsqu'elle est modérée et ne perdure pas au-delà de l'âge de 3 ans.

Mais Bowlby ne se contente pas d'invoquer des mécanismes biologiques et donc universellement présents chez tous les enfants humains, il souligne que l'attachement de l'enfant à la mère peut prendre plusieurs formes, en fonction notamment de l'attitude de la mère vis-à-vis de l'enfant. Le critère qui permet de différencier les formes d'attachement, c'est précisément la réaction de l'enfant à la séparation.

Bowlby distingue deux formes principales d'attachement. Lorsque l'attachement est assuré ou rassuré, l'enfant réagit modérément à la séparation dès son plus jeune âge et la tolère de mieux en mieux à mesure qu'il grandit. Lorsque l'attachement est, au contraire, angoissé ou précaire (Bowlby, 1973, p. 282), l'enfant présente des réactions anormales à la séparation. Les successeurs de Bowlby ont précisé que ces réactions peuvent être de deux types. Ou bien l'enfant semble peu attaché à sa mère et présente peu d'angoisse, voire de l'indifférence, lors des séparations : on parle alors d'*attachement évitant* ou *détaché*. Ou bien l'enfant présente une attitude d'attachement excessif, avec des conduites de maintien systématique d'une proximité physique aussi étroite que possible avec sa mère, et des réactions d'angoisse et de colère extrêmes lors des séparations : c'est à cette attitude qu'on réserve aujourd'hui la dénomination d'*attachement anxieux* (Ainsworth, 1971).

Dans le cas de l'attachement anxieux, l'enfant qui a exprimé son désespoir lors de la séparation est manifestement soulagé et heureux de retrouver sa mère. Mais il arrive que l'enfant, lors des retrouvailles, n'exprime aucun plaisir et manifeste au contraire sa rancœur et son mécontentement. Il se détourne de sa mère, refuse de l'embrasser, boude, etc. Dans ce cas, les affects négatifs sont présents à la fois pendant la séparation et lors des retrouvailles : on parle alors d'*attachement ambivalent*. Il est clair que ces phénomènes coïncident exactement avec ce qu'on observe dans le tableau clinique de l'angoisse de séparation, et que la distinction entre les deux types de conduites lors des retrouvailles permet, en outre, une différenciation entre deux formes cliniques de ce trouble. En tout cas, il semble très fermement établi que les enfants souffrant d'angoisse de séparation sont ceux qui présentent un type d'attachement « insécurisé », anxieux ou ambivalent.

Quelle est l'origine de l'attachement anxieux et de l'attachement ambivalent ? Pourquoi certains enfants présentent-ils ces formes d'attachement ? Certains auteurs ont invoqué des prédispositions innées (Parent et Saucier, 1999, p. 42), mais Bowlby lui-même a surtout évoqué des facteurs d'environnement, et notamment le comportement effectif des mères ou des personnes qui en tiennent lieu. Ainsi il expose que l'attachement anxieux peut être dû au fait que l'enfant a été élevé sans figure maternelle permanente, ou qu'il a été durablement séparé de sa mère, ou au fait que la mère a menacé de se suicider ou d'abandonner l'enfant (1973, p. 279-301). Cela implique que les perturbations de l'attachement ont souvent leur origine dans une perturbation précoce de la relation mère-enfant.

Alors que Bowlby était un psychanalyste réfléchissant sur ses observations cliniques et sur des études empiriques de psychopathologie du jeune enfant, sa principale continuateurice Mary Ainsworth (1971) est une psychologue qui s'est consacrée à des travaux expérimentaux et à des observations longitudinales. Elle a montré que le type d'attachement présenté par les enfants est « sécurisant » lorsque les mères sont sensibles aux besoins, lorsqu'elles répondent de manière cohérente et appropriée aux demandes de l'enfant, et donc lorsque la relation est dans son ensemble soutenante et structurée. On observe, au contraire, chez les enfants un type d'attachement « non sécurisant » ambivalent lorsque la relation mère-enfant se caractérise par le manque de prévisibilité et de cohérence : les mères sont parfois sensibles aux besoins, mais elles ont une mauvaise perception ou une mauvaise compréhension des signaux émis par les enfants et n'y répondent que de façon aléatoire et relativement imprévisible. Ce comportement maternel a pour conséquence la recherche par l'enfant de la proximité et du contact physique, ainsi que des manifestations de détresse intenses lors des séparations.

Plusieurs études montrent qu'il y a une relation entre les anomalies de l'attachement pendant la petite enfance et les troubles anxieux ou dépressifs de l'enfance, de l'adolescence ou de l'âge adulte. Mais comme ces anomalies de l'attachement ont presque toujours produit d'abord une angoisse pathologique de séparation au cours de l'enfance, j'y reviendrai dans la section sur l'évolution de l'angoisse de séparation (*cf.* p. 35).

Il faut souligner que la théorie de l'attachement est devenue l'instrument privilégié qui permet, dans de nombreuses situations cliniques, d'identifier les facteurs qui favorisent la survenue de l'angoisse de séparation. Comme Bowlby l'avait remarqué, les cliniciens notent souvent que les enfants qui ont subi des séparations multiples sont particulièrement sensibles à la séparation. Quel que

soit leur âge au moment de la rupture du couple parental, les enfants dont les parents ont divorcé semblent également présenter un risque élevé de développer une forme pathologique d'anxiété de séparation. Cette crainte est d'autant plus élevée que le divorce a été conflictuel (Poussin, 2001, p. 91-97). La séparation d'avec l'un des parents a pour effet fréquent de susciter la crainte imaginaire de nouvelles séparations.

### **5.3 Aspects familiaux et environnementaux**

Un certain nombre d'études ont mis l'accent sur la dimension familiale de l'anxiété de séparation, c'est-à-dire sur le fait que les membres de la famille d'une personne souffrant d'anxiété de séparation présentent eux-mêmes le phénomène d'anxiété de séparation plus fréquemment qu'on ne le trouve dans la population générale. En d'autres termes, le trouble est plus fréquent dans certaines familles que dans d'autres : c'est ce que les épidémiologistes et les généticiens appellent le phénomène d'*agrégation familiale* d'un trouble. Les auteurs anglo-saxons ont tendance à interpréter systématiquement les faits d'agrégation familiale qu'ils observent comme la conséquence et la preuve d'une transmission génétique et héréditaire de ces troubles. Cette attitude est d'ailleurs à l'origine des efforts considérables qu'ils ont déployés pour bien établir les phénomènes d'agrégation familiale. Par exemple, dans l'étude australienne de Vijaya Manicavasagar et de son équipe (2001), 63% des enfants souffrant d'anxiété de séparation avaient un parent justifiant le diagnostic de la forme adulte de l'anxiété de séparation. Cette concordance est onze fois plus élevée que celle qu'on enregistrerait si le lien était purement fortuit, c'est-à-dire s'il n'y avait aucune relation de cause à effet entre l'anxiété de séparation des enfants et celle des parents. Elle est d'autant plus frappante que les auteurs n'ont pas trouvé d'association entre l'anxiété de séparation des enfants et d'autres troubles anxieux chez les parents. Réciproquement, aucun des enfants souffrant de troubles anxieux autres que l'anxiété de séparation n'avait de parent avec un diagnostic d'anxiété de séparation.

Il est donc clair qu'il y a une transmission familiale de l'anxiété de séparation : les enfants présentant le trouble d'anxiété de séparation ont tendance à présenter encore ce trouble lorsqu'ils sont devenus adultes, et ils ont tendance à le transmettre à leurs enfants. Mais il est difficile de dire s'il faut privilégier l'hypothèse d'une transmission héréditaire reposant sur des mécanismes génétiques, celle d'une transmission « sociale » fondée sur des processus psychologiques d'imitation et d'apprentissage social, voire sur les mécanismes psychanalytiques d'introjection

et d'identification décrits par la psychanalyse, ou celle d'une interaction complexe entre les processus biologiques et « psychosociaux ».

## 6. Évolution de l'angoisse de séparation

Avant qu'on dispose de données sur le devenir à l'adolescence et à l'âge adulte de l'angoisse de séparation infantile, les cliniciens avaient envisagé deux hypothèses principales. Selon l'une, l'angoisse de séparation infantile serait le précurseur de troubles anxieux variés : j'ai moi-même indiqué naguère une piste évolutive vers l'agoraphobie (Petot, 2004a). Selon l'autre, l'angoisse de séparation infantile se prolongerait ou reparaitrait telle quelle à l'âge adulte, elle serait donc avant tout la première manifestation d'un trouble chronique, durant toute la vie ou du moins pendant une bonne partie de la vie.

Cynthia Last et ses collègues (1996) ont bien établi deux faits principaux : l'angoisse de séparation, comme les autres troubles anxieux de la petite enfance, a un taux de rémission important ; mais le taux d'apparition, après cette rémission, de nouveaux troubles psychiatriques, autres que l'angoisse de séparation est élevé. Ces auteurs avaient comparé à un groupe témoin d'enfants sans trouble connu deux groupes d'enfants souffrant l'un de troubles anxieux divers (dont un sous-groupe de dix-huit enfants avec angoisse de séparation) et le second d'hyperactivité avec déficit de l'attention. La majorité des enfants anxieux (82 %) étaient rétablis à la fin de la période de suivi, qui avait duré trois à quatre ans. Le taux de rémission était encore plus élevé (95,7 %) dans le sous-groupe souffrant d'angoisse de séparation. Après une période de rémission, le taux de rechute était de 8 % pour les troubles anxieux. En outre, les enfants anxieux avaient assez souvent développé de nouveaux troubles psychiatriques différents du trouble initial (30 % des cas), et qui restaient une fois sur deux des troubles anxieux (16 %) alors que les enfants du groupe témoin n'étaient que 2 % à développer des troubles anxieux au cours de la période d'observation.

On dispose maintenant de plusieurs études épidémiologiques prospectives, dont les apports ont permis de reconsidérer la question du devenir à l'âge adulte des enfants ayant souffert de troubles psychologiques. L'une des plus remarquables est l'étude néo-zélandaise de Dunedin, que je citerai souvent : un groupe de chercheurs, dont les plus connus sont notamment Alice Gregory, Avshalom Caspi, Terrie Moffitt et Richie Poulton, ont suivi régulièrement toutes les personnes – environ

un millier – nées dans cette ville en 1973-1974. Cette « étude multidisciplinaire de la santé et du développement à Dunedin » a permis d'évaluer la santé physique et mentale et le développement de ces personnes depuis l'âge de 3 ans jusqu'à maintenant. En ce qui concerne l'angoisse de séparation, cette étude a d'abord permis de confirmer qu'elle décroît à l'adolescence : McGee et ses collègues (1990) ont montré que le taux de prévalence de l'angoisse de séparation, qui était de 3,5 % lorsque les enfants avaient 11 ans, descend à 2 % lorsqu'ils en ont 15. Mais *l'angoisse de séparation est un facteur de risque avéré pour le développement à l'âge adulte de l'anxiété généralisée, de la phobie sociale, de l'agoraphobie et de la névrose traumatique*. Il n'y a en revanche que peu de relations entre la présence d'anxiété de séparation au cours de l'enfance et l'apparition ultérieure de phobies spécifiques chez les mêmes personnes (Gregory et coll., 2007). Les résultats sont moins significatifs en ce qui concerne la névrose obsessionnelle et le trouble panique, mais c'est probablement dû à la faiblesse des effectifs étudiés, elle-même due à la rareté de ces diagnostics, même sur une cohorte d'un millier de sujets. En effet, Roxann Roberson-Nay et ses collègues (2012) ont confirmé que les enfants présentant le trouble angoisse de séparation développent souvent à l'âge adulte un trouble panique et qu'il est vraisemblable que ces deux troubles aient une même prédisposition génétique.

L'étude américaine des Great Smoky Mountains permet d'aller encore plus loin : elle confirme que les jeunes adultes (21 à 26 ans) qui ont souffert pendant leur enfance d'angoisse de séparation souffrent souvent d'anxiété généralisée (26 % contre 9 % chez ceux qui n'ont pas souffert d'angoisse de séparation), d'agoraphobie (14 % contre 5 %) et de trouble panique (13 % contre 4 %). Les mêmes auteurs ont en outre évalué l'adaptation générale et la qualité de vie à l'âge adulte à partir de trois critères : les sujets qui ont souffert d'anxiété de séparation au cours de leur enfance présentent à l'âge adulte plus de problèmes de santé physique que les autres, mais leur niveau de revenu et la qualité de leurs relations interpersonnelles ne sont pas affectés. La santé physique est évaluée à partir de questions portant sur les maladies et notamment les maladies sexuellement transmissibles, les accidents, l'obésité, le tabagisme (Copeland et coll., 2014).

En résumé, l'angoisse de séparation infantile est souvent la première manifestation d'un processus durable. Il arrive rarement que l'angoisse de séparation se perpétue jusqu'à l'âge adulte. Le plus souvent, elle disparaît à l'adolescence, mais on a l'impression que, dans de nombreux cas, il ne s'agit que d'un changement de l'expression symptomatique de l'angoisse. *Tout se passe comme si le processus qui s'était initialement exprimé sous forme d'angoisse de séparation se continuait sous forme d'anxiété généralisée, d'agoraphobie ou de trouble panique.*

## 7. Diagnostic et évaluation psychologique

### 7.1 Les entretiens cliniques structurés et semi-structurés

Peu utilisés en France, sinon par quelques chercheurs, les entretiens cliniques structurés et semi-structurés sont l'outil de base des psychologues cliniciens anglo-saxons. Un entretien clinique structuré est un *entretien* parce qu'il se passe sous forme orale : il y a échange de paroles entre le praticien et le patient. Cet entretien est *clinique* précisément parce qu'il se déroule dans un cadre clinique, entre un praticien, psychologue ou psychiatre, et un patient ou, en psychiatrie de l'enfant, avec l'un des parents de l'enfant, un frère ou une sœur, un proche, etc. Il est *structuré* parce que le psychologue ne fait rien d'autre que poser des questions dont la liste est fixée à l'avance et dont la formulation est invariable ou peu variable. Le praticien dispose le plus souvent d'un cahier dans lequel les questions sont imprimées. Il lit ces questions au patient et note la réponse. La plupart du temps, ces questions sont fermées, c'est-à-dire qu'elles appellent une réponse par oui ou par non. Par conséquent, les mêmes questions sont posées à tous les patients auxquels l'entretien est administré, ce qui rend très exactement comparables les réponses de ces patients. Ainsi, les entretiens cliniques structurés deviennent de véritables instruments standardisés dont on peut calculer les qualités psychométriques – validité, fidélité inter-juges et fidélité test-retest, sensibilité – comme on le fait pour les tests.

On appelle entretiens *semi-structurés* des formulaires d'interrogatoire qui, en fait, ne diffèrent que légèrement des interrogatoires structurés. Les deux différences principales consistent dans la présence de bifurcations dans l'interrogatoire et dans la possibilité donnée au clinicien de poser des questions complémentaires, dont le choix lui est souvent laissé. Ainsi, beaucoup d'entretiens sont dits semi-structurés, parce que la manière dont le patient répond à une question détermine le fait qu'on lui pose ou qu'on ne lui pose pas une série de questions complémentaires facultatives mais standardisées. L'autre aspect de la « semi-structuration » est le fait que, dans certains formulaires, le clinicien est encouragé à poser des questions de son cru pour apprécier la réalité et l'importance du phénomène clinique visé par un item standardisé dont la formulation est trop stéréotypée pour pouvoir s'appliquer à toutes les situations concrètes.

La plupart de ces instruments ont pour but de faciliter le diagnostic psychiatrique, en standardisant l'enquête sur la présence ou l'absence des symptômes retenus dans les principales classifications comme critères diagnostiques de

chaque trouble. Certains de ces entretiens cliniques structurés ou semi-structurés ne portent que sur un trouble ou un groupe de troubles apparentés. D'autres passent en revue l'ensemble des manifestations psychopathologiques possibles. On y utilise des arbres de décision : en fonction de la réponse à certaines questions, le psychologue doit poser d'autres questions permettant de vérifier la présence d'un trouble évoqué par la réponse à la question cruciale. Si la réponse à cette question est négative, on peut, au contraire, faire l'économie de la partie correspondante du questionnaire. Ces entretiens structurés peuvent comporter plusieurs centaines de questions. Malgré l'économie permise par les arbres de décision, leur administration est longue, elle dure couramment deux à trois heures et peut nécessiter plusieurs séances d'une à deux heures. Ces séances d'interrogatoire standardisé, qui ne laissent pratiquement aucune place à la spontanéité de l'enfant pas plus qu'à celle du psychologue, sont fastidieuses pour les deux. Cet inconvénient est évidemment d'autant plus sensible que les enfants sont plus jeunes ou plus perturbés.

On peut s'étonner que les chercheurs et les cliniciens anglo-saxons soient insensibles à cet inconvénient. C'est qu'ils sont avant tout préoccupés de la validité scientifique de leurs observations, et donc soucieux de recueillir des données selon des techniques telles que ces observations soient strictement répétables par d'autres observateurs. C'est surtout dans le cadre d'une pratique de type hospitalo-universitaire qui associe le soin à la recherche clinique que les cliniciens anglo-saxons utilisent ces instruments. Ces instruments ne sont pas absolument indispensables dans une pratique clinique n'ayant aucune visée de recherche. Il est cependant intéressant d'en avoir quelque idée, ne serait-ce que pour comprendre et évaluer les contributions de nos collègues anglo-saxons.

Les formulaires d'entretien clinique standardisé les plus employés dans la psychopathologie infantile de langue anglaise sont le DISC, le DICA et la Kiddie-SADS. Le DISC (*Diagnostic Interview Schedule for Children*) et le DICA (*Diagnostic Interview for Children and Adolescents*) ne sont pas disponibles en français.

Il existe en revanche une version française de la Kiddie-SADS, qui est un « formulaire pour les troubles de l'humeur et la schizophrénie pour les enfants d'âge scolaire » (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children* – ou *for kiddies*, c'est-à-dire pour enfants). *Kiddie* est le diminutif affectueux du terme familier *kid* qui désigne les enfants. Il s'agit d'un entretien diagnostique semi-structuré dont la première version, réalisée par Puig-Antich et Chambers (1985) était une adaptation de l'interrogatoire pour adultes SADS

(*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*) développé par Endicott et Spitzer dès 1978. Joan Kaufman et ses collègues (1997) sont les auteurs de la version actuellement disponible, la *Kiddie-SADS-P/L* (Present and Lifetime: présent et vie entière), traduite en français sous la direction de Marie-Christine Mouren-Siméoni (2002). Cette version permet de porter des diagnostics actuels et des diagnostics rétrospectifs et d'évaluer l'intensité des troubles. Elle est destinée à l'évaluation des enfants et adolescents (6 à 18 ans) au moyen de deux entretiens successifs d'une durée d'une à deux heures avec chaque interlocuteur, c'est-à-dire l'enfant et l'un de ses parents. Quand on examine un enfant, on conduit le premier entretien avec le parent et le second avec l'enfant, lorsqu'on examine un adolescent, on suit l'ordre inverse.

L'administration complète de la *Kiddie-SADS-P/L* nécessite qu'on fasse d'abord avec chaque interlocuteur un entretien de dépistage destiné à établir la présence ou l'absence de 53 symptômes considérés comme des critères diagnostiques critiques, à partir d'une revue de 71 items pertinents. L'examineur est libre de formuler à sa guise les questions qu'il pose afin de s'adapter à son interlocuteur. Les items sont pour la plupart cotés sur une échelle de trois niveaux. Si le symptôme n'est pas présent, on cote 1 ; s'il est présent, mais avec une fréquence, une durée et/ou une intensité inférieure à ce qui est énoncé dans la liste des critères diagnostiques du DSM, on cote 2. S'il est présent au niveau requis par les critères diagnostiques, on cote 3. Si un ou plusieurs symptômes sont cotés au niveau 3, cela nous oriente vers un ou plusieurs diagnostics qu'il faudra confirmer ou rejeter en fonction des informations apportées par un interrogatoire complémentaire qu'on conduira immédiatement après l'entretien de dépistage et qui explore systématiquement la symptomatologie de chacun des troubles dont la présence semble possible en fonction de l'entretien de dépistage. La *Kiddie-SADS* ne peut donc être administrée convenablement que par un praticien expérimenté, psychiatre ou psychologue, qui sait trouver les mots adaptés à la compréhension de ses interlocuteurs, qui a une connaissance approfondie des tableaux cliniques et qui est capable de décider instantanément, au cours même de l'entretien, si un symptôme est présent à un niveau infraclinique ou clinique.

Comment diagnostique-t-on l'angoisse de séparation au moyen de la *Kiddie-SADS*? L'interrogatoire de dépistage doit examiner la présence et éventuellement l'intensité de cinq de ses symptômes : peur qu'un événement catastrophique sépare l'enfant de sa famille, peur qu'il arrive un malheur à la principale figure d'attachement, refus d'aller à l'école, peur de dormir hors de la maison ou peur de dormir seul, et peur de rester seul à la maison. Si l'un de ces cinq symptômes est présent au

niveau 3, c'est-à-dire au niveau de fréquence et/ou d'intensité requis par le DSM, on vérifie lors de l'entretien complémentaire la présence des sept manifestations suivantes : cauchemars, manifestations somatiques lors des séparations, détresse excessive à l'approche d'une séparation, détresse excessive lors des séparations, durée de la perturbation causée par les séparations, retentissement « social », c'est-à-dire interpersonnel, dans différents domaines (famille, amis, milieu scolaire). C'est seulement après avoir mené cet entretien complémentaire que le clinicien dispose de toutes les informations nécessaires pour porter le diagnostic d'angoisse de séparation selon les critères du DSM.

## **7.2 Les échelles d'auto-évaluation et d'hétéro-évaluation**

Les échelles d'évaluation sont un ensemble assez disparate d'instruments qui prennent le plus souvent la forme de questionnaires. Lorsque ces questionnaires sont remplis par le patient lui-même, qui répond par écrit aux questions le concernant, on les nomme *échelles d'auto-évaluation*. Lorsque c'est un tiers, connaissant bien le sujet, qui répond aux questions, on parle d'*échelles d'hétéro-évaluation*. Ces dernières sont recommandées lorsque les patients eux-mêmes risquent d'avoir du mal à comprendre les questions ou à maintenir leur attention, ce qui est le cas avec les enfants, surtout quand ils sont jeunes. Comme les entretiens cliniques, elles peuvent être générales (inventaire de toutes les pathologies possibles) ou plus spécifiquement centrées sur l'exploration d'un trouble ou d'un groupe de troubles.

La Child Behavior Checklist (CBCL) est la plus utilisée des échelles générales d'hétéro-évaluation (Achenbach et Edelbrock, 1981 ; Achenbach, 1991 ; Achenbach et Rescorla, 2001). Elle est utilisée dans la plupart des recherches actuellement publiées. Son intérêt ne se limite pas à la recherche épidémiologique ou clinique, elle est aussi extrêmement utile en pratique courante. Elle comporte deux parties. L'une évalue les compétences scolaires, sociales et les relations interpersonnelles. La seconde, comportant 118 items, évalue la présence ou l'absence de troubles affectifs et/ou de troubles du comportement chez les enfants âgés de 4 à 18 ans. Le questionnaire peut être rempli par les parents ou par toute personne connaissant bien l'enfant. La version et l'adaptation française de cet instrument ont été mises au point par Éric Fombonne et ses collègues (Fombonne et coll., 1988 ; Fombonne, 1992 ; Fombonne, 1994). Plus récemment, Achenbach et Leslie Rescorla (2001) ont mis au point la CBCL 1 ½ – 5 qui est une version de la CBCL destinée à l'évaluation des enfants les plus jeunes, âgés de 18 mois à 5 ans. Christiane Capron, Jan van der Ende et Frank Verhulst (2005) l'ont traduite en français. De ce fait, la

CBCL « standard » est actuellement destinée à l'hétéro-évaluation des enfants et adolescents de 6 à 18 ans.

Achenbach a également développé un questionnaire d'auto-évaluation, la *Youth Self Report* (YSR; Achenbach, 1991; Achenbach et Rescorla, 2001), qui peut être rempli par les enfants à partir de 11 ans, et qui reprend la quasi-totalité des items de la CBCL. Ce questionnaire a été traduit par Christiane Capron (2005), je l'ai adapté en France (Petot et coll., 2013) et les données françaises figurent dans un article collectif auquel j'ai contribué (Rescorla et coll., 2013).

La CBCL et la YSR ne comportent pas de section spécialement destinée au diagnostic ou à l'évaluation de l'angoisse de séparation. Mais ils présentent tous deux l'intérêt de permettre de recueillir, de façon commode et rapide, un grand nombre d'informations sur le fonctionnement psychologique, sur les éventuels troubles comorbides avec l'angoisse de séparation, ainsi que, grâce à l'échelle de compétence, sur les ressources psychologiques de l'enfant. Ils permettent en particulier d'explorer la présence ou l'absence de tout un ensemble de manifestations anxieuses et dépressives qui sont les plus fréquemment associées à l'angoisse de séparation. De ce fait, même si ces deux questionnaires apportent peu au diagnostic proprement dit de l'angoisse de séparation, ils contribuent utilement à l'évaluation d'ensemble de la pathologie de l'enfant chez lequel on diagnostique ce trouble. Ils permettent ainsi d'élargir la perspective diagnostique et de faire un pas supplémentaire vers le point de vue plus général de l'évaluation d'ensemble du fonctionnement psychologique de l'enfant.

Le psychiatre américain Boris Birmaher (1999) a développé un questionnaire de dépistage et d'aide au diagnostic des troubles anxieux nommés la SCARED (*Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders*) que j'ai traduit et adapté en France (Petot et coll., 2010). Cet instrument de quarante et un items comprend cinq échelles syndromiques dont quatre sont destinées à dépister des troubles répertoriés dans le DSM (trouble panique, anxiété généralisée, phobie sociale et angoisse de séparation). Une cinquième échelle permet de dépister un trouble non reconnu par le DSM, mais fréquent chez l'enfant, la phobie scolaire. Il existe deux formes parallèles de la SCARED, l'une est hétéro-évaluative et destinée à être remplie par l'un des parents et l'autre peut être remplie par l'enfant lui-même à partir de 8 ans.

L'échelle d'anxiété manifeste pour enfants (R-CMAS, *Revised-Children Manifest Anxiety Scale*) de Reynolds et Richmond (1997) ne permet pas de porter le diagnostic d'angoisse de séparation, mais d'évaluer la nature et le niveau général

de l'anxiété et de l'excitation neurovégétative chez les enfants et adolescents âgés de 6 à 19 ans. Elle ne comporte pas de forme hétéro-évaluative. Il en existe une adaptation française (ECPA, 1999). Elle se compose de trente-sept items, et son « rationnel » repose sur la théorie de l'anxiété en tant que trait, ce qui signifie que l'objectif n'est pas d'évaluer le niveau de l'anxiété actuellement ressentie au moment où l'enfant remplit le questionnaire, mais d'estimer son niveau habituel d'anxiété au moyen d'une note totale d'anxiété. En plus de cette note totale d'anxiété, l'analyse factorielle a permis de dégager trois composantes de l'anxiété globale : anxiété physiologique, inquiétude-hypersensibilité, préoccupations sociales-concentration. Cet instrument permet donc une analyse qualitative et quantitative fine de l'anxiété générale qui accompagne le syndrome d'angoisse de séparation.

On sait que les parents des enfants souffrant d'angoisse de séparation présentent souvent eux-mêmes la forme adulte de cette pathologie. Lorsque cela se produit, c'est un facteur de complication qui assombrit le pronostic thérapeutique : on peut craindre que des parents souffrant eux-mêmes de ce trouble aient plus de mal à aider l'enfant à se détacher d'eux. Il est donc parfois indispensable, pour compléter l'évaluation globale de la situation d'un enfant souffrant d'angoisse de séparation, de vérifier la présence de la forme adulte du trouble chez l'un des parents. C'est pourquoi le psychologue d'enfants a intérêt à savoir faire le diagnostic de la forme adulte de ce trouble. Il pourra s'inspirer pour en tirer une liste de vérification ou un guide d'entretien structuré ou semi-structuré, des items de l'Échelle d'angoisse de séparation de l'adulte (*Adult Separation Anxiety Disorder*, ASAD), mise au point par Vijaya Manicavasagar et son équipe (Silove et coll., 1993b).

### **7.3 Les méthodes projectives**

Les *tests projectifs* ou *méthodes projectives d'exploration de la personnalité* sont des tests dans lesquels le sujet est invité à accomplir une tâche qui consiste à donner un sens à un matériel ambigu : taches d'encre, gravures représentant des personnages ou des objets plus ou moins flous. Le ressort principal de l'efficacité révélatrice des tests projectifs tient au fait que les sujets, la plupart du temps, n'ont pas conscience de donner une interprétation personnelle du « matériel » : ils croient qu'ils ne font que percevoir quelque chose de réel (par exemple, ils disent que deux personnages se querellent, parce qu'il leur semble le « lire » sur la gravure), alors qu'ils donnent une interprétation personnelle (d'autres patients diront que les deux personnages de cette planche sont en conversation amicale).

L'intérêt des méthodes projectives, c'est que le patient y exprime à son insu des caractéristiques de son fonctionnement psychologique dont il n'est pas nécessairement conscient. Ces caractéristiques peuvent concerner le contenu (fantasmes, préoccupations personnelles, affects dominants) ou la forme (organisation, niveau d'élaboration, incohérence, etc.) de la pensée, des fantasmes ou des affects. De ce fait, les tests projectifs vont beaucoup plus loin que les échelles d'auto- ou d'hétéro-évaluation, à condition que l'enfant ne soit pas trop inhibé ou trop agité pour respecter la consigne et accomplir la tâche demandée.

### 7.3.1 Le test de Rorschach

On sait qu'il s'agit d'une série de dix planches sur lesquelles sont reproduites des taches d'encre. On demande au patient de dire *à quoi ces taches pourraient ressembler*. L'analyse tient compte de nombreux aspects de la réponse. Les principaux concernent la localisation (l'endroit de la tache d'encre où quelque chose a été « vu »), le contenu (le type d'être ou d'objet qui est interprété) et ce qui a déterminé la réponse, c'est-à-dire ce qui fait le lien entre la tache et le contenu (ressemblance formelle, couleur, dégradé de la couleur, etc.). Le test de Rorschach permet d'orienter ou de préciser le diagnostic de certains troubles psychopathologiques, mais ce n'est pas le cas pour l'angoisse de séparation : on ne connaît pas de réponses typiques ou de signes particuliers qui seraient spécifiquement associés à cette pathologie. Mais le test de Rorschach permet d'évaluer la nature et l'intensité de l'angoisse éprouvée par un sujet, même lorsque celui-ci la méconnaît ou la nie. Il permet également d'avoir un aperçu de certains aspects du fonctionnement psychique qui sont difficilement accessibles au moyen des échelles d'auto-évaluation ou d'hétéro-évaluation, tels que la nature des mécanismes de défense ou de « coping », la qualité effective des relations interpersonnelles, révélatrice de ce qu'en psychanalyse on appelle la relation d'objet. Il peut enfin nous mettre sur la piste de troubles associés ou comorbides, lorsqu'on relève dans le protocole d'un enfant les signes typiques de ces troubles.

Les protocoles de Rorschach des enfants souffrant d'angoisse de séparation présentent généralement des signes caractéristiques de l'angoisse en général. Il s'agit tout d'abord de réponses dont les déterminants sont des *estompages de diffusion* : on appelle ainsi les réponses dans lesquelles le sujet voit des formes floues telles que des nuages, des paysages dans le brouillard, des radiographies, et justifie sa réponse en invoquant le dégradé du ton local effectivement présent sur les planches. On trouve également des réponses que l'on cote « Clob » (clair obscur) dans la méthode française classique d'interprétation du Rorschach (Anzieu, 1961).

Il s'agit de réponses auxquelles s'associe un sentiment de malaise, de peur ou de tristesse, et qui sont données à des taches qui sont à la fois massives et sombres (en particulier les planches I, IV et V), par exemple, à la planche V : « un papillon de nuit, il n'est pas beau, il a l'air abîmé » ; ou, à la planche IV : « un monstre horrible qui fait peur ». On trouve également assez souvent des représentations d'objets endommagés ou détériorés, ainsi que des représentations d'êtres ou de choses menaçants ou effrayants.

### **7.3.2 Les tests d'aperception thématique**

Le TAT est composé de 31 gravures dont le style général évoque les photographies de films du milieu du xx<sup>e</sup> siècle. On demande au sujet de raconter une histoire dont la planche pourrait être l'illustration. Dans la forme initiale du test, créé aux États-Unis par Harry Murray et Christiane Morgan en 1935, on propose au sujet vingt planches, choisies en fonction de son âge et de son sexe. Dans la pratique, la plupart des psychologues, aussi bien anglo-saxons que sud-américains ou européens présentent actuellement aux patients une sélection de six à quinze planches. Il existe une variante destinée aux enfants de moins de 8 ans, le CAT (*Children Aperception Test*, S. Bellak et L. Bellak, 1949) dans lequel les personnages humains sont remplacés par des animaux.

Les récits inventés par les adultes sont d'interprétation délicate et nécessitent l'utilisation de procédures complexes. Mais les récits des enfants sont souvent l'expression à peine déguisée ou transposée de leurs préoccupations actuelles, de leurs espoirs, craintes, affects, relations, etc. Il suffit donc de relever les thèmes des histoires pour recueillir une information pertinente que l'enfant n'a pas pensé à communiquer au cours des entretiens, ou qu'il n'a pas osé donner directement. Très souvent, les tests thématiques apportent des compléments utiles à l'anamnèse.

Le TAT et le CAT sont assez peu utilisés par les chercheurs, parce qu'ils se prêtent moins que le Rorschach à une analyse quantitative. On ne dispose donc d'aucune information provenant d'études quantitatives sur les particularités des récits TAT des enfants anxieux, et encore moins de ceux qui souffrent d'anxiété de séparation. Mais tout clinicien habitué à voir des enfants présentant ce trouble ne peut manquer d'avoir relevé dans leurs récits la fréquence élevée des thèmes de séparation, d'abandon, de solitude et de catastrophe.

## 8. Cas clinique : Marina, 9 ans et 6 mois

Marina est une fillette d'une grande beauté. Elle est en première année de cours moyen (CM1 : 4<sup>e</sup> année de la scolarité obligatoire en France), ce qui signifie qu'elle n'est ni en retard, ni en avance dans sa scolarité. Elle est conduite à la consultation psychiatrique par sa mère sur le conseil de son médecin traitant.

Marina a du mal à s'endormir si sa mère n'est pas auprès d'elle. Elle fait des cauchemars toutes les nuits depuis l'âge de 8 ans. L'un d'eux est le suivant : « Quelqu'un rentre dans sa chambre et l'enlève. » Elle se réveille en criant vers 2 heures du matin et a du mal à se rendormir. Elle a peur du noir et des endroits obscurs. Elle est extrêmement attachée à sa mère. Elle commence à s'inquiéter et à se plaindre de maux de ventre et de nausées dès que sa mère se prépare pour aller travailler. Elle a peur en permanence qu'il n'arrive quelque chose à sa mère ou que sa mère ne meure. Selon son institutrice, Marina est très nerveuse, agitée, tendue et n'arrive pas à se concentrer sur son travail dès le début de l'après-midi. En fin d'après-midi, elle ne supporte pas que sa mère soit en retard lorsqu'elle vient la chercher à la sortie de l'école : la moindre minute de retard de la mère est catastrophique pour la fillette, elle sanglote et se plaint d'avoir très mal au ventre. La mère, qui travaille dans une compagnie d'assurances, a dû s'entendre avec son directeur et ses collègues pour aménager ses horaires de travail de manière à être à la porte de l'école tous les jours à 16 heures 30 précises.

Marina est la seule enfant du couple parental. Ses parents sont tous deux cadres supérieurs dans une compagnie d'assurances. Il y avait de fréquents conflits entre eux. La mère de Marina avait appris que son mari avait une liaison. Pour cette raison, elle a demandé le divorce, qui a été prononcé il y a un an. Marina va chez son père une fin de semaine sur deux. Elle n'aime pas aller chez son père, car elle dit se sentir seule et « s'ennuyer de sa maman ».

Marina parle très facilement de ses souffrances et dit qu'elle aimerait beaucoup que la psychologue l'aide. Elle participe volontiers à l'examen psychologique, qui a comporté en plus du Rorschach, du TAT et du WISC-III, l'inventaire de dépression pour enfants (CDI, *Children Depression Inventory*) de Maria Kovacs (cf. p. 294) et l'échelle d'anxiété manifeste pour enfants de Reynolds et Richmond (R-CMAS, *Revised-Children's Manifest Anxiety Scale*). Notons enfin que Marina a toujours eu d'excellentes notes et qu'elle a toujours occupé la première place dans sa classe. Mais depuis environ six mois, ses résultats scolaires ont nettement baissé. Elle en est très affectée, mais dit qu'elle n'arrive pas à travailler. C'est pour

cette raison que nous lui administrons un test d'intelligence, le WISC-III. Il est en effet indispensable de faire passer des tests d'intelligence à tous les enfants qui ont des difficultés scolaires, parce que seule une évaluation fine du niveau et de la structure des aptitudes intellectuelles nous permet d'exclure des anomalies quantitatives ou qualitatives du fonctionnement cognitif. La plupart du temps, l'échelle d'intelligence pour enfants de Wechsler (WISC-III) suffit à écarter toute suspicion de trouble de l'intelligence (pour une description plus complète du WISC-III, cf. p. 505-515).

### 8.1.1 Résultats au WISC-III

Quotient intellectuel verbal (QIV): 121
Quotient intellectuel de performance (QIP): 133
Quotient intellectuel total (QIT): 131

La moitié des enfants obtient 100, 95 % des enfants ont entre 70 et 130: Marina a donc une intelligence très supérieure à la moyenne, puisqu'elle fait partie des 2 % des enfants qui réussissent le mieux à ce test. L'examen des résultats partiels aux « subtests » permet d'analyser plus finement la répartition de ses aptitudes. Aux subtests, la note moyenne est de 10 et l'écart type est 3, ce qui signifie qu'environ 70 % des enfants ont une note comprise entre 7 et 13.

#### ■ Résultats aux différents subtests (moyenne: 10; écart type: 3)

Subtests verbaux	Subtests de performance
Information: 14	Complètement d'images: 13
Similitudes: 13	Code: 13
Arithmétique: 13	Arrangement d'images: 16
Vocabulaire: 13	Cubes: 12
Compréhension: 13	Assemblage d'objets: 19
Mémoire des chiffres: 9	Symboles: 13
	Labyrinthes: 13

#### ■ Résultats aux trois indices factoriels du WISC-III (moyenne: 100; écart type: 15)

Compréhension verbale (CV): 120
Organisation perceptive (OP): 135
Vitesse de traitement (VT): 118

Toutes ces notes sauf deux sont comprises entre 12 et 16. À chaque subtest, Marina est dans les 10 % à 15 % supérieurs de sa classe d'âge. On note des réussites exceptionnelles aux subtests qui font appel à la compréhension des relations spatiales et une moindre performance, qui est d'ailleurs toute relative, au subtest de mémoire des chiffres qui évalue en bonne partie l'attention et la concentration.

On mentionnera pour mémoire, que l'analyse en termes de facteurs n'apporte rien de particulier dans le cas de Marina.

En conclusion, il est clair que le fléchissement récent des résultats scolaires de Marina est sans aucun rapport avec un trouble quelconque de l'intelligence.

### 8.1.2 Résultats à la *Child Behavior Checklist* (CBCL)

Comme dans beaucoup d'échelles de ce type (dont la R-CMAS et la CDI ci-dessous), les résultats sont exprimés sous forme de notes « standard » dont la moyenne est 50 et l'écart type 10 (68 % des enfants ont théoriquement des notes comprises entre 40 % et 60 % et 95 % des enfants ont théoriquement des notes comprises entre 30 et 70).

#### ■ Échelle de compétence de la CBCL

Note totale de compétence: 49
Échelle d'activités: 44
Échelle sociale: 50
Échelle scolaire: 51

#### ■ Échelle syndromique de la CBCL

Note totale de perturbation: 78
Trouble d'internalisation: 75
Trouble d'externalisation: 71
Retrait-isolement: 55
Plaintes somatiques: 56
Anxiété-dépression: 85
Problèmes interpersonnels: 80
Troubles de la pensée: 45
Attention/hyperactivité: 68
Comportement déviant: 49
Comportement agressif: 75

Les échelles qui évaluent les aptitudes sociales et l'adaptation scolaire sont tout à fait dans la norme. En revanche, la note à l'échelle d'activités est très légèrement plus basse.

La note totale de perturbation est de plus de deux écarts types par rapport à la moyenne et montre l'intensité des manifestations pathologiques de Marina. Ces manifestations sont du type internalisation.

Comme on pouvait s'y attendre, l'échelle syndromique anxiété-dépression est très élevée. L'anxiété et la dépression sont accompagnées de plaintes somatiques de moindre intensité. À cela s'ajoutent des difficultés interpersonnelles et un comportement agressif. On notera enfin la présence de troubles de l'attention et d'hyperactivité.

### 8.1.3 Résultats de l'échelle d'anxiété R-CMAS

Échelle	Note standard
Générale	64
Anxiété physiologique	17
Inquiétude/Hypersensibilité	12
Préoccupations sociales/Concentration	12
Échelle de mensonge	10

Le niveau global d'anxiété est supérieur à la moyenne (moyenne 50, écart type 10) des enfants de son âge. Les notes aux sous-échelles témoignent de l'intensité très nette des expressions somatiques de l'angoisse. La note obtenue par Marina à la sous-échelle anxiété physiologique est à plus deux écarts types par rapport à la moyenne (moyenne 10, écart type 3).

### 8.1.4 Résultats de la CDI (échelle de dépression de Maria Kovacs)

Échelle	Note standard
Générale	68
Humeur dépressive	64
Problèmes interpersonnels	56
Inefficacité	70
Anhédonie	69
Estime de soi négative	55

Marina est à près de deux écarts types au-dessus de la moyenne (50, écart type 10) : elle présente donc un état dépressif en plus de l'état anxieux qui motive la consultation. Comme il arrive souvent dans les dépressions des enfants (cf. p. 271), l'humeur dépressive est moins marquée que le sentiment d'inefficacité et l'anhédonie.

### 8.1.5 Protocole du test de Rorschach (temps total : 7 min 15 s)

#### ■ Note sur l'enquête

Pour chacune des réponses, deux questions ont été posées : 1) « Où l'as-tu vu(e) ? » ; 2) « Qu'est-ce qui fait que ça ressemble à... ? ». Dans le protocole ci-dessous, les réponses faites par Marina à ces deux questions figurent respectivement après les numéros 1) et 2). On a parfois posé à Marina une troisième et une quatrième question : elles figurent alors en toutes lettres, suivies de la réponse de Marina.

Passation	Enquête
<b>Planche I (TL [temps de latence] = 20 s)</b>	
1) Une chauve-souris, ça fait un peu peur.	1) Où l'as-tu vue ? – L'ensemble. 2) Qu'est-ce qui fait que ça ressemble à une chauve-souris ? – Les ailes, les deux pattes collées, les yeux (Ddbl en haut), c'est noir ça fait un peu peur.
2) AVA Un masque de loup, à peu près.	1) Partie inférieure entière. 2) Le nez, les yeux, ça a un pelage un peu gris un peu noir (passe la main sur la planche et indique l'estompage).
3) Un déguisement de Halloween.	1) L'ensemble avec les Ddbl. 2) Les citrouilles ont les yeux pareils et ça fait peur.
<b>Planche II (TL = 5 s)</b>	
4) Ça ressemble à une dame qui a du rouge à lèvres.	1) L'ensemble. 2) J'imaginai qu'elle ouvrait la bouche et elle a de la couleur rouge comme le rouge à lèvres sur la partie des lèvres (rouge inférieur), le nez est là (pointe médiane supérieure), les yeux ici (rouge haut extérieur) et ses joues (les deux parties noires latérales).
5) AV À un papillon.	1) D6 + D3 (les deux parties noires latérales et le rouge inférieur). 2) Les antennes, la tête et les grandes ailes et il y a des couleurs, des taches rouges, ça a beaucoup de taches rouges les papillons.
6) V Ça ressemble à une espèce de bête, un monstre plutôt.	1) L'ensemble. 2) Un fantôme en quelque sorte, il a des pieds (rouge en haut) décollés du corps, il a une tête (rouge inférieur), et c'est blanc parce que c'est un fantôme, il y a que les ailes qui sont noires (parties noires latérales). Il fait Hou! Hou! et il vole comme ça (gestes).