


Jean-Michel Coq

10 cas cliniques
en psychopathologie
de l'enfant

DUNOD

Maquette de couverture: Le Petit Atelier

<p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements</p>	 <p>DANGER LE PHOTOCOPIAGE TUE LE LIVRE</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, 2019
11 rue Paul Bert - 92240 Malakoff
ISBN 978-2-10-078288-8

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>Introduction</i>	5
CHAPITRE 1 – PSYCHOPATHOLOGIE DE L'ENFANT ET APPROCHE CLINIQUE	11
1. Les classifications et leurs évolutions.....	13
2. Apports de la psychanalyse et de la psychologie clinique.....	16
3. Méthodologie et dynamique du premier entretien.....	18
CHAPITRE 2 – TROUBLES NÉVROTIQUES	29
1. Un enfant énurétique : Louis.....	31
2. Un enfant harcelé avec troubles obsessionnels : Henri.....	45
CHAPITRE 3 – PROBLÉMATIQUES DE LA DÉPRESSION	59
1. Un état limite : Arthur.....	61
2. Un enfant gravement carencé : Jack.....	74
3. Un enfant en hyperactivité : Jérôme.....	87
4. Une enfant à haut potentiel intellectuel, traumatisme et dépression : Lily.....	98
CHAPITRE 4 – TROUBLES DU DÉVELOPPEMENT	123
1. Un trouble du spectre de l'autisme : Mathias.....	125
2. Un handicap intellectuel lié à une très grande prématurité : Anne-Sophie.....	139
CHAPITRE 5 – TROUBLES RÉACTIONNELS À UN ÉVÉNEMENT	155
1. Un enfant victime de la violence terroriste : Pierre.....	157
2. Une enfant endeuillée : Adèle.....	171
<i>Index des notions</i>	185



Introduction

Les études de cas participent largement depuis la fin du XIX^e siècle à un large apport de connaissances dans le champ de la psychopathologie. Elles ont ainsi contribué à l'élaboration de modèles théoriques et de techniques destinées à traiter les troubles mentaux. En psychothérapie, l'étude de cas a pour but de rendre compte d'une observation ou d'une séquence de prise en charge dans laquelle une personne reçoit l'aide d'un psychothérapeute. Ces études décrivent et analysent ce qui se déroule dans la vie d'un patient, qu'ils s'agissent de ses troubles, de son histoire, ainsi que de ce qu'il exprime de ses sentiments et de ses associations d'idées. Le clinicien interprète ces différents éléments à partir d'un corpus de connaissances qui lui permet d'élaborer des hypothèses sur les processus psychiques qui leur sont sous-jacents et guident ses interventions psychothérapeutiques (Koupernik, 1998)¹. Ainsi une longue tradition d'études portant sur des cas individuels en psychologie comme en psychiatrie a alimenté l'élaboration des connaissances et de leur transmission (Turin, 2012)². Dans cet ouvrage, à partir de cas d'enfants reçus en consultations ou engagés dans une prise en charge psychothérapeutique, nous dégagerons pour chacun d'eux comment le psychologue, à partir de la théorie psychanalytique construit sa démarche clinique et thérapeutique. Il s'agit pour nous d'adopter une démarche clinico-théorique qui permet d'aborder la théorie à travers chacun des cas cliniques que nous présentons. Notre démarche entend s'inscrire et s'appuyer sur la démarche freudienne, le cas du petit Hans nous semble à cet égard exemplaire. En effet, ce cas de peur infantile d'un petit garçon de 5 ans, décrit et publié par Freud en 1909, à partir du récit de son père et d'un entretien unique avec cet enfant constitue une étude minutieuse des éléments qui peuvent expliquer le symptôme phobique de ce petit garçon. Freud aborde son cas, tant au niveau du déclenchement de son symptôme que des causes qui sont à son origine. Dans la continuité de cette démarche, qui concernera aussi des cas d'adultes, comme pour « l'homme au loup » (1924), de nombreuses études de cas seront publiées par des cliniciens, psychologues, psychiatres et psychanalystes. Parmi les nombreux auteurs qui s'inscrivent actuellement dans cette démarche, nous citerons Stiles³, Dumet et Ménéchal⁴, Passeron,

1. Koupernik, C. (1998). Plaidoyer pour le cas unique, *Pour la Recherche*, 1, 2.

2. Thurin, J.-M. (2012). L'étude de cas, au cœur de la formation et de la recherche en psychothérapie, *Perspectives Psy*, 51, 364-373.

3. Stiles, W. B. (2004). When is a case study scientific research ?, *Psychotherapy Bulletin*, 38, 1, 6-11.

4. Dumet, N. et Ménéchal, J. (2004-2008). *15 cas cliniques en psychopathologie de l'adulte*. Paris : Dunod.

Chouvier¹, Chartier², Marty³, Castro⁴, Thurin⁵, Schauder⁶. Ces auteurs, parmi d'autres, montrent tout l'intérêt que présente cette approche qui prend en compte la complexité du fonctionnement psychique de chaque sujet, pris dans sa singularité. Claude Revault d'Allonnes⁷ propose une réflexion critique sur l'étude de cas, soulignant les travers qu'elle peut comporter, du plaquage théorique, à l'occultation des doutes et impasses pourtant inhérents au processus thérapeutique. Il analyse les processus de construction de l'étude de cas en montrant tous les aléas méthodologiques et théoriques qu'ils comportent : aspect réducteur, effets du travail d'écriture, sélection du cas... Il propose quelques conditions à la construction et l'élaboration clinique de l'étude de cas :

« Si cette entreprise décrit le cadre et le dispositif et précise les conditions de l'observation et de l'énonciation ; prend appui sur un matériel suffisant ; fait, en rapport avec lui, fonctionner la théorisation de façon ouverte comme une fiction créatrice et non comme un dogme ; et si les forces vives de l'enthousiasme, de la ferveur clinique, sont tempérées par la pratique du doute méthodique et par une attention constante portée sur le jeu des phénomènes transférentiels » (p. 115).

Dans cet ouvrage, nous voulons poursuivre la voie qu'emprunte l'étude de cas, pour tenter de mieux comprendre la problématique des enfants que nous avons le projet d'aider face aux difficultés qu'ils rencontrent au cours de leur développement. En effet le cas clinique permet d'aborder un enfant et ses difficultés en prenant en compte l'ensemble des configurations relationnelles dans lesquelles il se trouve. Par cette approche, il est aussi possible d'analyser les processus de changement qui se mettent en route, comme de repérer ce qui les entrave. L'étude de cas avec toutes les exigences de confidentialité qu'elle implique est un formidable outil de réflexions cliniques, qui ouvre à une exigence de formation à travers la supervision de cas. Le séminaire dans lequel un professionnel expose un cas,

1. Chouvier, B. (2008). *5 cas cliniques d'enfant*. Paris : Dunod.
2. Chartier, J.-P. (2009). Vers une clinique de l'étude de cas à partir de la casuistique psychanalytique, Prologue. In D. Castro (éd.), *9 études de cas en clinique projective adulte*. Paris : Dunod.
3. Marty, F. (2009). *Psychopathologie de l'adulte : 10 cas cliniques*. Paris : In Press.
4. Castro, D. (2009). *9 études de cas en clinique projective adulte*. Paris : Dunod.
5. Thurin (2012). L'étude de cas, au cœur de la formation et de la recherche en psychothérapie, *Perspectives Psy*, 51, 364-373.
6. Schauder, S. (2012). *L'étude de cas en psychologie clinique*. Paris : Dunod.
7. Revault d'Allonnes, C. (2014). L'étude de cas : de l'illustration à la conviction. In Olivier Douville (éd.), *Les méthodes cliniques en psychologie*. Paris : Dunod, 101-115.

constitue souvent le premier pas qui mène à l'élaboration d'un cas clinique, qui bénéficie alors de pensées plurielles, à même d'y apporter un éclairage nouveau. Le séminaire de psychopathologie de l'enfant que nous animons avec Catherine Weismann-Arcache depuis quelques années avec nos collègues de Seine-Maritime, à l'université de Rouen, nous a particulièrement stimulés dans la rédaction de cet ouvrage. Chaque cas d'enfant exposé vient poser et problématiser des questions multiples, qui réinterrogent nos modèles théoriques, au risque même de repérer leurs faiblesses et leurs lacunes. Cela constitue d'ailleurs une richesse quand ces modèles ne sont pas institués en dogmes, mais sont appréhendés comme des outils de pensées pouvant toujours être réinterrogés, faisant que pratique clinique et modèles théoriques puissent s'élaborer et se nourrir mutuellement.

Le dernier point que nous souhaitons aborder dans l'introduction de cet ouvrage est celui de la dimension pédagogique de l'étude de cas. Enseignant-chercheur auprès de nos étudiants de master de psychologie clinique et de psychopathologie, la rédaction d'une étude de cas nous semble constituer dans l'enseignement, mais aussi dans la « transmission » d'une démarche clinique, un élément essentiel. Les premiers pas de nos étudiants de Master 1, vers la construction d'une étude de cas ont contribué à guider notre réflexion dans la rédaction de cet ouvrage. Nous souhaitons que celui-ci puisse les aider, voire les guider dans leur formation à l'observation, à la pratique de la méthode clinique et à l'élaboration d'une réflexion psychopathologique.

Chapitre 1

**Psychopathologie de l'enfant
et approche clinique**



Sommaire

1. Les classifications et leurs évolutions.....	13
2. Apports de la psychanalyse et de la psychologie clinique	16
3. Méthodologie et dynamique du premier entretien	18

1. Les classifications et leurs évolutions

En France, trois classifications sont principalement utilisées en psychopathologie de l'enfant. Elles sont toutes multi-axiales, permettant ainsi d'aborder un enfant sous différents éclairages : l'axe des événements de vie, celui des potentialités cognitives, ou celui des aspects psychosociaux. Il s'agit de la Classification internationale des maladies (CIM), du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), et de la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA).

1.1 La Classification internationale des maladies (CIM)

Il s'agit de la classification de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) elle correspond au projet de Bertillon en 1893 de mettre en place une classification universelle des maladies. Cette classification concerne tous les domaines de la médecine, elle comprend un chapitre qui concerne la psychiatrie, mais la psychiatrie de l'enfant n'y trouve sa place que dans la CIM-9 (1975). C'est actuellement sa 10^e version, parue en 1994 qui est utilisée (CIM-10). Elle comprend trois axes :

- diagnostic psychiatrique ;
- diagnostic somatique ;
- aspects psychosociaux.

La CIM-11 sera présentée à l'Assemblée mondiale de la santé, en mai 2019, pour adoption par les États-membres, et entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

1.2 Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)

Les premières versions de la classification de l'Association psychiatrique américaine ont été peu diffusées au-delà des États-Unis. Mais en 1980, la publication de la 3^e édition de ce manuel statistique (DSM-III) constitue un moment important dans l'histoire des classifications en prenant l'option de présenter des descriptions symptomatiques en dehors de toute approche et théorie étiopathogéniques. Ainsi Mises et Ferrari (1985) écrivent non sans une certaine ironie : « Le DSM-III, seul, inclut une innovation majeure en faisant disparaître les psychoses infantiles comme catégorie principale » et Mises, Fortineau, Jeammet, Lang, Mazet, Plantade et Quemada (1988) remettent en cause cette option a-théorique : « Contrairement à ce qu'affirment ses promoteurs, le DSM-III n'est pas a-théorique, il traduit à

l'évidence, l'influence des courants dominants de la psychiatrie nord-américaine, notamment celle des thèses cognitivistes et comportementalistes.»

Le DSM-III avec ses révisions successives, devient rapidement la référence principale des publications scientifiques internationales et influence la 10^e édition de la classification CIM de l'OMS. C'est la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) parue aux États-Unis en 2013 et publiée dans sa traduction française en 2015, qui est actuellement utilisée tant au niveau de l'approche épidémiologique, que psychiatrique et psychopathologique.

1.3 La Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA)

Pour Claude Bursztejn (2011), ce sont les critiques des pédopsychiatres français visant le DSM-III, qui les ont amenés à proposer en 1988, une classification dans laquelle les symptômes de l'enfant sont abordés dans une approche du fonctionnement psychique global de l'enfant. Cette classification francophone, spécifique à l'enfant, est bi-axiale, avec un axe I consacré aux catégories cliniques de base et un axe II subdivisé en deux sous-axes, l'un pour les facteurs organiques, l'autre pour les facteurs et conditions d'environnement. Les catégories cliniques de base sont :

- psychoses ;
- troubles névrotiques ;
- pathologie de la personnalité ;
- troubles réactionnels ;
- déficiences mentales ;
- troubles des fonctions instrumentales ;
- troubles liés à l'usage de drogues et d'alcool ;
- troubles à expression somatique et/ou comportementale ;
- variation de la normale.

Les auteurs de la CFTMEA revendiquent une démarche clinique et psychopathologique qui repose sur les approches psychodynamiques, elle s'appuie sur la notion de structure psychopathologique à partie d'une conception du développement et du fonctionnement psychique issu de la psychanalyse :

« La structure est à entendre comme un ensemble de positions libidinales, de types d'angoisse et de mécanismes défensifs interdépendants,

relativement stables mais susceptibles de remaniements évolutifs en fonction de la maturation mais aussi des interventions thérapeutiques.» (Bursztejn, 2011)

1.4 Une différence d'approches en débat

Au-delà de la dénomination du diagnostic, qui n'est cependant pas anodine, c'est l'approche même des troubles psychiques de l'enfant et de la signification de leurs manifestations qui est en débat. Les classifications DSM et CIM ne prennent en compte que les expressions visibles et observables des troubles psychopathologiques, qui sont alors isolées du fonctionnement psychique global de l'enfant et de son histoire singulière. Ces classifications ne proposent d'ailleurs qu'un nombre limité d'items spécifiques aux enfants, ou seulement pour les plus jeunes, et qui sont exclusivement symptomatiques, tel que les troubles des conduites ou les troubles oppositionnels. Pour les autres catégories diagnostiques, ces classifications proposent d'utiliser chez l'enfant les mêmes catégories et les mêmes critères que ceux destinés à l'adulte. La psychopathologie de l'enfant ne perd-elle pas ainsi une partie de la spécificité qu'elle a acquise progressivement au cours du xx^e siècle ? L'utilisation du DSM, comme nous l'illustrons dans certains des cas cliniques présentés, montre assez vite ses limites, en ne prenant pas suffisamment en compte les spécificités liées au développement de l'enfant, tant dans ses sphères cognitives que psycho-affectives. Les difficultés manifestées par l'enfant ne peuvent se réduire à l'approche symptomatologique que propose une classification telle que le DSM. Celle-ci peut, de notre point de vue, contribuer au recueil rigoureux des symptômes en proposant des critères détaillés pour chacune des catégories diagnostiques. Cette étape est importante et ne peut être négligée, elle ne trouve cependant tout son sens et son intérêt que lorsqu'elle s'inscrit dans une démarche clinique plus large qui se fixe pour objectif d'appréhender le fonctionnement psychique de l'enfant. C'est en effet à travers la relation intersubjective telle qu'elle se met en place, la construction de sa personnalité telle qu'elle se développe, son histoire et de ses échanges avec son environnement, que le psychologue ou le pédopsychiatre peut construire des hypothèses cliniques concernant l'enfant qui est en face de lui.

2. Apports de la psychanalyse et de la psychologie clinique

2.1 L'apport de la psychanalyse

Elle est essentielle, d'une part, en proposant un modèle théorique du fonctionnement psychique à partir des travaux de Freud et des psychanalystes qui lui succèdent et qui ont entrepris des cures psychanalytiques d'enfants. D'autre part, en donnant les grandes lignes d'une démarche clinique sur laquelle vont s'appuyer, après la Seconde Guerre mondiale et jusqu'à aujourd'hui, plusieurs générations de psychiatres d'enfants et de psychologues cliniciens, bien au-delà de la cure psychanalytique *stricto sensu*.

La publication de la psychanalyse du petit Hans en 1909, constitue un événement important parce qu'il vient confirmer les hypothèses formulées par Freud dans les *Trois essais sur la théorie sexuelle* (1905) concernant l'existence d'une sexualité infantile. Hermine Hug-Hellmuth fut la première psychanalyste d'enfant (1913); elle soulignait déjà l'intérêt du jeu chez l'enfant, avant que Mélanie Klein ne mette en évidence que le jeu est un moyen d'expression des fantasmes et d'exploration des angoisses des enfants.

Anna Freud dans son ouvrage *Le normal et le pathologique* (1968), propose le concept de « lignes de développement » (par ex. *De l'incontinence au contrôle des sphincters urétral et anal*) pour mettre en évidence que l'harmonie du développement de l'enfant est toute relative, c'est-à-dire que ces différentes lignes n'ont pas un mode uniforme de développement. Il existe ainsi une dysharmonie entre ces différentes lignes de développement. Elle soulignera aussi l'importance de l'observation directe de l'enfant en mettant en évidence le rôle que joue l'environnement dans son développement.

2.2 L'apport de la psychologie clinique

En France, c'est essentiellement la psychanalyse qui a fourni à la psychologie clinique ses assises théoriques et un grand nombre de ses outils méthodologiques. Daniel Lagache et Juliette Favez-Boutonier ont largement insisté sur l'approche globale de l'individu, que la psychologie clinique entend avoir, c'est-à-dire « l'être humain, en tant qu'il existe et se sent exister comme un être unique, ayant son histoire personnelle, vivant dans une situation qui ne peut être totalement assimilée à aucune autre » (Favez-Boutonier, 1966).