

LES ATELIERS  
DU PRATICIEN

SOUS LA DIRECTION DE  
RAFIKA ZEBDI

ÉVALUER ET TRAITER  
LES TROUBLES  
PSYCHOPATHOLOGIQUES  
CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

20 cas cliniques en TCC

**DUNOD**

<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, 2022

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff

www.dunod.com

ISBN 978-2-10-082754-1

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.

# Préface

## « Des TCC chez l'Enfant »

« Alors, qu'est-ce qui vous amène en supervision avec moi ?

— Bah, j'ai vu que vous interveniez dans des formations sur l'enfant et l'adolescent, et je me suis installé en libéral depuis trois mois... Avant j'étais à l'hôpital dans un service d'addictologie, je voyais plein de problématiques différentes chez mes patients : anxiété, dépression, TCA, etc. Ce qui fait qu'aujourd'hui je suis assez à l'aise avec pas mal de choses, mais comme je n'ai jamais vraiment vu d'enfants en consultation pendant dix ans, j'avoue que j'ai un peu de mal avec cette population.

— Un peu de mal ? À quel niveau ?

— Déjà, au niveau de l'alliance, c'est pas toujours terrible. Pourtant j'ai moi-même deux enfants avec lesquels je n'ai aucun problème de communication, j'ai des neveux et des nièces, mais, je ne sais pas pourquoi, avec les jeunes patients c'est différent. Pourtant, je crois que je suis à l'écoute, que je sais m'adapter et discuter, mais ils ont l'air de s'en foutre de la thérapie. Enfin, pas tous, avec certains ça se passe bien, mais même s'ils m'aiment bien, la plupart ne fait rien, les exercices que je propose tombent à l'eau. Même pour des trucs simples comme une phobie des chiens, j'arrive pas à les motiver, pourtant je fais un travail sur les avantages du changement, ils remplissent des colonnes de Beck, etc. Enfin, les trucs que j'ai appris.

— Ok, du côté alliance ça passe mal, quoi d'autre ?

— Les parents sont chiantes aussi, on dirait qu'ils voudraient qu'on règle tout en deux séances, ils ne veulent pas comprendre... Eux-mêmes n'arrivent pas à parler avec leurs gosses, et il faudrait que, parce que je suis psy, j'arrive en un entretien à faire en sorte qu'ils aient des enfants modèles.

— Les parents ? L'école, le système aussi ?

— M'en parlez pas. Je propose des trucs à faire et en classe, on les aide pas, les instits donnent trop de devoirs, les parents râlent pour que les devoirs soient

faits, la thérapie passe au second plan... Comment vous faites pour qu'un gosse accepte l'école quand il a le droit à des systèmes de punition double, triple, voire plus, qu'il ne comprend même pas ? Tu as fait une faute dans tes devoirs, « c'est mal », tu auras 100 lignes à copier, une pastille rouge, les copains qui se moquent, les parents qui râlent... Autant pas faire ses devoirs... En plus c'est des devoirs, c'est fait pour avoir le droit de se tromper.

— Autre chose ?

— En gros, j'ai l'impression que je fais tout ce qu'il faut faire, mais ça coince à plein de niveaux. Comment peut-on faire une Analyse Fonctionnelle avec un gosse de sept ans qui n'arrive pas à décrire ses émotions. J'utilise des jeux, des dessins, des petites histoires, mais ça ne fonctionne pas. Ils ne font même pas les exercices de respiration que je leur donne, les expositions c'est même pas la peine d'essayer la plupart du temps... les hiérarchies, c'est du n'importe quoi... et pour la restructuration, c'est quasiment impossible, ils ne comprennent rien, ou font semblant de ne pas comprendre. Vraiment je me demande si tout simplement je ne vais pas arrêter de prendre des enfants en consultation.

— Ou peut-être que, comme vous êtes là, on peut essayer de comprendre ce qui ne fonctionne pas vraiment dans ce que vous faites, et essayer de faire en sorte que ce que vous avez appris des TCC fonctionne aussi avec les enfants. Vous savez, il n'y a pas de raison pour que ça ne fonctionne pas. »

Ce n'est pas le quotidien, ce n'est jamais aussi clair parce que les psys aiment tourner autour du pot, mais c'est souvent quelque chose qui ressemble à cela. Pourquoi ? Parce que prendre en charge des enfants, c'est prendre en charge une population particulière composée d'individus qui agissent avec des motivations étranges, selon des règles qui leur sont propres, des émotions qui ne correspondent pas toujours à ce que l'on attend, des logiques parfois insaisissables, dans un monde qui n'est pas vraiment le leur... enfin si, c'est leur monde, vu par leurs yeux.

Ce serait tellement simple si les enfants n'étaient que des proto-adultes. C'est ce qu'ils tentent de nous faire croire en tout cas : ils parlent, ils rient, ils pleurent, ils font semblant de nous comprendre et copient nos comportements, ils souffrent de troubles qui ressemblent tellement à ceux des adultes. Parfois, ils poussent le vice jusqu'à nous étonner par des réactions qui montrent une certaine « maturité », et en même temps, ils sont pleins de contradictions et ils ne veulent pas comprendre qu'ils vont à l'école pour avoir un bon métier, parce que bien entendu le bonheur dépend du métier que l'on fait même si « plus tard,

ils feront ce qu'ils veulent, tout ce que je souhaite, c'est que mes enfants soient heureux... et qu'ils travaillent à l'école »... Ou alors ce sont les adultes qui sont pleins de contradictions et qui ne veulent pas comprendre que les enfants ne sont que des proto-adultes et que l'œuf n'est pas le poussin, le poussin n'est pas la poule, et la poule n'est pas la brochette de volaille. Les psys qui ont du mal à sortir de leur carcan de traitements habituels et qui pensent qu'il suffit d'adapter ce qu'ils savent faire avec les grands pour que ça marche avec les plus petits.

D'accord, je m'y perds moi-même dans cette pseudo démonstration qui voulait faire entendre que les enfants sont une population particulière dans nos consultations. L'alliance tripartite n'est pas aisée, la motivation est difficile, les tâches assignées sont parfois vaines, les AF ne bouclent pas et les exercices sont différents.

D'accord, je m'y perds parce que ma pensée n'est pas mise en forme. Si ma pensée avait été mise en forme, je n'écrirais pas la préface de ce livre, j'aurais écrit ce livre, et je demanderais à l'un des auteurs d'en écrire la préface.

J'aurais écrit ce livre, parce qu'il manque, parce qu'il est utile, parce qu'il permet au travers de ses cas, de comprendre ce qu'est une thérapie de l'enfant. De comprendre que l'anxiété, l'addiction, et d'autres troubles, bien que fonctionnant sur des processus simplement « humains », bien que sensibles aux mêmes interventions, sont à considérer avec un recul nécessaire permettant de faire autre chose dans les prises en charge de l'enfant qu'une adaptation de ce que l'on fait chez l'adulte.

La vraie-fausse conversation que je retranscris pour commencer cette préface se termine souvent sur : « Vous n'auriez pas un livre à me conseiller ? »... J'en ai un, en effet, mais pas à vous, puisque si vous lisez ces lignes, c'est que vous l'avez dans les mains.

Stéphane RUSINEK



# Table des matières

Préface.....	3
Liste des auteurs.....	15
Introduction.....	17
<b>PARTIE 1 Troubles neurodéveloppementaux et troubles psychotiques.....</b>	<b>20</b>
<b>Chapitre 1 – TDAH, troubles des apprentissages et troubles des fonctions exécutives : le cas de Zoé.....</b>	<b>22</b>
Rafika Zebdi, Ève Plateau, Alicia Delalandre	
<b>1 PRÉSENTATION DU CAS CLINIQUE.....</b>	<b>24</b>
<b>2 PRISE EN CHARGE TCC : TRAVAIL INITIAL.....</b>	<b>25</b>
<b>3 EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE.....</b>	<b>29</b>
<b>4 PARTICIPATION DE ZOÉ AU GROUPE « MAESTRO ».....</b>	<b>30</b>
Comportement de Zoé dans le groupe.....	30
Synthèse.....	33
<b>5 SUITE DE LA PRISE EN CHARGE TCC : RÉAJUSTEMENTS ET NOUVELLES CIBLES THÉRAPEUTIQUES..</b>	<b>33</b>
<b>6 ÉVOLUTION DE ZOÉ.....</b>	<b>35</b>
<b>7 BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>36</b>
<b>Chapitre 2 – Intervention développementale et comportementale de type Programme IDDEES auprès d’un enfant présentant un trouble du spectre de l’autisme sans retard global de développement.....</b>	<b>38</b>
Aurore Leynet, Maria Pilar Gattegno, Jean-Louis Adrien	
<b>1 PRÉSENTATION DU CAS CLINIQUE.....</b>	<b>40</b>
Éléments d’anamnèse et comportement actuel.....	40
<b>2 COMPORTEMENT ET RELATION AU COURS DE L’EXAMEN PSYCHOLOGIQUE.....</b>	<b>40</b>
Outils utilisés.....	41
Résultats aux épreuves d’évaluation.....	41
<b>3 INTERVENTION DÉVELOPPEMENTALE ET COMPORTEMENTALE AUPRÈS DE QUENTIN.....</b>	<b>44</b>
Visualisation et organisation spatio-temporelle.....	45
Permanence de l’objet.....	48
<b>4 CONCLUSION.....</b>	<b>50</b>
<b>5 BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>51</b>
<b>Chapitre 3 – Gestion des émotions et habiletés sociales chez un adolescent avec une déficience intellectuelle.....</b>	<b>52</b>
Audrey Imbs	
<b>1 MOTIF DE CONSULTATION.....</b>	<b>54</b>
<b>2 ANAMNÈSE.....</b>	<b>54</b>

<b>3</b>	<b>ÉVALUATIONS PSYCHOMÉTRIQUES</b> .....	55
	Évaluation du fonctionnement cognitif.....	55
	Autres mesures.....	55
<b>4</b>	<b>DIAGNOSTIC ET ANALYSES FONCTIONNELLES</b> .....	57
<b>5</b>	<b>COMPTE RENDU ET RESTITUTION</b> .....	58
<b>6</b>	<b>PRISE EN CHARGE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE</b> .....	59
	Intervention auprès de l'école.....	60
	Guidance parentale.....	60
	Suivi thérapeutique individuel.....	61
	Groupe d'habiletés sociales.....	61
<b>7</b>	<b>CONCLUSION DE LA PRISE EN CHARGE</b> .....	62
<b>8</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	63

## Chapitre 4 – Haut potentiel et troubles du comportement : le cas de Gabin... 64

Ève Plateau, Rafika Zebdi

<b>1</b>	<b>PRÉSENTATION DU CAS CLINIQUE</b> .....	66
<b>2</b>	<b>L'EXAMEN PSYCHOLOGIQUE</b> .....	67
	Analyse des scores : Quotient Intellectuel Total (QIT).....	69
	Évaluation rapide de l'écriture : analyse du BHK-enfant.....	70
	Analyse des questionnaires Conners-3 pour le dépistage des troubles de l'attention.....	70
	Synthèse de l'examen neuropsychologique.....	71
<b>3</b>	<b>PRISE EN CHARGE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE</b> .....	72
	Évaluation complémentaire et diagnostic.....	72
	Analyse fonctionnelle.....	74
	Conceptualisation du trouble et contrat thérapeutique.....	75
	Axes travaillés en thérapie.....	76
<b>4</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	80
<b>5</b>	<b>ANNEXE</b> .....	80

## Chapitre 5 – Psychothérapie comportementale des tics chez un adolescent... 84

Cyrille Bouvet

<b>1</b>	<b>QUI EST JOËL ET POURQUOI VIENT-IL VOIR UN PSYCHOTHÉRAPEUTE ? (SÉANCE 1)</b> .....	86
<b>2</b>	<b>ÉVALUATION DU TIC ET DES ÉVENTUELLES COMORBIDITÉS, DÉFINITION DES OBJECTIFS (SÉANCE 2)</b> .....	87
<b>3</b>	<b>LE COMPTE RENDU DE CE BILAN À JOËL ET SES PARENTS</b> .....	88
<b>4</b>	<b>UNE THÉRAPIE SANS (TROP DE) COMPLICATIONS (SÉANCES 3 À 15)</b> .....	89
	1 <sup>re</sup> étape de la thérapie de Joël, l'analyse fonctionnelle et l'élaboration de la stratégie thérapeutique (Séance 3).....	89
	2 <sup>e</sup> étape de la thérapie de Joël : abaisser les tensions, terreau des tics (séances 4 et 5 pour la mise en place, mais plusieurs mois pour pratiquer au quotidien en dehors des séances).....	92
	3 <sup>e</sup> étape : exposition à la tension avec prévention de réponse (séances 6 à 9).....	93
	4 <sup>e</sup> étape : de l'exposition à l'acceptation des tensions (Séance 10).....	95
	5 <sup>e</sup> étape : développer un comportement compétitif (HRT, habit reversal training) (séance 11).....	96
	6 <sup>e</sup> étape : prévention de la rechute (séance 12).....	96
	Nouvelle demande et conclusion (séances 13 et 15).....	97
	La place des parents (séance 15).....	97
<b>5</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	98

## Chapitre 6 – Trouble psychotique bref et délire d'interprétation..... 100

Élodie Moreau

<b>1</b>	<b>ANAMNÈSE ET BILAN PSYCHOLOGIQUE</b> .....	102
<b>2</b>	<b>DÉROULEMENT DE LA THÉRAPIE</b> .....	107
	Introduction à la relaxation et l'hypnose (7 séances).....	107
	Les cognitions (8 séances).....	109
	Les émotions (5 séances).....	111
	Insight et confiance en soi (7 séances).....	113



3	● DE LA COLÈRE À LA RÉSILIENCE.....	116
4	● BIBLIOGRAPHIE.....	118

## PARTIE 2 Troubles dépressifs et bipolaires..... 120

### Chapitre 7 – La dépression chez un enfant de 6 ans avec énurésie..... 122

Marine Boucher, Laurence Méron

1	● PRÉSENTATION DU CAS CLINIQUE.....	124
	Motif de consultation.....	124
	Anamnèse.....	124
2	● L'EXAMEN PSYCHOLOGIQUE .....	125
3	● RESTITUTION DE L'EXAMEN PSYCHOLOGIQUE.....	128
4	● MODÈLE THÉORIQUE.....	129
5	● ANALYSE FONCTIONNELLE.....	130
	Partie synchronique.....	131
	Partie diachronique.....	131
6	● CONCEPTUALISATION DU CAS.....	132
7	● ÉTAPES DE LA PRISE EN CHARGE.....	132
	Alliance thérapeutique.....	132
	Psychoéducation et gestion des émotions.....	133
	Développer un comportement plus actif.....	134
	Renforcer le lien parent enfant.....	135
8	● FIN DE LA PRISE EN CHARGE.....	135
9	● BIBLIOGRAPHIE.....	136

### Chapitre 8 – Cas complexe avec tableau transdiagnostique dans le cadre d'une suspicion de trouble bipolaire..... 138

Mallaury Ichard, Thomas Villemonteix

1	● LA DEMANDE ET LE MOTIF DE CONSULTATION INITIAL.....	140
2	● ÉVALUATION PSYCHOLOGIQUE RÉALISÉE EN CLINIQUE.....	141
3	● TABLEAU CLINIQUE AU DÉBUT DU SUIVI.....	142
4	● ANALYSE FONCTIONNELLE ET APPROCHE TRANSDIAGNOSTIQUE.....	143
5	● DÉROULEMENT DE LA THÉRAPIE.....	144
	Problématique : motivation à changer.....	144
	Problématiques : instabilité de l'humeur et du sommeil, régulation des émotions négatives inadaptées.....	145
	Problématiques : restriction alimentaire avec hyperactivité physique et rituels alimentaires, perfectionnisme et contrôle.....	148
	Problématique : difficultés dans les relations sociales.....	150
	Problématique : anxiété généralisée, intolérance à l'incertitude.....	152
6	● BILAN DE THÉRAPIE ET CONCLUSION.....	154
7	● BIBLIOGRAPHIE.....	155

## PARTIE 3 Troubles liés à l'anxiété..... 156

### Chapitre 9 – Trouble panique avec agoraphobie chez l'adolescent..... 158

Rafika Zebdi, Sabrina Julien-Sweerts, Damien Fouques

1	● INTRODUCTION.....	160
2	● PRÉSENTATION DU CAS CLINIQUE .....	160
	Anamnèse.....	161
3	● ÉVALUATION CLINIQUE, PSYCHOMÉTRIQUE ET DIAGNOSTIQUE (SÉANCES 1 À 2).....	162
	Évaluation psychométrique.....	162
	Évaluation diagnostique.....	162

	Conceptualisation du cas.....	164
	Retour de l'évaluation à Rayan et ses parents et engagement dans la thérapie.....	166
<b>4</b>	<b>ÉTAPES DE LA THÉRAPIE.....</b>	<b>168</b>
	Les premières expositions in vivo (séances 3 et 4).....	168
	Séances 5 à 7.....	168
	Séance 8.....	169
	Séance 9 : repérage d'un événement traumatique ?.....	169
	Séances 10 à 12.....	170
	Intervention en EMDR.....	171
	Reprise des séances en TCC 13 à 15 : travail sur la colère.....	172
	Fin de la thérapie et follow-up : séances 16 et 17.....	173
<b>5</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>174</b>

## Chapitre 10 – Anxiété de séparation chez le jeune enfant..... 176

Stéphanie Lautard

<b>1</b>	<b>PRÉSENTATION DU CAS CLINIQUE.....</b>	<b>178</b>
	Anamnèse.....	178
<b>2</b>	<b>EXAMEN PSYCHOLOGIQUE.....</b>	<b>180</b>
	Modèles théoriques de l'anxiété de séparation.....	181
	Restitution orale à Julia et ses parents.....	182
<b>3</b>	<b>DÉROULEMENT DE LA THÉRAPIE.....</b>	<b>183</b>
	Protocole thérapeutique et matériel utilisé.....	183
	Évaluation de la thérapie.....	184
	Séance 1 à 5 : démarche diagnostique et préparation de l'engagement.....	184
	Séances 6 et 7.....	185
	Séance 8.....	185
	Séance 9.....	188
	Séance 10.....	189
	Séances 11 à 14.....	190
	Séances 15 et 16.....	194
<b>4</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>197</b>

## Chapitre 11 – Traitement du trouble obsessionnel compulsif chez l'enfant : entre TCC 1<sup>re</sup> vague et ACT..... 198

Clémence Battin

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>200</b>
<b>2</b>	<b>ANAMNÈSE.....</b>	<b>200</b>
<b>3</b>	<b>ÉVALUATION PSYCHOLOGIQUE.....</b>	<b>201</b>
	Modèles théoriques.....	203
	Extrait de la restitution orale du « bilan ».....	204
<b>4</b>	<b>DÉROULEMENT DE LA THÉRAPIE.....</b>	<b>205</b>
	Séance 1 à 3.....	205
	Séance 4 à 9 :.....	210
	Séance 10.....	214
<b>5</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>215</b>

## PARTIE 4 Troubles liés à des traumatismes et des facteurs de stress..... 216

### Chapitre 12 – L'examen psychologique en psychologie médico-légale : entre évaluation, accompagnement thérapeutique et orientation..... 218

Mélanie Dupont

<b>1</b>	<b>LA PSYCHOLOGIE MÉDICO-LÉGALE.....</b>	<b>220</b>
<b>2</b>	<b>LA SITUATION D'AHMED-VICTOR, 10 ANS.....</b>	<b>221</b>

<b>3</b>	<b>LES ÉTAPES DE L'EXAMEN PSYCHOLOGIQUE.....</b>	221
<b>4</b>	<b>L'ENTRETIEN AVEC AHMED-VICTOR.....</b>	222
	L'envahissement du discours traumatique.....	222
	Sur sa scolarité.....	223
	Sur sa famille.....	224
<b>5</b>	<b>LA PASSATION DES TESTS PSYCHOMÉTRIQUES.....</b>	225
	La figure de Rey.....	225
	La R-CMAS.....	227
	La MDI-C.....	228
<b>6</b>	<b>L'ENTRETIEN AVEC LA MÈRE ET LE BEAU-PÈRE DE VICTOR.....</b>	229
<b>7</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	230
<b>8</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	232

### Chapitre 13 – Attouchements par les pairs et prise en charge du TSPT chez une enfant de 7 ans..... 234

Audrey Imbs

<b>1</b>	<b>MOTIF DE CONSULTATION ET ANAMNÈSE.....</b>	236
<b>2</b>	<b>ÉVALUATIONS PSYCHOLOGIQUES ET PSYCHOMÉTRIQUES.....</b>	237
	Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT).....	237
	Autres mesures.....	238
<b>3</b>	<b>DIAGNOSTIC ET ANALYSES FONCTIONNELLES.....</b>	238
	Hypothèses diagnostiques et modélisation du trouble.....	238
	Analyses fonctionnelles.....	239
<b>4</b>	<b>COMPTE RENDU ET RESTITUTION.....</b>	240
<b>5</b>	<b>PLAN DE PRISE EN CHARGE.....</b>	242
	1 <sup>re</sup> partie : prise en charge du trouble de stress post-traumatique.....	243
	2 <sup>e</sup> partie : prise en charge de l'anxiété sociale.....	245
<b>6</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	246

### Chapitre 14 – Trouble de l'adaptation chez l'enfant : le cas de l'enfant confiné. 248

Jessica Monsillion

<b>1</b>	<b>MOTIF DE CONSULTATION.....</b>	250
<b>2</b>	<b>DEMANDE.....</b>	250
<b>3</b>	<b>ANAMNÈSE.....</b>	251
	L'histoire de l'épisode actuel.....	251
	<i>Situation familiale</i> .....	252
	<i>Histoire de vie</i> .....	252
	Histoire prodromique et facteurs de risque.....	253
<b>4</b>	<b>ÉVALUATION.....</b>	254
	Démarche diagnostique.....	254
	<i>Description des évaluations</i> .....	254
	Compte rendu de l'évaluation.....	255
<b>5</b>	<b>PRISE EN CHARGE DU TROUBLE DE L'ADAPTATION CHEZ L'ENFANT.....</b>	261
	Modèle théorique.....	261
	Analyse fonctionnelle.....	263
	Analyse de la demande, objectifs & contrat thérapeutique.....	265
	Déroulement de la thérapie.....	266
<b>6</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	273

# PARTIE 5 Addictions et troubles du contrôle des impulsions..... 274

## Chapitre 15 – Addictions aux jeux vidéo et aux écrans..... 276

Pierre Taquet, Lucia Romo

1	● INTRODUCTION : ADDICTION JEUX VIDÉO.....	278
2	● ORIENTATION, PRÉSENTATION, ET ANAMNÈSE.....	279
	Analyse fonctionnelle diachronique et synchronique.....	280
3	● SUIVI PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE.....	284
	Échange téléphonique avec la psychologue suivant M.A. à l'ITEP.....	284
	JV et écrans .....	284
	Sommeil.....	286
	Autres cibles thérapeutiques.....	287
	Trouble du spectre autistique (TSA).....	288
4	● RÉSULTATS.....	288
	JV et écrans .....	288
	Sommeil.....	289
	Autres cibles thérapeutiques.....	289
5	● BIBLIOGRAPHIE.....	290

## Chapitre 16 – Relation collaborative, motivation et biais d'attribution d'intentions : trois leviers pour la prise en charge du trouble oppositionnel avec provocation..... 292

Stéphanie Vanwalleghem

1	● D'UN CONTEXTE DE VIE À L'AUTRE.....	294
2	● ÉVALUATION PSYCHOLOGIQUE .....	295
3	● DE L'ÉVALUATION À LA PSYCHOÉDUCATION.....	299
	La motivation : une base indispensable à la thérapie.....	300
4	● PLAN DE THÉRAPIE.....	301
	Axe comportemental.....	301
	Axe cognitif.....	302
	Axe émotionnel.....	302
5	● ENTRE ÉCOUTE ET IMPULSIVITÉ, PROGRÈS ET RECHUTES, BIENVEILLANCE ET PROVOCATION.....	303
6	● BIBLIOGRAPHIE.....	304

## Chapitre 17 – Manon, quand le *Binge Eating Disorder* cache une dépression et un trouble anxieux..... 306

Sabrina Julien-Sweerts

1	● PRÉSENTATION DU CAS CLINIQUE.....	308
2	● RÉSULTATS DE MANON À L'EXAMEN PSYCHOLOGIQUE.....	309
	Le compte rendu de l'examen psychologique.....	316
3	● PRISE EN CHARGE.....	317
	Évaluation du trouble du comportement alimentaire.....	318
	Prise en charge de la problématique alimentaire.....	318
4	● BIBLIOGRAPHIE.....	321

## PARTIE 6 Rapport au corps et problématique somatique..... 322

### Chapitre 18 – Illustration de la place du psychologue dans l'accompagnement pluridisciplinaire de la douleur aiguë en pédiatrie..... 324

Stéphanie Vanwalleghe, Baptiste Lignier

1	● INTRODUCTION.....	326
2	● MODÈLE THÉORIQUE.....	327
	Les spécificités de la douleur aiguë.....	327
	L'évaluation de la douleur chez l'enfant.....	327
	Anxiété et douleur.....	327
3	● PRÉSENTATION DU CAS CLINIQUE : MOTIF DE CONSULTATION.....	328
4	● DÉROULEMENT DE LA PRISE EN CHARGE.....	329
	Établir l'alliance.....	329
	Analyse fonctionnelle.....	330
	Évaluation.....	330
	La technique de la distraction ou du détournement de l'attention comme stratégie pour aider l'enfant à faire face à la situation de soin.....	333
	Déroulement du soin.....	333
5	● CONCLUSION.....	335
6	● BIBLIOGRAPHIE.....	336

### Chapitre 19 – Être confronté à la greffe de moelle osseuse à 8 ans : comment faire face ?..... 338

Stéphanie Vanwalleghe, Ariane Haggège-Bonnefont

1	● INTRODUCTION.....	340
2	● PRÉSENTATION DU CAS CLINIQUE.....	341
3	● L'ENTRETIEN PRÉ-GREFFE.....	342
4	● ENTRETIEN DE RESTITUTION.....	346
5	● ACCOMPAGNEMENT PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE DE L'ENTRÉE EN SERVICE DE GREFFE À LA SORTIE.....	348
6	● BIBLIOGRAPHIE.....	349

### Chapitre 20 – Transidentité et souffrance liée à l'image du corps : intérêt de la thérapie d'acceptation et d'engagement..... 352

Mehdi Liratni

1	● INTRODUCTION.....	354
2	● PRÉSENTATION DU CAS CLINIQUE.....	355
	Motif de consultation.....	355
	Anamnèse.....	355
3	● ÉVALUATION PSYCHOLOGIQUE.....	356
	Entretien symptomatologique.....	356
	Examen et outils.....	357
	Diagnostics.....	357
4	● COMPTE RENDU ET PRÉSENTATION DU PLAN THÉRAPEUTIQUE.....	357
5	● PLAN THÉRAPEUTIQUE ENVISAGÉ.....	360
6	● DÉROULEMENT DE LA THÉRAPIE.....	361
	Séance 1 : Travail autour des émotions et des stratégies d'acceptation et enseignement des stratégies de validation émotionnelle avec les parents.....	361
	Séance 2 (45 minutes) : Travail autour des pensées et des stratégies de défusion.....	363
	Séance 3 (45 minutes) : Travail autour du soi-observateur avec la « matrice des ados ».....	364
	Séance 4 (45 minutes) : Travail autour des valeurs.....	366
	Séance 5 (45 minutes) : Travail autour des actions valorisées.....	367

	Séance 6 (45 minutes) : Travail autour de la pleine conscience au service des actions valorisées et reprise de la matrice ACT des ados.....	368
	Séance 7 : Point de situation et réévaluation de la dépression.....	369
<b>7</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	371

# Liste des auteurs

**Jean-Louis Adrien**, professeur émérite (Laboratoire de psychopathologie et processus de santé (UR 4057), Institut de psychologie, Université de Paris ; psychologue clinicien. Directeur de l'organisme de formation CeFoRA (n° 75331072733).

**Clémence Battin**, docteur en psychologie clinique, psychologue clinicienne et psychothérapeute TCC.

**Marine Boucher**, psychologue clinicienne et psychothérapeute TCC.

**Cyrille Bouvet**, professeur de psychologie clinique (Université Paris-Nanterre), psychologue clinicien, psychothérapeute.

**Alicia Delalandre**, neuropsychologue, Hôpital Raymond-Poincaré ; CMP infanto-juvénile Herblay.

**Mélanie Dupont**, psychologue, docteur en psychologie, Unité médico-judiciaire, Hôtel-Dieu, Paris. Chargée d'enseignement à l'École des psychologues praticiens et à l'Université Paris-Nanterre. Présidente de l'association des psychologues de médecine légale ([www.psy-umj.fr](http://www.psy-umj.fr)) et de l'Association Centre de victimologie pour mineurs ([www.cvm-mineurs.org](http://www.cvm-mineurs.org)).

**Damien Fouques**, psychologue clinicien et psychothérapeute en thérapie comportementale et cognitive et en EMDR. Superviseur TPS, professeur de psychologie clinique et de psychopathologie, Université Paris 8 Saint-Denis.

**Maria Pilar Gattegno**, psychologue clinicienne, docteure en psychologie, cabinet de psychologie ESPAS-Sup, Bordeaux ; membre associée du Laboratoire de psychopathologie et processus de santé (UR 4057), Institut de psychologie, Université de Paris.

**Ariane Haggège-Bonnefont**, psychologue clinicienne, psychothérapeute, Équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs pédiatrique, Hôpital universitaire Robert-Debré, Paris.

**Mallaury Ichard**, psychologue clinicienne, psychothérapeute TCC, spécialisée chez l'enfant et l'adolescent.

**Audrey Imbs**, psychologue clinicienne et psychothérapeute TCC et ICV, spécialisée chez l'enfant et l'adolescent. Formatrice et superviseure.

**Sabrina Julien-Sweerts**, psychologue clinicienne, psychothérapeute en thérapie cognitive et comportementale et en EMDR. Maître de conférences en psychologie clinique, Université de Reims.

**Stéphanie Lautard**, psychologue et psychothérapeute en thérapie cognitive et comportementale.

**Aurore Leynet**, psychologue clinicienne et psychothérapeute TCC - Cabinet de Psychologie ESPAS-Sup, Bordeaux.

**Baptiste Lignier**, psychologue clinicien, psychothérapeute, maître de conférences en psychologie clinique et psychopathologie, Université de Bourgogne Franche-Comté.

**Mehdi Liratni**, docteur en psychologie – psychologue et psychothérapeute TCC.

**Laurence Méron**, psychologue clinicienne et psychothérapeute TCC.

**Jessica Monsillion**, psychologue clinicienne, psychothérapeute TCC.

**Élodie Moreau**, psychologue clinicienne, psychothérapeute spécialisée en TCC, hypnothérapie, Mindfulness et ACT.

**Ève Plateau**, neuropsychologue, psychothérapeute hôpital Raymond-Poincaré.

**Lucia Romo**, psychologue, psychothérapeute TCC ; professeure de psychologie à l'Université Paris-Nanterre, UFR SPSE, Unité de recherche CLIPSYD, Hôpital universitaire Raymond-Poincaré (AP-HP), Inserm CESP U-1018.

**Pierre Taquet**, docteur en psychologie, psychologue clinicien spécialisé en TCC et en addictologie ; CHU Lille, service d'addictologie, F-59000 Lille, France ; Université de Lille, ULR 4072 – PSITEC – Psychologie : Interactions, Temps, Émotions, Cognition, F-59000 Lille, France ; Groupe Hospitalier Seclin Carvin, CSAPA, F-59471 Seclin, France.

**Stéphanie Vanwalleghem**, psychologue, psychothérapeute et maître de conférences en psychologie clinique à l'Université Paris-Nanterre, UR CLIPSYD, UFR SPSE.

**Thomas Villemonteix**, psychologue, psychothérapeute TCC, maître de conférences en psychologie clinique.

**Rafika Zebdi**, psychologue clinicienne et psychothérapeute en thérapie cognitive et comportementale. Superviseur TPS, maître de conférences en psychologie clinique, Université Paris-Nanterre UR CLIPSYD, UFR SPSE.



# Introduction

Cet ouvrage est l'aboutissement de deux années de travail d'une équipe de psychologues, cliniciens, psychothérapeutes, neuropsychologues, travaillant dans le domaine des Thérapies Comportementales, Cognitives et Émotionnelles (TCCE) et ayant une pratique clinique et/ou de recherche auprès d'enfants, d'adolescents et leurs familles. L'idée de ce livre est venue du constat suivant : peu d'ouvrages sont consacrés à la fois aux TCCE et au jeune public, alors même qu'il y a une forte demande provenant tant des usagers pour accéder aux méthodes thérapeutiques les plus validées que des professionnels de disposer d'outils et d'interventions adaptés à l'enfant et l'adolescent. De fait, il existe un décalage entre ces besoins et les supports disponibles actuellement.

Dans la moitié des cas, les troubles mentaux commencent avant l'âge de 14 ans. On estime qu'environ 20 % des enfants et adolescents dans le monde présentent des troubles ou des problèmes mentaux, de nature similaire, quelle que soit leur culture<sup>1</sup>.

En France, les trois quarts des individus de moins de 20 ans qui consultent en santé mentale (soit 229 000 jeunes) sont reçus par les psychologues<sup>2</sup>. Un sur cinq débute les consultations dès l'âge de la maternelle. Or, l'apparition d'un trouble durant l'enfance ou l'adolescence est susceptible de mettre en péril le développement mais aussi le fonctionnement social, affectif, scolaire à plus ou moins longue échéance. Le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des troubles précoces sont d'autant plus importants du fait de leurs retentissements sur la vie des jeunes et leur devenir.

À travers des illustrations cliniques, nous avons voulu présenter des propositions pratiques, démontrant l'intérêt des interventions TCCE dans le but d'éviter l'évolution chronique des symptômes ; en outre, nous avons souligné la nécessité de réaliser ce travail en collaboration avec les familles. L'alliance thérapeutique impliquée n'est pas toujours évidente ni facile, car tripartite (enfant, parent(s), psychothérapeute). Ce travail possède des particularités qui méritent

---

1. OMS, « La santé mentale : renforcer notre action », Aide-mémoire, n°220, septembre 2010.

2. Statistiques en psychiatrie en France. <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rfas200401-art11.pdf> et <http://ifrhandicap.ined.fr/hid/hiddif/HTML/er231.pdf>.

d'être soulignées et que nous avons eu à cœur de mettre en avant dans ce travail collectif.

Depuis le traité visionnaire de Sidman datant de 1960 et intitulé « *Tactics of Scientific Research* », sur les modèles à cas unique, leurs fondements scientifiques et leur rôle essentiel dans la compréhension du comportement, les modèles à cas unique se sont beaucoup développés, en particulier dans les domaines d'application comme la psychothérapie, où ils ont été utilisés pour évaluer des interventions auprès d'un éventail extraordinaire de publics, dans divers contextes et pour de multiples cibles. Les méthodes de recherche à cas unique sont une facette importante de la psychologie et de la psychothérapie, car elles fournissent un cadre aux chercheurs et aux praticiens pour décrire les effets d'une intervention dans le temps sur des individus ou des groupes. L'intérêt de se former par le cas clinique existe depuis très longtemps et son format nous a paru convenir parfaitement à l'apprentissage didactique que nous souhaitons transmettre ici.

18

Cet ouvrage a pour objectif de montrer et d'analyser des situations cliniques infanto-juvéniles, avec leurs diversités et leurs particularités. Les présentations cliniques qui suivent proviennent de collègues psychothérapeutes aux modèles, à l'expérience, aux parcours et aux styles différents, pour traiter des problématiques diverses allant des troubles psychopathologiques (parties 1 à 5) à des problématiques spécifiques (partie 6). Nous avons souhaité présenter à la fois des éléments d'évaluation et de prise en charge en TCCE en voulant illustrer et réunir des thématiques diverses dans un seul ouvrage. Pourquoi ? Car la clinique infanto-juvénile nous pousse à une pratique très diversifiée et nous confronte à un panel étendu de difficultés et troubles psychiques nécessitant sans cesse de compléter sa formation et d'explorer les nouvelles connaissances et pratiques. Réunir diverses thématiques en un seul ouvrage était également pensé à destination des étudiants dès la Licence et jusqu'au Doctorat de psychologie, aux collègues psychologues et psychothérapeutes se formant aux TCCE, car nous le savons : il est difficile, lorsqu'on débute, d'investir financièrement dans un livre par trouble/problématique clinique ! Mêlant les TCC classiques et les théories plus récentes comme l'ACT ou l'approche transdiagnostique, nous avons souhaité illustrer les différentes pratiques et la richesse des TCC, de leurs vagues ainsi que leur capacité à pouvoir se croiser avec d'autres thérapies comme l'EMDR (chapitre 9) ou l'hypnose (chapitre 6). Nous avons également choisi de proposer deux chapitres portant sur les traumatismes psychiques : l'un consacré à l'évaluation dans le cadre de l'expertise psychologique et de

l'accompagnement médico-psycho-social des victimes (chapitre 12), l'autre illustrant une prise en charge TCC impliquant l'enfant et sa famille (chapitre 13). D'autres problématiques comme l'impact du Covid-19 (chapitre 14), l'alimentation (chapitre 17), la douleur (chapitre 18) trouvent également leur place dans les pages qui suivent.

Nous remercions très chaleureusement tous nos collègues psychothérapeutes et auteurs, pour leurs apports et leur implication enthousiaste qui font la richesse de cet ouvrage et de la pratique en TCCE. Nous espérons que ce livre vous sera utile à vous, vos jeunes patients et leurs familles !

# Partie 1

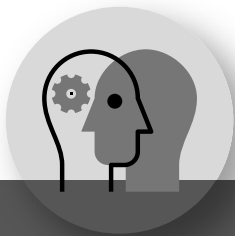
## **Troubles neurodéveloppementaux et troubles psychotiques**

Chapitre 1 – TDAH, troubles des apprentissages et troubles des fonctions exécutives : le cas de Zoé	22
Chapitre 2 – Intervention développementale et comportementale de type Programme IDDEES auprès d'un enfant présentant un trouble du spectre de l'autisme sans retard global de développement	38
Chapitre 3 – Gestion des émotions et habiletés sociales chez un adolescent avec une déficience intellectuelle	52
Chapitre 4 – Haut potentiel et troubles du comportement : le cas de Gabin	64
Chapitre 5 – Psychothérapie comportementale des tics chez un adolescent	84
Chapitre 6 – Trouble psychotique bref et délire d'interprétation	100

# Chapitre 1

## **TDAH, troubles des apprentissages et troubles des fonctions exécutives : le cas de Zoé**

RAFIKA ZEBDI, ÈVE PLATEAU, ALICIA DELALANDRE



❶	Présentation du cas clinique	24
❷	Prise en charge TCC : travail initial	25
❸	Examen neuropsychologique	29
❹	Participation de Zoé au groupe « MAESTRO »	30
❺	Suite de la prise en charge TCC : réajustements et nouvelles cibles thérapeutiques	33
❻	Évolution de Zoé	35
❼	Bibliographie	36

# 1 PRÉSENTATION DU CAS CLINIQUE

Zoé, âgée de 8 ans, est maintenue en classe de CE1 dans une école ordinaire où elle présente des difficultés d'apprentissage depuis la maternelle, surtout de langage oral, lorsqu'elle consulte pour la première fois au Centre de Référence des Troubles du Langage et des Apprentissages (CRTLTA).

Zoé vit au domicile familial, avec ses deux parents et son grand frère âgé de 11 ans, bien portant et avec qui elle entretient une relation assez fusionnelle. Les parents, occupant tous les deux un poste à responsabilités, ont présenté des difficultés lors de leur scolarité. Monsieur décrit des problèmes attentionnels lorsqu'il était petit et Madame a été suivie en orthophonie pour difficultés de langage écrit. Elle présentait également une certaine anxiété.

Concernant les premières années de vie de Zoé, on ne retient pas d'élément marquant lors de la naissance mais le développement s'est fait de manière hétérogène : acquisitions dans les temps sur le plan psychomoteur mais retard de langage important lors de son entrée en maternelle. À noter que Zoé a été gardée successivement par différentes nourrices, sans difficulté d'adaptation.

Face aux inquiétudes de l'équipe enseignante concernant ses apprentissages, Zoé a débuté un suivi orthophonique dès la moyenne section. Une prise en charge en psychomotricité a aussi été mise en place pour l'aider à améliorer son contrôle tonico-émotionnel ; les praxies visuo-perceptives y étaient aussi travaillées, car fragiles pour son âge d'après un bilan neurovisuel effectué en complément. La psychologue scolaire a aussi proposé un bilan d'efficience intellectuelle effectué au moyen de la WPPSI-IV à l'âge de 5 ans, qui a permis d'exclure le retard global chez Zoé. En parallèle, les examens médicaux (audiométrie, IRM, ORL) ne montraient pas d'anomalie.

La rééducation orthophonique s'est intensifiée au rythme de 3 séances par semaine à partir du CP et le suivi en psychomotricité s'est arrêté. Zoé ne réussissait pas à s'emparer des apprentissages, malgré l'arrivée d'une aide humaine en cours d'année. L'année de CE1 a été particulièrement laborieuse, ne lui permettant pas d'accéder au niveau supérieur. L'équipe pédagogique décide alors de proposer le maintien, en outre, un nouveau bilan neuropsychologique est réalisé en libéral avant la rentrée scolaire suivante. Les résultats montraient de faibles ressources attentionnelles, en plus des difficultés de langage, conduisant à la mise en place d'un traitement stimulant par méthylphénidate.



Le début de l'année scolaire est alors plus prometteur : Zoé réussit à s'emparer des méthodes et rentre enfin dans le langage écrit. En revanche, elle a toujours du mal à s'exprimer et l'enseignante la trouve particulièrement inhibée avec les adultes, alors qu'elle est bien intégrée parmi ses pairs. Par ailleurs, aucun diagnostic n'a été formellement posé face aux difficultés présentées par Zoé malgré les divers suivis, ce pour quoi elle réalise un bilan pluridisciplinaire plus poussé au sein du CRTLA en cours d'année scolaire. Les résultats confirment ainsi l'existence d'un trouble spécifique et sévère de langage oral (dysphasie phonologico-syntaxique sur le plan réceptif et expressif) associé à un trouble déficitaire de l'attention, sans hyperactivité. Outre ces constats, un important manque de confiance en soi était également évoqué et Zoé avait pu exprimer sa grande lassitude face aux multiples évaluations menées. La neuropsychologue mettait aussi en avant l'inhibition comportementale de l'enfant avec présence de manifestations anxieuses, justifiant la mise en place d'un suivi psychologique, préférentiellement de type cognitivo-comportemental.

## 2 PRISE EN CHARGE TCC : TRAVAIL INITIAL

À la suite de ce premier bilan pluridisciplinaire, Zoé débute sa prise en charge en thérapie comportementale et cognitive, les difficultés affectives mises en évidence, étant susceptibles de limiter sa progression. Au préalable, la psychologue avait effectué une évaluation plus spécifique de l'anxiété et de la dépression avec l'enfant et ses parents. Les compétences sociales ont aussi été appréciées, au moyen de jeux de rôle, dans des situations d'interaction ; les parents ont également été interrogés sur les situations sociales qu'ils jugeaient difficiles pour l'enfant. L'évaluation au moyen de la SCARED (*Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders*, instrument de dépistage des troubles anxieux ; Birmaher et al., 1997) montre que Zoé présente une anxiété sociale, qu'elle est capable de décrire avec ses mots et qui est reconnue par ses parents. Il n'est pas rare de trouver de l'anxiété et une certaine réserve ou timidité chez les enfants présentant une dysphasie, dans la mesure où comprendre les échanges et s'exprimer les mettent en difficulté, engendrant alors des comportements d'évitement qui peuvent se renforcer avec le temps (Claudon et al., 2019). Cela peut se manifester par de la passivité ou un manque d'initiative (ex : quand je parle ou que j'interviens, je fais des erreurs donc il est plus économique d'attendre et de voir ce qui va se produire). Il est donc important de reconnaître cette anxiété chez Zoé afin d'ajuster les situations utilisées lors de l'exposition, pour ne pas la mettre en échec.

Il est intéressant pour la compréhension du cas de Zoé de rappeler deux modèles étiologiques de l'anxiété :

- 1) le modèle intégré « Inhibition comportementale-Attachement » de Manassis et Bradley (1994) qui s'intéresse aux facteurs liés à l'apparition des troubles anxieux. L'inhibition comportementale (en lien avec le tempérament) se caractérise par un comportement de renfermement ou retrait et de timidité dans des situations nouvelles ou non familières. Il semble que ce trait de caractère se retrouve souvent chez les enfants dont les parents souffrent d'un trouble anxieux (Rosenbaum, 2000). De surcroît, les enfants qui présentent une inhibition comportementale stable souffrent plus souvent d'un trouble anxieux.
- 2) Le modèle cognitif de Kendall et Ronan (1990) se concentre, lui, sur les raisons du maintien des troubles anxieux. Les enfants et adolescents souffrant desdits troubles présentent des déficits et distorsions cognitives. Les déficits cognitifs se traduisent par un manque de capacités cognitives adaptées ou leur utilisation insuffisante (ici, dans le cas de Zoé, renforcés par le trouble attentionnel et le trouble dysphasique). Il en résulte des comportements dysfonctionnels ou inadaptés. De plus, suractiver des réseaux d'informations ancrés dans la mémoire entraîne une focalisation chronique et inappropriée sur des informations menaçantes.
- 3) Il en résulte que les enfants avec des troubles anxieux :
  - interprètent le danger de manière plus forte ;
  - sous-estiment leur capacité à gérer ou faire face à des situations ;
  - sous-estiment leurs possibilités de contrôle du danger ;
  - rapportent plus de pensées focalisées sur une catastrophe possible ;
  - ont plus souvent tendance à se parler à eux-mêmes d'une manière négative.

Le maintien du trouble résulte, d'une part, du comportement d'évitement et, d'autre part, du renforcement du comportement anxieux par l'entourage.

Le programme proposé à Zoé en TCC s'est donc axé sur la confiance et l'estime de soi en travaillant autant avec la fillette que ses parents pour mettre en place des renforcements positifs dans le quotidien et l'introduction d'activités en autonomie (avec hiérarchisation des activités et tâches, des plus simples vers les plus complexes).

La première étape a consisté à réaliser la psychoéducation sur l'anxiété : son utilité (signaler le danger pour permettre la survie de l'espèce) et les moments

où elle devient problématique (lorsque l'alarme à danger sonne en dehors de la présence d'un danger réel). Ensuite la psychothérapeute explique le principe d'exposition et d'extinction de la peur au moyen de l'habituation.

L'étape suivante était consacrée à la création d'un inventaire des situations sociales redoutées, conçu en collaboration avec Zoé et ses parents. Dans le cas de la phobie sociale, le dépistage prend en compte autant le point de vue parental que celui de l'enfant lui-même car ils sont complémentaires. En effet, l'enfant renseignera mieux son ressenti et les pensées qu'il a lors des situations anxiogènes, et l'observateur extérieur (parent) renseignera plus précisément les comportements dysfonctionnels dont l'enfant n'aura pas forcément conscience car trop pris par ses pensées et affects (Zebdi *et al.*, 2014).

L'ordre des situations a été sélectionné à partir de ce que Zoé jugeait comme plus urgent ou important d'apprendre ou de dépasser et non dans un ordre de hiérarchie basé sur l'intensité de la peur (Craske *et al.*, 2014).

Dans un premier temps pour chaque situation d'exposition il a été vérifié au préalable que Zoé avait le savoir-faire en termes d'habiletés sociales. Lorsqu'elle ne savait pas comment procéder, un entraînement par jeu de rôle était fait en amont avec elle en séance, puis reproduit à la maison avec les parents, et enfin réalisé en exposition *in vivo*. Un système d'économie de jetons a également été mis en place ayant pour objectif principal une modification du comportement de Zoé : une extinction (= une diminution) d'un comportement inadapté (par exemple : rester en retrait lorsqu'elle n'a pas compris une consigne) et le développement d'un comportement adapté à la place (demander à sa mère de lui réexpliquer), pour que les parents renforcent un comportement qu'ils souhaitent que l'enfant continue à produire sans mettre l'accent sur ses échecs. Cela aidera également l'enfant à gagner confiance en elle.

Il est très important, dès le début, que l'enfant comprenne bien la contingence : tâche-cible réalisée = récompense obtenue. La fabrication d'un tableau attrayant, décoré avec Zoé et l'achat de « stickers » qu'elle trouve jolis furent des leviers qui ont renforcé sa motivation à gagner étoiles et autocollants. La figure 1 en est un exemple. L'enfant choisit une récompense lorsque 5 étoiles sont obtenues. La liste de récompenses est composée d'activités de plaisir non payantes, représentant du temps de qualité, à partager comme faire un tour de vélo, cuisiner ensemble, faire une partie du jeu préféré de l'enfant, s'organiser une soirée « cinéma » à la maison.









Les bons points de Zoé							
Objectifs	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
ranger son cartable 		*				*	
Noter ses devoirs 	*			*			
Se coiffer seule 		*	*		*		
<b>Récompenses</b> 1.  soirée ciné 2.  préparer un gâteau 3.  faire un pique-nique 4.  faire un tour de trottinette 5.  jeu de société							

Figure 1. Tableau d'économie de jetons

Les situations pour lesquelles le renforcement par tableau d'économie de jetons a été utilisé sont dans l'ordre de difficulté : parler à ses camarades, à des enfants au parc, demander de l'aide pour monter sur le toboggan, demander à un enfant de jouer avec elle. En ce qui concerne les situations de difficulté supérieure, nous pouvons citer : demander à un adulte de l'école quelque chose lors de la récréation, demander quelque chose à son enseignante en venant à son bureau, faire une demande ou poser une question en restant à sa place et en parlant devant les autres enfants de la classe, lever la main pour donner une réponse, être interrogée devant les autres.

Après quelques mois, des progrès sont constatés pour Zoé dans les relations avec ses pairs ainsi qu'en contexte familial et extra-scolaire. Elle prend de l'assurance et gagne en estime de soi ; Zoé est plus loquace lors des séances de psychologie et d'orthophonie, avec sa nourrice et en famille. En revanche, il persiste des difficultés d'expression et de prise de parole dans le contexte scolaire. Il est également difficile pour elle d'automatiser certains comportements souhaités (ex : se souvenir de mettre ses étoiles sur le tableau lorsqu'elle réussit à réaliser l'une des tâches prescrites) et l'aide des parents pour ritualiser ce type d'actions n'est que peu concluante.

Nous constatons petit à petit qu'il y a un réel défaut de prise d'initiative. Si ce manque d'initiation peut être en lien avec la dysphasie qui freine Zoé dans sa capacité à faire quelque chose par elle-même, celui-ci pourrait aussi bien venir d'une difficulté dans les fonctions exécutives, d'autant plus lorsqu'il est constaté des difficultés mnésiques (Bosson, 2008). Après un an et demi de prises en charge, les différents intervenants qui accompagnent Zoé constatent des progrès bien trop lents par rapport à l'intensité et la spécificité des suivis qui lui ont été apportées (orthophonie, suivi en thérapie comportementale et cognitive et scolarité en petit effectif). L'hypothèse de l'existence d'un trouble exécutif qui freinerait son évolution est formulée par la psychothérapeute et un nouvel examen neuropsychologique est alors réalisé au CRTLA. En voici les détails.

### 3 EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE

Zoé est âgée de 9 ans 10 mois et est scolarisée dans une classe de CE2 à petit effectif lorsqu'elle vient réaliser ce nouveau bilan. Accompagnée de son père, elle se présente comme une enfant assez sereine et de bon contact. Toutefois, lors de l'entretien, elle a du mal à exposer ses pensées et sollicite fréquemment l'étayage de son père. Monsieur évoque les progrès effectués grâce aux prises en charge mais précise que Zoé reste pénalisée par la dysphasie. L'autonomie est limitée par les problèmes attentionnels, plus présents en fin de journée du fait de la baisse d'efficacité du traitement médicamenteux (méthylphénidate à libération prolongée, soit prise en une fois le matin). Il souligne également un manque d'initiation important, qu'il attribue parfois au manque de confiance en soi chez sa fille. Zoé serait aussi en difficulté pour exprimer ses émotions au quotidien. Outre ces aspects, l'entretien ne met pas en avant d'autres sources de difficulté au quotidien ; c'est une enfant décrite comme agréable, calme, et qui présente de l'appétence pour plusieurs activités (cuisine, danse, activités manuelles). Il n'y a pas de particularité évoquée pour le sommeil ou l'alimentation, excepté une baisse d'appétit lorsqu'elle prend son traitement.

Lors de la passation des épreuves, Zoé se montre investie et persévérante face aux efforts à fournir. Elle est capable de solliciter l'adulte quand elle se trouve en difficulté mais est en recherche constante d'approbation et se montre sensible aux valorisations. Les résultats obtenus lors des différentes épreuves attentionnelles oscillent entre la zone de fragilité et la zone pathologique, malgré une évaluation menée sous traitement par méthylphénidate. Ils sont davantage attribuables à des erreurs de nature exécutive et les épreuves plus spécifiques