

Module 3 : MATURATION ET VULNERABILITE.

## **LES TROUBLES DU COMPORTEMENT** *de l'enfant et de l'adolescent*

ITEM N° 39

ENSEIGNANTS : Dr J. Malka, Pr. P Duverger

MODE D'ENSEIGNEMENT : ARC / E.D.

OBJECTIFS :

- Expliquer les caractéristiques comportementales et psychosociales de l'adolescent normal.
- Identifier les troubles du comportement de l'adolescent et connaître les principes de la prévention et de la prise en charge.

# **LES TROUBLES DU COMPORTEMENT**

## *de l'enfant et de l'adolescent*

### **TROUBLES DU COMPORTEMENT CHEZ L'ENFANT**

1°/ Comportements agressifs :

- Les violences
- Les colères
- L'opposition.

2°/ Mensonges :

- Le mensonge utilitaire.
- Le mensonge "névrotique".

3°/ Vols

4°/ Fugues

5°/ Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC)

6°/ Instabilité psychomotrice.

### **CRISES ET RUPTURES A L'ADOLESCENCE**

1°/ Crise d'originalité juvénile

- La crise pubertaire
- Le désir, la crise d'originalité

2°/ Crise juvénile.

### **L'AGIR ET LE PASSAGE A L'ACTE**

1°/ Voyages, fugues

2°/ Vols

3°/ Violences à l'adolescence :

- L'hétéro agressivité
- L'auto agressivité

4°/ Significations psychopathologiques.

### **CONDUITES A RISQUE**

1°/ Accidents à répétition

2°/ Consommation de produits

### **CONDUITES DELINQUANTES**

1°/ Généralités

2°/ Conduites délinquantes

3°/ Qui sont les jeunes délinquants ?

### **PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE**

*Pour en savoir plus...*

# **LES TROUBLES DU COMPORTEMENT**

## *de l'enfant et de l'adolescent*

### **LES TROUBLES DU COMPORTEMENT CHEZ L'ENFANT**

**Nous appelons "troubles du comportement" les symptômes psychopathologiques qui mettent en cause la relation actuelle de l'enfant avec son entourage. Ces troubles provoquent inévitablement des réactions comportementales dans l'entourage, mettant en cause les parents dans leurs attitudes éducatives, parfois le groupe social tout entier et en particulier la Loi et le système judiciaire. De ce fait, ils motivent très fréquemment une consultation psychiatrique, quelle que soit la structure psychopathologique de l'enfant. C'est au psychiatre qu'il appartient de déceler au-delà du symptôme les conflits psychiques sous-jacents.**

L'étude psychogénétique du développement de l'enfant montre qu'il n'y a pas de différence de nature entre des comportements considérés comme normaux à un certain âge : actes agressifs, colères, travestissement de la vérité, chapardages, et les troubles du comportement d'enfants plus âgés. C'est leur persistance au-delà d'un certain seuil qui en font des signes pathologiques, marquant une absence d'évolution ou une régression du Moi.

#### **1°/ Comportements agressifs**

Les comportements agressifs ne sont pas pathologiques en eux-mêmes; ils sont nécessaires à l'évolution de l'enfant. C'est grâce à l'expression de son agressivité que l'enfant s'affirme face à autrui comme un sujet, lieu de désirs et de volonté, et qu'il conquiert les limites de son Moi et de sa propriété (ses jouets, sa chambre, etc.). L'absence de sens de la propriété peut être pathologique (indistinction entre soi et les autres), comme l'est un sens de la propriété exagéré (trop grande jalousie fraternelle, vols, etc.).

##### **- Les violences**

**Ces comportements en réponse à une frustration sont banaux entre 1 et 4 ans. Ils sont plus fréquents chez les enfants actifs et hypertoniques et chez les garçons. Malgré leur banalité, il faut signaler les problèmes d'adaptation qu'ils posent dans les collectivités d'enfants, crèches ou maternelles (en particulier quand l'enfant mord), alors qu'ils sont en général beaucoup mieux tolérés dans le milieu familial.**

**L'erreur la plus couramment commise face à ces comportements est d'y répondre sur un mode analogue : mordre l'enfant qui mord, frapper celui qui donne des coups. Cela peut entraîner un cercle vicieux d'agressivité réciproque et de désir de vengeance, ou angoisser l'enfant en alimentant ses fantasmes de châtement et de culpabilité.**

**Au-delà de 4 ans, l'enfant a habituellement acquis de nouveaux moyens de s'affirmer et de réagir à la frustration, en particulier grâce à la maîtrise du langage. La persistance de violences est le signe soit d'une immaturité du Moi - c'est le cas d'enfants ayant souffert d'une carence affective précoce) soit d'un déficit instrumental ou sensoriel qui empêche l'enfant d'accéder à de nouveaux modes d'expression - c'est le cas des enfants souffrant de retard de langage, de surdité, etc.**

**Les enfants psychotiques peuvent avoir de brusques passages à l'acte agressifs, non motivés et parfois d'une extrême violence, s'adressant à leur entourage du moment, sans provocation de celui-ci. Ce sont des crises clastiques.**

### **- Les colères**

La rage correspond à un type de réaction de l'enfant très jeune (jusqu'à un an) à une frustration : décharge de mouvements anarchiques, accompagnés de cris inarticulés et de phénomènes vasomoteurs (pâleur, rougeur du visage, sécheresse de la bouche). Elle peut persister bien au-delà chez des enfants impulsifs qui réagissent ainsi à de trop grandes frustrations, avec une certaine obnubilation de la conscience et une amnésie partielle de la crise.

Les colères proprement dites sont une expression émotionnelle plus contrôlée et marquée surtout par une agressivité verbale, des injures, des critiques blessantes. La colère est une manifestation banale chez l'enfant de 2 à 4 ans, au moment où se développe en lui un besoin d'indépendance et d'affirmation de soi.

### **- L'opposition**

On distingue cliniquement deux types d'opposition :

L'opposition active, le plus souvent normale, marque une période dans l'évolution psychologique de l'enfant : apparition du "non !" dans le courant de la 2<sup>ème</sup> année, crise d'opposition de la 3<sup>ème</sup> année. Toutefois, certains enfants vivent en permanence en opposition à leur entourage et tendent à recréer partout une relation d'opposition sur un mode sadomasochiste.

L'opposition passive : l'enfant se contente de ne pas faire ce qui lui est demandé ou de traîner pour tout. C'est un symptôme très souvent rapporté par les mères qui se plaignent de devoir répéter de nombreuses fois les mêmes choses, du fait que l'enfant met un temps interminable pour faire la moindre chose imposée - alors qu'il fait rapidement ce qui l'intéresse. Assez souvent, l'opposition passive cache des troubles dépressifs latents chez l'enfant.

## **2°/ Mensonges**

On ne parle pas de mensonge chez l'enfant avant 6 ou 7 ans, l'âge dit "de raison". L'enfant jeune déforme souvent les faits ou en invente, mais on ne peut attribuer à cela la valeur d'un mensonge, car il n'a pas encore acquis une notion claire du vrai et du faux, de l'imaginaire et du réel.

### **- Le mensonge utilitaire**

Il est naturel à l'enfant. Son premier mouvement est de faire correspondre la réalité à ses désirs et au besoin de la fausser, soit pour obtenir un avantage, soit pour éviter un désagrément. Ce n'est que l'intériorisation progressive d'une loi sociale et d'une éthique personnelle qui lui fera respecter la vérité. Un "certain respect" du mensonge de l'enfant jeune est capital : l'adulte doit savoir se laisser berner, abuser ("Ha bon ? Tu crois vraiment ?"). En effet, il importe de ne pas lui donner l'impression que l'adulte lit dans ses pensées, dévoile sa

ruse ou sa manipulation. Le risque d'une grande intrusion psychique (mes pensées sont les siennes) est ici très grand.

Le mensonge le plus fréquent chez l'enfant plus grand est celui de la dissimulation ou de la falsification de mauvais résultats scolaires. Elles peuvent conduire l'enfant à un enchaînement de mensonges et de falsifications de plus en plus angoissant.

### - Le mensonge "névrotique"

Il a pour fonction de compenser, au niveau imaginaire, une infériorité ou une insuffisance que l'enfant ressent. Il s'inventera un père beaucoup plus riche et puissant que la réalité, se vantera d'exploits imaginaires, etc. Cette forme de travestissement de la réalité mérite le nom de **fabulation**, plutôt que de mensonge. Il ressemble au "roman familial", plus tardif, où l'enfant dissimule sa déception vis à vis de ses parents en en imaginant de "meilleurs" et "tout puissants". Les constructions sont parfois riches (cf. le personnage d'Harry Potter, enfant carencé et maltraité dans la réalité, qui se protège en devenant sorcier). Au maximum, c'est le tableau de la mythomanie (rare).

Une autre forme de fabulation est l'invention d'un double, en général du même sexe, le plus souvent un frère ou une sœur, parfois un ami. L'invention d'un double est fréquente chez l'enfant de moins de 6 ans, sans trouble psychopathologique notable. Chez l'enfant plus âgé, l'invention d'un double peut signifier un trouble profond de l'identité des personnes et de soi-même et peut prendre une allure inquiétante car elle fait craindre une organisation psychotique ou prépsychotique de la personnalité.

## 3°/ Vols

On ne parle de vol chez l'enfant avant 6-7 ans. Ici ce n'est pas le sens de la réalité qui est en jeu, mais celui de la propriété. Pendant longtemps, ce qui intéresse le plus l'enfant est justement ce qui appartient à l'autre, son intérêt pour les objets passe par l'intérêt de l'autre. Les garçons en sont responsables dix fois plus souvent que les filles. La proportion des délits pour vol augmente avec l'âge. La première personne victime du vol de l'enfant est un membre de la famille, le plus souvent la mère (on parle de vols "domestiques"). Dans certains cas, les trésors du porte-monnaie de la mère représentent les richesses qu'elle renferme dans son corps, son ventre, d'où viennent les enfants. Puis l'enfant vole à l'extérieur de sa famille, mais d'abord des personnes connues, ses camarades ou sa maîtresse d'école, puis des personnes inconnues.

L'objet volé est d'abord un objet alimentaire (bonbons...) puis l'enfant vole de l'argent ou divers objets chargés pour lui de signification symbolique. A partir de la puberté, on peut voir des vols fétichistes (vols de lingerie féminine par des garçons, rares), mais aussi vols de véhicules (de loin les plus fréquents).

C'est à propos du vol que l'on remarque l'influence des perturbations affectives de la petite enfance et en particulier des séparations (observation des 44 voleurs de Bowlby) sur les comportements délinquants. C'est aussi à propos du vol que Winnicott a développé une théorie du "comportement antisocial" : le vol répond à un sentiment précoce de défaillance de l'environnement (un exemple en est une dépression de la mère, alors moins disponible pour son enfant). L'enfant voleur cherche inconsciemment à combler un manque, à prendre quelque chose qui lui était dû et qui lui a été refusé. Les facteurs affectifs (carence ou séparation) sont presque toujours présents dans la genèse des comportements de vols répétitifs.

Parfois, le vol de l'enfant s'inscrit dans un devenir caractéropathique, voire psychopathique. C'est le mode d'entrée le plus fréquent dans la délinquance. Il s'associe alors fréquemment à d'autres troubles du comportement telles les fugues.

#### 4°/ Fugues

La fugue est le fait pour l'enfant de partir sans autorisation et sans prévenir du lieu où il est sensé être, pour déambuler, le plus souvent sans but pendant plusieurs heures, parfois pendant des journées entières. Là encore, il faut attendre 6-7 ans pour parler de fugue. Les déambulations de l'enfant plus jeune qui s'éloigne de sa mère, sans que celle-ci s'en aperçoive, n'ont pas la valeur ni l'intentionnalité d'une fugue.

Il est très important d'avoir un emploi du temps très détaillé du fugueur. Le plus souvent, le fugueur est seul, mais parfois s'organisent des fugues en bande, sous l'impulsion d'un leader. En général, le fugueur n'a pas de but précis, il ne sait où aller et déambule au hasard. Bientôt, il cherche un refuge, ne tarde pas à se faire remarquer par son comportement indécis. Il est très soulagé d'être découvert et ne tarde pas à avouer sa fugue. D'autres fois l'enfant a un but qui est presque toujours le retour à un endroit investi par lui comme sécurisant, voire idyllique.

Les fugues de l'école méritent une mention spéciale. L'**école buissonnière** peut être le fait d'enfants à tendances psychopathiques, peu motivés pour l'école. Mais très souvent, c'est un mécanisme phobique qui sous-tend la fugue, laquelle masque en fait une phobie de l'école. Il en existe deux formes :

- Celle des enfants au début de leur scolarité primaire, vers 6-7 ans, qui sont angoissés par toute séparation d'avec leur mère
- Celle d'enfants plus âgés, vers 10 ans, qui sont spécifiquement angoissés par l'école. Ils partent le matin à l'heure habituelle, se dirigent vers l'école, mais arrivés à destination ils sont envahis d'angoisse et ne peuvent entrer. La **phobie scolaire** renvoie aux difficultés de séparation chez un enfant intelligent, qui travaille ses cours à la maison, en présence de sa mère. Une phobie sociale (les camarades de classe) et une agoraphobie (le trajet jusqu'à l'école) peuvent être associées (cf. Item 41).

#### 5°/ Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC)

Que certains enfants présentent des troubles de type obsessionnel, associés ou non à des compulsions, la clinique nous l'enseigne et ceci n'est pas discutable. Toute la question est de savoir s'il s'agit d'une entité morbide isolée (T.O.C.) ou si ces troubles s'insèrent dans le cadre d'une personnalité et d'une histoire humaine singulière (organisation névrotique obsessionnelle).

Le T.O.C. est caractérisé par la présence de deux types de symptômes spécifiques (associés ou non): obsessions et/ou compulsions, à l'origine de sentiments marqués de détresse, de perte de temps considérable ou interférant de façon significative avec les activités habituelles du sujet.

Les obsessions sont des idées, des pensées, des impulsions ou des représentations persistantes qui sont vécues comme intrusives et inappropriées et qui entraînent une anxiété et une souffrance importante.

Les compulsions sont des comportements répétitifs (ex. : se laver les mains, ranger dans un certain ordre, vérifier...) ou des actes mentaux (ex. : compter, repérer des mots de

manière silencieuse...) dont le but est de prévenir ou de réduire l'anxiété ou la souffrance et non de procurer plaisir ou satisfaction.

Selon la théorie psychanalytique, ces modalités de penser et/ou de comportement correspondent à un mode d'aménagement psychique, régressif, lié à la confrontation à la problématique œdipienne. Toute la question étant alors pour le sujet d'aménager des stratégies, conscientes et inconscientes, de mise à distance de l'objet du désir.

La prévalence du T.O.C. chez les enfants et adolescents est comprise entre 0,5 et 3 %. Les premiers symptômes d'obsessions et de compulsions apparaissent généralement autour de l'âge de 10 ans, avec une prédominance masculine dans les formes prépubères.

**Le trouble obsessionnel compulsif chez l'enfant et l'adolescent est proche, dans les grandes lignes, de la sémiologie de celui de l'adulte. Certaines particularités méritent cependant d'être soulignées.**

SPECIFICITES CLINIQUES DU T.O.C. INFANTILE  
ET SYMPTÔMES LES PLUS FREQUEMMENT RENCONTRES

SYMPTOMATOLOGIE PROPRE A L'ENFANT ET ADOLESCENT SOUFFRANT DE T.O.C.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Moins ou pas d'égodystonie.</b></li> <li>• <b>Ignorance qu'il s'agit d'une maladie, n'en parle pas à son entourage.</b></li> <li>• <b>Obsessions et compulsions multiples et fluctuantes (parfois plus de 20 obsessions et/ou compulsions évoluant concomitamment pouvant envahir la vie de l'enfant plusieurs heures par jour)</b></li> <li>• <b>Implication de l'entourage familial dans les rituels, avec parfois attitudes autoritaires et tyranniques.</b></li> <li>• <b>Crises de colère, agressivité manifeste (en cas d'interruption volontaire ou non des rituels ou de refus de participation de l'entourage familial aux compulsions et rituels).</b></li> </ul>	
OBSESSIONS FREQUENTES	COMPULSIONS FREQUENTES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Crainte de blasphémer, d'insulter un enseignant.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se sentir sale, être envahi de microbes.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Attraper une maladie.</li> <li>• Blessé un autre enfant.</li> </ul> </li> <li>• Oublier quelque chose, ses devoirs.</li> <li>• Commettre une erreur, une faute.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire des erreurs à l'école.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• <b>Etre obnubilé par un défaut physique.</b></li> <li>• <b>Etre préoccupé par la nourriture.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Gestes, mimiques particulières (pseudo-tics).</b></li> <li>• <b>Arithmomanie (compter sans arrêt)</b></li> <li>• <b>Lavage des mains, du corps plusieurs fois par jour.</b></li> <li>• <b>Superstitions bizarres (éviter de marcher sur les traits d'un carrelage, se signer, etc...)</b></li> <li>• <b>Ne pas toucher certains objets (les poignées de porte, les affaires des autres élèves...)</b></li> <li>• <b>Faire de longues listes de vérification.</b></li> </ul>

A noter l'importance des crises de colères impulsives et anxieuses. Lorsque ces enfants sont peu à peu submergés par les obsessions et prisonniers des actes compulsifs éreintants, l'angoisse et la détresse sous-jacentes ne sont contenues que de manière provisoire et modérée. D'où la fréquence élevée d'explosions émotionnelles, de crises aiguës de colères avec insultes, de bris d'objets et parfois de coups et blessures dirigés vers les proches avec forte culpabilité a posteriori. Ces phénomènes de colères se manifestent classiquement lorsque les rituels sont perturbés, voire empêchés, volontairement ou involontairement, par l'entourage.

Près de 75 % des enfants souffrant de T.O.C. présentent également un autre trouble psychiatrique. Il s'agit principalement de l'association à d'autres troubles anxieux : attaques de panique, angoisse de séparation, troubles anxieux généralisés ou phobiques.

La prise en charge thérapeutique comporte 2 volets : la psychothérapie et la psychopharmacologie.

La psychothérapie est principalement d'origine psychanalytique et replace les T.O.C. dans le cadre plus général des conflits conscients et inconscients liés à la mise en place d'une structure obsessionnelle de la personnalité et tente d'améliorer l'ensemble du fonctionnement psychique. Les psychothérapies familiales et les thérapies cognitives et comportementales auraient démontré leur efficacité sur les symptômes obsessionnels et compulsifs.

La psychopharmacologie fait appel aux médicaments inhibiteurs de la recapture de la sérotonine. En France, en 2003, seule la sertraline (Zoloft®) a l'AMM dans cette indication, dès l'âge de 6 ans.

**En pratique, il convient de débiter à faible posologie :  
25 mg/jour chez les enfants de moins de 40 kg,  
et 50 mg/jour pour les autres.**

**La prise du Zoloft® se fait en une prise par jour, matin ou soir, au cours d'un repas.**

Par la suite, les doses seront progressivement adaptées jusqu'à l'obtention d'une amélioration (posologie maximale : 200 mg/jour). Les effets thérapeutiques sont en règle générale ressentis dès la troisième semaine de traitement (soit plus rapidement que chez l'adulte). Insistons ici sur la nécessité de prolonger le traitement au moins 12 mois après une stabilisation de la symptomatologie.

**6°/ Instabilité psychomotrice** (cf. Item 32).

## **CRISES ET RUPTURES A L'ADOLESCENCE**

**Dès les premiers jours de la vie et jusqu'au terme de l'adolescence (et même au-delà), l'individu passe de crises en crises: crise du huitième mois, crise œdipienne, crise pubertaire, crise du milieu de la vie... Ces crises participent à la maturation du sujet et sont témoins d'une évolution du développement. Leur absence est pathologique.**

**La crise est un moment temporaire de déséquilibre et de substitutions rapides remettant en question l'équilibre normal ou pathologique du sujet. Son évolution est ouverte, variable : tout est possible, vers le mieux ou le pire. Elle dépend tout autant de facteurs internes (psychiques) qu'externes (environnementaux).**

## 1°/ Crise d'originalité juvénile

### - La crise pubertaire

La phase pubertaire marque le début de la crise juvénile. Elle apparaît dans les deux sexes, débutant vers 10-11 ans et se terminant vers 15-16 ans. Chez la fille l'apparition des règles signale apparemment un début franc ; chez le garçon le début est plus difficile à préciser. Deux points essentiels caractérisent cette crise :

- Le doute de l'adolescent sur l'authenticité de soi et de son corps. L'adolescent hésite à assumer son corps au point d'avoir constamment un doute et un besoin de réassurance. La crainte d'être observé, les longues stations devant le miroir en sont les expressions les plus manifestes.

- L'entrée en jeu de la tension génitale ou de la masturbation. L'évolution vers la sexualité adulte est parfois difficile à assumer, source de culpabilité. Les premières expériences auto-érotiques ou les premières relations sexuelles suscitent parfois des inhibitions considérables. La puberté donne de nouveaux moyens, psychiques et physiques, de s'affirmer face aux parents. Cette nouvelle capacité doit être gérée, assimilée, ce qui demande du temps.

### - Le désir, la crise d'originalité

Une horreur de la banalité, une propension à faire de soi quelqu'un d'exceptionnel et d'unique, caractérise l'adolescent. Ce désir d'originalité débute aux environs de 14 ans pour la fille et 15 ans pour le garçon. Il constitue un des premiers éléments de la "puberté mentale" qui accompagne les transformations d'ordre physiologique.

La crise d'originalité désigne la forme la plus visible et la plus complète du désir d'originalité. Cette crise n'est pas permanente, elle présente des fluctuations. Son début est très souvent rattaché à un événement tel que l'éloignement, la mort d'un être aimé, un brusque changement dans l'existence, un chagrin d'amour, une ambition déçue, etc. Cette crise éclate soudainement et avec violence et présente deux faces :

- une **face individuelle** se caractérisant par l'affirmation de soi avec exaltation, une contemplation et une découverte du Moi comparable à la découverte du corps chez le bébé. Elle peut se traduire par un goût de la solitude, du secret, par des excentricités vestimentaires, comportementales, langagières ou épistolaires. La pensée est avide d'inédit et de singulier. La passion de réformer, de moraliser ou de bouleverser le monde est intense. Plusieurs degrés existent.

- Une **face sociale** se manifestant par la révolte juvénile : révolte à l'égard des adultes, des systèmes de valeurs et des idées reçues. Les adolescents adressent deux griefs à l'égard des adultes : leur manque de compréhension et le fait qu'ils attendent à leur indépendance. En fait, il s'agit d'une révolte vis à vis de tout ce qui peut gêner cette affirmation de soi.

## 2°/ Crise juvénile

Dans les crises juvéniles simples, l'acceptation de l'image de soi est assez facile, les réactions de l'adolescent sont liées à des motivations vivantes et chargées d'angoisse. En consultation, le médecin ou le psychologue apparaît réel, solide dans l'esprit de l'adolescent. Si les attitudes d'échec sont observables, elles sont réversibles et l'intelligence reste disponible.

**Au contraire, dans les crises juvéniles sévères, l'acceptation de l'image de soi est difficile. En consultation, le praticien semble flottant, incertain, décevant aux yeux de l'adolescent. Trois tableaux caractéristiques sont décrits :**

- **La névrose d'inhibition, avec des inhibitions multiples, une difficulté à s'exprimer, une crainte de la personne du sexe opposé, une inhibition intellectuelle et sociale avec souvent des traits phobo-obsessionnels.**
- **La névrose d'échec avec échec scolaire, échec sentimental, expression brutale d'interdit surgissant de l'inconscient, refusant le succès que semble souhaiter le conscient. La pensée devient perturbée, labile, instable, investie par des problèmes névrotiques ;**
- **La morosité, qui n'est ni la dépression ni la psychose, mais un état proche de l'ennui infantile : "je ne sais pas quoi faire, à quoi m'intéresser, à quoi jouer, etc.". C'est un état qui manifeste un refus d'investir le monde, les objets, les êtres, la sexualité, plutôt qu'une perturbation thymique véritable. La vigilance est de mise en raison des risques passages à l'acte : fugue ou délinquance, drogue, suicide.**

**Ces crises sévères doivent cependant être distinguées des aspects dissociatifs où l'image de soi n'est plus acceptée du tout, et où, en plus, on observe parfois une division de la personnalité avec des bizarreries sortant du cadre de la simple originalité. Une schizophrénie débutante doit naturellement être évoquée, mais sans précipitation, et une consultation spécialisée s'impose. Le devenir avec le temps semble un des meilleurs critères diagnostiques.**

## **L'AGIR ET LE PASSAGE A L'ACTE**

L'opposition entre conduite agie et conduite mentalisée prend toute son importance à l'adolescence. À cet âge, l'agir est considéré comme un des modes d'expression privilégiés des conflits et des angoisses de l'individu. Il se manifeste dans la vie quotidienne de l'adolescent dont la force et l'activité motrice se sont brutalement développées avec la puberté. Une des représentations les plus concrètes de la rupture de l'adolescent avec son contexte familial ou institutionnel est le départ du milieu dans lequel il vivait.

### **1°/ Voyages, fugues**

Le voyage est un départ, mais il est préparé à l'avance, pour un temps déterminé, solitaire ou plus souvent en groupe, dans un but précis avec un retour prévu. Il fait appel à des motivations individuelles : découverte, aventure ou fuite de la vie quotidienne routinière. Le voyage a plusieurs fonctions : manifestation d'indépendance de l'adolescent par rapport à sa famille, rituel socialisé d'éloignement accepté par les parents... Il est parfois l'occasion d'une décompensation anxieuse : crise d'angoisse aiguë, épisode dépressif momentané, trouble particulier des conduites (anorexie, insomnie) voire même épisode délirant aigu, les premiers signes d'un état psychopathologique.

La fugue est un départ impulsif, brutal, le plus souvent solitaire, limité dans le temps, généralement sans but précis, le plus souvent dans une atmosphère de conflit (avec la famille ou avec l'institution où est placé l'adolescent). Cette discontinuité dans les interactions entre

l'adolescent et son environnement est provoquée par l'adolescent. Mais ce comportement peut renvoyer à de semblables ruptures, plus anciennes, où l'enfant n'avait aucun moyen de maîtriser la situation, d'agir (ou de réagir). Abandonner est souvent plus facile à vivre qu'être abandonné !

## **2°/ Vols** (*cf. le vol chez l'enfant*)

Le vol représente la conduite délinquante la plus fréquente à l'adolescence. Parmi les multiples conduites de vol, deux types prédominent largement : le vol de véhicule et le vol dans les grandes surfaces commerciales.

## **3°/ Violences à l'adolescence**

### **• L'hétéro agressivité**

#### **- Violence contre les biens**

La violence contre les biens n'est pas un des délits les plus fréquents mais elle frappe généralement l'opinion publique par son aspect "gratuit": il n'y a souvent aucun mobile apparent à la conduite destructive. On peut distinguer la violence en bande ou vandalisme, et la violence solitaire.

- Le vandalisme : Il est toujours le fait d'une bande qui s'attaque à des biens collectifs (lampadaires, plaques indicatrices) ou individuels (voitures garées). On peut retrouver une motivation apparente, mais le plus souvent elle est hors de proportion des dégâts provoqués. La gravité des actes commis n'est pas toujours correctement évaluée par l'adolescent.

- Les conduites destructrices solitaires sont plus rares. L'exemple typique en est la conduite pyromane, toujours fascinante et longtemps considérée comme un crime. Le feu renvoie à une intense excitation que l'adolescent ne peut ni maîtriser ni évacuer autrement. Parfois elle ponctue une longue période de lutte accompagnée de la pensée obsédante du feu. La conduite de pyromane renvoie alors à des structures de type névrotique, d'autant que l'adolescent éprouve un sentiment de malaise, de culpabilité ou de honte. Mais souvent l'impulsivité et la destructivité sont au premier plan. Cette conduite peut alors constituer la mise en acte des pulsions et des fantasmes agressifs, la perception de la réalité s'estompant derrière l'envahissement fantasmatique. C'est ce qu'on observe dans les structures psychotiques ou en cas de psychopathie grave.

Une autre conduite destructrice solitaire est représentée par la crise de violence de l'adolescent dans l'appartement familial : brusquement, l'adolescent se met à casser du mobilier dans l'appartement. Les objets détruits peuvent appartenir à l'adolescent lui-même ou à l'un de ses proches, ce qui oriente souvent le sens à donner à ces conduites. En dehors de la psychopathologie de l'adolescent lui-même, ces conduites destructrices signent toujours des perturbations profondes dans la dynamique familiale : mésentente parentale voire scènes de violence verbales ou agies entre conjoints. L'absence physique d'un des parents, en particulier du père, s'observe parfois, mais dans d'autres cas il peut s'agir d'une absence totale d'autorité parentale, malgré les apparences...

### **- Violence contre les personnes**

La violence intra-familiale est une maltraitance des parents. Il s'agit surtout de garçons occupant en général une position particulière dans la fratrie. La violence extra familiale concerne presque exclusivement des garçons. La majorité de ces adolescents présente déjà des antécédents de délinquance, de drogue, d'alcoolisme et parfois des antécédents psychiatriques.

### **• L'autoagressivité**

*Les manifestations autoagressives de l'adolescent sont dominées par le problème des tentatives de suicide, qui font l'objet d'un autre cours.*

### **- Les automutilations**

Dans certains cas il s'agit de véritables décharges motrices en réponse immédiate à une situation de tension, de conflit ou de frustration. Dans les autres cas, il s'agit d'un ancien enfant automutilateur dont les manifestations persistent, voire même s'aggravent à l'adolescence.

- Les automutilations impulsives : brutalement, parfois après une montée d'angoisse ou d'agitation aisément perceptible, l'adolescent attaque son corps avec plus ou moins de violence (couteau, lame de rasoir, vitre cassée). Il se taillade alors les bras, le dos des mains, les poignets, voire même le visage, la poitrine. L'acte de se couper est le plus fréquent. Viennent ensuite les brûlures avec les cigarettes. D'autres conduites symptomatiques s'associent fréquemment : conduites anorexiques ou boulimiques, état dépressif, difficulté sexuelle, tendance toxicomaniaque. Il s'agit bien souvent de personnalité perturbée : organisation prépsychotique voire psychose, psychopathie grave,. On retrouve de graves carences dans l'image de soi et d'objet. D'autre part l'externalisation des affects et la mise en acte constituent le moyen privilégié de lutte contre l'angoisse.

- Les automutilations chroniques surviennent dans un tout autre contexte. Il s'agit d'adolescents profondément encéphalopathes qui ont déjà présenté de telles automutilations dans leurs antécédents. L'émergence de la maturité génitale, en particulier chez le garçon, peut modifier ces conduites. Elles se centrent alors autour de la masturbation intempestive qui présente d'ailleurs parfois une certaine dimension autoagressive. Ces automutilations chroniques peuvent avoir une signification variable : recherche d'une limite du soi corporel, recherche d'une autostimulation.

- Enfin, on peut rapprocher certaines automutilations, surtout quand elles sont moins importantes (griffures, jeu avec des épingles, des allumettes ou des couteaux) des scarifications propres à certains rites de passage.

### **- Les équivalents suicidaires**

Cela concerne l'ensemble des conduites au cours desquelles la vie du sujet est mise en danger du point de vue d'un observateur externe, mais au cours desquelles le sujet dénie le risque pris. Les « tendances suicidaires » sont extrêmement fréquentes à l'adolescence : elles n'aboutissent pas toujours au passage à l'acte suicidaire assumé comme tel par l'adolescent (adolescent suicidant). A l'opposé, les comportements qui font partie du champ suicidaire inconscient sont extrêmement nombreux : abus de

drogues, d'alcool, comportements antisociaux, les accidents de la route (moto), jeux du foulard, conduites à risque.

#### **4°/ Significations psychopathologiques ?**

Toutes ces conduites représentent des modalités de fuite, de mise à distance, d'une tension interne avec le besoin de vérifier dans la réalité la distanciation avec ses relations objectales plus ou moins conflictuelles établies durant l'enfance. Plus ce besoin sera grand, plus la réalisation sera brutale et plus elle prendra une forme pathologique. Le doute et l'incertitude quant à sa propre identité amènent l'adolescent à vivre, à se sentir exister en partant ailleurs, à rechercher de nouvelles identifications qu'il ne peut pas rencontrer là où il vit. Comme l'a fait Ulysse, il faut être parti pour revenir !

Ces conduites s'observent volontiers chez les adolescents qui ne disposent pas d'autres moyens que l'agir et le passage à l'acte pour fuir une situation de tension. Ceci est particulièrement vrai pour les fugueurs à répétition chez lesquels on retrouve volontiers d'autres modes de passage à l'acte à type de délits, de TS ("je me casse"), de prises de drogues et pour lesquels le diagnostic de tendance psychopathique est fréquemment évoqué.

Elles s'observent également chez les adolescents pour qui le deuil des images parentales (normal à l'adolescence) devient pathologique et source de dépression. Celle-ci ne peut être assumée autrement par l'adolescent que par une séparation concrète de son milieu parental ou de son équivalent. Ces conduites se rencontrent enfin chez les adolescents dont les troubles d'identité sont au premier plan, pouvant même révéler un état limite ou même psychotique.

## **CONDUITES A RISQUE**

### **CONDUITES DELINQUANTES**

#### **1°/ Généralités**

La délinquance proprement dite est une notion relative de caractère à la fois juridique, social et moral, donc variable selon les temps et les lieux. La délinquance est une forme d'inadaptation sociale à un moment donné, en un lieu donné, laquelle peut traduire mais non toujours bien sûr, des difficultés d'ordre psychologique voire des troubles psychopathologiques.

Des conduites délinquantes se voient surtout lors de la période d'adolescence, laquelle est en effet une étape particulièrement délicate, angoissante, mettant à rude épreuve le sujet dans ses relations interpersonnelles et sociales. Il n'est pas rare que la délinquance de l'adolescent survienne après un ensemble de manifestations plus précoces intra et extra familiales où se retrouvent, à des degrés divers, certaines tendances antisociales qui s'expriment par exemple par des comportements agressifs, une tendance à détruire, des vols, certains mensonges, des difficultés scolaires, etc..

#### **2°/ Conduites délinquantes**

Les fugues et les vagabondages : l'abandon du domicile familial signe le malaise du sujet dans sa famille. Ce malaise est toujours intense et préoccupant en raison soit des perturbations affectives de l'adolescent, soit de conditions familiales très négatives.

Les vols, les dégâts matériels posent des problèmes différents selon l'âge de l'adolescent, leur type, leur importance, leur fréquence chez le même sujet. Il est habituel de noter que les vols extra familiaux suivent des vols à l'intérieur de la famille. Plus l'enfant grandit, plus le côté utilitaire et en même temps agressif et antisocial du vol augmente.

Les comportements violents (les délits de violence sont en augmentation) sont en général le fait de garçons d'un certain âge. Il peut s'agir de coups et blessures, voire d'homicides, certes rares mais non exceptionnels. Ces derniers peuvent signer une absence pathologique grave de contrôle des pulsions agressives, mais parfois la volonté d'agression n'est pas manifeste et fait place à la peur. Chez les jeunes enfants, la relation entre l'acte agressif et ses conséquences peut être mal perçue.

Certains comportements sexuels "antisociaux": viols (souvent collectifs), attentats à la pudeur, incitation à la débauche, etc. sont à replacer au sein des difficultés ou des perturbations de la maturation sexuelle et affective des sujets.

A propos des toxicomanies juvéniles, les prises de drogues par les adolescents a en règle une double signification psychologique et sociale. Elles représentent à la fois un moyen de lutte contre leur malaise, leur angoisse personnelle, leurs affects dépressifs. C'est aussi une occasion de transgresser certaines règles sociales et de créer un univers nouveau avec son rituel, ses règles propres. Il est essentiel de bien distinguer l'utilisation occasionnelle de drogue, relativement fréquente à cette période même si elle n'est pas du tout à banaliser, de la toxicomanie juvénile avérée qui se caractérise par une escalade d'absorption de drogues aboutissant à une consommation quotidienne qui entraîne une dépendance psychologique et le plus souvent physique.

En matière de délinquance en groupe, il y a lieu d'évaluer dans quelles conditions elle a eu lieu : conduite occasionnelle de rassemblements, de manifestations sous-tendues par une idéologie ou un intérêt commun (musique, moto, politique, etc..) ayant donné lieu à de la "casse"? Ou s'agit-il d'une activité répétitive, en bandes plus ou moins organisées, surtout urbaines ou suburbaines ?

### 3°/ Qui sont les jeunes délinquants ?

Une conduite antisociale est une modalité d'expression parmi d'autres d'un sujet et ceci au sein d'un contexte psychologique, familial et social, très variable selon les cas. Il n'y a pas de proportionnalité entre la gravité de l'acte délictueux et l'importance des perturbations de la personnalité de leurs auteurs. Dans un nombre très limité de cas, la conduite délinquante apparaît liée à des **troubles psychotiques** marqués par une altération sévère du sens de la réalité, par un Moi incapable de faire la part du monde imaginaire et du monde réel (rôle des films et des jeux vidéos ?) et agissant ses fantasmes agressifs.

L'ensemble des perturbations désignées sous le terme de **psychopathie** est noté chez environ 15 à 20% des délinquants. Il s'agit d'un trouble sévère de la personnalité marqué par des passages à l'acte violent, répétitifs ne faisant pas l'objet d'une véritable culpabilité et par une intolérance massive à la frustration et des difficultés relationnelles profondes liées à une incapacité à maintenir de manière positive un attachement prolongé à quelqu'un. Parfois l'association de sadisme, d'une indifférence totale par rapport aux conséquences des conduites fait parler d'enfants ou d'adolescents pervers. Le rôle des carences et frustrations affectives précoces massives apparaît majeur dans la genèse de la psychopathie.

Chez les **délinquants névrotiques**, la conduite antisociale est occasionnelle, peu claire, inhibée, bloquée, inachevée du point de vue du but à atteindre. On trouve chez ces patients des sentiments de culpabilité assez vifs et un certain besoin latent d'être puni. La conduite « antisociale » paraît bien être, comme un symptôme névrotique, une espèce de

formation de compromis entre le désir et les forces contre-pulsionnelles du Moi et du Surmoi, et renvoyer à un conflit interne, actif.

Une phase juvénile difficile, une période d'adolescence particulièrement conflictuelle et angoissante peut être génératrice de passages à l'acte. Les passages à l'acte représentent-ils un moyen d'éviter l'abord des conflits et des contradictions internes ? S'agit-il d'un recours très occasionnel ou plus systématique de ce mécanisme d'externalisation du conflit, déplaçant vers l'extérieur, dans des conflits externes, ce qui ne peut être abordé à l'intérieur de soi ?

La personnalité du délinquant peut apparaître comme normale, indemne de tout conflit important. Le comportement antisocial (en règle unique ou peu fréquent) s'inscrit alors dans un contexte de circonstances particulièrement génératrices de passages à l'acte ou dans un climat familial ou social où il apparaît très réactionnel à celui-ci. Il faut donc se garder de psychiatriser à tort de telles conduites "antisociales", mais aider de tels sujets à sortir de leur phase tumultueuse de maturation, sans les faire tomber dans la stérile et stigmatisante nosographie de la "personnalité délinquante", car à l'adolescence surtout, le plus souvent tout est possible et rien n'est figé dans une "structure délinquante".

## PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE

La prise en charge se doit d'exister, tant les conduites peuvent mettre en péril le jeune et son entourage (famille, école, société).

Cette prise en charge doit être **plurielle** :

- Evaluation psychique :
  - . De l'enfant
  - . Des parents
  - . Contacts avec l'école (directeur, enseignants), éventuellement avec le relais de l'assistante sociale. Elle permet d'évaluer ce qui sous-tend les comportements déviants.
- Evaluation sociale, au besoin avec une mesure de signalement à la PMI voire judiciaire. Elle permet d'aider la famille et de protéger l'enfant.
- Prise en charge éducative : mise en place possible (dans son milieu de vie) d'un éducateur référent pour aider l'enfant à intégrer et accepter des "limites".

La cohérence de la prise en charge, multidisciplinaire, impose que les différents intervenants se rencontrent et qu'ils élaborent des projets éducatifs et de soins, ensemble.

- Une séparation s'impose parfois entre l'enfant et son milieu :
  - Parfois en urgence avec hospitalisation en cas de crise : permet une reprise de contact entre les différents intervenants.
  - Ou en tant que projet réfléchi et pensé, à moyen ou long terme : vie en internat (simple ou éducatif), ou en foyer (placement parfois judiciaire en cas d'urgence).

### *Pour en savoir plus ...*

Alvin & Coll. : *Conduites d'Essai et Conduites à risque : l'adolescent et son environnement.*

Médecine de l'adolescent. Ed. Masson, 2000, 215-221.  
Marcelli D. : *Troubles du comportement*. Psychopathologie de l'enfant. Ed. Masson, 5<sup>ème</sup> éd.,  
Paris, 1996, 190-201 et 214-228.

[Retour Accueil du site](#)

[Retour sommaire Enseignement](#)