

*Olivier Revol, Hugues Desombre, Régis de Villard  
Hôpital Neurologique - Lyon*

Face à la précocité, le psychiatre d'enfant est sollicité dans différentes situations ; le plus souvent, il est chargé d'apprécier la maturité de l'enfant, afin de confirmer la possibilité d'accélération scolaire ; ailleurs, il conseille des parents désespérés face au diagnostic récent concernant les compétences de leur enfant ; mais sa mission la plus délicate reste le dépistage et l'appréciation des troubles du comportement de certains enfants, leur rattachement au diagnostic de précocité et, bien sûr, leur prise en charge. C'est ce dernier aspect que nous allons développer aujourd'hui.

Avant d'aborder les différents troubles du comportement recensés chez les enfants précoces, il est important d'en rappeler les causes, bien illustrées par le concept de « dyssynchronie » développé par Jean-Charles Terrassier, en effet, tout enfant précoce souffre, depuis son plus jeune âge, d'un véritable décalage qui le touche dans tous les aspects de sa vie relationnelle mais aussi de son fonctionnement cognitif. On retrouvera ce décalage et ses effets perturbants dans les interactions familiales, les relations à l'école, et il gêne souvent l'enfant dans l'exploitation de ses compétences.

Au sein de sa famille, l'enfant précoce va rapidement comprendre les avantages qu'il peut retirer de sa fluidité verbale, de sa curiosité insatiable, de son humour et de sa rapidité de pensée ; l'impact de telles aptitudes sur des parents logiquement séduits, et donc stimulants, va compliquer les rapports parents-enfants et le développement psycho-affectif.

Raisonnant avec aisance et argumentant avec vigueur, souvent « a-propos », l'enfant fascine et désespère ses parents qui en oublient leurs principes éducatifs ; conservant une relation de toute puissance vis-à-vis de l'entourage, l'enfant précoce éprouve une grande satisfaction face à cette maîtrise qui lui permet d'obtenir immédiatement ce qu'il exige, tel un nourrisson qui ne sait attendre, l'enfant précoce continue de fonctionner sans souci des règles éducatives qu'il a tant d'aisance à contourner ; de fait il se maintient dans une immaturité affective, qui aggrave le contraste avec sa maturité intellectuelle. La faiblesse de l'autorité parentale le comble dans un premier temps, puis va rapidement l'inquiéter (« si mes parents sont incapables de me limiter aujourd'hui, qu'advient-il de moi lorsque je serai réellement en difficulté...? »). Parallèlement, l'acuité intellectuelle rend l'enfant particulièrement sensible aux dysfonctionnements familiaux ; le moindre conflit entre les parents risque d'être vécu de façon douloureuse par un enfant qui s'imaginera souvent en être la cause.

Enfin, on sait que l'intelligence est souvent très anxiogène, en particulier quand la maturité affective est en deçà des compétences intellectuelles ; l'accès trop précoce à des notions existentielles telles que la sexualité, la maladie ou la mort, de même que la compréhension « innée » des problèmes humanitaires, sont responsables de bouffées d'anxiété à l'origine de comportements pathologiques (Tom, 8 ans accumule les pastilles d'iode car il habite près d'une

centrale nucléaire, Lawrence, 9 ans, ne supporte pas les conflits entre l'Irlande et l'Angleterre...).

A ces difficultés en famille vont rapidement s'ajouter des problèmes relationnels avec ses pairs ; confronté à des enfants de maternelle qui utilisent le plus souvent un « parler bébé », l'enfant précoce risque de se détourner de ceux de son âge pour préférer la compagnie des enseignants, ce qui va rapidement accentuer son décalage. Cette marginalisation sera aggravée par l'existence de difficultés motrices, souvent présentes chez les enfants surdoués, les gênant dans les réalisations pratiques, comme la pratique du football pendant la récréation !!!

En effet, le décalage est le plus souvent très présent au sein même des compétences de l'enfant ; s'il a appris à lire généralement seul, l'accès à l'écriture présente des difficultés d'autant plus inacceptables pour l'enfant qui n'a jamais connu l'échec ; pourtant, son geste graphique est souvent maladroit, crispé, et l'enfant va rapidement « buter » sur l'obstacle, refuser la confrontation avec l'épreuve, et il supportera difficilement de décevoir parents et enseignants. L'existence fréquente de troubles spécifiques de certains apprentissages (dyscalculies, dyslexies, dyspraxies...) viendra perturber plus encore l'appréhension par l'enfant de sa valeur propre, et, associée à la marginalisation progressive, risque de précipiter la survenue d'affects dépressifs.

En somme, ce décalage et cette dyssynchronie ressentis et vécus par l'enfant au sein de sa famille, de sa classe et de son profil cognitif vont lui faire courir un risque non négligeable de difficultés d'adaptation sociale, avec des conséquences évidentes sur son équilibre affectif.

Les troubles du comportement les plus fréquemment rencontrés chez l'enfant précoce sont secondaires à sa désadaptation progressive ; on retrouve, à des degrés divers, une instabilité psychomotrice, des symptômes dépressifs et l'échec scolaire.

L'instabilité psychomotrice est un comportement fréquemment évoqué et mal supporté par les enseignants, en CP particulièrement ; elle pose un problème diagnostique et thérapeutique.

L'enfant instable présente trois types de comportement qui vont considérablement gêner son fonctionnement quotidien : l'hyperactivité motrice, le déficit attentionnel et l'impulsivité ; un certain nombre de critères seront nécessaires pour poser le diagnostic (tableau 1).

Le déficit d'attention sera rapidement péjoratif pour les résultats scolaires, tandis que l'hyperactivité et l'impulsivité seront responsables du rejet de l'enfant par les enseignants mais aussi par ses pairs.

Tous les enfants instables ne sont pas des enfants précoces ; les causes de l'instabilité peuvent être également constitutionnelles (Trouble Hyperkinétique Avec Déficit d'Attention ou THADA), ou secondaires à des troubles psychologiques (anxiété ou dépression). Le médecin devra déterminer l'origine de tels comportements ; on dispose actuellement d'outils très performants qui permettent d'objectiver la présence de déficit d'attention et d'hyperactivité, de les rattacher à une cause psychologique individuelle ou familiale, ou de les attribuer à un dysfonctionnement neuro-biologique.

On utilise des échelles de dépression (Child Depression Rating Scale, Hospitalized Anxiety Depression...) et des échelles de comportement (Conners, Achenbach...), remplies par le père, la mère et l'enseignant de l'enfant, offrant ainsi un profil objectif de l'enfant (tableau 2).

Des tests neuro-psychologiques pourront également confirmer l'existence d'un déficit d'attention (Stroop, test des barrages...).

Schématiquement, on retiendra qu'une instabilité d'origine constitutionnelle sera objectivée dans toutes les situations (maison, école, loisirs...), alors qu'une instabilité secondaire à des difficultés familiales n'apparaîtra qu'à la maison, et souvent uniquement avec la mère ; l'enfant précoce sera, quant à lui, essentiellement instable et impulsif à l'école.

Ceci doit néanmoins être nuancé car notre expérience montre que THADA et précocité coexistent souvent, et qu'ils peuvent entraîner, à moyen terme, des sentiments dépressifs ; cette intrication entre différents syndromes oblige à être vigilant dans la démarche diagnostique.

L'échec scolaire est une préoccupation majeure de tous ceux qui s'occupent d'enfants précoces ; le pourcentage important d'enfants précoces en échec scolaire (1/3 au lycée) rend compte de l'enjeu, et rappelle la nécessité d'un dépistage rapide et de conseils adaptés.

Les raisons de l'échec sont multiples et certainement intriquées ; on retiendra bien sûr **l'ennui** (si «enseigner c'est répéter», on imagine le désintérêt de l'enfant qui a compris l'enseignant dès la première explication), la **contre-attitude des enseignants** («toi, tu ne réponds pas, je sais que tu sais...»), **l'effet «pygmalion négatif»** (Terrassier), qui minimise les objectifs de l'enfant, mais aussi la survenue d'une véritable **inhibition intellectuelle**, dont les mécanismes ont été bien décrits par les psychanalystes, l'inhibition de ses compétences permettrait ainsi à l'enfant d'éviter de «sombrier dans l'angoisse incontrôlée...» (Coriat), voire de «s'auto-limiter face à la pression normalisatrice» (Adda) ; l'enfant va alors renoncer à ses aptitudes dans une tentative de normalisation, dans un effort inconscient de resynchronisation (Gamon).

La compréhension de ces mécanismes, leur identification précoce par les adultes, puis par l'enfant, permettra souvent d'en éviter les effets néfastes sur les apprentissages. Ceci nous paraît être la seule condition pour éviter l'ultime complication de la précocité qu'est la survenue de sentiments dépressifs.

La dépression de l'enfant est certainement la complication la plus fréquente dans le contexte d'une précocité non identifiée ; mal connue de la majorité des adultes, médecins compris, sa prévalence est pourtant importante (2 à 3% des enfants dans la population générale) ; les raisons de sa méconnaissance sont doubles : d'une part, les symptômes de dépression infantile sont très différents de ceux de l'adulte, avec des particularités en fonction de l'âge, et d'autre part, il semble exister une grande réticence à envisager qu'un enfant puisse souffrir, surtout psychologiquement.

Les causes de survenue d'une dépression chez l'enfant sont triples : **fragilité neuro-biologique, innée** (dépression familiale) ou acquise (souffrance périnatale), **environnement familial défavorable** et surtout, existence d'une **perte**. On peut aisément imaginer que, rapidement marginalisé dans sa famille et parmi ses camarades, inquiet devant ses pensées existentielles morbides,

mal rassuré par des parents désemparés, l'enfant précoce souffre d'affects dépressifs. Par ailleurs, le renoncement à ses compétences peut prendre l'allure d'un deuil insupportable, mal identifié par l'enfant et pourtant constamment présent dans sa vie psychique.

Il devient alors urgent de dépister la survenue de symptômes dépressifs, dont les manifestations sont spécifiques en fonction de l'âge (tableau 3). En général, on s'inquiétera devant toute rupture dans le mode de vie de l'enfant, avec fléchissement scolaire bien sûr, mais aussi abandon des loisirs et paupérisation des rapports sociaux.

Le diagnostic de dépression sera évoqué sur l'aspect clinique, confirmé si besoin par les échelles de dépression (tableau 4), et/ou les tests de personnalité (Patte Noire et Rorschach). Une prise en charge psychologique et souvent médicamenteuse permettra d'éviter l'installation chronique d'un tel tableau, péjoratif pour la personnalité future, et pouvant aggraver les troubles du comportement et l'échec scolaire.

En somme, l'enfant précoce présente souvent des troubles du comportement qui doivent être pris en compte rapidement, afin de porter sans retard le diagnostic de précocité ; le moindre doute doit conduire à la passation de **tests de niveau**, confirmant le QI élevé (WISC III), mais apportant également des renseignements précieux sur les compétences, le mode de fonctionnement cognitif préférentiel et l'existence d'un éventuel déficit attentionnel, le bilan sera complété par des échelles **de dépression et de comportement**, voire **des tests de personnalité** afin d'éliminer d'authentiques pathologies psychiatriques (dysharmonies d'évolution, psychoses de l'enfant...).

L'enjeu sera de comprendre très vite l'origine des difficultés, d'expliquer la précocité à l'enfant mais aussi à ses parents et enseignants, afin de mettre en place, au plus vite, des stratégies éducatives, médicales et pédagogiques adaptées.

En effet, l'attitude la plus péjorative en matière de précocité nous paraît être le retard ou l'absence de diagnostic, qui aggrave la souffrance et le sentiment d'incompréhension de l'enfant, lui faisant courir, à plus ou moins long terme, le risque d'un épuisement psychique.

*«Les grandes personnes ne comprennent jamais rien toutes seules, et c'est fatigant pour les enfants de toujours et toujours leur donner des explications » Le Petit Prince Antoine de Saint-Exupéry*

### **Bibliographie**

Adda Arielle : «Ca se discute» émission TV, France 2

Coriat Aaron : «Les enfants surdoués»

Gamon AnneMarie : «Le paradoxe de la précocité» mémoire maîtrise Sciences de l'Education, 1997

Revol Olivier : «La dépression de l'enfant » Archives de Pédiatrie, 1995

Terrassier JC : «Les enfants surdoués, la précocité embarrassante »

**TABLEAU 1****ENFANTS HYPERKINETIQUES**

- 3% - Début avant 7 ans - Durant au moins 6 mois

**k** Hyperactivité motrice      **k** Troubles de l'attention      **k** Impulsivité

**TABLEAU 2****TABLEAU 3****SYMPTOMATOLOGIE DÉPRESSIVE SELON L'ÂGE**