

Josef Laimbacher

# Enfants en phase de latence dans les familles ayant des problèmes psychosociaux et menacées de dépendance

En m'inspirant d'un article sur ce thème [1] qui, à mon avis, ne bénéficie pas d'une attention et d'une considération publiques suffisantes, j'aimerais familiariser un plus large public à cette thématique et l'y sensibiliser. L'objectif est que vous y pensiez dans votre pratique quotidienne.

## La phase de latence

Dans le développement de l'enfant, la phase de latence fait référence à la période comprise entre l'âge de 8 et 12 ans. Pour les familles, il s'agit souvent d'une période relativement tranquille, durant laquelle le développement neuropsychologique de l'enfant connaît une certaine accalmie. Au cours de cette phase, les pics de développement spectaculaires des 3–6 premières années sont terminés. Au lieu de cela, l'acquisition d'un rythme de vie au quotidien joue un rôle central. Des éléments comme la performance, le contrôle du corps ou l'acquisition de compétences individuelles doivent également faciliter le développement ultérieur durant l'adolescence et à l'âge adulte et apporter une bonne base pour l'avenir. Sur le plan neurobiologique, c'est à cet âge de 8–10 ans que le développement et la stabilité des connexions neuronales de l'enfant atteignent leur maximum. Durant cette période de calme apparent, il y a tout de même le risque que la sollicitude, l'attention et l'accompagnement critique des parents ou des personnes de référence faiblissent, en particulier vis-à-vis des enfants considérés à problèmes lorsqu'ils étaient plus jeunes. Cela a des conséquences pour les enfants, qui se sentent alors souvent seuls et incompris.

## Troubles

Durant la phase de latence, deux types de troubles menacent les enfants:

1. Troubles externalisés, tels que le trouble du déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) ou les troubles du comportement social, qui affectent avant tout les garçons.
2. Troubles internalisés, qui touchent avant tout les filles et se manifestent sous forme de maladies psychosomatiques, de troubles somatoformes ou de troubles dépressifs-phobiques.

Dans cette catégorie d'âge, de tels troubles psychiques sont souvent interprétés faussement comme des «phénomènes pré-pubertaires». Une interprétation correcte de tels phénomènes nécessite une bonne relation entre les parents, qui assument avec sérieux leur devoir de vigilance vis-à-vis de leurs enfants, et les enfants, qui leur font confiance. Toutefois, cette base fait souvent défaut dans les familles à problèmes ou dans les familles dont un parent souffre de troubles psychiques. Conséquence: les enfants issus de telles familles qui sont affectés par les troubles décrits ci-dessus ne bénéficient pas d'un diagnostic et d'un traitement adéquats, ou alors trop tardivement. Cela vaut aussi tout particulièrement pour les familles dont des membres souffrent d'addictions (parent, frère ou sœur, demi-frère ou demi-sœur). En particulier lorsque par ex. le frère adolescent ou la sœur adolescente présente des problèmes de drogue, les

autres enfants d'âge prépubertaire de la famille doivent bénéficier d'une attention et d'un encadrement spécifiques.

Les enfants de ces familles réagissent souvent de manière suradaptée et tentent d'éviter totalement ces problèmes par le biais d'un comportement inadéquat. Ils peuvent renier tout intérêt pour les substances addictives et tentent d'esquiver les problèmes familiaux en adoptant une attitude de défense contraphobique. Ainsi, les enfants peuvent présenter différents modes de réaction:

1. Réaction verbale: ils minimisent le problème de dépendance ou lorsqu'ils y sont confrontés, ils abordent d'autres thèmes, qui deviennent alors le centre de la discussion.
2. Réaction non-verbale: ils font le clown ou font des gestes qui sont même amusants.

Ces comportements persistent souvent jusqu'au début de l'adolescence, avant de déboucher sur une consommation intensive de substances addictives voire sur des dépendances. Ce cercle vicieux désolant est ainsi bouclé et le problème se transmet sur un mode intergénérationnel.

## Marche à suivre

Il est tout à fait pertinent d'intégrer précocement, à titre préventif, l'approche systémique dans l'évaluation globale de tels problèmes, afin que des mesures d'accompagnement adéquates puissent être initiées. Concrètement, cela signifie que le médecin de premier recours doit également inclure les enfants dans les réflexions lorsqu'il traite un ou des parents malades. Il doit évaluer les enfants sur le plan psychique afin de pouvoir se représenter la situation actuelle et éventuellement initier des mesures spécifiques pour les enfants. Il peut réaliser lui-même une évaluation approfondie des enfants ou les adresser à un psychologue/psychiatre. De son côté, le pédiatre, qui rencontre dans son cabinet des enfants atteints des troubles mentionnés ci-dessus et les traite, doit élargir son champ de vision pour identifier des parents potentiellement malades ou accablés. Si en plus de l'enfant malade, un ou ses deux parents ou un membre de la fratrie sont également malades ou souffrent de problèmes psychosociaux, une thérapie systémique spécifique s'impose presque toujours en plus de la prise en charge individuelle. Dans l'idéal, l'indication d'une telle mesure thérapeutique est posée en accord avec tous les professionnels impliqués.

## Référence

- 1 Bilke-Hentsch O, Gremaud F. Latenzkinder in suchtgefährdeten Familien. SuchtMagazin. 2013;(05):30–33.

Correspondance:

Dr Josef Laimbacher  
 Chefarzt Jugendmedizin  
 Ostschweizer Kinderspital St. Gallen  
 FMH für Kinder- und Jugendmedizin  
 FA Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SAPP  
 josef.laimbacher[at]kispisg.ch