

Élaboration d'une hypothèse épidémiologique à partir des problèmes rencontrés dans des familles québécoises lors de consultations pédopsychiatriques

Outline of an epidemiological hypothesis of problems encountered in Québec families during pedopsychiatric consultations

Jean-Pierre Valla

Volume 8, numéro 2, novembre 1983

Enfant et famille

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030189ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030189ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Valla, J.-P. (1983). Élaboration d'une hypothèse épidémiologique à partir des problèmes rencontrés dans des familles québécoises lors de consultations pédopsychiatriques. *Santé mentale au Québec*, 8(2), 110–116.
<https://doi.org/10.7202/030189ar>

Résumé de l'article

L'auteur a étudié 100 enfants, évalués dans une consultation pédo-psychiatrique de l'Est de la ville de Montréal. Il en a sélectionné 52, à priori semblables aux enfants de la population générale. Les comportements agressifs et les comportements destinés à attirer l'attention sont les plus fréquents chez les moins de 12 ans ($N = 35$), tandis que les comportements dépressivo-anxieux sont les plus fréquents chez les 12-18 ans ($N = 17$). L'auteur discute ces résultats en référence à la conceptualisation élaborée par Kohut à propos des personnalités narcissiques. L'auteur se demande si ces phénomènes ne sont pas dus à l'évolution rapide de la société québécoise et il se pose des questions sur leur ampleur.

ÉLABORATION D'UNE HYPOTHÈSE ÉPIDÉMIOLOGIQUE À PARTIR DES PROBLÈMES RENCONTRÉS DANS DES FAMILLES QUÉBÉCOISES LORS DE CONSULTATIONS PÉDOPSYCHIATRIQUES

Jean-Pierre Valla*

L'auteur a étudié 100 enfants, évalués dans une consultation pédo-psychiatrique de l'Est de la ville de Montréal. Il en a sélectionné 52, à priori semblables aux enfants de la population générale. Les comportements agressifs et les comportements destinés à attirer l'attention sont les plus fréquents chez les moins de 12 ans (N = 35), tandis que les comportements dépressivo-anxieux sont les plus fréquents chez les 12-18 ans (N = 17). L'auteur discute ces résultats en référence à la conceptualisation élaborée par Kohut à propos des personnalités narcissiques. L'auteur se demande si ces phénomènes ne sont pas dus à l'évolution rapide de la société québécoise et il se pose des questions sur leur ampleur.

Les données qui ont permis la rédaction des pages qui suivent ont été recueillies au cours de consultations pédopsychiatriques effectuées dans un quartier de l'Est de Montréal.

Dans un numéro sur la famille l'étude de données recueillies dans une consultation de pédopsychiatrie pourrait surprendre car les familles amènent à priori en consultation des enfants perturbés. Aussi serait-il hasardeux de parler des enfants de la famille québécoise à partir d'histoires de cas.

Pendant, les histoires de cas sont intéressantes car la consultation pédopsychiatrique permet un regard dans les familles en quelque sorte de l'intérieur, dans la mesure où l'examen de l'enfant implique nécessairement en complément l'examen du contexte affectif dans lequel vit cet enfant, c'est-à-dire des relations intra-familiales. L'art du pédopsychiatre consiste à évaluer cette dynamique, plus ou moins explicitée, sous-jacente aux troubles qui lui sont présentés, pour pouvoir venir en aide à l'enfant et à ses parents.

Par contre, comme les données recueillies en consultation pédopsychiatrique sont présentées par des gens qui ont besoin d'aide, on peut se demander si le matériel recueilli dans un tel contexte est authentique. La recherche de désirabilité sociale

vis-à-vis d'une figure d'autorité d'une part, le pattern culturel de la relation médecin-malade d'autre part, doivent être envisagés comme des biais dans le recueil du matériel.

Ces biais pourraient cependant être moins importants qu'ils ne le paraissent car la consultation pédopsychiatrique n'est pas vraiment une consultation médicale : pas de blouse blanche, pas de matériel médical (pas de stéthoscope, pas de radiographies, pas de piqûres), pas d'examen somatique, très peu d'ordonnances. Contrairement à la consultation médicale, c'est une consultation où on ne fait que parler, dessiner, ou jouer, ce qui modifie considérablement les rapports habituels médecin-malade.

D'autre part, on peut se demander si les enfants vus en consultation pédopsychiatrique sont très différents des enfants de la population générale. Shepherd *et al.* (1966) ont comparé 50 enfants référés en consultation pédopsychiatrique à un groupe témoin ayant les mêmes troubles de comportement. Ils ont montré que la référence d'un enfant en consultation pédopsychiatrique est en relation, non pas tant avec la sévérité de sa pathologie, qu'avec les réactions de ses parents : comparés aux mères des enfants du groupe témoin, les mères des enfants amenés en consultation sont plus anxieuses, plus déprimées, plus facilement débordées, moins aptes à faire face aux difficultés de leurs enfants et davantage capables de discuter de leurs problèmes et d'accepter des conseils.

* Psychiatre, Hôpital Rivière-des-Prairies, professeur adjoint, département de psychiatrie, Université de Montréal. Nous remercions le docteur Laurent Houde, le docteur Jean-François Saucier et monsieur Robert Paquet pour leurs commentaires.

Cette étude ne permet certes pas d'affirmer que les enfants référés en pédopsychiatrie sont semblables à ceux de la population générale, mais elle permet d'affirmer qu'il existe dans la population générale bon nombre d'enfants dont les troubles de comportement sont les mêmes que ceux des enfants référés en pédopsychiatrie.

Les résultats de Shepherd *et al.*, concordent avec des études réalisées en psychiatrie adulte (Greenley et Mechanic, 1976) qui montrent que la demande de consultation n'est pas uniquement fonction de la sévérité de la pathologie, mais également d'autres facteurs sociologiques et culturels.

Il est donc raisonnable de considérer que les enfants que nous avons vus en consultation pédopsychiatrique présentent des problèmes qui se rencontrent aussi chez d'autres enfants qui, eux, ne viennent pas consulter. Nous ne prétendons pas pour autant que les problèmes qui vont être décrits sont ceux de tous les enfants québécois, mais seulement qu'ils concernent probablement un nombre non négligeable d'entre eux.

Les cas sociaux et les situations de crise ont été éliminés de façon à restreindre l'étude aux problèmes présentés par des enfants aussi semblables que possible aux autres enfants du voisinage.

Un argument sociologique limite par ailleurs la portée des conclusions qui peuvent être tirées du matériel utilisé ici. Celui-ci provient d'un quartier de l'Est de la ville de Montréal considéré comme défavorisé et il serait hasardeux de généraliser à partir de cette population urbaine particulière.

LES ÉTUDES QUÉBÉCOISES

Au Québec plusieurs auteurs ont systématisé les résultats de leurs consultations en pédopsychiatrie. Mackay *et al.* (1968) ont étudié 164 patients de la clinique externe de l'hôpital Ste-Justine. Soixante pour cent de leurs consultants provenaient de foyers pathogènes et 6.6% provenaient de familles monoparentales. Les enfants présentant une pathologie grave étaient le plus souvent ceux qui avaient des parents pathogènes. En outre, les garçons qui constituaient les deux tiers de l'échantillon, ont présenté une pathologie plus grave et davantage de passages à l'acte que les filles. Parmi les troubles qu'ils ont considérés comme modérés (N = 76), Mackay *et al.* ont observé 11 troubles de compor-

tement à type de passage à l'acte agressif, soit 14.5%.

Breton *et al.* (1975) étudiant les dossiers de 198 enfants vus en pédopsychiatrie dans le quartier de St-Henri à Montréal ont observé eux aussi, comme la plupart des auteurs, que leur échantillon comportait deux fois plus de garçons que de filles. Les parents se plaignaient de l'agressivité de l'enfant dans 57% des cas puis les troubles scolaires (28%), l'agitation (23%) et les troubles du sommeil (17%) étaient les plus fréquents.

Simard et Alarie-Lessard (1977) étudiant 333 dossiers de la clinique externe de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont insistent sur la fréquence des familles monoparentales, au nombre de 37% dans leur échantillon, ce qui représente plus de 5 fois la proportion trouvée par Mackay *et al.* parmi les consultants de l'hôpital Ste-Justine 10 ans plus tôt.

MÉTHODOLOGIE DE NOTRE ÉTUDE

Population étudiée

Le matériel utilisé ici comportait au départ 100 évaluations effectuées entre mi-décembre 1981 et août 1983, ce qui représente la quasi totalité des évaluations effectuées par l'auteur au cours de cette période (un autre pédopsychiatre effectuait également des évaluations de patients pris dans la même liste), dans un C.L.S.C. de l'Est de la ville desservi par l'hôpital Rivière-des-Prairies.

Les auteurs des études antérieures cherchaient, entre autres, à évaluer l'influence sur l'enfant d'une structure familiale perturbée. Le but de notre étude est très différent : nous cherchons à étudier les problèmes des enfants de familles dont nous faisons l'hypothèse qu'elles ne sont pas très différentes des familles que l'on rencontre dans la population générale. Nous avons donc éliminé les enfants en situation familiale déviante ou de crise.

Ont été considérés comme en situation familiale déviante les enfants des familles à problèmes multiples, les enfants de familles qui sont des cas sociaux lourds, les enfants placés et les enfants de familles déviantes pour toutes autres raisons évidentes. Ces enfants sont au nombre de 32 dans notre échantillon.

Ont été considérés comme en situation familiale de crise les enfants dont la famille est en train de vivre une période de crise associée à des événements traumatisants (séparations, décès, etc.) entraînant de gros changements dans la vie de l'enfant et avec lesquels la consultation est en rapport direct. Ces enfants sont au nombre de 16 dans l'échantillon. Bien entendu les enfants ayant vécu dans le passé des séparations, mais dont la consultation n'est pas en rapport avec une situation familiale aiguë, n'ont pas été éliminés.

Au total, 48 enfants ont été considérés comme en situation déviante ou de crise. Il reste 52 enfants, dont nous faisons l'hypothèse qu'ils ne sont pas très différents des enfants du quartier. Leur répartition est présentée dans le tableau 1.

TABLEAU 1
*Répartition des enfants étudiés selon
leur tranche d'âge et leur sexe*

TRANCHE D'ÂGE	GARÇONS	FILLES	TOTAL
2-5 ans	4	6	10
6-11 ans	20	5	25
12-15 ans	9	3	12
16-18 ans	3	2	5
Total	36	16	52
Pourcentage	69,2%	30,8%	100%

Parmi ces 52 enfants, 3 sont nés de couples dont un des parents était d'une famille d'immigrants ou d'une autre province du Canada. Tous les autres sont des enfants de familles québécoises francophones.

Recueil des données

Seul l'aspect recueil de données de l'évaluation pédopsychiatrique nous intéresse ici et les processus aboutissant à des décisions ou à des actes thérapeutiques seront passés sous silence.

Que les parents aient été référés en pédopsychiatrie, ou qu'ils effectuent une demande de consultation par eux-mêmes, dans tous les cas, ils prennent contact avec le C.L.S.C. où les parents et l'enfant sont convoqués pour une évaluation. Cette évaluation est effectuée par le pédopsychiatre, le plus souvent accompagné d'un membre de l'équipe multidisciplinaire. La plupart

du temps la mère et l'enfant se présentent à l'évaluation, quelquefois les deux parents se présentent avec l'enfant, et il est exceptionnel que le père ou un autre membre de la famille vienne seul avec l'enfant. L'évaluation elle-même dure environ une heure et demie et comporte toujours un entretien avec le ou les parents, en l'absence de l'enfant et un entretien avec l'enfant en l'absence du ou des parents.

Les parents expliquent tout d'abord les motifs et le but de la consultation. On leur demande ensuite une information factuelle sur la famille : structure, âge des membres, nombre d'enfants, puis une information sur leurs sentiments quotidiens dans le cadre familial qu'ils viennent de décrire.

On demande ensuite aux parents de faire un bref historique factuel de la famille telle qu'elle existe aujourd'hui : mariage, naissances, séparations d'avec les familles d'origine des deux parents, événements marquants comme les maladies ou accidents graves, etc.

De l'information sur l'évolution des sentiments du ou des parents pendant le déroulement de cette histoire est également recueillie. Lorsque ces différentes informations ont été obtenues, le psychiatre effectue généralement une récapitulation brève tendant à vérifier l'image de la famille de l'enfant qu'il a perçue, tant au niveau factuel qu'au niveau de son fonctionnement émotionnel, ainsi que les grandes lignes de l'évolution qui y ont abouti. L'enfant qui est amené en consultation est replacé dans ce tableau familial et dans son évolution et les événements factuels et émotionnels qui ont accompagné son développement sont répertoriés, par exemple la naissance d'une petite sœur, un accident du père l'obligeant à rester à la maison pour une longue période, etc.

À ce point de l'évaluation, l'enfant est interviewé sans ses parents. L'interview peut consister en jeux, en échanges verbaux, ou en dessins demandés à l'enfant. Le niveau de fonctionnement de l'enfant est observé, ainsi que la qualité et le type des relations qu'il établit avec les adultes. En outre, on cherche à obtenir un aperçu sur son monde intérieur, sur ses sentiments à l'égard de la consultation et de la situation ayant conduit à cette consultation c'est-à-dire ses symptômes, à l'égard de la famille, des frères et sœurs, de l'école,

des enseignants, des camarades, de certains événements passés etc., mais aucune donnée factuelle n'est généralement demandée à l'enfant (Chavy, 1983).

Grille d'analyse des données recueillies

Huit types de problèmes résument la quasi-totalité des problèmes rencontrés au cours des évaluations des 52 enfants étudiés. Ces 8 types de problèmes appartiennent à des catégories conceptuelles différentes, mais ils entraînent tous un handicap social qui motive souvent les consultations. Ils ont été obtenus à partir de l'échelle de Conners (1970) qui est l'une des plus utilisées pour étudier la symptomatologie des enfants de la population générale. Ce type d'échelle est beaucoup mieux adapté à la pathologie souvent mineure que nous avons délibérément choisie de décrire ici, que les instruments psychiatriques destinés plutôt à une pathologie lourde. L'échelle de Conners comporte 93 items. Nous en avons extrait les éléments pertinents pour notre propos.

Ces éléments sont : 1) la dépendance (l'enfant est trop dépendant de ses parents pour son âge, bébé); 2) l'anxiété et la dépression (l'enfant est malheureux, mal dans sa peau); 3) l'isolement, le retrait (l'enfant joue seul, n'a pas d'amis, se retire dans le monde de ses rêves); 4) l'agressivité; 5) les comportements hystéroïdes (l'enfant est prêt à tout pour attirer l'attention); 6) les troubles de langage; 7) les maladies somatiques (l'enfant est souvent malade); 8) enfin, les problèmes scolaires.

Ces huit catégories, malgré leur hétérogénéité, nous ont paru le mieux correspondre au concept de «problème présenté» lors des consultations, qui est en relation avec de mauvaises performances, par l'enfant, de ses rôles familiaux et sociaux. Mais il ne s'agit ni de symptômes, ni de diagnostics.

RÉSULTATS

Les huit types de problèmes que nous venons de décrire sont fréquemment associés entre eux et un même enfant en présente souvent plusieurs à la fois.

La présence des huit types de problèmes rencontrés chez les 52 enfants étudiés apparaît dans le tableau 2 en fonction de leur tranche d'âge.

Nous nous limiterons à l'étude des deux résultats les plus marquants de ce tableau, soit 1) la fréquence des comportements agressifs et des comportements destinés à attirer l'attention chez les plus jeunes, et 2) leur évolution vers des comportements dépressivo-anxieux chez les plus âgés.

L'enfant agressif et sa famille

Les problèmes les plus fréquents sont l'agressivité (53.8%) et les comportements hystéroïdes (55.8%). Ils apparaissent autant chez les garçons que chez les filles et en général ils sont associés. Ils s'accompagnent souvent d'un troisième élément : l'enfant veut imposer sa volonté, tant dans sa famille qu'à l'extérieur. Il est agressif avec les adultes, il martyrise ses frères et sœurs, spécialement les plus jeunes, et il n'a pas de camarades car il veut les commander et finit toujours par se battre. Ces enfants ont généralement des problèmes de discipline en classe et refusent d'apprendre. Leurs parents se plaignent qu'ils recommencent les mêmes comportements comme si de rien n'était malgré les explications répétées et, lorsqu'on les envoie dans leur chambre, ils frappent dans les murs, mettent les meubles à l'envers ou trouvent un autre moyen de continuer à se rendre odieux.

Le contexte familial typique de ces cas est le suivant. Monsieur et madame se sont connus lorsqu'ils avaient 15 à 25 ans. Ils se sont fréquentés 1 à 3 ans puis se sont mariés et ont eu leur premier enfant. Madame a arrêté de travailler pour s'en occuper, ses principaux centres d'intérêt, volontaires ou forcés, devenant son bébé et sa maison. Pendant le même temps, monsieur, lui, devenant le seul soutien financier du ménage, se centre sur son travail. Comme c'est lui qui ramène l'argent, il s'attend à recevoir un peu d'attention lorsqu'il rentre chez lui, fatigué, après sa journée. Mais il n'y en a que pour le petit. Monsieur investit donc de plus en plus son travail, le sport, ses amis. De temps en temps, il s'enivre. Moins souvent, il change de voiture.

Madame investit les enfants et la maison, la famille, quelques amies, le bingo. Monsieur et madame évoluent chacun de plus en plus sur leur orbite pendant que l'enfant grandit. Le père a tendance à régler par la rigidité les problèmes éventuels posés par cet enfant qui lui a, en quelque

TABLEAU 2
*Types de problèmes selon la tranche d'âge (N = 52)**

Tranches d'âge	Types de problèmes présentés							
	dépendance	anxiété, dépression	isolement, retrait	agressivité	comportements pour attirer l'attention	troubles du langage	maladies	problèmes scolaires
2-5 ans								
N = 10	4	1	2	7	7	1	1	
% (sur 10)	40%	10%	20%	70%	70%	10%	10%	
6-11 ans								
N = 25	11	7	2	15	18	5	4	13
% (sur 25)	44%	28%	8%	60%	72%	20%	16%	52%
12-15 ans								
N = 12	4	8	2	5	4		2	9
% (sur 12)	33%	66%	16,6%	41,6%	33%		16,6%	75%
16-18 ans								
N = 5	3	3	1	1				
% (sur 5)	60%	60%	20%	20%				
Total								
N = 52	22	19	7	28	29	6	7	22
% (sur 52)	42,3%	36,5%	13,5%	53,8%	55,8%	11,5%	13,5%	42,3%

* Il est à noter que, comme un même enfant présente généralement plusieurs types de problèmes à la fois, la somme des pourcentages est toujours supérieure à 100.

sorte, volé sa femme et madame devient complice de l'enfant qui est, alors, le véritable maître du terrain : il domine en faisant battre ses parents l'un contre l'autre. Souvent l'enfant élabore des stratégies plus subtiles en utilisant les points sensibles des adultes qui l'entourent. Ce peut être l'alimentation, les maladies, l'école, etc., et même les larmes, par exemple cette enfant dont les parents avaient eux-mêmes eu une enfance malheureuse et qui étaient prêts à faire n'importe quoi pour que leur propre fille ne soit pas malheureuse. Dès qu'elle se mettait à pleurer elle obtenait d'eux tout ce qu'elle voulait.

Ce schéma présente aussi des variantes au niveau des parents, par exemple certains pères modernes qui «comprennent» que la rigidité éducative n'est pas la solution et qui entrent en compétition avec leur femme pour satisfaire les désirs de l'enfant.

Évolution des problèmes avec l'âge

Les comportements agressifs et les comportements destinés à attirer l'attention ne sont fréquents que dans les groupes d'âge de 2-5 ans et 6-11 ans. À partir de 12 ans, ils deviennent beaucoup plus rares. Les comportements agressifs, présents chez 22 des 35 enfants (62.8%) de moins de 12 ans, n'apparaissent plus que chez 6 des 17 préadolescents et adolescents (35.3%) de 12 ans et plus. Cette différence n'atteint pas tout à fait le niveau de la signification statistique. Les comportements destinés à attirer l'attention sont présents chez 25 des 35 enfants de moins de 12 ans (71.4%), mais chez 4 seulement des 17 préadolescents et adolescents de 12 ans et plus (23.5%). Cette différence est très significative (p < .001).

À partir de 12 ans, les problèmes les plus fréquemment rencontrés parmi les 17 préadoles-

cents et adolescents de 12 à 18 ans deviennent des problèmes de dépression et d'anxiété. Dépression et anxiété apparaissent chez 8 des 35 enfants de moins de 12 ans (22.8%) et chez 11 des 17 préadolescents et adolescents de 12 ans et plus (64.7%). Cette différence est significative ($p < .01$). Lorsque l'on compare les comportements dépressivo-anxieux aux comportements agressifs dans les deux groupes d'âge, 2-11 ans et 12-18 ans, le chi carré est significatif ($p < .05$).

À 12-13 ans, les préadolescents étudiés présentent soit une revendication d'indépendance face à des parents qui sont habitués à les considérer comme des petits et qui supportent mal de les perdre (cette problématique est la plus normale et la moins fréquente), soit au contraire des comportements régressifs qui sont une sorte de refus de grandir et une tentative désespérée pour s'accrocher à un statut de petit.

À partir de 12-13 ans, quelques filles présentent des comportements phobiques en relation avec la sexualité tandis que les autres ont une revendication d'indépendance. Les garçons présentent surtout de l'anxiété et de fausses attitudes de confiance en soi, ou une dépression plus ou moins masquée ou rationalisée (le monde n'est pas comme il devrait), ou bien une passivité dépendante, ou encore un important narcissisme et des passages à l'acte.

Les parents

Il se dégage des entretiens effectués avec les parents des enfants étudiés une impression générale. Ils rejettent le modèle parental proposé par leurs propres parents et ils vivent une grande insécurité dans leur rôle de parent. Plus ils sont insécurisés dans leur rôle de parent, moins ils ont de principes éducatifs et plus ils ont tendance à laisser leur enfant faire ce qu'il veut.

Dans la vie quotidienne, ces parents insécurisés essayent donc de satisfaire les exigences de leur enfant. Mais l'enfant, lui, a besoin qu'on lui dise où s'arrêter. Il a donc de plus en plus d'exigences. Les parents satisfont toutes ses demandes jusqu'au moment où ils se fâchent. Ensuite, ils se sentent culpabilisés de cette agressivité vis-à-vis de l'enfant. Pour compenser, ils satisfont à nouveau toutes ses exigences, ce qui crée un cercle vicieux de plus en plus intolérable.

DISCUSSION

La fréquence du tableau clinique «agressivité-tendance à imposer sa volonté-recherche de l'attention» chez les moins de 12 ans et la fréquence d'un tableau dépressivo-anxieux chez les plus de 12 ans, au sein de la dynamique familiale observée, nous amènent à envisager comme cadre de référence théorique le schéma proposé par Kohut (1977) à propos des personnalités narcissiques.

Selon cet auteur, les sujets qui ont construit leur personnalité en regardant leur propre image telle qu'elle leur est renvoyée par l'environnement développent une insécurité beaucoup plus grande par rapport à eux-mêmes et à leurs actes que ceux qui ont construit leur personnalité en se référant à un modèle.

Les enfants de moins de 12 ans qui sont eux-mêmes le centre de leur propre monde (c'est-à-dire celui de leur mère) ne construisent pas leur personnalité en référence à un modèle à suivre ou à rejeter, mais en référence à l'image que leur environnement leur renvoie d'eux-mêmes.

Lorsqu'ils commencent à avoir des préoccupations extra-familiales et à évoluer dans un cadre plus large, ils sont constamment obligés de vérifier que leur comportement est adéquat d'après les réponses qu'ils suscitent chez autrui. Il y a plus de chances qu'ils deviennent anxieux, dépressifs, ou passifs-dépendants que les adolescents qui ont structuré leur personnalité en référence à un modèle présent à leur esprit. Il paraît également logique que dès qu'ils changent de statut ils présentent des comportements régressifs qui tendent à pérenniser leur ancienne situation.

Quatre seulement des préadolescents et adolescents étudiés sur 17 (soit 23.5%) peuvent être considérés comme des personnalités narcissiques. Dans 6 autres cas, ou bien l'évaluation n'a pas apporté suffisamment d'éléments, ou bien il est encore trop tôt, pour en juger. Dans 7 cas, il ne s'agit pas de personnalités narcissiques. Il n'est donc pas question d'appliquer les concepts de Kohut à la lettre. Nous envisageons la problématique qu'il propose, non comme un mécanisme précis aboutissant automatiquement à un type de personnalité très défini, mais comme un schéma explicatif global dans le cadre duquel plusieurs routes sont possibles.

Plusieurs arguments limitent la portée de cette analyse. Premièrement l'adolescence est toujours une période anxiogène. Ensuite, passé 12 ans, les adolescents agressifs ne sont plus référés aux psychiatres mais aux services sociaux et à la police; ils échappent ainsi à notre analyse. Enfin, les enfants délaissés, négligés, ne sont pas non plus pris en compte. Ils ne sont pas amenés en consultation par leurs parents. Lorsque les carences familiales sont graves ils sont référés par les services sociaux, mais dans ce cas ils font partie des enfants de familles à problèmes qui ont été exclus de cette étude.

CONCLUSION

Nous avons décrit les problèmes présentés par une partie des enfants vus dans une consultation de pédopsychiatrie. Les enfants qui ont été étudiés sont ceux qui ont le plus de chances d'être peu différents de nombreux autres enfants de la population générale. Leurs problèmes, ainsi que les traits marquants de leur famille, pourraient être plus répandus qu'on ne le pense et dépasser assez largement le nombre des consultants en pédopsychiatrie. La société québécoise a en effet évolué très rapidement, surtout en milieu urbain, et les adultes semblent désemparés par rapport à leur rôle de parent. Une enquête dans la population générale permettrait de vérifier l'ampleur de ces phénomènes et leur retentissement sur la santé mentale des enfants.

RÉFÉRENCES

- BRETON, J.J., SABATIER, C., VAILLANCOURT, G., BRAULT, D., LACERTE, M., VAN DEN EYNDE, B., LEMIEUX, R., 1975, Pédopsychiatrie communautaire : Réflexion sur une expérience de 4 ans en milieu défavorisé, *l'Union Médicale du Canada*, 104, 619-624.
- CHAVY, C., 1983, Communication personnelle.
- CONNERS, C.K., 1970, Symptom Patterns in Hyperkinetic, Neurotic and Normal Children, *Child Development*, 41, 667-682.
- GREENLEY, J.R., MECHANIC, D., 1976, Social Selection in Seeking Help for Psychological Problems, *J. Health Soc. Behav.*, 17, 249-262.
- KOHUT, H., 1977, *The Restoration of the Self*, Internat. Univ. Press, New York.
- MACKAY, J., BIGRAS, J., MELVYN, C., BÉLAIR, C., 1968, Analyse statistique et psycho-dynamique de la population canadienne-française qui consulte en pédopsychiatrie, étude préliminaire, *Canad. Psychiat. Ass. J.*, 13, 341-351.
- SHEPHERD, M., OPPENHEIM, A.N., MITCHELL, S., 1966, Childhood Behavior Disorders and the Child Guidance Clinic : An Epidemiological Study, *J. Child Psychol. Psychiat.*, 7, 39-52.
- SIMARD, H., ALARIE-SIMARD, L., 1977, Un nouveau service de pédopsychiatrie : bilan partiel des deux premières années, *Cahiers Pédopsychiatriques de l'hôpital Ste-Justine*, 7, 59-69.

SUMMARY

The author studied 100 children who were assessed in a child psychiatry service in the east end of Montreal. He selected 52 of them, a priori, since they resembled children from the general population. Aggressive and attention-seeking behaviours are most frequent in those children below 12 years of age (N = 35), whereas depressive-anxiety behaviours are most frequent in the 12-18 years age group (N = 17). The author discusses these results in relation to Kohut's conceptualization of narcissistic personalities. The author wonders whether these phenomena are not caused by the rapid evolution of Quebec society and he poses some questions with regard to their magnitude.