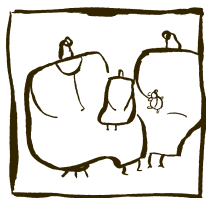


# Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, dyspraxie, psychose : union libre ou mariage forcé ?

M. Boubilil, J. Bianchi, Centre référent des apprentissages, CHU Lenval, Nice

## POINT PSY



L'union libre, tout le monde connaît. *Le Mariage forcé* est une pièce de Molière où un barbon (Sganarelle) veut s'offrir une jeunesse en épousant une jeune femme et pense en faire son objet. Mais la demoiselle, elle, voit le mariage comme un moyen d'échapper à son père et d'être libre pour séduire, en espérant bien que son mari sera compréhensif. Le futur époux, comprenant qu'il est un cocu potentiel, veut renoncer à cet engagement, mais les frères de la demoiselle lui donnent le choix : le mariage (forcé) ou la mort... tout cela avec une réflexion sur le couple qui préfigure *L'Ecole des femmes*.

La dyspraxie est une symptomatologie neurodéveloppementale, le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) une maladie neurodéveloppementale, et la psychose une maladie psychiatrique. Ces trois cadres nosologiques peuvent-ils être autonomes, séparés, vivre chacun leur vie comme dans l'union libre ? Ou bien, comme dans le mariage forcé, sont-ils liés ? Y a-t-il dans chaque TDAH une part de psychose et de dyspraxie, dans chaque dyspraxie une part de TDAH et de psychose ? N'y a-t-il pas dans nombre de psychoses infantiles des troubles de l'activité et de la concentration que l'on nommerait TDAH si l'on restait à la surface des symptômes, ou une altération des rapports instrumentaux avec la réalité du corps et l'organisation visuo-spatiale et visuo-constructive que l'on nommerait dyspraxie ? Cette question se discute pour des enfants sur qui chacun de ces trois diagnostics a été posé de manière simultanée ou successive.

La psychose infantile n'existe plus dans les classifications internationales ; elle est devenue soit TED-NS (trouble envahissant du développement non spécifié), soit schizophrénie infantile, mais en réalité on continue à ne parler que d'elle, puisqu'on se pose en permanence la question de savoir s'il existe des éléments psychotiques (qu'on appelle aujourd'hui des éléments dysharmoniques) dans telle ou telle pathologie.

### LA DYSPRAXIE

Tout le monde sait ce qu'est une apraxie chez l'adulte : une incapacité à effectuer un mouvement ou une série de mouvements sur consigne. Il s'agit d'un déficit neurologique qui se situe au niveau de la conceptualisation et de l'exécution programmée d'un mouvement. En revanche, les fonctions motrices et sensibles qui permettent ces mouvements ne sont pas altérées. Par analogie, la dys-

praxie est l'existence de ce trouble, à un moindre degré et sans cause organique, chez l'enfant au cours de son développement.

#### Sur le plan neuropsychologique

Dans la « dyspraxie développementale », l'acquisition des gestes complexes au cours de l'apprentissage de tâches motrices et l'élaboration de séquences de gestes sont perturbées. Selon Mazeau, les dyspraxies touchent les fonctions de planification et de préprogrammation

des gestes volontaires [1]. Il s'agirait d'un « trouble de la réalisation du geste, secondaire à l'impossibilité de programmer automatiquement et d'intégrer au niveau cérébral les divers constituants sensorimoteurs et spatiotemporels du geste volontaire » [in 2]. La dyspraxie peut aussi provoquer chez l'enfant un appauvrissement des relations sociales (quand ces relations impliquent la mise en œuvre d'habiletés motrices complexes), et donc de la communication et du langage [3], ainsi que des difficultés au niveau de la structuration de la pensée et dans le rapport au réel. Ce trouble se rapproche en ce sens du trouble psychotique, mais aussi parfois du TDAH. Toutes ces difficultés retentissent évidemment sur les apprentissages scolaires et sur la composante psychoaffective (mauvaise estime de soi, angoisses de performance).

Le trouble dyspraxique peut être dû à plusieurs facteurs. Une performance motrice est une finalité qui nécessite plusieurs fonctions neurologiques. La dyspraxie chez l'enfant est un trouble développemental sans site lésionnel clairement impliqué comme facteur causal. Cermark a fait une revue des principaux facteurs étiologiques pouvant expliquer la dyspraxie [in 2]. Le cervelet serait impliqué. On a en effet observé chez les enfants prématurés, dont le cervelet est sous-développé, une maladresse et un quotient performance nettement inférieur au quotient verbal. Pour d'autres chercheurs comme Gubbay, le trouble dyspraxique serait le résultat de la combinaison de plusieurs facteurs causaux [in 2]. Gubbay souligne l'importance de l'intégrité des différentes fonctions neurologiques dans l'exécution des mouvements. Les praxies mettraient en jeu tous les systèmes nerveux centraux (cervelet et cortex), mais également le système périphérique (moelle épinière, nerfs sensitifs et moteurs).

Les premiers éléments qui entrent en jeu dans l'élaboration d'un geste sont les récepteurs. L'influx nerveux se dirige ensuite par les voies d'afférence vers les centres supérieurs, dans les aires asso-

ciatives. Si la perception des stimulus est appropriée, l'intégration sensorielle aboutira à l'élaboration conceptuelle de la signification des gestes. Il s'en suivra l'élaboration de la commande motrice : le trajet emprunte les voies efférentes et aboutit aux effecteurs permettant la production du geste. Parallèlement, la proprioception contribue à la perception du corps et à la planification. C'est la kinesthésie qui modifie constamment la perception du schéma corporel. L'équilibre du corps dans l'espace est possible grâce au système vestibulaire. Les dyspraxiques, qui intègrent mal les informations de ce système, présentent souvent un faible tonus axial, ce qui entraîne une réduction de la quantité d'informations proprioceptives que les muscles enverront au système nerveux central. Le schéma corporel est flou et la planification motrice entravée. Les indices visuo-spatiaux jouent un rôle indéniable dans l'interprétation cognitive des perceptions sensorielles reçues, une erreur dans l'interprétation conduisant nécessairement à un trouble de la réalisation du geste.

Mais l'enfant n'est pas qu'un réseau neuronal, et l'affectivité, la motivation et le sens interviennent tout au long de cette chaîne.

## LA PSYCHOSE

La psychose a une définition plus complexe. Pour certains, c'est une relation altérée au réel (Freud parle de problème entre le moi et la réalité, contrairement à la névrose qui serait un problème entre le moi et le surmoi) ; pour d'autres, il s'agit d'une non-accession à la problématique œdipienne ; pour d'autres encore, c'est la dissociation, l'incapacité à rassembler les contenus psychiques, donc à avoir une pensée orientée et continue. Les difficultés avec le réel font que l'enfant se replie sur lui-même, ou qu'il a des idées bizarres, ou qu'il s'agite, devient anxieux, perdu et inadapté. « Psychose » est un terme de moins en moins employé, au profit de « dysharmonique » [4] ou de TED-NS (une des formes du trouble envahissant

du développement). Il n'y a pas une mais des psychoses.

On disait autrefois avec Kanner que l'autisme était la forme la plus sévère et la plus hermétique de psychose. La pensée médicale a évolué pour faire de l'autisme un cadre à part.

On différencie les psychoses selon l'âge de survenue de la période d'état : depuis la psychose précoce à évolution déficitaire jusqu'à la schizophrénie infantile, qui débute souvent à l'adolescence, en passant par un état survenant à l'âge de l'école primaire (psychoses dites par certains « de la période de latence » en référence à la latence freudienne entre cinq et douze ans).

On différencie aussi la psychose avérée des états dits prépsychotiques, qui sont soit un prélude à la psychose, soit un état stable et durable, où l'enfant a de nombreuses manifestations pathologiques mais conserve la maîtrise de son contact avec le réel et ne bascule pas dans l'inadaptation sociale, qui est une des conséquences les plus fréquentes de la psychose. Le terme de dysharmonie psychotique couvre à peu près le même champ clinique, mais s'emploie plus fréquemment quand il y a des problèmes de développement (langage, psychomotricité).

On distingue également les deux formes cliniques singulières que sont la schizophrénie très précoce (avant douze ans) et, en référence à l'œuvre de Margareth Mahler, la psychose dite symbiotique. Cette dernière ne ressemble pas aux autres. Les enfants qui en sont atteints ont un bon contact, de bonnes capacités, mais ils ne peuvent exister individualisés par rapport à leur mère sur le plan psychoaffectif, et c'est en général la séparation qui crée des états d'angoisse très intenses entraînant des crises de panique et de violence.

### Sur le plan neuropsychologique

Pour Braconnier, le terme de dysharmonie psychotique met en avant l'importance des traits psychotiques mais sans se situer véritablement dans le cadre de la psychose [5]. Baghdadli et al. soulignent que les compétences communicatives sont les premières touchées dans

un trouble envahissant du développement [6].

Le diagnostic différentiel entre les deux troubles qui viennent d'être évoqués (dyspraxie et psychose) pose problème, car, au bilan psychométrique, ces deux populations d'enfants peuvent avoir des scores ayant des caractéristiques communes : la différence significative entre l'indice de compréhension verbale (ICV) et l'indice de raisonnement perceptif (IRP) au WISC IV est en faveur du diagnostic de dyspraxie. Ces enfants n'ont pas le même mode de fonctionnement, mais ils peuvent avoir le même profil psychométrique. Dans la dyspraxie, les troubles praxiques sont au premier plan ; dans la dysharmonie psychotique, ce sont les troubles de la communication qui priment, mais on trouve au second plan des difficultés d'ordre praxique, d'où le problème de diagnostic différentiel [7].

## LE TDAH

Le TDAH peut revêtir trois formes :

- une forme où domine l'impulsivité ;
- une forme où domine l'inattention ;
- une forme associant l'hyperactivité aux troubles d'attention.

Selon Barkley, le nœud du problème est l'incapacité de l'enfant à inhiber sa précipitation [8] ; on parle en neuropsychologie d'atteinte des fonctions exécutives (fonctions de direction), comme si le fonctionnement psychique était standardisé et hiérarchisé à partir d'une structure centrale organisatrice. Comme il ne peut rien maîtriser, l'enfant s'agite, tente de se contrôler et met tellement d'énergie à ce contrôle qu'il n'est plus disponible et ne peut plus se concentrer.

### Sur le plan neuropsychologique

Le trouble déficitaire de l'attention peut être accompagné ou pas d'hyperactivité. Pour établir le diagnostic de TDAH chez un enfant, il faut que soient présents au moins six symptômes d'inattention (prête difficilement attention aux détails, fait des erreurs d'inattention, a du mal à soutenir son attention, ne semble pas écouter quand on lui parle, ne termine

pas certaines tâches, a des difficultés de planification et d'organisation, perd des objets et a des oublis fréquents...) et/ou d'hyperactivité-impulsivité (remue souvent les mains et les pieds, court et grimpe partout, a du mal à se tenir tranquille à l'école ou dans ses activités de loisir, répond aux questions à peine entamées, impose sa présence...). Il faut également que l'on retrouve diverses caractéristiques :

- l'enfant présentait déjà certains symptômes avant l'âge de sept ans ;
- il est atteint de manière significative dans diverses sphères de la vie (scolarité, vie sociale) ;
- les symptômes durent depuis plus de six mois et ne sont pas explicables par une autre maladie mentale.

Le trouble déficitaire de l'attention est à l'origine de diverses difficultés et déficits que l'on peut identifier grâce au bilan neuropsychologique. En effet, alors que dans les troubles dyspraxiques et psychotiques il existe des irrégularités de l'ICV et de l'IRP au WISC IV, le TDAH entraîne dans certains cas la chute des indices de mémoire de travail (IMT) et de vitesse de traitement (IVT). La mémoire de travail est une instance qui a pour but la rétention de l'information visuelle et auditivo-verbale sur le court terme. Cette mémoire fonctionne de pair avec les capacités attentionnelles ; l'inattention empêche de « capter » l'ensemble des informations à traiter. Cette instance fait partie intégrante du fonctionnement exécutif cité plus haut. En parallèle, on observe parfois une baisse de la rapidité de traitement de l'information, car l'enfant commet plus d'erreurs et a tendance à décrocher de la tâche, ce qui pénalise sa performance de temps.

Comme la dyspraxie et les troubles psychotiques, le TDAH entraîne des complications au niveau des apprentissages mais également de la sphère psychoaffective. C'est en cela que la superposition des symptômes peut opérer. Les difficultés dues au trouble déficitaire de l'attention affectent le quotidien de l'enfant, et ce dernier réagit de diverses manières, en particulier par un retrait et

une inadaptation sociale (violence, troubles du comportement).

A noter qu'il est important de différencier « l'hyperactivité » de « l'instabilité psychomotrice ». La première est un syndrome, alors que la seconde n'est qu'un symptôme pouvant se retrouver dans différentes pathologies. Le caractère primaire ou secondaire du trouble doit en effet être précisément évalué, afin de permettre un diagnostic fin de la pathologie étudiée. Se trouve-t-on en présence d'un TDAH ou d'un enfant dont l'anxiété est telle qu'elle ne peut se manifester que par une importante agitation ? Dans le second cas, il est inutile de traiter l'agitation sans prendre en compte l'aspect anxiogène, qui est primaire. Dans le premier cas, il ne faut pas oublier que l'hyperkinésie entraîne parfois un « rejet social », et que l'anxiété entre donc en course, mais alors elle n'est pas primaire.

## DIFFICULTÉ

### DU DIAGNOSTIC

### DIFFÉRENTIEL :

### UN EXEMPLE

Une recherche a été menée entre 2007 et 2009 au Centre de référence des troubles du langage du CHU de Nice, en collaboration avec le Laboratoire de psychologie cognitive et sociale de l'université de Nice-Sophia Antipolis [9]. Cette recherche s'est fondée sur la distribution des performances de plusieurs enfants chez lesquels un diagnostic de dyspraxie ou de psychose (TED-NS) était déjà établi et qui avaient un décalage d'au moins 20 points entre le QI verbal (ICV) et le QI performance (IRP) au WISC IV, l'ICV étant supérieur à l'IRP. Ces résultats orientent le plus souvent vers un trouble psychotique ou dyspraxique. Cet écart est en effet généralement considéré comme un signe de « dyssynchronie » développementale ou de discordance du fonctionnement cognitif global et comme une source potentielle de vulnérabilité psychologique.

Le but de l'étude était donc de préciser le diagnostic différentiel entre troubles praxiques et trouble de la personnalité de type psychotique dysharmonique. L'étude s'appuyait sur le subtest « compréhension » du WISC IV, et en cela s'inscrivait dans une démarche classique, mais elle prenait aussi en compte deux autres tâches cognitives : une épreuve d'intentionnalité (« théorie de l'esprit », Sarfati et al., 1997) et une épreuve de compétences linguistiques figuratives (Melaye et Iakimova, 2006).

□ Le subtest « compréhension » du WISC IV est une épreuve obligatoire qui fait partie de l'ICV. Il évalue le raisonnement verbal, la conceptualisation, la capacité à utiliser des expériences antérieures, la compréhension et l'expression verbales, la capacité à expliquer des situations pratiques. Les analyses ont montré que les enfants psychotiques avaient à ce subtest un score significativement plus bas que les enfants dyspraxiques. Les enfants psychotiques auraient donc des difficultés à appréhender les conventions comportementales et les normes sociales, ainsi qu'une difficulté d'accès au « sens commun ».

□ La compréhension de l'intentionnalité fait partie de la « théorie de l'esprit ». Elle est un composant essentiel des aptitudes sociales et elle donne la possibilité de déterminer son propre état mental et celui d'autrui. Nadel et Melot soutiennent qu'il s'agit de l'aptitude à expliquer et à prédire ses propres actions et celles d'autres agents intelligents [10]. Ce concept de « théorie de l'esprit » a été l'un des apports les plus importants ces dernières années dans l'explication de l'autisme (Lenoir, 2006). Des études d'imagerie cérébrale fonctionnelle montrent que, chez des sujets sains, une zone du cortex préfrontal gauche est activée lors de la réalisation d'une épreuve de théorie de l'esprit, cette zone ne s'activant pas chez des patients présentant un syndrome d'Asperger soumis à la même tâche. Actuellement, la plupart des études permettent de conclure que la théorie de l'esprit fait intervenir différentes parties du cerveau. Le développement de la théorie de l'esprit se ferait

ontogénétiquement à partir de l'aptitude à « faire semblant », qui apparaîtrait vers l'âge de deux ans. Chez l'enfant normal, l'acquisition de la théorie de l'esprit semble se mettre en place vers l'âge de quatre ans. L'analyse des résultats montre des performances significativement moindres chez les enfants dysharmoniques psychotiques comparés aux enfants dyspraxiques. Il en ressort donc que les enfants diagnostiqués comme étant dysharmoniques psychotiques (TED-NS) ont de plus grandes difficultés dans la compréhension du langage figuré, dans l'interprétation de l'intention d'autrui, dans les principes généraux et en ce qui concerne la pragmatique du langage. Les capacités pragmatiques peuvent être définies comme celles devant être mises en jeu dans toutes les situations où l'interprétation des énoncés dépend du contexte [11].

□ Les capacités communicatives ont été évaluées au moyen d'une grille d'évaluation des compétences pragmatiques que les enfants manifestent au quotidien. Il s'agit de l'échelle de Bishop (« Children's Communication Checklist », Bishop, 1998), qui comporte 70 items décrivant chacun un aspect du comportement des enfants. Pour chaque item, il est demandé à un proche de dire si la description « ne s'applique pas », « s'applique un peu ou quelquefois » ou « s'applique tout à fait ». L'échelle explore essentiellement les aspects de la structure du langage (syntaxe, intelligibilité et fluence), les difficultés pragmatiques (initiation de la conversation, cohérence, langage stéréotypé et utilisation du contexte conversationnel) et les aspects non linguistiques (relations sociales et centres d'intérêt). Après analyse des résultats, nous obtenons un effet significatif du facteur groupe pour la composante pragmatique, pour les aspects non linguistiques et pour le score total. Les enfants TED-NS ont en effet un score significativement plus bas à l'échelle de Bishop. On peut en conclure que ces enfants présentent des difficultés pour l'initiation de la conversation, la cohérence, l'utilisation du contexte conver-

sationnel et le rapport conversationnel, et que leur langage est stéréotypé.

## CONCLUSION

L'union libre est la possibilité de vivre de manière autonome et de se séparer sans difficulté légale (même si le cœur a des raisons que la loi ne connaît pas). Le mariage forcé c'est l'impossibilité de se séparer sous peine de disparition.

L'existence d'un TDAH, d'une psychose et d'une dyspraxie, côte à côte ou successivement, relève-t-elle d'un hasard de la comorbidité ou de liens profonds entre ces troubles.

Le traitement du TDAH par la Ritaline® peut déclencher des hallucinations s'il existe aussi une schizophrénie précoce, ou atténuer notablement l'agitation d'un enfant porteur d'une autre forme de psychose. Mais il arrive qu'un TDAH sans élément psychotique au départ débouche sur une psychose trois, quatre ou six ans après le premier diagnostic.

Il arrive qu'un enfant dyspraxique, après des années d'évolution, ait besoin d'un traitement par Ritaline® (médicament pour le TDAH) pour suivre sa scolarité, en raison d'une agitation due aux efforts de concentration exigés par sa dyspraxie et à l'échec où il se trouve pour les choses élémentaires de la vie.

Dans une thèse récente, l'auteur étudie une population de 44 enfants qui ont reçu successivement puis conjointement un traitement par Ritaline® et par Risperdal® (médicament antipsychotique). Il conclut sur la question de l'hyperactivité en la plaçant au sein des organisations psychotiques de l'enfance [12].

Revol et Fournier [13] s'interrogent sur les rapports entre TDAH et dysharmonie évolutive et concluent : « l'approche diagnostique de l'enfant instable nécessite de respecter une démarche rigoureuse et concentrée ; éminemment chronophage, car volontairement exhaustive, cette procédure décisionnelle nous paraît nécessaire pour proposer aux familles des stratégies thérapeutiques à la hauteur de leur désarroi. En plaçant le clinicien au cœur d'une réflexion ouverte, elle le dégage de tout

questionnement idéologique réducteur, lui permettant de répondre avec efficacité à un symptôme invalidant sur le plan familial, scolaire et social, et qui devient un véritable problème de santé publique.»

La vision des pédopsychiatres a beaucoup évolué au cours des deux à trois dernières décennies, et des cadres comme l'autisme, les psychoses infantiles, les troubles dys-, le TDAH sont considérés différemment d'autrefois (et pas uniquement sous la pression des associations de parents ou d'internet).

Il existe bien sûr des diagnostics purs (dyspraxie pure, TDAH pur, pure psychose...), mais ils ne sont pas si nombreux. L'intrication est la présentation la plus fréquente, sans que l'on puisse aisément reconstruire la genèse du trouble, déterminer clairement la cause première, ce qui est pourtant notre dé-

marche, car seule la compréhension fait avancer la médecine et permet de progresser dans la précision et la précocité des diagnostics, pour améliorer le suivi précoce et la prévention.

L'enfant est un être en perpétuelle formation, et, au cours de sa vie, les diagnostics que l'on porte sur lui évoluent inévitablement, les options thérapeutiques devant également évoluer au plus près des nécessités cliniques.

La collaboration des équipes pédiatriques et pédopsychiatriques autour des enfants permettrait de préciser la part de chaque pathologie chez chaque enfant et de conseiller les traitements nécessaires : tenter de comprendre comment on en est arrivé là est toujours important, mais en considérant en même temps toutes les facettes du problème.

Un dernier point : la configuration et les impératifs d'une société influent sur les

cadres nosologiques. Ainsi, en 1847, année où on ramène à Paris le cercueil de Napoléon, le Dr Voisin à Bicêtre constate l'entrée de treize à quatorze empereurs [14]. En 2011, avec le web et la modernité, la société a soif de diagnostics, de précisions, de soins pour toutes les déviations de la trajectoire normative des enfants, que ce soit sur le plan scolaire (parfois dès la maternelle...) familial ou social. Malgré tout, il ne faudrait pas que, par excès, l'agité devienne TDAH, le maladroit dyspraxique, et l'original psychotique ; il ne faudrait pas qu'on oublie les multiples variantes du développement des enfants et le fait qu'ils sont, comme les adultes, soumis à des crises, des séparations, des deuils, des recompositions, situations toutes génératrices d'angoisses, et donc de symptômes qu'il n'est pas obligatoire de grouper sous forme de maladie. □

## Références

- [1] MAZEAU M. : *Déficits visuo-spatiaux et dyspraxies de l'enfant*, Masson, Paris, 1995.
- [2] LUSSIER F., FLESSAS J. : *Neuropsychologie de l'enfant : troubles développementaux et de l'apprentissage*, Dunod, coll. Psycho Sup, 2<sup>e</sup> édition, Paris, 2009.
- [3] ALBARET J.M. : « Troubles de l'acquisition de la coordination : perspectives actuelles des dyspraxies de développement », *Evolutions Psychomotrices*, 1999 ; 11 (45) : 123-9.
- [4] BOUBLIL M. : « La dysharmonie entre deux eaux », *Pédiatrie pratique*, avril 2009.
- [5] BRACONNIER A. : « Formes frontalières entre névrose et psychose », in *Introduction à la psychopathologie*, Masson, coll. Les âges de la vie, Paris, 2006 ; p. 121-2.
- [6] BAGHDALI A., BEUZON S., BURSZTEJN C., CONSTANT J., DESGUERRE I., ROGÉ B., SQUILLANTE M., VOISIN J., AUSILLOUX C. : « Recommandations pour la pratique clinique du dépistage et du diagnostic de l'autisme et des troubles envahissants du développement », *Arch. Pédiatr.*, 2006 ; 13 : 373-8.
- [7] MISÈS R., QUEMADA N., BOTBOL M., BURSZTEJN C., DURAND B., GARRABÉ J., GOLSE B., JEAMMET P., PLANTADE A., PORTELLI C., THEVENOT J.P. : « Une nouvelle édition de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent : la CFTMEA R-2000 », *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, 2002 ; 50 : 233-61.
- [8] BARKLEY R.A. : *ADHD and the nature of self-control*, Guilford Press, New York, 1997.
- [9] CARANTA I., IAKIMOVA G., BIANCHI J., DECARA B., FONTES M., CHAIX E., FOSSOUD C., RICHELME C. : Une étude du Centre de référence des troubles du langage et des apprentissages, CHU de Nice, 151 route de Saint-Antoine-de-Ginestière, Nice, et du Laboratoire de psychologie cognitive et sociale (LPCS, EA 1189), université de Nice-Sophia Antipolis, 24 avenue des Diablos-Bleus, Nice.
- [10] NADEL J., MELOT A.M. : *Vocabulaire des sciences cognitives*, PUF, Paris, 1998 ; p. 395.
- [11] BERNICOT J. : « La pragmatique des énoncés chez l'enfant », in KAIL M., FAYOL M. : *L'acquisition du langage. Le langage en développement au-delà de trois ans*, PUF, Paris, 2000 ; p. 45-82.
- [12] GLAY-RIBAUD C. : *Bithérapie méthylphénidate-rispéridone en pédopsychiatrie : profil clinique de 44 patients*, thèse, CHU de Nancy, 20 mai 2011.
- [13] REVOL O., FOURNERET P. : « Approche diagnostique d'un enfant instable », *Rev. Prat.*, 2002 ; 52 : 1988-93.
- [14] MURAT L. : *L'homme qui se prenait pour Napoléon*, Gallimard, Paris, 2011.