

Développement de l'intelligence, aspects normaux et pathologiques

Rédaction : C Aussilloux - Relecture : R Pry – Relecture 2008 : JP Raynaud

Objectifs : Connaître :

Les périodes de développement de l'intelligence selon Piaget.

Les moyens d'évaluation des capacités intellectuelles (Age mental, QI) et de l'adaptation sociale.

La définition, la prévalence et le sex ratio du retard mental.

Les tableaux cliniques et l'évolution des retards mentaux légers, moyens, graves et profonds.

La proportion de facteurs étiologiques organiques connus selon les degrés de retard mental.

Les principes de prise en charge d'un enfant ou adolescent avec retard mental.

Les éléments de vulnérabilité et leurs conséquences chez les enfants intellectuellement précoces ou « surdoués ».

1. Développement de l'intelligence

3 séries de facteurs interviennent pour le développement de l'intelligence :

- La maturation neurologique.
- L'exercice et l'expérience acquise dans l'action effectuée sur les objets.
- Les interactions et les transmissions sociales.

Les recherches actuelles sur le développement cognitif précoce ont mis l'accent sur le fait que le bébé est "actif", qu'il recherche lui-même quelles sont les règles qui gouvernent les événements qui l'entourent. Il est motivé dans cette activité non seulement par les besoins physiologiques et les relations affectives, mais aussi par le plaisir de comprendre et de réussir.

Selon PIAGET, la construction progressive de l'intelligence, moyen d'adaptation de l'individu à son milieu, se fait par l'intermédiaire de 2 mécanismes complémentaires : assimilation et accommodation.

Assimilation = intégration des données de l'expérience dans la structure de l'individu.

Accommodation = modification de la structure de l'individu en fonction des données du milieu.

Adaptation = équilibre entre l'assimilation et l'accommodation.

PIAGET a décrit des stades (ou périodes) dans le développement de l'intelligence :

- **Période sensori-motrice (0 à 18-24 mois)** : Les actions réflexes du bébé "assimilent" de nouveaux stimuli à partir de son propre corps, d'objets ou de personnes, entraînant des "réactions circulaires" où le bébé cherche par répétition à retrouver les résultats de son action. Les "schémas d'action" se complexifient en se coordonnant les uns aux autres.

- **Période pré-opératoire (2 à 6-7 ans)** : L'enfant se détache de la perception immédiate : chaque objet est représenté, c'est-à-dire qu'il peut être mentalement évoqué en son absence. La fonction symbolique se développe (langage, jeu, dessin) avec importance de l'imitation ludique.

- **Période des opérations concrètes (7 à 11 -12 ans)** : A partir de manipulations concrètes, par tâtonnements, l'enfant peut saisir à la fois les transformations et les invariants : il accède aux notions de réversibilité d'une opération, de conservation des mesures, des classements.

L'enfant prend conscience de sa propre pensée, il accepte le point de vue des autres et leurs sentiments.

- **Période des opérations formelles (à partir de 11-12 ans)** : La pensée peut se dégager du contenu concret : face à un problème à résoudre, l'adolescent manie les données expérimentales pour formuler des hypothèses : raisonnement hypothético-déductif et maniement des concepts abstraits.

2. Exploration des capacités intellectuelles et d'adaptation sociale

2.1. Tests psychométriques

On distingue les tests de développement intellectuel et les tests d'efficience intellectuelle.

► **Tests de développement :**

Grâce à la détermination de paliers discriminants aux différents âges, ils permettent de mesurer :

- L'âge de développement (chez les enfants de moins de 3 ans) soit par l'observation directe des comportements de l'enfant, soit par des questions posées à la mère.

Les résultats sont donnés en Quotient de Développement (QD) :

$$\text{QD} = \frac{\text{Age de Développement}}{\text{Age Réel}} \times 100$$

Ex. : Échelle de Développement de la Première Enfance, BRUNET-LEZINE.

- L'âge mental (chez les enfants de plus de 3 ans), défini par l'ensemble des épreuves qui sont réussies par la majorité des enfants du même âge chronologique et échouées par la majorité des enfants d'âge inférieur.

Le Quotient Intellectuel (QI) selon la méthode de STERN est :

$$\text{QI} = \frac{\text{Age Mental}}{\text{Age Réel}} \times 100$$

Ex. : N.E.M.I. (Nouvelle Échelle Métrique de l'Intelligence) utilisée chez les enfants de 3 à 14 ans.

► **Tests d'efficience intellectuelle :**

Ils utilisent aussi la notion de QI, mais calculée de façon différente : il s'agit d'une distance par rapport à une norme pour un âge donné.

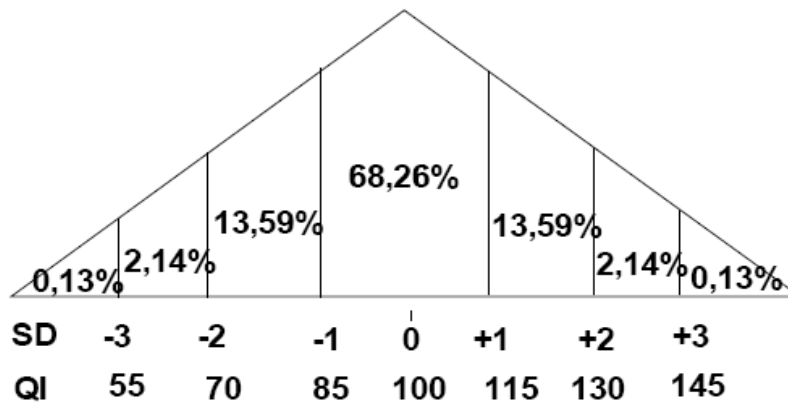
Cette note QI situe les performances d'un sujet dans une distribution de notes caractérisée par une moyenne et un écart type.

Voir figure 1 : Dans la population générale, 95 % des notes sont comprises dans l'intervalle déterminé par 2 écarts-types de part et d'autre de la moyenne.

Par construction, la moyenne est fixée à 100 et l'écart type à 15.

La limite de 2 déviations standard (SD) au-dessous de la moyenne (QI 70) a été choisie car l'expérience clinique montre que les sujets dont les performances intellectuelles se situent en deçà de cette zone présentent le plus souvent des troubles.

Figure 1 : Courbe Normale et distribution des notes QI :



2.2. Echelles de niveaux d'adaptation sociale

Le comportement adaptatif est défini par l'efficacité avec laquelle un individu rencontre les normes d'autonomie personnelle et de responsabilités sociales attendues pour son âge et son groupe culturel.

Cette efficacité fait référence à des domaines comme la sociabilité, la communication et le savoir faire dans la vie quotidienne.

Les échelles, comme l'**Echelle de Vineland**, basent leur cotation sur l'observation du comportement de l'enfant dans son milieu naturel de vie et nécessitent la participation de personnes en contact permanent avec l'enfant : parent, éducateur, enseignant.

Elles aboutissent à des scores étalonnés semblables à ceux que l'on utilise pour les tests de QI.

3. Retard Mental (RM)

3.1. Définition et classifications

La définition du Retard Mental proposée par l'American Association on Mental Deficiency (Grossman, 1973), associe 3 caractéristiques :

- fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne,
- altérations ou déficits importants du fonctionnement adaptatif,
- début avant l'âge de 18 ans.

Cette définition amène à considérer le retard mental comme un trouble global du développement : la déficience intellectuelle s'inscrit toujours dans un syndrome du fait de l'association obligatoire de modifications dans les autres secteurs du fonctionnement psychique et en particulier dans le domaine des relations et de l'affectivité.

Actuellement, il existe un accord sur les délimitations des déficiences au niveau des grandes classifications (CIM10, CFTMEA et DSM).

3.2. Épidémiologie

Prévalence : 1 à 1,5% et ceci quelque soit l'âge.

Sex ratio : quel que soit le niveau de la déficience, il existe une nette surreprésentation des garçons, avec un ratio de 1,5.

3.3. Signes Cliniques et Évolution

Les tableaux cliniques sont très différents selon le degré de la déficience et selon l'existence de troubles somatiques ou sensoriels associés.

3.3.1. Retard Mental Léger (QI : 50 - 69)

= 85 % de l'ensemble des RM.

Les troubles ne sont pas habituellement manifestes dans les 2 premières années où le développement apparaît satisfaisant à l'exception d'un retard modéré dans la chronologie des grandes acquisitions psychomotrices et surtout langagières.

L'adaptation à l'école maternelle, au moins jusqu'à 5 ans, est correcte.

C'est au moment des acquisitions scolaires, entre 5 et 8 ans, que les problèmes apparaissent progressivement : les apprentissages sont possibles mais ralentis pour la richesse du langage verbal, la lecture et l'écriture, le repérage temporo-spatial, les premières données mathématiques. Il existe une suggestibilité, une dépendance d'autrui importante, une "immaturité".

A ces troubles du développement global de l'intelligence peuvent s'associer 2 types de manifestations psychologiques :

- Manifestations affectives, liées à la rencontre de l'échec, à la conscience des difficultés, aux réactions de l'entourage familial et scolaire.

Le comportement peut se modifier de 2 façons, parfois intriquées ou successives :

- Instabilité, réactions de colère ou de prestance, fabulation, vols pour faire des cadeaux, se donner de l'importance.

- Inhibition, passivité, soumission aux autres, enfants ou adultes.

- Manifestations liées à l'association d'autres troubles du développement :

- Autisme (associé à une déficience intellectuelle de niveau variable dans 70% des cas).

- ou + fréquemment accentuation de la déficience dans certains domaines spécifiques, comme le langage écrit ou des troubles psychomoteurs.

Lorsque les troubles associés sont importants, ils donnent un caractère "dysharmonique" à la déficience, qui sera en prendre en compte dans les stratégies thérapeutiques.

Évolution :

Les acquisitions scolaires peuvent se faire à un rythme plus lent et avec des mesures d'éducation spéciale.

Des capacités professionnelles peuvent être acquises et une insertion sociale et professionnelle est possible.

Une structure protégée pour le travail et parfois l'hébergement sera nécessaire. Ceci est très dépendant des conditions d'organisation de la société et des facteurs économiques. Dans la plupart des situations routinières de la vie quotidienne ou professionnelle, ou des situations qui font peu appel aux possibilités adaptatives, ces sujets trouvent des stratégies compensatoires. Mais c'est dans les moments de rupture, ou de circonstances particulières (décès d'un parent, mise en internat, licenciement,...) que la fragilité et la détresse émotionnelle se révèlent.

Cette détresse peut prendre différentes formes : attitudes d'opposition ou de prestance, comportements antisociaux, repli et régression, recours aux productions imaginaires...

L'anxiété et la frustration contribuent à parasiter l'efficacité intellectuelle du sujet et un cercle vicieux d'échecs, de moments dépressifs et d'intenses réactions émotionnelles peut s'installer.

3.3.2. Retard Mental Moyen (QI : 35 - 49)

= 10 % de l'ensemble des RM.

Les troubles se manifestent plus précocement, dès la 1^{ère} année, avec un décalage dans le développement moteur (tenue de la tête, position assise et debout, apparition de la marche), relationnel (lenteur dans les interactions) et dans les capacités de communication non verbale et verbale.

Retard important dans l'apparition des premiers mots. En général, la maîtrise d'un langage verbal simple est acquise mais avec retard, celle du langage écrit est inconstante et ne dépasse pas le niveau du Cours Préparatoire.

Les apprentissages concrets et la maîtrise des relations sociales, ainsi que l'accès à une autonomie dans les actes de la vie quotidienne sont possibles mais lents.

Le jugement est déficient, le contrôle émotionnel fragile.

Évolution :

A l'âge adulte, ces personnes peuvent travailler en secteur protégé et sont dépendantes des autres pour tout ce qui requiert de l'initiative et une adaptation au changement.

3.3.3. Retard Mental Grave (QI : 20 - 34)

= 3 à 4 % de l'ensemble des RM.

Les troubles sont manifestes dès les premiers jours avec un retard de l'éveil et une perturbation globale des grandes fonctions.

Par la suite les acquisitions s'effectuent avec un grand décalage dans les grands domaines de la vie quotidienne : alimentation, propreté sphinctérienne, habillage et toilette, déplacements simples.

Les difficultés du développement du langage sont majeures. L'acquisition d'un langage simple est possible. Il n'y a pas d'accession au langage écrit, sinon la reconnaissance de certains mots.

Dans leur enfance et leur adolescence, ils bénéficient des échanges sociaux ordinaires, mais les acquisitions nécessitent une éducation spéciale.

Évolution :

- A l'âge adulte, l'autonomie personnelle est possible dans un cadre structuré : famille ou foyer. Ils peuvent s'acquitter des tâches simples dans un milieu adapté.

- L'association fréquente à des troubles neurologiques ou à d'autres troubles somatiques peut être un facteur de gravité et de dépendance.

3.3.4. Retard Mental Profond. (QI < 20)

= 1 à 2 % de l'ensemble des RM.

Graves difficultés dans le développement moteur (tenue assise, marche), dans l'autonomie élémentaire (alimentation, propreté) et dans les capacités de communication non verbale parfois réduite à des expressions mimiques, au regard, au changement de comportement en fonction des personnes et des stimulations reçues.

Il n'y a pas de communication verbale.

Ils peuvent progresser très lentement dans les domaines élémentaires grâce à un environnement structuré spécialisé : motricité, communication non verbale, relation affective.

Évolution : Ils restent dépendants d'un environnement médical spécialisé, avec des risques inhérents aux pathologies somatiques associées dans le cadre de polyhandicaps.

3.4. Diagnostic Positif

Les circonstances du diagnostic peuvent être :

- soit la connaissance d'une atteinte organique ou de particularités environnementales qui sont associées fréquemment à une perturbation globale du développement de l'intelligence : le diagnostic est alors fait précocement ;
- soit des indices cliniques qui apparaissent au cours du développement de l'enfant, d'autant plus tôt que la déficience est plus importante.

Le diagnostic repose sur 4 séries d'éléments:

- ▶ Les données anamnestiques (grandes étapes du développement et trajectoire scolaire en fonction de l'âge).
- ▶ La description des activités actuelles (relations avec les pairs, loisirs, scolarité, autonomie).
- ▶ L'examen clinique qui compare le style relationnel, le discours et les performances (jeux, dessins, petites épreuves graphiques) de l'enfant à ceux des enfants du même âge.
- ▶ Les tests psychométriques et les échelles de mesure de l'adaptation sociale qui permettent d'affirmer le retard mental et d'évaluer son degré.

3.5. Diagnostic différentiel

Il ne se pose que pour les RM légers par rapport à l'**intelligence normale faible**, encore appelée intelligence limite, où le QI est compris entre 85 et 71.

La marge d'erreur des tests laisse à l'appréciation clinique et aux critères d'adaptation toute leur place.

Une **inhibition névrotique** peut minorer les capacités du sujet, dans sa vie quotidienne comme dans les tests psychométriques : la vigilance sur les conditions de passation des tests et sur les incohérences de certains résultats et la connaissance globale apportée par l'examen clinique et l'anamnèse permettent de faire la différence.

Les **troubles spécifiques du développement** atteignent exclusivement, ou de façon prédominante, une fonction déterminée comme le langage oral ou écrit.

Ne pas confondre **échec scolaire** et retard mental, celui-ci n' en étant qu'une des causes possibles à côté des troubles spécifiques du développement, des troubles déficitaires de l'attention, des troubles émotionnels et de la conduite... et des caractéristiques de milieu familial et social, comme des conditions de l'environnement pédagogique.

L'association d'un **trouble autistique** et d'un retard mental ne doit pas faire l'objet d'un diagnostic différentiel : l'association des deux troubles est fréquente.

3.6. Diagnostic étiologique

Certains tableaux cliniques amènent très vite à la connaissance de l'étiologie, comme c'est le cas dans la **trisomie** ou les **malformations du tube neural**. Dans la majorité des situations, ce sont les données précises de l'anamnèse et l'examen médical qui permettent soit de faire le diagnostic (par exemple d'une **neurofibromatose**), soit d'orienter la prescription d'examens complémentaires.

Les données de l'anamnèse sont centrées sur :

- l'histoire de la grossesse (durée, prise de médicaments ou de drogues, début et qualité des mouvements fœtaux, gain pondéral de la mère),
- les caractéristiques à la naissance (Présentation, durée du travail, score APGAR, poids, taille et périmètre crânien, problèmes périnataux),
- l'histoire développementale de la petite enfance, l'existence de maladies, d'hospitalisations et de séparations,

- l'histoire familiale en notant l'âge des parents, les fausses couches antérieures, les enfants prématurés et les décès à la naissance, ainsi que les antécédents familiaux en constituant un arbre généalogique,

- les caractéristiques socioculturelles et les modes d'interaction intrafamiliaux.

L'examen médical doit comporter l'étude des courbes de poids, de taille et de périmètre crânien, la constatation de dysmorphies éventuelles, ainsi que la recherche soigneuse d'anomalies congénitales majeures ou mineures.

Les causes des déficiences mentales sont très nombreuses et restent inconnues dans la moitié des cas environ, après les investigations approfondies

Ces causes sont organiques ou environnementales, souvent intriquées.

► Dans les RM Moyens, Graves et Profonds (QI < 50), des facteurs organiques sont mis en évidence dans 75 % des cas et la prévalence est la même quel que soit le milieu socio-économique de l'enfant.

Dans 25 % de ces cas, ils sont d'ordre génétique; la proportion d'atteintes prénatales est identique, celle des atteintes périnatales est de 11%.

► Dans les Retards Légers, les facteurs organiques sont retrouvés dans une faible proportion. Par ex. des anomalies chromosomiques ne sont retrouvées que dans 4 à 8 % des cas.

Dans 50 à 60 % des cas l'étiologie est inconnue.

La prévalence est inégale selon les milieux socio-économiques, avec une nette surreprésentation des milieux défavorisés.

Intrication des Facteurs : même pour les retards mentaux de cause organique bien déterminée, les conditions environnementales psychologiques et sociales jouent un rôle dans le sens de l'aggravation ou de l'atténuation. Pour certains retards mentaux légers, il y a souvent une sommation entre les facteurs organiques et les facteurs environnementaux. Par ex. la différence du devenir des prématurés sans lésion neurologique est fonction des caractéristiques sociales et psychologiques du milieu familial. De même, il existe une association fréquente entre l'alcoolisme foetal et les conditions de détresse psychologique.

3.7. Annonce du retard mental aux parents

Dans cette information vont compter tout autant le contenu, la forme et le choix du moment.

On distingue 2 cas très différents :

► Caractère soudain de la découverte d'un RM actuel ou à venir :

C'est un véritable traumatisme pour les parents, qui risque de les déséquilibrer dans leur identité individuelle et dans leur couple.

La difficulté de l'annonce pour le médecin est accrue lorsque dans certains tableaux cliniques il n'est pas possible d'avoir une idée précise sur le devenir de l'enfant ; il faut alors des contacts suffisants avec les parents pour que l'information puisse être régulièrement complétée.

En même temps que l'information sur la déficience, il faut être capable d'apporter un soutien qui permette de reconnaître l'enfant en tant que personne, par delà son déficit.

► Découverte progressive :

Les parents sont confrontés progressivement au décalage des performances de leur enfant par rapport à ceux du même âge; ils peuvent l'avoir constaté eux-mêmes et demander au médecin confirmation ou infirmation ; ils peuvent être inquiets de perturbations du comportement et d'une inadaptation dont le motif leur échappe ; mais ils peuvent aussi avoir été alertés par les milieux scolaires, alors qu'ils n'avaient rien remarqué et il arrive qu'ils soient convaincus que la difficulté est dans le milieu et non chez leur enfant.

La qualité de l'information dépend de la qualité de l'évaluation. Le problème doit être pris au sérieux, le plus tôt possible, en évitant la dramatisation des fausses urgences et en respectant le temps nécessaire à l'évolution des parents.

Il est important de rapporter les difficultés de l'enfant à leur vraie cause (la limitation intellectuelle), de montrer quelles peuvent en être les conséquences sur le plan psychologique (perte de confiance en soi, dépendance...) et d'indiquer les compétences qui existent et doivent se développer. Cette information doit permettre aux parents de réaménager leur projet pour leur enfant, mais d'une façon progressive et qui reste souple.

Dans tous les cas, il faut qu'il y ait une continuité entre le temps du diagnostic et la phase de traitement, pour que parents - et enfant quand celui-ci peut le faire - deviennent actifs dans la lutte pour le développement, meilleure façon pour lutter contre l'anxiété et la culpabilité.

3.8. Traitement du retard mental

3.8.1. Traitement préventif

► Des facteurs organiques :

Conseil génétique lors d'antécédents familiaux, en particulier dans la fratrie et dans les cas d'avortements spontanés répétés.

Prévention générale des facteurs infectieux et médicamenteux pendant la grossesse.

Surveillance échographique et biologique de la grossesse.

Qualité des soins en obstétrique, pendant la période néo-natale et chez le nourrisson.

Dépistage précoce, à la naissance, d'anomalies telles que la phénylcétonurie et les hypothyroïdies congénitales.

► Des facteurs environnementaux :

L'hospitalisme est devenu exceptionnel en France.

Les carences affectives intrafamiliales sont plus fréquentes : elles surviennent dans des situations de vulnérabilité de la mère et du milieu familial, qui peuvent être repérées le plus souvent au cours de la grossesse et dans les premières semaines de vie de l'enfant. Leurs effets sur le développement intellectuel et affectif peuvent être prévenus grâce à un travail multidisciplinaire, médico-psychologique et social, qui doit commencer précocement et donner lieu à un suivi des enfants en situation de risque.

L'intervention sur les facteurs socioculturels est de l'ordre de la prévention générale et échappe en grande partie à l'intervention individuelle du médecin.

3.8.2. Prise en charge

► Maintien des moyens habituels d'éducation. Le développement de tout enfant passe par l'existence de stimulations adaptées à ses capacités et l'introduction progressive d'exigences et de règles, dans une atmosphère de soutien affectif. L'enfant déficient, à la mesure de ses capacités, doit pouvoir bénéficier de ces attitudes dans les milieux ordinaires : famille, crèche, école maternelle... Le contact avec d'autres enfants du même âge ou plus jeunes est important.

► Mise en place d'une éducation spéciale. Objectifs d'apprentissages et d'autonomie, grâce à des moyens adaptés aux besoins de l'enfant. Doit rester souple, tenir compte de l'individualité de l'enfant et de ses motivations et être en liaison avec les milieux naturels de l'enfant. Peut se faire par séances dans le milieu familial ou dans un lieu de consultation. Organisée dans des classes de l'Éducation nationale ou dans des Institutions Médico-Éducatives. L'externat doit être privilégié, sauf dans des périodes brèves (classe verte, camps de vacances) qui peuvent servir à diminuer la dépendance de l'enfant par rapport à sa famille. À l'adolescence, l'internat de semaine peut être une bonne solution pour favoriser l'autonomisation.

► Rééducations. Elles visent, par des moyens spécifiques, à améliorer une fonction défaillante (motricité, langage), ou à mettre en place des moyens de compensation. Les changements obtenus sur une fonction limitée ont aussi des effets sur l'ensemble de la personnalité. La personne du rééducateur est fortement investie par l'enfant et sa famille. Il est important que l'enfant, quel que soit son âge, aussi importante que soit sa déficience, ne soit jamais pris comme un objet à manipuler et qu'il soit pris en compte comme personne active dans sa rééducation.

► Soutien psychologique à l'enfant et à sa famille :

- L'enfant est en situation de vulnérabilité, du fait de ses limitations dans les interactions, accrue lorsqu'il y a prise de conscience progressive des échecs et des exclusions. Dans les RM légers et moyens, une baisse de l'estime de soi, des sentiments dépressifs, sont souvent rencontrés. Les relations affectives dans les déficiences graves et profondes sont plus difficiles à reconnaître. Cependant, les familles et les équipes éducatives reconnaissent des changements, parfois des régressions, quand il y a une modification négative dans l'environnement ;

- Les parents ont une tâche difficile à un double point de vue :

. Ils se sentent impliqués dans ce qui arrive à leur enfant, s'en sentent souvent coupables, et sont fragilisés dans leur fonction parentale.

. Ils se sentent dépassés par les particularités du développement de leur enfant, qu'ils doivent apprendre progressivement à connaître et à présenter aux autres membres de la famille, dans les lieux de socialisation et de scolarisation.

- La fratrie doit recevoir une attention particulière : selon leur âge et les circonstances, les frères et sœurs peuvent vivre des sentiments de délaissement, de jalousie par rapport à l'attention portée à celui qui a un handicap, ce qui peut majorer des sentiments de culpabilité. Il existe un risque de prise de responsabilité excessive, aux dépens de leur propre développement.

4. Précocité ou « surdon »

Pendant longtemps on a considéré que pour un enfant, le fait d'être situé dans les 2 à 3% de sujets les plus intelligents ne comportait que des avantages.

Pourtant des difficultés peuvent survenir.

On a pu mettre en cause le décalage entre une maturité intellectuelle trop précoce et les autres secteurs :

- décalage social : goûts et intérêts d'enfants + âgés et maturité affective et physique de son âge ;
- décalage interne : hétérogénéité des capacités intellectuelles, les épreuves verbales étant souvent supérieures aux épreuves non verbales (performance).

Des troubles peuvent apparaître :

- échec scolaire, du fait du désintérêt pour ce qui lui est proposé et du manque de motivation. On note dans ces cas une instabilité et une inattention.
- manifestations d'angoisse, principalement obsessionnelles.

En pratique :

Importance de faire un diagnostic précoce face à des manifestations d'inadéquation scolaire et d'inadaptation sociale.

La connaissance de l'explication des difficultés est, pour l'enfant comme pour sa famille, une mesure indispensable de minimisation des troubles.

Les attitudes varient avec chaque cas :

- maintien dans son milieu normal de classe avec activités stimulantes supplémentaires ?
- saut de classe ?
- exceptionnellement orientation vers une classe spécialisée, en mesurant les inconvénients d'une situation « à part » et d'une distanciation prématurée par rapport au milieu familial.