



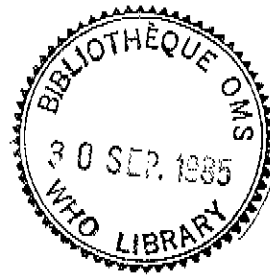
WORLD HEALTH ORGANIZATION  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

WHO/UNICEF/HED/85.13

ORIGINAL : ANGLAIS

CONSULTATION INTERNATIONALE MIXTE OMS/FISE  
SUR L'EDUCATION POUR LA SANTE CHEZ LES ENFANTS  
D'AGE SCOLAIRE

Genève, 30 septembre-4 octobre 1985



LES EFFETS DES MUTATIONS SOCIALES  
SUR LE COMPORTEMENT ET LE TRAVAIL A L'ECOLE  
DES ENFANTS D'AGE SCOLAIRE

par le

Professeur K. Minde\*

\* Le Professeur K. Minde est directeur de la recherche psychiatrique et professeur de psychiatrie et de pédiatrie à l'Hôpital des enfants malades, 55 University Avenue, Toronto, Ontario M5C 1X8, Canada.

The issue of this document does not constitute formal publication. It should not be reviewed, abstracted or quoted without the agreement of the World Health Organization. Authors alone are responsible for views expressed in signed articles.

Ce document ne constitue pas une publication. Il ne doit faire l'objet d'aucun compte rendu ou résumé ni d'aucune citation sans l'autorisation de l'Organisation mondiale de la Santé. Les opinions exprimées dans les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

## INTRODUCTION

Les mutations sociales peuvent se traduire par des modifications des lois et des traditions régissant les sociétés ou des groupes d'individus. Elles peuvent aussi influencer sur l'individu de nombreuses autres manières, par exemple, accélérer ou ralentir son développement physique ou biologique par des modifications apportées à son alimentation ou à ses conditions de logement; modifier sa vie culturelle ou sociale par des changements politiques, économiques, techniques ou religieux, ou par une évolution de ses relations avec des groupes devenus dominants dans la société où il évolue; et finalement elles peuvent avoir sur lui des effets psychologiques qui se refléteront dans sa santé physique et mentale.

Il peut être fascinant d'explorer la vaste gamme de phénomènes entraînés par les mutations sociales, mais, en tant que pédopsychiatre, je m'intéresse surtout aux effets de ces mutations sur le tissu du comportement social et psychologique des enfants et de leurs proches parents. Dans le contexte de la présente consultation, j'axerai particulièrement mon attention sur les phénomènes résultant d'une évolution sociale rapide - car les crises qui surviennent lors de la prise en charge des enfants et des familles qui ont vécu des changements brutaux sont souvent très urgentes et difficiles à traiter sur le plan clinique.

Dans le présent document, je m'efforce donc de résumer les données disponibles et d'identifier des variables ou des problèmes sans doute importants qui n'ont pas encore fait l'objet d'une étude systématique. Comme le Canada compte une importante population autochtone et de nombreux groupes ethniques, qu'il accueille près de 10 000 réfugiés par an et reçoit chaque année des milliers d'étudiants étrangers et de visiteurs de passage, les études menées parmi ces groupes vont être l'une des sources des données utilisées pour notre document. En outre, la discussion va englober les facteurs de stress psychologique, ainsi que les facteurs compensateurs du stress et reposera sur des données extraites de la littérature occidentale et de la littérature africaine et asiatique limitée à laquelle j'ai pu avoir accès. Enfin, j'utiliserai le matériel résumé dans le rapport du Comité OMS d'experts sur la santé mentale et le développement psychosocial de l'enfant (1977).

## PREVALENCE DES PROBLEMES SCOLAIRES ET DE SANTE MENTALE CHEZ LES ENFANTS

Des enquêtes approfondies sur la population générale menées dans les pays développés montrent que la prévalence des problèmes de santé mentale persistants et socialement handicapants chez les enfants de 3 à 15 ans est de l'ordre de 5 à 15 %. Des chiffres du même ordre ont été rapportés pour les pays en développement (Giel et al., 1981). Le nombre des enfants qui ont besoin d'une aide pédagogique spécialisée à cause de difficultés d'apprentissage est de l'ordre de 10 à 15 % dans les pays développés. Là encore, on dispose de données laissant entendre que le problème est du même ordre dans les nations en développement. Il faut toutefois souligner que les chiffres de prévalence dépendent forcément d'un certain nombre de facteurs indépendants. Ils varient par exemple selon le point de démarcation utilisé pour poser le diagnostic ou selon le type de comportement jugé anormal dans une culture particulière. On peut toutefois dire que, de manière générale, les problèmes de santé mentale et les problèmes scolaires sont plus fréquents chez les garçons que chez les filles, et plus fréquents chez les enfants qui habitent au cœur des villes que chez ceux des petites agglomérations ou des régions rurales. Ils sont aussi 3 à 4 fois plus fréquents chez les enfants qui ont eu un traumatisme cérébral ou qui sont atteints d'épilepsie. Ce qui voudrait dire que le dysfonctionnement cérébral constitue en soi une cause de trouble mental indépendamment des stress psychosociaux, du déficit intellectuel ou des déficiences de la faculté cognitive qui l'accompagnent généralement et qui contribuent de façon substantielle au degré élevé de difficultés psychosociales observées chez ces enfants.

## EFFET DES MUTATIONS SOCIALES SUR LE COMPORTEMENT

Les options qui s'offrent à un organisme soumis à une mutation sociale rapide sont limitées. Selon Berry et ses collègues (1985), des individus ou des groupes peuvent soit s'assimiler au nouvel ordre social, c'est-à-dire abandonner complètement leur culture et mode de comportement antérieurs, soit résister au changement en se coupant complètement des demandes nouvelles de

la société soit encore le combattre activement. Ces trois types de réactions ont été observées devant un haut degré de "stress culturel", c'est-à-dire de stress résultant de l'acculturation ou de l'adaptation au changement social. Dans la pratique, ce stress se traduit par des symptômes de désarroi, d'angoisse et de dépression ainsi que par une augmentation des troubles psychosomatiques chez les adultes et par une augmentation des troubles du comportement et des problèmes scolaires chez les enfants.

Le modèle suivi et préconisé par le Gouvernement canadien est celui de l'intégration, qui signifie que l'on encourage les groupes ethniques ou groupes de population particuliers à conserver leur culture ou leur langue traditionnelles dans certains domaines de leur vie quotidienne. On pense ainsi contrebalancer les symptômes associés à l'acculturation ainsi que le sentiment de marginalité ou de dislocation sociale communément ressenti par les groupes venus de l'extérieur qui doivent faire face à une évolution sociale rapide. Il n'y a pas encore eu d'études prospectives contrôlées sur de larges populations, mais on dispose de données indiquant que les enfants d'immigrants récents subissent moins de stress psychosocial lorsqu'on leur permet de conserver certains aspects de leur culture traditionnelle (Berry et al., 1984).

On voit donc qu'en général les mutations sociales ne sont pas en soi la cause de troubles sociaux ou psychologiques. C'est parce que l'individu ou le groupe ne parvient pas à s'adapter à ces mutations qu'apparaissent des symptômes de détresse sociale ou psychologique. Si les données plaidant en faveur de l'intégration plutôt que de l'assimilation totale ou de la résistance aux nouvelles demandes sociales sont exactes, il s'ensuit que le maintien de certains liens avec la culture originelle pourrait être également bénéfique pour l'adaptation psychologique de l'enfant et de sa famille. Des suggestions pratiques à ce sujet seront données à la fin du présent document.

Y a-t-il d'autres facteurs qui atténuent les effets des mutations sociales et favorisent l'adaptation ? Des études portant essentiellement sur des adultes immigrants, des réfugiés ou des groupes autochtones qui ont été exposés à de nouvelles valeurs culturelles et qui ont été soumis à des mutations sociales de grande envergure et des études épidémiologiques psychiatriques plus générales suggèrent que les facteurs ci-après peuvent protéger contre la désorganisation psychosociale.

a) Proximité culturelle

Moins il y a de différences entre les deux cultures ou systèmes sociaux en cause, moins pénible est le passage de l'un à l'autre (Berry et Annis, 1974). Les données à l'appui de cette affirmation sont fournies par des études portant sur des groupes autochtones canadiens et sur des étudiants étrangers dans des universités canadiennes. On a constaté que l'acculturation des canadiens autochtones était reliée à l'organisation sociale de base du groupe autochtone. Ainsi, les autochtones qui venaient d'une structure sociale très lâche avaient plus de difficultés à s'adapter à la société canadienne hautement structurée que n'en avaient les groupes dont le mode de vie reposait sur une structure sociale plus organisée (Berry, 1976). D'autres facteurs tels qu'un climat similaire et l'appréciation positive de l'alimentation préférée par les membres de la culture dominante ont aussi été associés à un faible stress acculturatif (Minde, 1985).

b) Sexe

De manière générale, les filles paraissent moins vulnérables aux stress psychosociaux extérieurs. On ne sait pas pourquoi l'appartenance au genre féminin devrait être un facteur protecteur contre la psychopathologie et les difficultés d'apprentissage chez les enfants. Selon Rutter et ses collègues (1976), qui ont étudié de près le phénomène, il pourrait s'expliquer par une variable biologique particulière associée au genre féminin. On possède toutefois des données montrant que les filles se plaignent beaucoup plus de stress lorsqu'elles passent dans une nouvelle culture ou une nouvelle société que ne le font les garçons. Les raisons n'en sont pas très claires, mais il se pourrait que les personnes de sexe féminin soient en général plus enclines à souscrire aux exposés de caractère personnel auxquels on a recours pour déceler les symptômes de stress (Cawte, 1972). Cependant, même des études épidémiologiques poussées menées sur des enfants d'immigrés antillais en Grande-Bretagne (Rutter et al., 1975), des statistiques relatives aux enfants fréquentant un dispensaire psychiatrique en Ouganda (Minde, 1977), et des données provenant d'une enquête sur la population générale menée au Soudan (Rahim et Cederblad, 1984) ont trouvé le même nombre de cas présentant une symptomatologie psychiatrique nette chez les filles et chez les garçons.

c) Facteurs cognitifs

De très nombreuses données suggèrent que l'intelligence et l'instruction sont des facteurs protecteurs contre une vaste gamme de troubles psychosociaux. Ainsi, le stress que connaissent les immigrants est très nettement en relation avec leur degré d'instruction antérieur. Les corrélations varient de 0,25 à 0,40 dans différentes études (Berry et al., 1985). La raison de cette association n'est pas claire. On peut supposer que les individus qui sont plus intelligents ou qui sont plus instruits ont une plus grande richesse intérieure et perçoivent même l'acculturation comme une expérience stimulante. Les enfants intelligents réussissent peut-être plus facilement à se faire accepter par les enfants du même âge à l'école.

Je n'ai pas connaissance de statistiques exactes sur la question pour les pays en développement, mais je dispose de données relatives à des écoliers en Ouganda qui viennent quelque peu appuyer cette hypothèse. Dans le cadre d'une étude portant sur 25 élèves d'école secondaire qui étaient venus dans une consultation de santé mentale à cause de problèmes d'étude et présentaient toute une gamme de troubles psychosomatiques également qualifiés de "surmenage" (Prince 1960), j'ai constaté que, comparés à un groupe témoin sans problème de la même école, les adolescents "surmenés" avaient des notes beaucoup plus basses. Ils étaient en moyenne de deux ans plus âgés que les autres, mais n'avaient pas redoublé plus souvent que leurs condisciples asymptomatiques. Ce qui voudrait dire que les adolescents à problèmes étaient entrés à l'école primaire plus tard que les autres et avaient probablement de ce fait subi une plus grande pression pour obtenir de bons résultats, d'où une augmentation des symptômes psychiatriques (Minde, 1974). L'auteur d'une récente étude nigériane sur des écoliers présentant des problèmes d'étude arrive à des conclusions similaires ( ).

Un autre facteur protecteur qui est également en corrélation avec l'intelligence est la connaissance de la langue parlée par le groupe dominant. Des études portant sur des étudiants étrangers et sur des enfants immigrants ont démontré que l'aptitude à parler anglais ou français était en nette relation avec l'adaptation au Canada (Minde et Minde, 1975; Berry et al., 1985).

d) Contacts

Il s'agit de variables traduisant les relations effectives avec la société au sens plus large, par exemple l'emploi salarié ou la propriété de biens dans le cas des adultes ou l'établissement de liens d'amitié avec un autre élève appartenant au principal groupe culturel dans le cas des enfants. Des études portant sur des immigrants et sur des étudiants étrangers montrent que le contact en soi est considéré comme un facteur de soutien et qu'il a une corrélation négative avec le stress de l'acculturation (Chance, 1965). Cette variable semble plutôt propre aux immigrants adultes, mais l'on peut trouver aussi des données similaires dans la littérature psychiatrique traitant des enfants. Ainsi, les enfants dont plusieurs personnes se sont occupés pendant leurs premières années de vie se séparent plus facilement de leur mère lorsqu'ils commencent à aller à l'école que ne le font les enfants appartenant à des systèmes familiaux moins ouverts. En outre, on dispose maintenant d'un nombre substantiel de documents prouvant l'impact important que la présence ou l'absence d'un système de soutien social spécifique peut avoir sur la santé mentale des adultes comme des enfants. Il n'est donc pas surprenant qu'il y ait eu une augmentation spectaculaire du nombre des groupes d'entraide créés par des parents d'enfants présentant des troubles affectifs ou physiques (infirmités motrices cérébrales, spina-bifida ou autisme, pour n'en mentionner que quelques-uns) dans les pays développés. Les réunions de groupes avec les mères d'enfants épileptiques retardés en Ouganda m'ont paru également efficaces (Minde, 1974). De tels groupes peuvent être dirigés par du personnel paramédical et constituent un important point focal pour l'éducation et le soutien des familles qui ont des enfants physiquement ou socialement anormaux.

e) Modes d'éducation

De très nombreuses données associent les variations du développement psychosocial des enfants à des qualités particulières des liens entre les enfants et ceux qui les élèvent, quels que soient leurs antécédents culturels. Les enfants qui ne sont pas désirés, qui sont en butte au rejet ou qui ont à souffrir d'une grave désunion familiale (conflits et désaccords entre leurs parents) présentent une incidence beaucoup plus élevée de délinquance, d'échecs scolaires

et de troubles de la conduite (West et Farrington, 1973). En effet, le développement affectif et cognitif normal des enfants demande aussi à être stimulé, c'est-à-dire que ces enfants ont besoin d'avoir des contacts et des échanges avec les adultes et avec des enfants du même âge. Il est particulièrement important que s'instaure une relation étroite entre l'enfant et ceux qui l'élevèrent pendant les cinq premières années de vie, car c'est au cours de cette période que se développent les attaches affectives fondamentales. Si ces liens sont brisés ou si les figures parentales fondamentales sont incapables de répondre avec sensibilité aux besoins de l'enfant au cours de ses premières années, il s'ensuit souvent une absence d'estime de soi ou de compétence sociale. Même si l'efficacité parentale s'améliore par la suite, certains de ces phénomènes risquent d'être irréversibles (Tizard et Rees, 1975).

Les enfants qui sont élevés dans des institutions et qui sont soumis à de multiples changements de figures parentales sont donc particulièrement exposés au risque de présenter des problèmes psychosociaux et d'avoir des résultats scolaires médiocres. De même, les enfants qui sont séparés de façon permanente ou brutale de leurs parents par suite de bouleversements politiques ou d'actes de violence perpétrés contre eux sont très exposés aux troubles mentaux. Des études de suivi menées par Amnesty International (Cohen et al., 1979) et par d'autres cliniciens (Allodi, 1980) ont montré que même 3 à 6 ans après avoir vu tuer ou enlever sous leurs yeux un membre de leur famille, 65 à 75 % des enfants continuaient à présenter des signes de frayeur et de retrait, de l'insomnie ou de l'agressivité.

La disparition de la famille élargie est certainement l'une des expériences les plus perturbantes pour les membres de sociétés axées autour de la vie en groupe. Dans un bon nombre d'études (par exemple Sethi et Sharma, 1982; Sharma et al., 1985), on a constaté que la famille élargie, en Inde du moins, est une meilleure source de soutien sur le plan psychosocial que la famille nucléaire. Comme les parents sont manifestement les médiateurs de la culture, les stress auxquels eux-mêmes sont soumis en raison des nouvelles demandes sociales vont forcément se refléter sur le comportement de leurs enfants.

#### f) Pauvreté

Bien des choses ont été écrites sur les effets néfastes de la pauvreté sur le bien-être psychosocial et le travail scolaire. En fait, la "guerre à la pauvreté" entreprise dans les années 60 avec pour arme principale le "Head Start Program", aux Etats-Unis d'Amérique, a été conçue comme un moyen d'améliorer les perspectives sociales de millions de gens et de briser le cercle vicieux des désavantages sociaux. Des études plus récentes ont toutefois montré qu'une multitude de facteurs de stress associés à la pauvreté - logement surpeuplé, querelles de ménage, famille nombreuse, etc. - qui contribuent à l'élévation du taux de troubles psychologiques chez les enfants pauvres dans les pays occidentaux accroissent aussi le risque de psychopathologie chez les enfants de familles plus prospères. En outre, selon des études récentes, les enfants de familles pauvres qui ont de bonnes relations avec leurs parents et vivent au sein d'un foyer relativement uni ont moins de problèmes de comportement ou de difficultés d'apprentissage pendant l'enfance et l'adolescence. Ces enfants ont aussi tendance à épouser des personnes ayant peu de problèmes psychopathologiques et à leur tour parviennent à bien élever leurs enfants (Quinton et Rutter, 1984a et 1984b). Par contre, des enfants tout aussi pauvres mais dont les parents n'assument pas adéquatement leur rôle tendent à continuer d'avoir des problèmes pendant leur adolescence et au début de leur âge adulte. Ils quittent l'école tôt, se marient tôt avec des personnes présentant souvent les mêmes insuffisances, ont des enfants tôt, et finissent par en confier certains "à l'assistance", perpétuant ainsi le cercle vicieux des handicaps si fréquemment rencontrés dans les consultations de santé mentale.

Aux Etats-Unis d'Amérique, on a pensé qu'une intervention éducative précoce était un moyen de briser ce cercle vicieux de la pauvreté, mais jusqu'ici les résultats n'ont pas été encourageants. Seuls des programmes hautement structurés, très coûteux, qui prennent l'enfant dès la première année de vie et continuent de s'en occuper pendant au moins quatre ans ont réussi à modifier les résultats intellectuels et scolaires d'enfants très défavorisés pendant la première décennie de leur vie (Ramey et al., 1982). Il est cependant indubitable qu'un bon programme préscolaire apportant à la fois une stimulation de la faculté cognitive et une chaleur affective aux jeunes enfants vivant dans la misère favorisera leur développement et leur donnera une meilleure chance dans la vie (Gottfried, 1984).

g) Facteurs protecteurs

Si l'on ne considère que les facteurs de stress inhérents aux mutations sociales, on risque de n'avoir qu'une vue limitée de la situation, car de nombreux enfants et de nombreuses familles parviennent très bien à s'adapter à un environnement en mutation rapide. Le chapitre qui suit va donc traiter des facteurs de compensation qui peuvent aider les enfants et leurs familles à sortir indemnes d'expériences traumatisantes.

1. Nombre de stress

Il semble que les enfants qui sont confrontés à un stress grave (par exemple, migration du village à la ville) ne présentent pas de troubles psychologiques plus nombreux si ce stress reste isolé. Par exemple, si les parents déménagent avec l'enfant et restent psychologiquement proches de lui et certains de ses amis émigrent aussi, et s'il n'y a pas de changement majeur dans les habitudes alimentaires ou les possibilités d'aller en classe, la migration peut être très bien supportée. De même, si un enfant va vivre chez un parent dans un autre village ou à la ville parce qu'il est ainsi plus proche de l'école, il s'adapte en général bien à la situation (Minde, 1975). Par contre, s'il va vivre chez un parent parce que son père a déserté le foyer et que sa mère fait une dépression, a moins d'argent et doit aller travailler, des problèmes vont certainement surgir car l'enfant doit maintenant faire face à au moins trois événements traumatisants (l'absence du père, la dépression de la mère et l'installation au sein d'un foyer différent).

2. Maintien de bons rapports avec au moins l'un des deux parents ou avec un parent proche au sein de la famille élargie

On a constaté que les risques de déséquilibre mental que court l'enfant élevé dans un foyer désuni et malheureux sont réduits si l'enfant peut entretenir de bons rapports avec l'un des deux parents ou un parent proche. Par exemple, si le père commence à boire parce qu'il a perdu son emploi et qu'il devient irritable et a tendance à punir ses enfants, ceux-ci se porteront quand même bien s'ils continuent à avoir confiance dans leur mère et sont soutenus par elle. Certaines données suggèrent que chez les enfants de ménages perturbés il n'y a guère d'augmentation de symptomatologie psychiatrique si ces enfants entretiennent de bons rapports avec d'autres membres de la famille élargie. Cela est particulièrement vrai dans les pays en développement (Minde, 1976; Rahim et Cederblad, 1984).

3. Réussite ou expériences heureuses en dehors de la maison

Il semble que les succès scolaires soient de nature à tempérer les inconvénients d'un milieu familial médiocre. Dans une série d'études, Rutter et ses collègues (1979) ont montré que certaines écoles parviennent à maîtriser les enfants très difficiles et, en fait, les aident à se débarrasser de certaines de leurs difficultés psychologiques. D'autres écoles semblent avoir l'effet inverse, c'est-à-dire créer des jeunes à problèmes. Cela semble particulièrement le cas dans les pays en développement où le surencombrement des classes et la compétition excessive pour de bonnes notes compromettant souvent la santé affective des étudiants (Chiutu et Haworth, 1979). On ne sait pas exactement à quels facteurs dans ces écoles attribuer la fréquence des problèmes comportementaux chez les élèves, mais l'esprit général qui règne dans l'école semble jouer un rôle important. Cet esprit se traduit notamment par le taux de renouvellement des enseignants (moins celui-ci est élevé et meilleurs sont les résultats de l'école sur le plan de la santé mentale), mais non par les effectifs des classes. Malheureusement, on ne dispose pas sur ces points de données en provenance des pays en développement. Dans mon étude sur les enfants de trois écoles différentes en Ouganda, j'ai pu constater que le taux d'enfants à problèmes variait de 10,5 à 24 % (Minde, 1975). Comme je n'ai pas étudié bon nombre des facteurs dont Rutter et ses collègues estiment qu'ils contribuent à l'incidence des problèmes de santé mentale, la portée des différences entre les écoles ougandaises reste matière à conjecture. De manière générale, on peut, toutefois, supposer que les expériences positives vécues en dehors de la famille proche contribuent au développement psychologique de tout enfant, quels que soient sa culture et le degré de développement de la société à laquelle il appartient. Les écoles ont un rôle particulièrement important à jouer à cet égard.

## EFFETS DES MUTATIONS SOCIALES SUR LE TRAVAIL A L'ECOLE

Tous les facteurs qui augmentent le risque de problèmes de santé mentale augmentent également le risque de difficultés scolaires. Les enfants qui souffrent de la faim, sont craintifs et déprimés ou ne comprennent pas bien la langue locale ou la langue d'enseignement ne vont manifestement pas pouvoir se concentrer et s'investir dans les études. Pour obtenir de bons résultats scolaires il ne faut pas seulement avoir des aptitudes intellectuelles, il faut aussi avoir le sentiment de sa propre valeur et confiance dans l'avenir. Or, de nombreux enfants n'éprouvent ni l'un ni l'autre de ces sentiments lorsqu'ils sont confrontés à des mutations sociales importantes. L'éducation, comme on l'a dit plus haut, étant l'un des facteurs le plus décisif d'une bonne adaptation aux mutations sociales, il importe d'explorer à fond, si tant est que cela soit possible, les problèmes d'apprentissage des enfants.

On a identifié trois grandes raisons expliquant les médiocres résultats scolaires.

1. Les enfants souffrant d'atteintes cérébrales graves et d'arriération mentale concomitante ne sont manifestement pas en mesure de tirer profit d'un programme scolaire normal. Malheureusement, les atteintes cérébrales sont beaucoup plus fréquentes dans les couches pauvres de la population, que ce soit dans les pays développés ou dans les pays en développement (Davie et al., 1972).
2. Les enfants souffrant de perturbations mentales graves, surtout lorsqu'elles se traduisent par le vol, le mensonge, l'agressivité ou d'autres activités préjudiciables à autrui, font rarement preuve d'intérêt et de persévérance à l'école (Zinkus, 1979).
3. Il y a également un groupe assez important d'enfants (de 8 à 12 % dans le groupe d'âge de 6 à 12 ans) qui, soit parviennent difficilement à se concentrer ou à prêter attention aux instructions, soit ont des difficultés particulières à apprendre. Les premiers ont généralement une intelligence normale et lorsqu'on les aide à se concentrer, ils peuvent comprendre et conceptualiser le matériel scolaire sans difficulté. Malheureusement, leur schéma cognitif impulsif et irréfléchi ne leur permet pas de prendre le temps de penser avant de se lancer dans une activité, aussi acquièrent-ils de mauvaises habitudes de travail et connaissent-ils un taux élevé d'échecs scolaires (Langhorne et al., 1976).

Ces enfants sont dits atteints d'instabilité ou d'agitation psychomotrice. Ce trouble atteint environ 5 à 12 % de tous les enfants d'âge scolaire (Miller et al., 1973), le taux de masculinité allant de 5:1 à 9:1 (Omenn, 1973).

On ne possède pas de preuve que l'instabilité psychomotrice soit due à des stress sociaux bien que les enfants présentant ce trouble soient beaucoup plus vulnérables à toute transformation soudaine de leur structure de soutien.

Aucune bonne étude épidémiologique sur l'incidence de l'instabilité psychomotrice dans les pays en développement n'a encore été menée, mais Minde et Cohen (1978) ont estimé, en s'appuyant sur les données disponibles en Ouganda, que le taux d'incidence dans ce pays se situe entre 3 et 5 %.

Les jeunes qui souffrent de difficulté d'apprentissage sont capables d'absorber ce qu'ils doivent apprendre (c'est-à-dire qu'ils peuvent bien se concentrer), mais ne sauront pas transformer ou conceptualiser le matériel absorbé. Là encore, on peut distinguer deux grands groupes. Il y a les enfants qui présentent une dyslexie générale, c'est-à-dire qui accusent un retard d'au moins deux ans dans l'apprentissage de la lecture, comme des tests normalisés permettent d'en juger. Ces enfants ont souvent un Q.I. faible (le Q.I. moyen dans une étude bien contrôlée (Rutter et Yule, 1975) n'a été que de 80). On observe aussi chez eux une incidence élevée de troubles neurologiques patents (11 %) et des anomalies englobant une vaste gamme de fonctions neurodéveloppementales, y compris la coordination motrice, la différenciation de la droite et de la gauche, et des difficultés d'expression et de langage. Le plus souvent, ces enfants viennent de familles nombreuses dont le chef a un emploi faiblement rétribué. La dyslexie est tout aussi fréquente chez les garçons que chez les filles et touche près de 7 % de tous les écoliers.

Par contre, il y a un plus petit groupe d'enfants (près de 3,5 %) qui présentent des troubles particuliers de l'apprentissage de la lecture. Ces enfants ont très souvent des parents ou des frères et sœurs dont on sait qu'ils ont des difficultés à lire (35 % contre 10 % chez les lecteurs lents). Il y a aussi beaucoup plus de garçons que de filles dans ce groupe (3,3:1 environ) et ces enfants ont un Q.I plus élevé (une moyenne de 102 dans l'étude de Rutter et Yule). Les difficultés cliniques des deux groupes sont aussi très variables. Les uns ne perçoivent pas par exemple les différences mineures entre les voyelles malgré une excellente ouïe, les autres peuvent être incapables de reconnaître l'inadéquation de leur comportement social malgré des instructions répétées. Ces deux groupes, celui des dyslexiques et celui des instables psychomoteurs, ont besoin d'un enseignement ou d'un encadrement spécial; redoubler la classe n'aura aucun effet positif sur leurs résultats scolaires.

Comme pour les problèmes associés à la santé mentale des enfants, il faut souligner le rôle très important que joue le bien-être physique et affectif des parents en ce qui concerne le travail des enfants à l'école et toute évaluation du cas des enfants ayant des résultats médiocres devrait comporter un entretien avec leur famille. Ce n'est qu'après cet entretien que l'on pourra apprécier le rôle respectif des facteurs biologiques et des facteurs externes et mettre sur pied un programme global de traitement.

#### LE PROCESSUS DE L'ADAPTATION AU CHANGEMENT

Dans les pages précédentes, on a étudié certaines des variables qui peuvent aggraver ou atténuer le stress auquel sont soumis les enfants et les familles qui doivent s'adapter à un changement social, en présentant le changement social et la réaction de l'individu à ce changement comme s'ils s'étaient produits soudainement. Or, toute adaptation à un changement est un processus qui se poursuit pendant une certaine durée. Les spécialistes de la santé mentale sont conscients de l'existence de phases distinctes dans l'adaptation à des événements extérieurs tels que le divorce des parents, la perte d'une personne chère, le diagnostic d'une tumeur maligne ou la naissance d'un enfant handicapé et les psychologues sociaux commencent aussi à parler de phases distinctes dans l'acculturation. Berry et Kim (1985), dans une contribution très récente à un atelier organisé sous l'égide de l'OMS sur les applications de la psychologie transculturelle à la promotion du développement humain, distinguent cinq phases dans ce processus : le "précontact", le contact, le conflit, la crise puis l'adaptation. Au cours de la phase de contact commencent des échanges culturels et comportementaux, où la plus grande partie de l'apport est fournie par le groupe dominant, ce qui accroît le stress subi par le groupe acculturé. Cette situation peut mener à un conflit, puis à une crise qui demande à être résolue (adaptation). L'importance de ce modèle pour les professionnels de la santé mentale est qu'il permet d'évaluer les enfants et leur système de soutien d'une manière plus écologique. Par exemple, il se peut que les victimes de la famine en Ethiopie du Nord aient, à cause de la malnutrition, été dans une très mauvaise condition physique et mentale avant d'arriver dans les camps et d'être éventuellement réinstallées dans le sud de l'Ethiopie. Les changements sociaux qui leur sont imposés dans ces circonstances peuvent donc ne pas entraîner de conflit ni de crise, mais leur permettre de mener une existence moins stressante, leur ravitaillement étant désormais assuré.

Toutefois, pour maintenir le stress à un faible niveau, il faudrait que les membres de la culture dominante fassent cas des caractéristiques et de l'identité culturelle des nouveaux venus et leur offrent aussi des contacts actifs et positifs.

Dans une étude très approfondie de 250 enfants immigrants de trois pays différents menée deux ans après l'arrivée de ces enfants en Australie, Taft et Cahill (1978) ont confirmé certaines des hypothèses de Berry. Des enfants maltais, deux ans après avoir immigré en Australie ont été beaucoup moins bien notés par leurs enseignants sur le plan de l'aptitude à apprendre, de l'attitude envers l'apprentissage et du comportement général à l'école qu'un an après leur arrivée en Australie. Il n'en a pas été de même pour les enfants immigrés sud-américains et britanniques. Taft et Cahill ont estimé que ces différences étaient dues à une différence d'attitude chez les parents des enfants. Les parents maltais n'aimaient pas la vie en Australie. Ils résistaient donc à l'intégration, ce qui peut avoir été à l'origine du conflit de leurs enfants avec les écoles australiennes.

Ces données montrent que les recherches futures sur les immigrants et autres groupes exposés à des mutations sociales rapides devraient davantage tenir compte du caractère de processus qu'à l'adaptation. Identifier des phases distinctes dans ce processus pourrait aussi aider les responsables de l'intervention curative et préventive à mettre au point des techniques plus appropriées.

#### MOYENS D'INTERVENTION

Intervenir et atténuer le stress qu'imposent à l'enfant et à sa famille des mutations sociales rapides est une entreprise complexe. Il est très difficile de concevoir et d'évaluer scientifiquement des études sur les mesures à appliquer. Cependant, certains stress, comme la crainte d'une guerre nucléaire imminente ressentie de façon aiguë par de nombreux enfants dans les pays développés (Somers et al., 1985), exigent des stratégies d'intervention très différentes de celles que réclament les stress entraînés par la sécheresse ou la mort d'un parent. Il y a cependant certains principes généraux d'intervention qui sont applicables dans toute une gamme de situations, même si les cultures sont différentes.

1) Il est très important de sensibiliser l'opinion générale au fait que des anomalies de comportement sont fréquemment dues à des changements dans l'environnement de l'enfant. Il serait particulièrement utile que les agents de santé et les personnes occupant des postes administratifs partout dans le monde comprennent la relation existant entre le dysfonctionnement social et une alimentation insuffisante (Graham et Canavan, 1982). Il serait également utile que les enseignants puissent reconnaître la relation entre un problème d'apprentissage et l'attitude agressive d'un enfant de dix ans.

De manière générale, ceci veut dire qu'il faut enseigner à ceux qui sont en contact avec les enfants et avec leurs familles :

- a) L'interdépendance des différents domaines - cognitif, biologique, social et psychologique - du développement de l'enfant. Certains exemples en ont été donnés plus haut.
- b) Les effets que certains événements peuvent avoir sur tout le tissu de la société et notamment les manifestations comportementales associées (Bronfenbrenner, 1979). Certains exemples récents en sont les transformations apportées au rôle des femmes dans notre société, l'existence de techniques peu coûteuses de contrôle des naissances ou l'augmentation des taux de divorce. Ces événements ne nous ont pas seulement sensibilisés au besoin de crèches plus nombreuses, mais nous ont aussi amenés à réévaluer les notions traditionnelles concernant l'attachement mère-nourrisson, le développement cognitif progressif et l'importance de la présence d'un parent du même sexe pour une identification sexuelle réussie.

Il est manifestement impossible dans le cadre de la présente étude d'examiner la gamme complète des mutations imposées à diverses sociétés au cours de la décennie écoulée, mais pour comprendre chacune d'entre elles, le mieux est d'utiliser un modèle écologique.

2) Les effets des transformations soudaines ou importantes survenant dans une société devraient être ralentis et atténués pour les enfants et leurs familles. A cette fin, on gardera toujours présent à l'esprit le fait qu'il est toujours préférable que le nombre de changements imposés simultanément à tout système comportemental soit réduit. Par exemple, dans une excellente étude menée récemment, Rahim et Cederblad (1984) ont examiné 240 enfants de 3 à 5 ans dans une région située près de Khartoum qu'ils avaient déjà étudiée en 1965. Ils ont constaté que cette région, de rurale était devenue urbaine, et que les enfants les plus âgés présentaient un taux plus faible de symptômes physiques, mais un taux de symptômes comportementaux beaucoup plus élevé quoique encore plus faible que dans la plupart des pays développés. Ils ont estimé que cela s'expliquait par les schémas de migration de leur échantillon, des familles élargies tout entières, voire des fractions de village, s'étant réinstallées dans une même partie de la nouvelle région, ce qui a assuré le maintien de structures de soutien traditionnelles et de l'estime de soi. On a là un exemple concret des avantages du modèle d'intégration mentionné plus haut dans le présent document. Comme on sait que les retombées comportementales d'autres transformations sociales, telles que le divorce, vont être plus faciles à accepter par un enfant si celui-ci ne change pas de domicile et continue de fréquenter la même école, il faudrait adopter chaque fois que possible le principe "du moindre changement nécessaire".

3) Les troubles propres à une culture sont rares et la plupart des manifestations comportementales des mutations sociales se rencontrent transculturellement.

Westermeyer (1985), dans une revue récente des diagnostics psychiatriques à travers les cultures, signale que rares sont les syndromes liés à une culture tels que le Koro ou l'Amok, bien que la répartition des troubles non psychotiques diffère d'une culture à l'autre (Nichter, 1981). Telle a été aussi mon impression pendant mes recherches en Ouganda (Minde, 1974b)), ce qui donne à penser que de nombreux principes fondamentaux régissant les interventions mises en œuvre dans le monde occidental se révéleraient tout aussi utiles dans d'autres parties du monde à condition de tenir compte des pratiques culturelles locales.

4) Il faut apprendre aux enseignants et aux praticiens à mieux diagnostiquer et traiter les troubles psychologiques. De nombreuses données permettent de penser que les professionnels s'occupant d'enfants ne savent pas bien dépister les sujets qui présentent des syndromes psychiatriques et ceux qui souffrent d'un déficit intellectuel (Ciel et al., 1981). L'étude de Ciel menée dans quatre pays sous les auspices de l'OMS a montré qu'en fait, seuls 12 à 29 % des enfants atteints de troubles psychiatriques et 5 à 12 % des enfants atteints de déficit intellectuel avaient été dépistés. L'OMS a récemment publié un rapport dans lequel des conseils sont donnés à l'agent de santé communautaire pour qu'il sache mieux s'occuper des questions de santé mentale (OMS, 1980), mais il reste encore beaucoup à faire sur le plan de la formation. Peut-être pourrait-on y parvenir en utilisant un manuel sur la santé mentale et le développement psychosocial de l'enfant écrit par cinq pédopsychiatres de quatre continents pour le compte du Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est en 1981 (OMS, 1981). Ce manuel, dont il existe une version destinée aux médecins des soins de santé primaires, aux éducateurs et aux agents de la protection de l'enfance, peut être obtenu au Siège de l'OMS à Genève. Il a été écrit de manière à pouvoir être facilement traduit dans d'autres langues. Le contenu pourrait en être incorporé dans les programmes de formation des médecins comme des enseignants. Mon expérience personnelle me permet toutefois de suggérer que même les professionnels les plus engagés sur le plan psychosociologique perdront leur enthousiasme s'ils a) ne sont pas récompensés de leur intérêt pour les questions de santé mentale par leurs supérieurs et b) ne sont pas en contact régulier avec un professionnel de la santé mentale qui puisse les aider dans leurs contacts quotidiens avec les enfants difficiles et leur famille. Lorsqu'ils bénéficient d'un encadrement et d'une assistance de ce genre, la majorité des enseignants et autres professionnels s'occupant des enfants sont tout à fait disposés et aptes à aider les enfants dans leur travail scolaire et dans la résolution de leurs problèmes psychologiques et le font avec efficacité (Minde, 1976).

5. La qualité variable des soins que la société assure actuellement aux individus de niveau social différent et à leur famille ne devrait pas causer une inquiétude excessive. En fait, l'expérience montre que l'intérêt manifesté par des groupes spéciaux, souvent socialement favorisés, pour les services de santé mentale ou les programmes scolaires spéciaux parviendra avec le temps à susciter celui d'autres groupes moins favorisés de la population et ainsi à créer les pressions communautaires nécessaires pour que de tels services soient offerts à tous (Graham et Canavan, 1982). On se souviendra aussi que dans les pays en développement, les personnes nouvellement instruites constituent un groupe très exposé au risque de mal s'occuper de leurs enfants car bon nombre d'entre elles ne pensent qu'à leur carrière et ont tendance à laisser leurs enfants aux soins de gens de maison indifférents et mal payés (Gatere, 1980).

6. Toute forme d'intervention pratique devrait respecter les principes suivants :

- a) maintenir les liens familiaux et les structures de soutien traditionnels;
- b) sauvegarder l'autonomie personnelle du groupe de population concerné;
- c) fournir des structures de soutien pour les pratiques culturelles existantes au lieu de remplacer celles-ci par de nouvelles pratiques.

Dans la pratique, cela veut dire qu'il faut essayer de préserver l'unité de la famille ou de recourir à d'autres membres de la famille pour remplacer les parents lorsque cela est nécessaire; créer des crèches, garderies ou autres services d'aide à temps partiel pour les mères qui travaillent et celles qui ne sont pas en mesure de s'occuper de leurs enfants; recourir aux groupes d'auto-assistance ou à d'autres moyens d'organisation communautaire qui engagent activement les familles à risque dans la recherche de solutions aux problèmes entraînés par les mutations sociales, et, finalement, renforcer les éléments forts de préférence aux éléments faibles des structures existantes dans le cadre de nos efforts pour aider ceux qui ont besoin de nos soins.

BIBLIOGRAPHIE

- Berry, J. W., Annis, D. C. (1974) Acculturative Stress. J. Cross-Cultur. Psychol. 5: 382-406.
- Berry, J. W. (1976) Human Ecology and Cognitive Style: Comparative Studies in Cultural and Psychological Adaptation. New York: Sage/Halsted.
- Berry, J. W., Kim, U., Minde, T. & Mok, D. (1985) Comparative studies of Acculturative Stress. Document présenté à la réunion de l'Assoc. psych. canad., juin.
- Berry, J. W., Kim, U. (1985) Acculturation and mental health. In: P. R. Dasen, J. W. Berry, N. Sartorius (eds). Applications of Cross-cultural Psychology to the Promotion of Healthy Human Development. Beverly Hills: Sage (sous presse).
- Bronfenbrenner, U. (1979) The Ecology of Human Development. Cambridge: Harvard University Press.
- Cawte, J. (1972) Cruel, Poor and Brutal Nations. Honolulu: University of Hawai Press.
- Chintu, C. Haworth, A. (1979) Mental health services for children in Zambia. Document inédit.
- Davie, R., Butler, N. & Goldstein, H. (1972) From Birth to Seven: A Report of the National Development Study. Londres : Longman.
- Gatere, S. (1980) Child rearing patterns in Kenya. In: The Future of Mental Health Services. A. Kiev., V. J. Muya, N. Sartorius (eds). Excerpta Medica, Amsterdam, pp. 127-131.
- Giel, R. de Arango, M. V., Climent, C. E., Harding, T. W., Ibrahim, H. H. A., Ladrado-Ignacio, L., Srinivasa Murthy, R., Salazar, M. C., Wig, N. N., Younis, Y. O. A. (1981) Childhood mental disorders in primary health care: Results of observations in four developing countries. Pediatrics. 68: 667-683.
- Gottfried, A. W. (1984) Home Environment and Early Cognitive Development. New York: Academic Press.
- Graham, P., Canavan, K. (1982) The mental health of children in developing countries. In: The Child and His Family, Vol. VII., E. J. Anthony, C. Chiland (eds). John Wiley, Toronto, pp. 197-213.
- Langhorne, J. E., Loney, J., Paternite, C. E., Bechtoldt, H. P. (1976). Childhood hyperkinesis: A return to the source. J. Abn. Psychol. 85: 201-209.
- Miller, R. G., Palkes, N. S., Stewart, M. A. (1973) Hyperactive children in suburban elementary schools. Child Psychiat. Hum. Dev., 4: 121-127.
- Minde, K. (1974a) Study problems in Ugandan secondary school students: A controlled evaluation, Brit. J. Psychiat., 125: 131-137.
- Minde, K. (1974b) The first 100 cases of a child psychiatric clinic in Uganda: A follow-up investigation. East Afric. J. Med. Res. 1: 95-106.
- Minde, K. (1976) Child Psychiatry in East Africa: Some lessons learned. East Afric. J. Med. Res., 3: 149-159.
- Minde, K. & Minde, R. (1976) Children of immigrants: The adjustment of Ugandan Asian primary school children in Canada. Can. Psychiat. Assoc. J., 21: 23-37.
- Minde, K. & Cohen, N. (1978) Hyperactive children in Canada and Uganda: A comparative evaluation, J. Am. Acad. Child Psychiat., 17: 476-487.

- Minde, T. (1985) Foreign student adaptation at Queen's Univ. Unpublished B.A. Honours Thesis, Queen's University.
- Nichter, M. (1981) Idioms of distress, alternatives in the expression of psychological distress: A case study from South India. Cult. Med. Psychiat. 5: 379-408.
- Owens, G. (1973) Genetic issues in the syndrome of minimal brain dysfunction. Semin. Psychiat. 5: 5-17.
- Organisation mondiale de la Santé (1977) Santé mentale et développement psychosocial de l'enfant. Série de Rapports techniques No 613, OMS, Genève.
- Organisation mondiale de la Santé (1981) L'agent de santé communautaire. OMS, Genève.
- Organisation mondiale de la Santé (1981) Child Mental Health and Psychosocial Development. Manuals for the Primary Health Care Physicians, Teacher and the Child Welfare Worker.
- Prince, R. (1960) The "brain fog" syndrome in Nigerian students. J. Mont. Sc. 106: 559-570.
- Quinton, D. & Rutter, M. (1984a) Parents with children in care - I. Current circumstances and parenting. J. Child Psychol. Psychiat. 25: 211-229.
- Quinton, D. & Rutter, M. (1984b) Parents with children in care - II. Inter-generational circumstances. J. Child Psychol. Psychiat. 25: 231-250.
- Rahim, S. I. A. & Cederblad, M. (1984) Effects of rapid urbanization on child behaviour and health in part of Khartoum, Sudan. J. Child Psychol. Psychiat. 25: 629-641.
- Ramey, C. T., MacPhee, D. & Yeates, K. O. (1982) Preventing developmental retardation. A general systems model. In: L. Bond & J. Joffe (eds) Facilitating Infant and Early Childhood Development. University Press of New England. Hanover, N. H. pp 343-401.
- Rutter, M., Yule, W., Berger, M., Yule, B., Morton, J. & Bagley, C. (1974) Children of 'West' Indian immigrants. I: The rates of behavioural deviance and of psychiatric disorder. J. Child Psychol. Psychiat. 15: 241-262.
- Rutter, M., Yule, W. (1975) The concept of specific reading retardation. J. Child Psychol. Psychiat. 16: 181-197.
- Rutter, M., Maughan, B., Mortimore, P., Ouston, J. & Smith, A. (1979) Fifteen Thousand Hours: Secondary Schools and Their Effects on Children. Londres : Open Books.
- Sharma, M., Sethi, B. B., & Bhiman, A. (1985). Social interaction patterns in a rural and urban community. Ind. J. Soc. Psychiat. 1: 66-74.
- Sethi, B. B. & Sharma, M. (1982) Family factors in psychiatric illness. In: Readings in Transcultural Psychiatry. A. Kiey, A. Verkoba Rao (eds). Madras: Higginbotham.
- Toft, R., Cahill, D. (1978) The Initial Adjustment to Australian Schooling of Immigrant Families. Canberra: Austral. Governm. Publish. Service.
- Tizard, B. & Rees, J. (1975) The effect of institutional rearing on the behaviour problems and affectional relationships of four-year old children. J. Child Psych. Psychiat. 16: 61-74.
- West, D. J., Farrington, D. P. (1973) Who Becomes Delinquent? Londres : Heidemann.
- Westermeyer, J. (1985) Psychiatric diagnosis across cultural boundaries. Am. J. Psychiat 142: 798-805.
- Zinkus, P. W. (1979) Behavioural and emotional sequelae of learning disorders. In: Current issues in developmental Pediatrics: The Learning Disabled Child. M. I. Gotlieb, P. W., Zinkus, L. J., Bradfore (eds). New York: Grune & Stratton.