Prendre soin de l'enfant en difficulté implique parfois la nécessité d'un diagnostic. Il s'agit de penser celui-ci comme levier pour vivifier le soin, l'inscrire dans une démarche collective et relationnelle autour de l'enfant. Comment, entre professionnels et parents, travailler ensemble dans un processus diagnostique personnalisé, évolutif et créatif ? Comment éviter que le diagnostic enferme la prise en charge dans une forme prédictive ? Ce livre ouvre des pistes à tout professionnel pour agir ensemble, nouer une alliance avec l'enfant et le porter dans ses multiples composantes : développementale, somatique, cognitive, relationnelle, psychologique. Christine Dom, pédopsychiatre, aborde le diagnostic comme un geste de soin considérant l'enfant dans sa globalité et dans son développement.

Christine Dom est pédopsychiatre et psychothérapeute notamment formée en systémique et en thérapie par le jeu et la créativité. Elle a une pratique de consultation, de travail en réseau et de thérapie institutionnelle.

yapaka.be
Coordination de la prévention de la maltraitance
Secrétariat général
Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique
Bd Léopold II, 44 – 1080 Bruxelles
yapaka@yapaka.be

FÉDÉRATION WALLONIE-BRUXELLES

LE DIAGNOSTIC, UN PROCESSUS COLLECTIF AUTOUR DE L'ENFANT

CHRISTINE DOM

152 yapaka.be

LECTURES

TEMPS D'ARRÊT

LE DIAGNOSTIC, UN PROCESSUS COLLECTIF AUTOUR DE L'ENFANT

Christine Dom

yapaka.be

Le diagnostic, un processus collectif autour de l'enfant

Christine Dom

yapaka.be

Temps d'Arrêt / Lectures

Une collection de textes courts destinés aux professionnels en lien direct avec les familles. Une invitation à marquer une pause dans la course du quotidien, à partager des lectures en équipe, à prolonger la réflexion par d'autres textes. – 8 parutions par an.

Directrice de collection : Claire-Anne Sevrin assistée de Diane Huppert ainsi que de Meggy Allo, Laurane Beaudelot, Philippe Dufromont et Audrey Heine.

Le programme yapaka

Fruit de la collaboration entre plusieurs administrations de la Communauté française de Belgique (Administration générale de l'Enseignement, Administration générale de l'Aide à la Jeunesse, Administration générale des Maisons de Justice, Administration générale du Sport, Administration générale de la Culture et ONE), la collection « Temps d'Arrêt / Lectures » est un élément du programme de prévention de la maltraitance yapaka.be

Comité de projets : Mathieu Blairon, Louise Cordemans, Anne-Charlotte De Vriendt, Emilie Helman, Caroline Henry, Cécile Hiernaux, Françoise Hoornaert, Claire Meersseman, Farah Merzguioui, Eleanor Miller, Géraldine Poncelet, Marie Remy, Nathalie Van Cauwenberghe, Françoise Verheyen.

Comité directeur : Jeanne Brunfaut, Quentin David, Frédéric Delcor, Valérie Devis, Annie Devos, Caroline Henry, Laurent Monniez, Yves Polome, Claire-Anne Sevrin.

Suivez l'actualité de Yapaka sur les réseaux sociaux

Une initiative de la Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique.

Éditeur responsable : Frédéric Delcor – Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique – 44, boulevard Léopold II – 1080 Bruxelles.
Février 2025

Sommaire

Un diagnostic, c'est quoi au juste ? **7**

Le diagnostic, c'est une lasagne **13**
Par où commencer ? Par le bout qui dépasse 13
Nous vivons tous dans des systèmes. 14
Ces systèmes ont une histoire 16
Apprendre, c'est vivre 18
Parfois, il y a vraiment un problème : la psychopathologie . . 20
L'attachement, la chaussette rouge dans la machine à laver 24
À garder en tête. 25

La séquence « Bilan, diagnostic, plan de traitement » est-elle une obligation ? **27**

Ne pas confondre symptôme et diagnostic **33**

Un diagnostic, c'est quelqu'un qui parle à quelqu'un... dans sa langue **39**

L'enfant n'est pas un adulte en miniature **45**

Un diagnostic, c'est d'abord une rencontre **53**

L'affaire de tous **57**

Bibliographie **58**

Que nous soyons médecins, éducateurs, psychologues, assistants sociaux, logopèdes, psychomotricien(ne)s, enseignants ou, plus généralement, parents, nous sommes régulièrement confrontés à la question du diagnostic.

Nous n'en avons pas, en faudrait-il un ? Ne risquons-nous pas alors de coller une étiquette réductrice sur l'enfant et de faire pis que bien ? Notre regard n'en sera-t-il pas biaisé ? Ou, au contraire, une meilleure compréhension de l'enfant nous permettra peut-être d'accepter plus facilement un enfant différent, d'ajuster nos attentes et de mieux mesurer quand être indulgent et quand être plus soutenant ou exigeant. Peut-être ce diagnostic permettra-t-il à l'enfant lui-même de mieux se comprendre et de s'accepter ? Ainsi, un jeune garçon présentant des traits autistiques (TSA) me disait : « Moi, je ne suis jamais qu'un c*... » Cette disqualification bien dommageable pour son estime de lui a pu être travaillée par l'explication de ses particularités. Savoir que l'on n'est pas le seul à se débattre avec les mêmes difficultés, à tel point qu'on leur a même donné un nom, est souvent en soi un vrai soulagement.

Nous en avons déjà un, que nous dit-il de l'enfant que nous ne sachions déjà, comment nourrit-il notre réflexion et notre prise en charge, quelles pistes nous sont-elles ouvertes ? L'avons-nous bien compris, en avons-nous fait quelque chose ou dort-il dans un fichier de notre ordinateur ?

Quelle est la durée de validité d'un diagnostic ? Celui qui soutient notre prise en charge est-il toujours d'actualité ou est-il en décalage par rapport à l'évolution positive ou négative de l'enfant ?

L'évolution de l'enfant permet parfois de révéler des diagnostics successifs ou plus favorablement le diagnostic disparaît et n'existe plus qu'à l'état de vulnérabilité.

Parfois encore nous y sommes obligés, pour obtenir des aménagements raisonnables, des allocations familiales majorées ou pour faire entrer un enfant dans l'enseignement spécialisé ou dans une institution. Comment alors obtenir ce qui est nécessaire pour l'enfant sans le disqualifier et sans hypothéquer ses possibilités d'évolution et son estime de soi ?

Un diagnostic doit donc évidemment dire quelque chose de vrai, mais aussi être constructif. Nous devons pouvoir repérer et prendre soin d'un enfant vulnérable sans susciter l'angoisse et les prédictions autoréalisatrices. Le diagnostic doit vivifier le soin, non l'appauvrir, le simplifier, le fixer. Il est fait de vulnérabilités et de potentialités.

Mais…

Un diagnostic, c'est quoi au juste ?

Le terme « diagnostic » est tiré du vocabulaire de la médecine somatique, on pourrait dire qu'il s'agit d'un raisonnement menant à l'identification de la cause, de l'origine, d'un problème ou d'une maladie à partir de symptômes relevés par des plaintes, des observations, des contrôles ou des tests et, donc, d'en déduire (idéalement) un traitement de la maladie ou du trouble.

Pour que le raisonnement fonctionne, il doit être effectué dans une logique la plus holistique, globale possible : ainsi, si vous avez mal à la gorge, une éruption cutanée et que vous êtes particulièrement fatigué, il est évidemment plus pertinent de penser que vous avez une mononucléose que de poser l'hypothèse que vous avez une angine et une allergie cutanée au risque de donner des antibiotiques et des antihistaminiques qui ne serviront à rien du tout et pourront même être dommageables. Ceci semble relever du sens commun, mais, en pédopsychiatrie, il est particulièrement essentiel de garder à l'esprit qu'il faut envisager l'enfant dans sa globalité.

Reprenons la comparaison avec la définition médicale qui peut paraître consensuelle, mais ne marche en fait pas très bien pour la pédopsychiatrie, et envisageons-en les différents points.

D'abord, l'origine de la démarche : on ne fait pas de bilan annuel en pédopsychiatrie, tout part d'une plainte, mais qui se plaint, qui souffre ? Parfois l'enfant, parfois les parents, parfois le système scolaire, parfois tout le monde, mais pas toujours avec des plaintes identiques. Ainsi, un enfant présente

une angoisse de séparation, il ne peut dormir seul et squatte le lit parental d'où le papa est expulsé. Il est loin d'être certain qu'il en souffre et que son souhait est de résoudre la question. Pour les parents, la question est sans doute plus complexe. Ils sont fatigués, mais que pensent-ils à part soi d'être séparés/privés/délivrés de leur conjoint ? On voit bien que la complexité de la souffrance vécue par chacun va influer sur les perspectives thérapeutiques. Ainsi, un garcon de 5 ans dormait avec sa maman et le papa était relégué dans la chambre du fiston. L'enfant se laisse persuader avec une étonnante facilité de dormir dans son lit et nous sommes tous officiellement très contents. À la consultation suivante, une crise de couple majeure s'était révélée. Nous devons donc en conclure qu'un enfant ne vit pas seul et est toujours dans un système familial, scolaire, institutionnel qu'il ne faut jamais perdre de vue, que le symptôme a parfois, pas toujours, une fonctionnalité et que sa levée, même souhaitée, a un impact sur les autres membres du groupe.

Ensuite, qu'en est-il de l'origine du trouble : dans le modèle somatique, la découverte de la cause semble porter en elle la perspective de la solution. En pédopsychiatrie, la cause est parfois en partie apparente, mais, le plus souvent, bien mystérieuse. Les causes les plus manifestes sont les traumas et les troubles de l'attachement, quoique chacun y réagisse à sa manière. La solution n'en est pas pour autant simple. Certains troubles attentionnels ou comportementaux peuvent être liés, au moins partiellement, à l'abus des écrans ou à une alimentation trop riche en sucres rapides ou en aliments ultratransformés, la solution est plus évidente, même si pas toujours facile à mettre en place.

Mais, le plus souvent, nous sommes perplexes quant à l'origine sans doute multifactorielle et liée à

des particularités personnelles de l'enfant. Pourquoi certains petits sont-ils anxieux et d'autres pleins d'optimisme ? Gardons-nous des hypothèses culpabilisantes comme : « était-ce un enfant désiré, avez-vous eu des problèmes de couple…? » Souvenons-nous qu'on a culpabilisé les mamans d'enfants avec autisme pendant des dizaines d'années avant de changer complètement de perception.

Il convient donc que nous soyons humbles quant à la connaissance de la cause, cela ne nous rend pas impuissants pour autant. Au lieu de parler d'étiologie, causalité directe supposant une logique linéaire, il est plus juste de parler de pathogenèse, processus complexe, à la fois historique et actuel. Il s'agit de rechercher ce qui peut-être détermine, mais surtout entretient le souci dans ses différentes composantes, psychologique, somatique, relationnelle, développementale, cognitive… d'où l'importance du regard holistique et multidisciplinaire. Pour le dire en termes plus simples, travailler en termes de pathogenèse consiste à repérer non seulement des causes, mais aussi des facteurs aggravants et, donc, à casser les cercles vicieux. En d'autres termes, traiter, c'est créer un cercle vertueux.

Par ailleurs, comment envisager le geste diagnostique chez un enfant par définition en développement et dont l'état est donc évolutif ? Ne s'agit-il pas simplement d'une immaturité ? Ainsi, certaines mutualités belges ont fait une étude qui a montré qu'on prescrivait plus de Ritaline (traitement médicamenteux du déficit attentionnel avec ou sans hyperactivité TDAH) aux garçons nés en fin d'année. Probablement, le jeune âge a-t-il faussé leur évaluation.

On le voit, le diagnostic en pédopsychiatrie s'avère complexe parce qu'il doit s'envisager aux différents niveaux de la personne et aux différents niveaux

des systèmes de soin et d'éducation. Ceci implique une autre particularité essentielle : la lecture proposée de ce qui fait difficulté ou souffrance doit être partageable et donc compréhensible pour que nous puissions en tirer une prise en charge, une alliance de travail qui permettent une évolution ou une adaptation, bref, un soin, un projet thérapeutique. Soit dit en passant, c'est loin d'être le cas de tous les rapports.

Être compréhensible des autres professionnels, des parents, mais qu'en est-il de l'enfant ? Que comprend-il de ce qu'on dit de lui ? Des médicaments que peut-être on lui prescrit ? Quelle représentation de lui-même se construit-il ? Comment se mettre à son niveau de compréhension ? Il est possible de s'exprimer en dessin, d'utiliser des symboles, contes ou autres selon la voie de dialogue privilégiée de cet enfant ou celle que nous avons construite avec lui. Tim Waltz, candidat à la vice-présidence des USA en 2024, a un enfant avec des particularités. L'enfant et sa famille parlent de « superpouvoirs », c'est une manière gentille de parler de sa différence et qui ouvre des perspectives de description des superpouvoirs en question. L'enfant est lui-même, Gus Waltz, et pas n'importe quel enfant avec le même diagnostic. Une autre famille utilisera un autre terme, cette créativité est thérapeutique par elle-même et participe d'une identité personnelle et familiale positive.

Au-delà de la compréhension du propos et de la représentation que l'enfant et sa famille se font de lui, d'eux-mêmes, toute consultation de bilan, de testing, d'évaluation et autres est d'abord une rencontre qui va influer sur les capacités de l'enfant à se saisir de la réflexion et à y prendre une part active et idéalement nouer une alliance de travail. Ces rencontres, lorsqu'elles sont bienveillantes et que l'intervenant s'engage, nourrissent la confiance du jeune patient dans le monde et dans son avenir. Ce sont des facteurs de résilience qui contribuent à la bonne évolution.

On le voit, le geste diagnostique est multiple, mais nous devons encore ajouter au diagnostic médical classique qui se focalise sur les problèmes, le champ immense des ressources de l'enfant et de ses parents, sans oublier leurs éventuelles fragilités. Parce qu'il est essentiel pour l'enfant, pour ses parents et pour l'ensemble des adultes qui prennent soin de lui, l'accompagnent et l'élèvent d'intégrer le diagnostic dans une représentation plus globale, évolutive et connectée à toutes les potentialités de l'enfant. Le temps de réflexion que constitue le bilan diagnostique doit rester un processus fertile qui contribue à l'élaboration du soin, bien sûr, mais aussi à un regard réflexif, autonome et constructif de l'enfant et de sa famille qui les aide à mieux comprendre et accepter une réalité parfois bien dure et à en déduire un quotidien adapté. Car un enfant doit toujours être non seulement soigné, mais élevé. C'est une caractéristique fondamentale de l'accompagnement d'un enfant : le soin ne suffit pas, un quotidien bien pensé est aussi essentiel.

Le diagnostic, c'est une lasagne

Contrairement au diagnostic médical, le diagnostic en pédopsychiatrie se doit donc, pour être juste et engendrer une thérapeutique et un quotidien efficaces, de rencontrer les différents aspects du développement et de la vie de l'enfant. Il présente donc des angles de vue différents qui se juxtaposent, se succèdent parfois, s'imbriquent souvent.

Nous allons envisager différents niveaux : la demande, les systèmes, le développement, la psychopathologie et le type d'attachement en faisant le choix de les séparer pour la clarté du discours, mais en sachant qu'ils ne sont pas complètement distincts les uns des autres.

Par où commencer ? Par le bout qui dépasse

Chronologiquement, nous sommes d'abord confrontés à la question de la demande, des représentations et des hypothèses. Qui demande quoi, pour qui et sur la base de quelles représentations ou craintes ? La manière dont chacun se raconte spontanément est très intéressante à saisir. Ainsi, de manière à peine caricaturale, il est très différent de présenter un enfant de 6 ans avec difficultés d'apprentissage en disant : « je sais ce qu'il a, c'est un TDAH, il faut lui prescrire de la Ritaline, la maîtresse et moi sommes d'accord » ou bien « il est si jeune, c'est la maîtresse qui insiste pour que je vienne, le système scolaire est beaucoup trop exigeant avec les enfants et ne veut que les rendre conformes » ou encore « il n'arrête pas de me faire

des ennuis, il est bien comme son père dont je suis séparée et qui ne paie pas la pension alimentaire ».

Dans le premier cas, vous êtes priés de prescrire ou, du moins, de normaliser, dans le second, de résister à un système oppresseur et, donc, de ne pas trop normaliser, tandis que, dans la dernière situation, c'est moins clair, en tout cas, la maman qui aime certainement son enfant est prise dans sa douleur personnelle de la rupture. Il est essentiel de percevoir ces hypothèses, de les respecter, même si on n'y adhère pas, sans les valider pour autant, surtout si l'enfant est présent.

Plus complexe encore si les parents sont séparés et ont des représentations opposées. Même si une hypothèse nous paraît plus pertinente qu'une autre, n'alimentons pas le conflit et la souffance de l'enfant d'y être pris, et essayons autant que faire se peut d'être diplomates et empathiques avec la souffrance de chacun. L'objectivation supposée d'une démarche diagnostique ne doit pas augmenter la souffrance personnelle et relationnelle. D'abord ne pas nuire, « *primum non nocere* », disait Hippocrate, c'est un principe essentiel du soin qui, pour les enfants, inclut le quotidien, l'éducation et l'apprentissage.

Nous vivons tous dans des systèmes

Si nous reprenons l'idée de l'enfant pris dans le conflit parental, nous pouvons imaginer qu'il est utilisé dans ce conflit ou qu'il exprime la souffrance de ce conflit. Ainsi, un petit garçon de 5 ans était dispersé et pas très obéissant à l'école. L'enseignante en fait part à la maman qui en avait l'hébergement principal sur la base de l'hypothèse d'une hyperactivité et dans l'espoir d'une médication. La maman ne partage pas cette lecture et pense que son

enfant est trop jeune encore, mais prend quand même un rendez-vous à la consultation dans un souci d'apaisement des relations avec l'école. Le papa rencontre par hasard l'enseignante qui lui fait part de ses préoccupations, il prend donc un rendez-vous chez un confrère à qui sans doute les divergences de vues ne sont pas expliquées et qui prescrit immédiatement la Ritaline demandée. Maman est donc très en colère, l'école insiste sur le respect du traitement et la situation se bloque. Mon hypothèse systémique est que le symptôme de l'enfant a été utilisé pour une disqualification mutuelle et pour tenter de prendre l'avantage dans le conflit. Il est par ailleurs probable que l'agitation de l'enfant soit au moins en partie réactionnelle à une souffrance liée aux tensions entre ses parents et que la première démarche de soin soit de sensibiliser les différents adultes, y compris l'enseignante, à cette dimension. Au fil de la prise en charge cependant, nous resterons attentifs à l'hypothèse d'un trouble essentiel de l'attention avec hyperactivité. Une hypothèse systémique ou réactionnelle même avérée n'en exclut aucune autre. La plupart des problématiques sont d'ailleurs surdéterminées, relevant de plusieurs logiques qui forment la pathogenèse. Pour le dire en termes imagés, un grand fleuve est formé de plusieurs rivières.

Le système familial peut parfois être épuisé par des symptômes survenant dans des circonstances difficiles comme une séparation, une maladie, le décès d'un proche, une perte d'emploi et, de manière générale, une précarisation de la famille. Il est capital d'être attentif et soutenant dans ces moments difficiles, même si les symptômes de l'enfant ne paraissent pas s'inscrire dans un diagnostic inquiétant en eux-mêmes. Le diagnostic de burn out parental est essentiel à repérer et se présente souvent (le bout qui dépasse) comme un problème de l'enfant.

Un burn out peut également survenir dans des circonstances apparemment favorables, promotion au travail, naissances successives et souhaitées, ou plus simplement encore chez des parents très exigeants avec eux-mêmes dans chacun des rôles de leur vie, principalement leur parentalité. Depuis peu, on les appelle les hyperparents qui se surmènent pour que leurs enfants soient épanouis, musiciens, multilingues, compris dans leurs affects et nourris par des petits plats maison. Bref, ces parents sont charmants, épuisés, finissent par ne plus guère éprouver de plaisir dans leur quotidien familial.

Ces systèmes ont une histoire

Un symptôme est parfois une solution ou une adaptation utile et pertinente, mais qui dure trop longtemps. Ce comportement ou cette lecture deviennent alors obsolètes, détachés de la situation qui les a faits naître et donc dysfonctionnels. Prenons un premier exemple assez lisible et que nous avons tous déjà observé. Un enfant présente dans son jeune âge des soucis de santé graves qui causent une frayeur importante à ses parents et nécessitent une attention de chaque instant et une moindre exigence éducative. Tout ceci est très compréhensible et fonctionnel, mais, au fil du temps, et la guérison venant, il va falloir se départir de cette attitude afin de normaliser la vie de l'enfant et de la famille. Or le trauma parental, la représentation que les parents se sont faite de leur enfant comme fragile ou de leur famille comme à risque sont tels qu'ils ne vont pas toujours permettre cette évolution. L'hypervigilance va subsister, l'enfant va continuer à être perçu comme fragile, même si ce n'est plus vrai ou plus aussi vrai. Cet enlisement dans un passé révolu va pouvoir prendre des visages divers lorsque nous recevrons la famille des années plus

tard, et la corrélation avec l'épisode passé ne sera pas nécessairement explicite. Nous pourrons alors observer des problématiques très diverses : difficultés de séparation ou d'endormissement, prises en charge multiples et excessives comme logo, psychomot, neuropsycho et nombreux suivis alternatifs divers, troubles du comportement, rivalité dans la fratrie, vécu dépressif familial et bien d'autres soucis encore.

De manière plus sous-jacente et subtile, certaines croyances internalisées viennent nourrir certains symptômes et entraver la prise en charge. Ainsi, une famille vient à la consultation pour des troubles du comportement dont école et parents se plaignent. Effectivement, dès la première consultation, l'enfant transgresse de toutes les manières possibles devant ses deux parents consternés, mais assez passifs. Ils tiennent des discours assez convenus (tu ne peux pas toucher aux affaires de Madame, tu dois parler poliment…), mais semblent impuissants à le contenir alors que, pour les soins du quotidien, les apprentissages et autres dimensions essentielles, tout fonctionne. Ce décalage est surprenant, il nous faudra plusieurs consultations pour faire émerger leur croyance commune que leur instinct personnel de rébellion et d'autonomie les a sauvés d'une enfance difficile et potentiellement traumatique. Il leur est dès lors impossible de priver leur fils de ce qui a été salvateur pour eux et d'ainsi le fragiliser. Cela étant clarifié, ils ont pu sortir de leur impuissance et imaginer eux-même une éducation respectant à la fois leurs représentations fondatrices et les besoins de leur enfant qui obéissait à merveille à l'injonction sous-jacente et manquait du minimum de retenue nécessaire à des relations épanouies. Tous conseils éducatifs standardisés auraient été vains avec eux, d'autant qu'ils les avaient déjà entendus mille fois. De la même facon, parler de trouble du comportement

ou de trouble oppositionnel avec provocation (TOP) aurait été purement descriptif sans perspective de solution et n'aurait pu qu'aggraver la situation en faisant de ces transgressions une caractéristique de la personnalité de l'enfant.

Ces représentations sont parfois personnelles comme ici, parfois familiales, parfois transgénérationnelles. Ainsi, dans les familles où un secret a été nécessaire pour la survie, la parole ne circule pas de la même manière. De manière générale, ces croyances s'assouplissent si elles sont mises au jour, mais restent des valeurs de la famille avec lesquelles nous devons composer et qui peuvent même devenir des supports identitaires intéressants. Ainsi, garder un brin de transgression peut faire de vous une personne avec un esprit critique favorable à une bonne autonomie et un bon parcours intellectuel si vous avez dépassé le stade de transgresser par principe.

Apprendre, c'est vivre

Avant toute chose, quatre éléments de vie quotidienne sont essentiels à un bon développement cognitif et global de l'enfant. Ceci sans parler du type d'attachement bien plus fondamental et qui sera envisagé ci-dessous.

D'abord, l'hydratation et l'alimentation : tout humain doit boire assez d'eau, bénéficier d'une alimentation suffisamment riche en fruits et légumes et ne pas consommer trop de sucres rapides et d'aliments transformés pour éviter troubles de la concentration ou du comportement et majoration de l'anxiété.

Ensuite, le sommeil : la qualité de l'apprentissage dépend de la quantité et de la qualité du sommeil, donc bien veiller à l'endormissement et minimiser les écrans dans les chambres pour les plus grands.

Et, par-dessus tout, le jeu est fondamental : un enfant doit jouer et, s'il ne joue pas, c'est un problème qui doit être réfléchi comme tel. Il ne doit donc pas passer trop de temps devant les écrans et doit disposer d'un espace proche des parents où il peut jouer en leur présence ainsi que d'un temps de jeu suffisant avec du matériel simple, laissant libre cours à l'imagination. Jouer et apprendre, c'est pareil.

Ces conditions doivent faire partie de l'anamnèse et être restaurées préalablement à tout traitement ou prise en charge, sauf urgence ou problématique majeure et prioritaire. Ceci sans excès. ,. Il s'agit plutôt de soutenir une ligne générale.

Par ailleurs et même si les plaintes dominantes ne sont pas de cet ordre, les difficultés cognitives doivent être recherchées et, le cas échéant, prises en compte. D'abord, parce qu'il y a des périodes sensibles qui ne peuvent être manquées. Ainsi si vous n'avez pas appris à lire vers 6, 7, 8 ans, il y a de grands risques que vous n'y arriviez pas par la suite, or ne pas savoir lire dans notre société est une tragédie.

Mais aussi parce que les difficultés d'apprentissage peuvent être masquées. En effet, des difficultés d'apprentissage peuvent se présenter sous la forme de troubles attentionnels (on est moins facilement attentif à ce que l'on comprend mal), de troubles du comportement (mieux vaut, narcissiquement, faire le clown que de dire qu'on n'a pas compris), de déficit d'estime de soi, de troubles du sommeil et bien d'autres encore.

Les enfants ont d'ailleurs une analyse peu précise de leur propre qualité d'apprentissage et en font souvent la lecture d'une dépréciation globale. Ils vont rarement dire « moi, j'ai du mal avec la

lecture », mais bien « moi, je suis un nul ». Un déficit d'estime de soi a parfois une source très concrète. De la même manière, chez les adultes, l'interprétation des difficultés d'apprentissage est souvent celle de la mauvaise volonté ou d'un investissement inégal, ainsi on entend souvent dire qu'il y a les bons et les mauvais jours, la bonne ou la mauvaise volonté.

Une analyse des compétences par des bilans neuropsychologique, logopédique, pédagogique avec une attention particulière au langage, surtout dans les situations de multilinguisme ou de migration, est donc souvent à envisager. Il est toutefois essentiel de bien réfléchir à la séquence de cette analyse afin de ne pas épuiser parents et enfants dans des bilans redondants qui émousseraient leurs capacités d'investissement.

À ceci, nous pouvons ajouter la multiplication d'enfants déchiffreurs, mais non lecteurs, qui savent énoncer un texte, mais pas en percevoir ni synthétiser le sens. Cette difficulté entrave l'ensemble des apprentissages (comment résoudre un problème de maths si l'énoncé vous échappe ?), mais aussi la capacité d'analyse du monde et de soi. Il est difficile d'élaborer une position de recul par rapport à son quotidien et ses relations quant on n'est pas entraîné à intérioriser un raisonnement avec un minimum de subtilité. Nous ne pouvons que soutenir la capacité de compréhension et de construction d'un univers intérieur par un minimum de lecture.

Parfois, il y a vraiment un problème : la psychopathologie

Nous voici au cœur supposé de notre sujet, sachant que la psychopathologie de l'enfant est une discipline récente et en constante évolution. En tant que

professionnels, nous avons à utiliser les connaissances actuelles en laissant la porte ouverte à leur évolution.

De la même façon que les connaissances évoluent sans cesse, les problèmes vécus par les enfants ne sont pas tous les mêmes qu'il y a vingt ans. Le discours médical change et le regard sociétal sur la pédopsychiatrie aussi.

D'une part, le discours psy est beaucoup mieux connu du grand public et parfois récupéré dans des propos courants. Cette familiarisation avec le discours psy contribue très positivement à une plus grande attention accordée aux difficultés psychiques, à une facilitation des différentes démarches de consultation, qu'elles soient médicales, psychologiques, logopédiques, en psychomotricité ou autres, mais aussi entraîne une extension des concepts diagnostiques qui viennent jouxter et parfois revisiter la norme. Ainsi, tout un chacun se dit bipolaire, porteur de traits autistiques ou de TDAH, au risque d'un surdiagnostic et d'un appauvrissement de notre lasagne. « Je suis bipolaire et mon enfant est TDAH », et voilà ce qui nous identifie et explique tout.

Il semble que toute souffance de vie doive actuellement s'exprimer en termes médicaux, spécialement celle des enfants auxquels la société contemporaine occidentale accorde de plus en plus d'attention et de valeur.

D'autre part, la recherche sur le psychisme humain et les neurosciences se développent de manière exponentielle, un immense champ de connaissances s'ouvre à nous. Nous vivons une époque formidable, et ce regard plus affûté nous permet de mieux discriminer différentes problématiques. C'est très utile, même si, parfois, cela peut mener

à une pathologisation excessive des particularités de l'âme humaine ou des questions existentielles de toute vie.

Si nous prenons l'exemple de l'autisme pour illustrer notre propos, ce qui saute aux yeux, c'est d'abord le foisonnement de littérature, BD ou séries sur le sujet. *Rain Man* a fait des émules. Tout un chacun connaît le concept qui s'est étendu à des formes plus légères et préservant l'intelligence. Pour rencontrer cette extension, on ne parle plus d'autisme, mais de Troubles du spectre autistique (TSA) ou de neuroatypisme qui ne serait même, pour certains, qu'une variante de la normale.

Toutefois, une chose en est d'être neuroatypique comme Astrid dans la série *Astrid et Raphaëlle* et une autre en est d'être sans langage, avec une telle intolérance aux changements que vous ne pouvez pas supporter une marche arrière dans un grand magasin si, par malheur, papa ou maman ont oublié votre indispensable choco qui se trouvait dans le rayon précédent.

Ceci revient à dire que le diagnostic, une fois posé, doit être décliné individuellement dans une perspective multidisciplinaire pour brosser une véritable compréhension de cet enfant-là et une prise en charge adaptée. Le diagnostic est donc à la fois plus juste parce que les symptômes en sont mieux connus et repérés et plus flou parce qu'il rencontre une réalité plus large et plus multiple. Il y a au moins cinquante nuances d'autisme.

On pourrait en dire autant du TDAH ou du haut potentiel (HPI) dont les zones d'acception s'élargissent, ce qui semble créer des intersections avec les TSA. Établir un diagnostic différentiel entre un TSA de type Asperger ou un haut potentiel et certaines difficultés de concentration relève parfois

d'un choix lié aux perspectives thérapeutiques. L'essentiel est d'initier le meilleur suivi, de soutenir au mieux l'alliance avec la famille et les intervenants, ainsi que le narcissisme de l'enfant.

Ainsi, Alphonse présente des difficultés d'apprentissage et relationnelles suffisamment importantes pour avoir entraîné la mise en place de mesures scolaires, notamment une éducatrice à certains moments de la journée, un rappel régulier à ses tâches et des moments off. Il est suivi en psychomotricité relationnelle et vient de bénéficier d'un bilan neuropsychologique. L'école demande un diagnostic pour pouvoir pérenniser les aménagements dans l'année supérieure. Et là, nous constatons que chaque intervenant a fourni des descriptions proches, mais des conclusions différentes. La psychomotricienne parle d'hypersensibilité, le neuropsychologue de traits autistiques, tandis que l'enseignante est convaincue qu'Alphonse présente un HPI. Finalement, chacun lit l'enfant selon son propre référentiel et surtout voit les choses de la manière qui lui permet de les faire avancer. Cette hétérogénéité, ce discours multiple sont ainsi très favorables à la bonne évolution d'Alphonse. Le rapport a donc rassemblé un descriptif des particularités à prendre en compte et bien décrit les très nets progrès sur lesquels chacun s'accordait. Vouloir trancher aurait sans doute, sous couleur de clarification, alimenté un débat passablement stérile ainsi que contribué à une cristallisation du regard et à l'élaboration d'un descriptif finalement déjà dépassé. Le passage dans l'année supérieure requérait un rapport avec diagnostic, mais la prise en charge déjà bien avancée rendait ce geste obsolète.

L'attachement, la chaussette rouge dans la machine à laver

Pour se développer harmonieusement, tout humain doit bénéficier dans les débuts de sa vie d'une sécurité affective, d'un encadrement relationnel suffisamment stable, bienveillant et réactif. L'enfant construit alors un attachement sécure qui lui permet de se développer au mieux de ses possibilités personnelles et de se tourner vers la découverte du monde. Cette tranquillité intérieure lui permet de vaquer à sa propre construction et de s'intéresser à son environnement.

Si les adultes qui s'occupent de l'enfant sont trop éloignés d'une manière ou d'une autre de ces modalités relationnelles, on voit se développer chez l'enfant des attachements dits insécures qui peuvent se présenter sous différents aspects.

Et si, à l'extrême, les adultes sont peu prévisibles, parfois disponibles, mais parfois sourds à ses besoins, voire même menaçants, comme certains parents souffrant de troubles mentaux, d'assuétudes ou eux-mêmes de troubles graves de l'attachement, l'enfant ne peut élaborer de grille de lecture fonctionnelle. Il passe son énergie à s'adapter et ne peut s'ouvrir adéquatement au monde. On parle d'attachement insécure désorganisé, l'enfant n'a pas trouvé de système adaptatif à ce quotidien trop étrange et inquiétant. Le plus souvent, le vécu de ces familles recèle des traumatimes et il est plus juste de parler de traumatisme développemental.

L'enfant est alors entravé dans tous les domaines de son développement, c'est comme la chaussette rouge qui colore tout votre linge. Il peut souffrir de difficultés cognitives, de dysrégulation émotionnelle, de difficultés d'ajustement relationnel à

des degrés divers, sa lecture de ses relations aux autres est biaisée, ainsi, il peut être trop ou trop peu confiant.

Cet aspect de notre lasagne n'est heureusement pas toujours présent, mais, lorsqu'il l'est, comme souvent chez les enfants placés, il est absolument nécessaire de le repérer et d'en faire le socle de notre lecture des différents symptômes de l'enfant et de notre prise en charge. Le trouble de l'attachement majeur est un diagnostic-racine qui entrave l'ensemble de la personne et, lorsqu'il existe, il ne peut être ignoré. Un enfant avec un trouble de l'attachement grave doit autant que faire se peut être restauré dans sa sécurité de base pour bénéficier pleinement des autres prises en charge, des apprentissages et envisager la construction d'une autonomie. Cette attention plus encore que toutes les autres doit s'inscrire dans des soins, mais plus encore dans un quotidien. Cela peut paraître étonnant, mais le prérequis indispensable à une bonne autonomie est un bon attachement. Cet attachement sécure lorsqu'il a été compromis dans les débuts de la vie doit sans relâche être retravaillé et restauré. Nous avons à être doublement fiables, bienveillants et solides dans la relation alors que ces enfants la mettent régulièrement en péril.

À garder en tête

Les différentes couches de notre lasagne peuvent être simultanément ou successivement présentes, et certaines peuvent être absentes. Si les questions de la demande et des systèmes sont toujours présentes éventuellement de manière très simple, le trouble de l'attachement n'est pas toujours présent, les difficultés cognitives et la dimension psychopathologique non plus.

Simplement, ce canevas doit être présent en filigrane de notre prise en charge. Si nous en écartons transitoirement ou définitivement certaines dimensions, que ce soit un choix, et non un oubli susceptible de fausser l'ensemble de la démarche. Cette organisation de pensée, assez simple quand on l'a intégrée, est un aspect fondamental de la démarche diagnostique qui est toujours multifacette. Pour le dire en souriant, notre lasagne n'aura sa saveur qu'avec ses différentes couches, lesquelles peuvent varier en importance relative et varier tout court, d'où l'importance de garder ouvert le dialogue interdisciplinaire au fil de notre relation avec cet enfant.

La séquence « Bilan, diagnostic, plan de traitement » est-elle une obligation ?

Cette séquence semble relever du bon sens et, en médecine classique, sans doute, est-elle incontournable, mais nous avons vu avec notre lasagne que la complexité est souvent nécessaire en pédopsychiatrie.

L'histoire de Béatrice va nous permettre d'illustrer cette complexité. Béatrice est une jeune fille de 14 ans qui inquiète vivement ses parents et les différents services qui accompagnent la famille, aide à la jeunesse et aide éducative à domicile mandatées pour veiller au bon développement de ses deux jeunes sœurs diagnostiquées porteuses l'une d'un TSA (Trouble du spectre autistique) et l'autre d'un TDAH (Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité).

Elle m'est décrite comme se mettant en danger en faisant preuve d'une naïveté provocante vis-à-vis d'hommes adultes, tant dans la vie réelle que sur les réseaux sociaux. Elle ne semblerait en rien percevoir la gravité de ses actes et la question qui m'est adressée est celle de son rapport au réel, d'une éventuelle admission en psychiatrie, en d'autres mots qui ne sont pas dits : « sommes-nous devant une entrée en schizophrénie » ? Il est à noter qu'une tante paternelle souffre de schizophrénie et cela augmente l'inquiétude.

Lors de la première consultation, elle se présente accompagnée de son père qui est hors de lui et

m'explique toutes les inadéquations de sa fille, laquelle valide le tout avec une grande soumission : « oui, je suivrais un inconnu dans la rue ; non, on ne peut pas me laisser aller acheter le pain seule… ». Elle est privée de tout et on parle d'internat ou de psychiatrie. Je temporise et la revois seule.

Elle semble effectivement ne pas bien analyser la réalité, ne pas pouvoir imaginer que le jeune homme d'Instagram n'est pas nécessairement le prince charmant, ne pas faire la différence entre photo et capture d'écran. Elle me parle d'un petit ami, mais de manière si vague qu'il me paraît relever d'un imaginaire susceptible de se projeter sur n'importe qui. Toutefois, cela ne porte pas les caractéristiques d'un discours délirant, elle semble plutôt très inhibée, ayant peine à avancer une opinion, répétant des phrases entendues et surtout complètement perdue.

Sur ces entrefaites, une psychothérapeute a également été sollicitée, et nous avons ainsi constitué un réseau. Nous nous concerterons régulièrement et aurons épisodiquement des contacts avec l'école dans le respect du secret professionnel.

Le bout qui dépasse est l'angoisse et la colère du papa qui veut un diagnostic pour avoir le sentiment d'agir et d'accéder à une compréhension. Or nous craignons que, dans cette famille où chaque enfant porte un diagnostic, cela ne devienne une étiquette dommageable et irrémédiable, d'autant que l'éventualité d'une schizophrénie n'est pas une mince affaire. Nous nous accordons donc, parents et intervenants, sur le fait que, d'abord, il faut tenter de lui apprendre à s'ouvrir adéquatement à l'extérieur. Il apparaîtra progressivement qu'elle a été surcouvée en tant qu'aînée d'une fratrie en difficulté, dans un système familial vivant en vase clos.

Psychologue et éducatrice travaillent ce niveau. Béatrice va aller seule chez sa psy ou à l'école, fréquenter un club artistique et développer très progressivement une vie de son âge, ce qui la remplit de joie, de sentiment de compétence, en passant par beaucoup de stress.

Le diagnostic psychopathologique s'éloigne, même si nous le gardons dans un coin de notre tête (celui de Béatrice ou celui de ses parents) et il ne semble pas non plus qu'il s'agisse d'un trouble de l'attachement au vu de l'histoire familiale (pas de rupture) et de l'attention que ses parents lui portent.

Nous voilà donc plutôt avec une hypothèse systémique, réactionnelle à un manque d'expériences relationelles dans une famille méfiante et disposant de peu d'habiletés sociales.

Mais qu'en est-il du développement cognitif ? Ces croyances naïves seraient-elles liées à une intelligence limitée ? À ce moment, l'école où elle semblait depuis quelques années en perdition nous signale que l'on pourrait envisager de manière satisfaisante un apprentissage, ce qui est donc décidé. Nous apprenons en faisant une anamnèse scolaire qu'elle aurait été une bonne élève jusqu'à la 4e primaire qu'elle a redoublée, sans plus pouvoir reprendre pied. Nous ne disposons d'aucune explication sur cette cassure. Alors ne souffrirait-elle pas d'une difficulté d'apprentissage, un trouble dys, une intelligence hétérogène ? Un bilan neuropsychologique est actuellement demandé afin de lui permettre d'aborder au mieux cette nouvelle chance dans sa scolarité. Peut-être aurons-nous des aménagements spécifiques à demander ou une aide à instaurer pour lui permettre de devenir la cuisinière qu'elle souhaite être et sortir plus encore de cette passivité intellectuelle qui l'entrave dans tous les aspects de sa vie.

Un fil après l'autre dans notre dispositif, nous travaillons les différents niveaux de sa lasagne, tant en psychothérapie que dans le concret du quotidien, en étant attentifs aux questions successives.

Le bilan cognitif arrive après plus d'un an de suivi, il viendra maintenant répondre à une question concrète sur le parcours scolaire de la jeune et interroger un profil d'intelligence. En début de prise en charge, nous aurions simplement demandé un QI et posé la question d'une éventuelle débilité. Le test aurait très vraisemblablement été faussé à la baisse par l'inhibition majeure de Béatrice, et nous n'aurions pas osé la soutenir vers l'extérieur. Le chemin qu'elle a pourtant parcouru en aurait été compromis.

On voit aussi que la concertation entre les différents intervenants, l'implication familiale, outre celle de la jeune, sont essentielles. L'alliance de la thérapie avec une adaptation du quotidien permet, l'une soutenant l'autre, une amélioration des relations avec l'extérieur, une levée d'inhibition, une diminution de l'angoisse parentale et, très certainement, un mouvement plus complexe et difficile à décrire dans le for intérieur de chacun.

La concertation des différents intervenants et leur souci des bonnes relations avec les différents membres de la famille ont probablement aussi contenu l'angoisse des parents, leur envie d'agir trop vite, et apaisé leur crainte d'apparaître comme défaillants aux yeux de l'école. L'évolution de Béatrice a été soutenue par ses parents et leur est profitable également. Elle les entraîne dans son apprivoisement de l'extérieur.

Cette prise en charge nous donne l'opportunité de souligner que, si certaines couches de notre lasagne sont structurelles, d'autres sont amenées à disparaître. Ainsi, un diagnostic de dépression devrait par définition être transitoire, une inhibition devrait disparaître ou au moins s'amenuiser avec la prise en charge, sauf si elle est entretenue par un réel déficit intellectuel, des traits autistiques ou des particularités systémiques persistantes. Donc, si nous ne constatons pas d'amélioration, nous devons nous interroger sur la validité de nos hypothèses ou l'efficacité de notre suivi.

Par ailleurs, la disparition d'une couche va peut-être en dévoiler une autre, comme ici un possible problème cognitif, mais parfois même la générer. Ainsi, le mouvement de Béatrice vers l'extérieur va solliciter les raisons du repli de ses parents et les mettre en mouvement sans que nous connaissions encore l'issue de cette évolution. Ainsi, peut-être allons-nous au-devant d'une crise de couple ou de la revélation d'une fragilité personnelle jusque-là ménagée par le repli familial.

Nous avons à rester attentifs à ce que les jeunes et leurs familles nous enseignent, sans nous satisfaire d'une vision à l'instant T. Le diagnostic est un processus en fait indissociable du traitement, particulièrement chez l'enfant ou l'adolescent qui sont intrinsèquement des êtres en devenir. Un diagnostic psychopathologique trop hâtif peut devenir une prédiction autoréalisatrice. Mieux vaut parfois avancer avec ce qui est mobilisable et réserver notre opinion particulièrement dans les situations complexes où tous les aspects de notre lasagne sont sollicités. D'autres fois, la situation est plus linéaire, et un diagnostic psychopathologique ou cognitif doit être envisagé et documenté plus rapidement. C'est aussi un choix qui doit être posé consciemment.

Ne pas confondre symptôme et diagnostic

Afin de préciser encore le geste diagnostique, remontons brièvement dans le temps.

Historiquement, les professionnels s'intéressant aux enfants étaient des pédiatres, des psychologues, des pédagogues, des éducateurs, des psychiatres. La pédopsychiatrie est une discipline assez récente. Chacun parlait selon son référentiel et donc dans sa langue, et ce, dans chaque zone culturelle, formant ainsi une véritable tour de Babel où il était bien difficile de se comprendre.

Il est donc apparu comme nécessaire d'établir un langage commun permettant de se parler entre soignants, parents et chercheurs, ainsi qu'avec les pouvoirs publics qui déterminent les politiques générales et accordent des subsides aux différents projets.

En 1952 a été rédigé le premier *Manuel diagnostique et statistique* (DSM) des troubles mentaux par l'Association américaine de psychiatrie. Nous en sommes actuellement à la 5e version publiée en français en 2015 et revue récemment. Une autre classification est celle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'ICD (International Classification of Deseases) qui comporte, depuis 1948, un volet santé mentale. Nous en sommes actuellement à la 11e version, dite, en français, CIM-11. Ces codes sont obligatoires pour communiquer avec certaines instances publiques, par exemple, pour obtenir une hospitalisation. Les deux classifications sont assez similaires.

Ces classifications, parfois très décriées, visent à préciser les diagnostics, à standardiser les comparaisons internationales, à clarifier la recherche en santé mentale et à documenter les politiques publiques. Ce sont des buts louables qui font avancer notre manière d'envisager le développement de nos enfants. Cette compréhension, toute scientifique et objective qu'elle se veuille, est aussi très étroitement liée aux idéologies, croyances et paradigmes de l'époque. Ainsi avons-nous vu, au fil des éditions, disparaître (fort heureusement) l'homosexualité comme entité pathologique, apparaître le concept de traumatisme qui n'était pas identifié au départ alors que le traumatisme développemental n'est toujours pas reconnu comme entité à part entière.

Ces modifications découlent d'une évolution des connaissances et de la société, mais aussi d'un militantisme de certaines causes. Si l'autisme est tellement bien décrit, c'est grâce aux parents d'enfants autistes. Si le trauma est reconnu, c'est historiquement grâce aux associations de vétérans de guerre. Et, si le Trouble majeur de l'attachement n'est pas (encore) reconnu et encore moins lorsqu'il est associé à des traumas multiples, donc, en tant que traumatisme développemental, c'est parce que presque personne ne milite pour cette cause.

Les parents, par définition, font partie intégrante du problème, souffrent souvent eux-mêmes des mêmes troubles et ne sont pas en situation de militer, sauf les parents adoptifs qui, souvent, constatent ces troubles chez leurs enfants au passé douloureux et ont soutenu l'apparition d'une littérature scientifique sur le sujet. Alors c'est à nous de militer pour cette cause si nous voulons que le discours scientifique et les pouvoirs publics la reconnaissent et en tirent

les conclusions nécessaires en termes de prise en charge et de prévention.

Outre ces évolutions, nous observons, au fil des éditions successives, une multiplication par cinq des entités identifiées : le nouveau DSM ne tient plus sur mon étagère. Mais, attention, nombre de ces entités sont en fait des symptômes et pas des diagnostics.

Ainsi, l'énurésie est répertoriée comme une entité à part entière. Cette entité existe avec des taux très similaires dans les différents pays. Jusqu'ici, tout va bien, puisque le DSM sert justement à faire ce genre de comparaison. Nous pouvons donc en conclure que le problème n'est pas lié à des pratiques culturelles, mais, un peu plus loin, il est tranquillement noté que le taux d'énurésie est très élevé dans les orphelinats et les institutions, ce qui « est probablement en rapport avec les conditions d'apprentissage de la propreté » et, là, on voit se dessiner une contradiction : c'est culturel ou pas ? Plus avant, dans la rubrique des comorbidités, donc des problèmes associés, on note que les enfants souffrant d'énurésie présentent fréquemment des troubles du comportement et du développement impliquant parole, langage, apprentissages et habiletés motrices.

Et là, si nous pensons à notre lasagne, ça ne va plus du tout ; le raisonnement tenu ne va pas jusqu'au bout de son cheminement et la démarche est loin d'être holistique. Le diagnostic-racine de trouble de l'attachement a été ignoré alors qu'il permet de rassembler toutes ces difficultés concomitantes et d'en faire une lecture globale, bien plus porteuse de sens. L'énurésie est, dans ces circonstances, un marqueur de l'insécurité fondamentale des enfants avec un trouble important de l'attachement qui explique également toutes les autres difficultés

citées. Ceci ne veut évidemment pas dire que tous les enfants énurétiques présentent des troubles de l'attachement.

Si nous en revenons au modèle somatique, gérer simplement l'énurésie équivaut à donner du paracétamol à un enfant fiévreux sans se demander s'il n'a pas une tuberculose susceptible d'avoir envahi tous ses organes ou simplement une discrète rougeole, auquel cas le paracétamol sera peut-être adéquat.

Donc, dans ces classifications, un symptôme comme l'énurésie est classé au même niveau que le trouble de l'attachement qui est seulement décrit comme « trouble réactionnel de l'attachement » et « désinhibition du contact social », deux types de conséquences relationnelles de ce trouble. Ces deux attitudes sont effectivement courantes, mais sont des fragments d'une entité plus large négligée comme telle et plus encore comme diagnostic-racine. N'oublions pas la chaussette rouge qui vient colorer tout le linge de notre machine.

De la même manière, les classifications parlent de trouble du comportement ou de trouble oppositionnel avec provocation comme d'entités nosographiques à part entière alors qu'elles sont toujours à remettre en perspective avec notre lasagne, sous peine de vouloir rectifier un symptôme sans s'occuper de la dynamique de pathogenèse, de comment le problème se nourrit et s'entretient. Parler de trouble du comportement ou de Trouble oppositionnel avec provocation (TOP) n'est pas plus pertinent que l'ancienne expression de « gamin difficile », c'est purement descriptif et limité à ce que l'on voit, le symptôme, sans chercher d'hypothèse plus globale susceptible d'aboutir à une perspective de soin. Un trouble du comportement peut relever d'un trouble d'attachement, d'une psychopathologie (p. ex., Asperger), exprimer une douleur systémique,

venir masquer une difficulté d'apprentissage, être un équivalent dépressif (la dépression est souvent atypique chez l'enfant), être lié à des difficultés éducatives ou autres ou encore un peu de tout. Ceci sans nier que les particularités individuelles jouent un rôle.

Cette façon de fragmenter les entités cliniques suppose en fait et de plus en plus une hypothèse de dysfonctionnement neurobiologique dont le corollaire est la médication. Soyons bien d'accord, les médications psychotropes constituent une avancée majeure de la psychiatrie et sont précieuses à bien des niveaux, mais ce n'est pas un geste bénin. Se contenter de donner un neuroleptique à un enfant agité en parlant de trouble du comportement, c'est le négliger dans sa globalité et faire l'économie d'un vrai diagnostic ouvrant sur du soin en prise en charge individuelle, systémique et au quotidien. Or c'est très fréquent, notamment, en institution et parfois à très long terme.

Ursula va nous permettre d'éclairer ce propos. Cette grande fille de 11 ans, énurétique depuis toujours, résidait depuis des années dans l'institution où j'étais nouvelle. Elle présentait une limite intellectuelle légère. Son symptôme était attribué à ses difficultés cognitives et l'équipe tentait de le résoudre en la suivant avec attention (calendrier avec soleil et pluie), en la responsabilisant (elle gérait avec beaucoup de bonne volonté sa literie), ainsi qu'avec des médications diverses, mais sans aucun résultat. Au vu de ses limites, son éducatrice et moi la prenons à part pour lui expliquer ma fonction et, par la même occasion, lui rappeler sa situation protectionnelle : qui va décider de son avenir, comment exprimer ses souhaits, ses inquiétudes, etc. Nous prenons le temps de lui faire un dessin, de montrer le bureau de chacun, de nommer la déléguée et la juge, bref,

de clarifier son paysage et de manifester l'alliance souriante des adultes qui s'occupent d'elle. De ce jour, plus jamais elle n'a fait pipi au lit à sa grande joie et à notre étonnement ravi. Nous avions, sans y penser vraiment, tenu compte de son diagnostic-racine de trouble d'attachement et l'avions sécurisée. Merci, Ursula, pour ce bel enseignement.

Un diagnostic, c'est quelqu'un qui parle à quelqu'un… dans sa langue

Comme Ursula nous l'a montré, une parole compréhensible et adaptée, c'est essentiel. Un diagnostic, c'est d'abord quelqu'un qui parle à quelqu'un, le plus souvent plusieurs adultes qui se parlent d'un enfant, parfois parlent devant lui et aussi, idéalement, même si c'est délicat, lui parlent à lui.

Dans le cas présent, nous avions, sans le dire, soigné dans le quotidien le problème-racine d'attachement d'Ursula. D'autres niveaux de sa lasagne étaient déjà pris en compte : en ce qui concerne le versant cognitif, elle était en enseignement spécialisé et bénéficiait de logopédie, à propos de ses angoisses visibles, elle bénéficiait d'une thérapie individuelle et d'une prise en charge symptomatique jusque-là inefficace de son énurésie. L'inscription dans le quotidien de la prise en compte de son trouble d'attachement et simultanément de ses difficultés de compréhension a fait merveille sur son insécurité et, au-delà, sur son symptôme d'énurésie.

Pour que cette réassurance fonctionne, nous avions adopté son langage, dans le cas présent, un langage accessible en termes de vocabulaire, un langage inscrit dans le corps et le mouvement lorsque nous lui avons fait visiter les bureaux en lui donnant le temps d'apprendre le chemin qui y menait. Son éducatrice chef de groupe et moi devenions ainsi des interlocutrices accessibles. Nous avons également soutenu notre échange par du graphisme en lui faisant un schéma illustré des

différents intervenants qui gravitaient autour d'elle en soulignant les places et fonctions de chacun, mais aussi en les personnalisant avec un peu d'humour selon sa représentation à elle. Je suis une petite personne avec des boucles, la déléguée est blonde avec de très hauts talons et la chef de groupe a toujours un large sourire et des clés à la ceinture. Ceci nous a permis de créer des images réutilisables et de constituer un climat rieur, permettant une meilleure circulation de la pensée.

Pour illuster cette notion des différents langages, voici l'histoire un peu complexe de Zénobe.

Zénobe, âgé de 9 ans, est venu à plusieurs reprises seul ou accompagné de ses parents dans le décours d'un bilan neuropsychologique et après de nombreux bilans et suivis qui l'avaient aidé, mais toutefois le laissaient avec de grandes difficultés scolaires, relationnelles, tant en famille qu'avec ses pairs, et d'estime de soi.

En bref, Zénobe est décrit comme un enfant déconcertant, parfois heureux, souvent malheureux, pouvant exploser de colère sans que l'on comprenne pourquoi, décalé par rapport aux autres enfants et ayant d'ailleurs vécu différents épisodes de harcèlement, présentant des intérêts spécifiques originaux comme notamment l'histoire de l'architecture. Ayant les plus grandes difficultés à s'adapter au rythme et aux exigences du quotidien, il semble mû par une logique interne difficile à décoder et met les nerfs de tous à rude épreuve.

Il est décrit par les enseignants et la logopède comme ayant de grandes difficultés d'attention, ce qui est confirmé par le bilan neuropsychologique qui souligne également d'importantes difficultés de reconnaissance des affects et de compréhension du point de vue de l'autre. Les parents ont plutôt

une hypothèse de haut potentiel qui paraît tout à fait vraisemblable au vu de sa qualité de langage, de sa culture générale exceptionnelle et de ses intérêts particuliers, mais fonctionnels.

Lui-même se décrit comme ayant « un problème mental », il est très en souffrance de ce qu'il perçoit comme une différence fondamentale et ne semble pas entrevoir de perspectives.

En termes médicaux, il présente des difficultés situées aux confins du syndrome d'Asperger, du TDAH et du haut potentiel. Si nous voulons rassembler les concepts, on pourrait parler d'Asperger avec HPI, le déficit attentionnel et l'agitation me semblant découler des deux premiers et de sa souffrance.

Un rapport fut donc envoyé à l'école pour mettre en place des aménagements spécifiques et dégager du temps pour un accompagnement partiel. Pour les obtenir, le référenciel obligatoire était le DSM dont nous avons donc repris la structure en la particularisant. Zénobe présente un Trouble du spectre autistique (TSA 299.00) que l'on aurait récemment encore appelé syndrome d'Asperger :

A. *Déficits de la communication et des interactions sociales*. Zénobe présente des déficits de la réciprocité sociale ou émotionnelle, de la communication non verbale et particulièrement de la compréhension des relations. Il éprouve des difficultés à s'ajuster à des contextes sociaux peu cadrés comme le jeu libre, à partager des jeux imaginatifs. Cf. le déficit de théorie de l'esprit et de reconnaissance des affects objectivés dans le bilan neuropsychologique.

B. *Caractère restreint et répétitif des intérêts et activités*. Zénobe présente une grande angoisse devant le changement, a besoin de rituels. Il a sans cesse besoin d'anticiper. Il présente des domaines

d'intérêt peu partageables avec d'autres enfants, comme les fossiles ou l'histoire de l'architecture.

C. *Présence depuis le début de la vie*. Les difficultés ont été présentes dès la petite enfance, mais ont jusqu'à présent été envisagées sur la base d'autres hypothèses, comme celle traumatique (l'enfant est né à l'aide de forceps et a vécu un accident ayant mis sa vie en danger). Ces suivis semblent l'avoir aidé, mais l'hypothèse ne rend pas compte des difficultés développementales et relationnelles. Le fait que le diagnostic n'eût pas été posé plus tôt relève sans doute du fait que Zénobe est un enfant intelligent et bien entouré.

Ce discours a convaincu l'école de mettre un dispositif en place et fera trace de nos réflexions. Par ailleurs, des difficultés attentionnelles ont été observées et objectivées, ainsi qu'une hyperactivité corrélée à des difficultés exécutives, notamment de l'impulsivité. Les rapports logopédiques et neuropsychologiques ont servi de base plus détaillée pour élaborer le contenu concret des adaptations scolaires, mais ne pouvaient guère être utilisés pour un dialogue en famille avec l'enfant.

Lors d'une consultation de restitution avec parents et enfant, nous tentons de représenter par un dessin notre perception de ses particularités, forces et faiblesses. Nous expliquons, en reprenant comme langage commun les symboles de ses dessins et jeux de sable, ses connaissances, ses affinités, ses difficultés, son regard sur soi… Il écoute attentivement ainsi que ses parents et propose de faire lui-même le dessin.

Il va donc nous représenter une autoroute, la EE (énergie, émotions), en zigzag, sur laquelle circulent de nombreuses voitures, phares allumés, avec des pancartes comme intelligence, curiosité ou autres

ressources et aussi de nombreux radars, en zigzag aussi, un peu menaçants comme la colère, l'incompréhension. « Voilà, c'est moi ! » dit-il.

Cette représentation en zigzag, nous l'avons adoptée. Pour parler avec l'enfant entre nous, elle est bien plus fonctionnelle que le DSM ou le vocabulaire psycho-médical, car c'est comme un récit personnel qui peut sans cesse évoluer. Elle dit bien les particularités de Zénobe et lui permet de continuer à se raconter et à s'inventer. Elle lui a donné l'opportunité d'avoir la main sur sa propre histoire, de dire « moi, je suis quelqu'un qui est comme ceci ou comme cela » et pas « je suis un incapable ». Sans avoir évoqué de manière directe la question de l'estime de soi, on voit bien qu'il y a eu par l'appropriation des représentations un début de restauration à ce niveau.

Cette restauration a été rendue possible par l'attention de ses parents au cheminement de leur enfant, à l'acceptation qu'ils ont eue de son discours à lui, unique et précieux. Ils ont pu jongler entre les différents discours, les différents langages. Nous avons renoncé, pour le moment, à parler d'Asperger ou de HPI avec Zénobe. Nous avons eu le sentiment que cela restreindrait cet élan créatif et optimiste qui lui permet d'avancer et de partager sa pensée alors que c'était jusque-là bien difficile. Mais, bien sûr, cette grille de lecture est dans la tête des parents et leur permet de réfléchir à un quotidien le plus adapté possible. Il n'est pas question d'en faire l'économie, mais de permettre aux différents langages d'être utilisés dans le lieu adéquat. Et, sans doute, dans quelques années, Zénobe viendra-t-il nous demander un autre langage à ajouter au sien. Nous y réfléchirons avec lui en fonction de son évolution et de l'évolution des connaissances médicales.

L'enfant n'est pas un adulte en miniature

Ceci nous rappelle qu'un enfant peut certes être un patient à soigner, mais est d'abord un être en devenir à élever. Cela implique des soins spécifiques lorsque c'est nécessaire, mais aussi la prise en compte au quotidien de ses particularités, que l'enfant soit en famille ou en institution.

Prescrire une thérapie, si pertinente soit-elle, est en effet rarement suffisant pour un enfant, et ce, encore plus si l'enfant est en institution. En effet, si l'on peut supposer que des parents attentifs vont s'adapter à ce qu'ils perçoivent de leur enfant, à ce que le diagnostic met au jour et à son évolution, c'est beaucoup plus compliqué pour une institution où toute une équipe doit ajuster ses représentations et ses attitudes. Toute une équipe, cela signifie des professionnels avec des formations et des sensibilités différentes, des vécus variés avec cet enfant, des présences ou des absences aux réunions de concertation et, donc, des mémoires et des représentations hautement diverses n'ayant pas nécessairement intégré un regard partagé sur l'enfant et son évolution.

Accompagner un enfant, c'est donc toujours se situer dans des relations multiples, dans des langages multiples et des angles de vue différents à coordonner sans pour autant vouloir les rendre similaires, même si tous sont amenés à tenir compte des spécificités de cet enfant. Nous allons envisager ces questions au fil des âges en gardant en tête que le meilleur diagnostic est celui qui n'existera pas.

La meilleure démarche est donc toujours celle de la prévention thérapeutique, mais encore plus avec les tout-petits. Il s'agit bien sûr d'envisager la dyade mère/enfant ou la triade père/mère/enfant sans se limiter au discours des adultes sur eux-mêmes et sur leur enfant. Il n'est pas simple de percevoir ce qu'un très jeune enfant nous communique par son développement psychomoteur et relationnel, son appétit, son sommeil, ses mimiques, ses attitudes, ses réponses à nos soins et à notre tendresse.

Les mamans sont des orfèvres de ce langage. Beaucoup d'entre elles qui avaient perçu une bizarrerie développementale chez leur bébé ont été indûment rassurées alors que l'enfant s'est avéré plus tard porteur de traits autistiques ou de limite intellectuelle. Les mamans connaissent bien leur enfant et leur discours souvent juste doit éveiller notre attention peut-être pas pour poser déjà un diagnostic, mais pour mettre en place des attitudes et des suivis éventuels qui vont soutenir le développement, fédérer les énergies de chacun et idéalement éviter un diagnostic plus lourd par la suite. Les parents ont besoin de se dire qu'on a vraiment fait le maximum, et ce, dès que possible pour leur petit en difficulté. Ainsi, et c'est un exemple parmi bien d'autres possibles, un enfant en difficulté de communication et ne présentant pas les prérequis normaux du langage pourrait être aidé par un soutien au langage en langue des signes simplifiée, comme on le fait pour tous dans certaines crèches.

Cette compétence de relation avec l'enfant doit parfois être soutenue. Avoir une présence bienveillante peut suffire, dans une difficulté adaptative, voire même un baby blues, à protéger et nourrir la relation. Accueillir un bébé est la chose la plus banale et la plus bouleversante que nous puissions vivre. Une maman m'expliquait la confiance qu'elle avait dans

son lien à son enfant et dans leur amour mutuel qu'elle avait perçu depuis leur premier jour. Et d'ailleurs, ajoutait-elle, la sage-femme l'avait remarqué : « jamais je n'ai vu un nouveau-né aussi éveillé pour aller vers le sein de sa mère ». Une parole gravée dans le cœur de cette maman. Cette sage-femme était en réalité une bonne fée.

À l'inverse, certains parents sont en difficulté dans leur relation à leur petit, ne peuvent percevoir son langage et lui apporter les soins et le climat relationnel nécessaires. C'est nous qui devons veiller à décoder le langage d'un bébé potentiellement en détresse, jouer les interprètes et, rapidement, soutenir cette parentalité vacillante pour une durée plus ou moins longue.

Parfois, c'est plus grave, et nous sommes inquiets pour le développement de l'enfant et avons à le protéger d'une relation insuffisante, trop peu ajustée à ses besoins. Un trouble de l'attachement ou même un traumatisme développemental dommageables pour son avenir pourraient en découler. Ce diagnostic est essentiel et urgent. Deux mois dans la vie d'un adulte, ce n'est rien, dans la vie d'un bébé, c'est énorme. Pour un enfant en détresse, le temps nous est compté.

La situation nous parle, l'état mental des parents nous informe, leur capacité de relation à leur enfant et à nous également mais l'observation du bébé ou du jeune enfant est cruciale. Or peu de gens sont formés à cette observation alors qu'il existe des échelles d'évaluation et des grilles d'observation.

Entre 0 et 2 mois, il y a l'échelle d'évaluation de Brazelton, généralement pratiquée en milieu hospitalier. Ensuite, l'ADBB (Alarme Détresse BéBé) permet de repérer la détresse d'un tout-petit entre 0 et 24 mois. C'est une échelle d'évaluation du retrait

relationnel de l'enfant pouvant être utilisée pour dépister un trouble d'attachement. Il s'agit d'une échelle assez facile d'accès, à condition de se former et de la pratiquer régulièrement. Elle sert en première ligne à étayer une inquiétude et à décider d'une éventuelle évaluation plus subtile dans un second temps.

Dans un second temps et sans vraiment de limites d'âge, il y a différentes échelles ainsi que le bilan sensori-moteur selon Bullinger pour lequel une formation approfondie est indispensable. Notre intuition ne suffit pas, nous avons à être rigoureux.

Si, malgré toutes nos interventions, il s'avère que nous ayons à placer un enfant, alors évitons de créer des pathologies iatrogènes et d'avoir à poser par la suite un diagnostic grave. Un bébé ou un petit ont besoin de figures d'attachement stables et investies, comme du lait de leur biberon.

Les relations en pouponnières, quelle que soit la qualité du personnel, sont parfois investies malgré le manque cruel de temps et donc de disponibilité, mais, par définition, elles ne sont jamais stables. Or la multiplication des adultes et les ruptures répétées sont des causes documentées d'apparition du traumatisme développemental. Le placement institutionnel du jeune enfant est toujours délétère. Un enfant doit être dans une famille, la sienne ou une autre. Nous ne pouvons pas dire que nous ne savons pas.

Si le placement est supposé transitoire, que l'on espère que les parents se reprennent et que l'enfant puisse rentrer dans sa famille, ce qui vient d'être dit reste vrai. Un enfant ne peut pas être en stand-by en attendant que l'adulte aille (peut-être) mieux, cela abîme son développement.

C'est d'autant moins discutable qu'un enfant dont on a respecté les modalités d'attachement, les

besoins de sécurisation se réadaptera plus facilement en famille d'origine ou nouera de meilleures relations avec sa famille d'accueil ou sa famille adoptive moyennant, bien sûr, des transitions bien aménagées. Un enfant retrouvera ses parents avec plus d'amour s'il a été aimé ou du moins investi de manière stable en les attendant. Nous ne le priverions pas de lait ou de chaleur en attendant et, pour les liens, c'est pareil. La même logique doit prévaloir.

Dans la même voie, une présence adéquate lui permettra de franchir les périodes dites sensibles avec fruit. En effet, certaines acquisitions se font à des moments précis déterminés par l'évolution des connexions synaptiques et se rattrapent difficilement par la suite. Ainsi, une période sensible bien connue est celle des langues. Un petit va grandir sans effort avec deux langues, mais, au fur et à mesure de son développement, la cartographie de son cerveau va sélectionner ce qui est utilisé au quotidien et éliminer les réseaux inutilisés. Nous avons tous l'expérience d'une langue apprise à un âge plus tardif et que nous ne maîtrisons jamais vraiment. Il en va de même pour toutes les expériences que l'enfant fait dans tous les secteurs de son développement.

Nos connaissances diagnostiques scientifiquement prouvées doivent ainsi nourrir la prévention et éviter d'avoir à poser un diagnostic. La prévention sera ici thérapeutique.

Cette prévention au quotidien, si elle est spécialement cruciale chez les bébés, se décline à tous les âges. Ainsi, par exemple, si la question d'un diagnostic de déficit attentionnel est posée, il nous faut envisager la pathogenèse, ce qui entretient la difficulté. Cet enfant est-il trop devant les écrans, particulièrement la TV qui suppose une attention

passive et qui est trop souvent banalisée ? Trop d'enfants regardent des dessins animés le matin et c'est un problème, même si les dessins animés ne sont pas violents.

Cet adolescent dort-il assez ? Prend-il du cannabis ou de l'alcool ? Plus généralement, enfants et ados font-ils assez de sport, de bricolage, sont-ils assez en contact avec leurs pairs, avec la nature ? En fait, ces questions peuvent être adaptées à beaucoup de motifs de consultation. Nos enfants mènent-ils une vie qui permet un bon développement ? Le concept de prévention thérapeutique est donc symétrique au concept de pathogenèse.

Toujours dans cette même logique de prévention thérapeutique, nous pouvons étendre le concept de période sensible. Dans le registre cognitif, l'apprentissage de la lecture doit se faire dans une certaine période, 5/6/7/8 ans. Passé ce moment, il devient vraiment difficile d'apprendre à lire, or c'est un vrai souci dans notre société que d'être illettré. Toujours en référence à notre lasagne, dire qu'on va d'abord s'occuper des questions affectives ou systémiques avant de prendre le cognitif en charge est rarement pertinent, car progresser cognitivement aide à progresser affectivement.

De la même manière, mais plus discrètement, comme déjà évoqué, beaucoup d'enfants ou de jeunes ados sont des déchiffreurs non lecteurs, ce qui est également un vrai souci. Scolairement, il est difficile de résoudre un problème si l'on n'en comprend pas vraiment l' énoncé. Affectivement, cela appauvrit le dialogue intérieur qui manque de vocabulaire et de concepts et amenuise la capacité d'analyse de soi, l'émergence de la fonction témoin. C'est donc une difficulté qui entrave le développement scolaire, personnel et social.

Nous avons parlé des langages, mais plutôt de nos langages entre nous adultes et de ceux que nous comprenons. L'enfant a, lui aussi, ses langages, celui qui s'exprime avec des mots et des représentations, mais aussi celui du jeu, celui du dessin, sans oublier ceux du corps et du développement. Un enfant exprime ses soucis par des troubles du sommeil ou de l'alimentation, par des plaintes somatiques. Un enfant doit être entendu au-delà de ses mots et ceci particulièrement s'il y présente un symptôme de rupture, un changement subit.

Si nous reprenons notre exemple d'énurésie ; une chose est d'avoir une énurésie primaire qui signifie que l'enfant n'a jamais été propre, une autre est d'observer l'apparition brusque d'une énurésie chez un enfant propre. L'énurésie primaire inquiète de moins en moins jusqu'à un certain âge. Les pédiatres parlent maintenant de 7 ans pour une énurésie nocturne primaire. En revanche, s'il s'agit d'une énurésie secondaire, si un enfant propre refait pipi au lit, nous devons chercher une explication. Elle peut être banale, telle une rentrée des classes ou l'arrivée d'un bébé ou, parfois, plus grave. On parle de signal sensible, mais peu spécifique. Il signale rapidement quelque chose (il est sensible), mais on ne sait pas quoi (il est peu spécifique).

Les symptômes de rupture peuvent être divers comme un manque d'appétit, un mal au ventre subitement récurrent, un trouble du sommeil, un refus de scolarité chez un enfant jusque-là enthousiaste… Ces symptômes de rupture doivent attirer l'attention. Un enfant nous parle.

Un diagnostic, c'est d'abord une rencontre

Une première rencontre avec un enfant est toujours asymétrique, qu'il s'agisse d'une consultation ou d'une première rencontre avec un service ou une institution. Penchons-nous sur cette disparité.

L'adulte a planifié le rendez-vous, l'a choisi et préparé intérieurement. Il a toujours un coup d'avance sur l'enfant qui doit atterrir, réaliser ce qui se passe même lorsqu'il a été préparé et aussi s'investir dans une nouvelle relation. Le premier rendez-vous sert d'abord à établir le contact et à construire la relation de travail.

En outre, s'il est généralement plus intéressant de rencontrer simultanément parents et enfant, de percevoir l'ambiance familiale ou la qualité particulière du dialogue, la question de la pertinence de la présence de l'enfant à ce premier rendez-vous doit pouvoir être posée.

Est-il vraiment nécessaire qu'un enfant qui a déjà vu de nombreux intervenants, qui a été multibilanté et qui a entendu le récit de ses carences et méfaits à de nombreuses reprises, réentende encore une fois son histoire racontée de cette manière ? Cela risque de faire passer le message implicite que, nous aussi, nous allons l'envisager de cette façon et induire une attitude de résignation ou d'opposition, en tout cas pas de construction commune.

De la même façon, si le conflit parental est trop important ou si des secrets risquent de planer sur le rendez-vous, il est plus simple de faire une consultation préalable entre adultes. Tout n'est pas bon à dire ou même seulement à redire devant un enfant.

C'est une chose d'entendre dire quelque chose à la maison, c'en est une autre de l'étendre devant un professionnel. Cela peut résonner comme une officialisation.

Par ailleurs, la fraîcheur de la rencontre doit être préservée, sans pour autant faire table rase des bilans précédents qui devront être consultés et maîtrisés. La rencontre vise à créer un processus de réflexion qui ne rabatte pas l'échange à une description technique et négative. Cette ambiance permet aussi d'aborder des questions qui relèvent de l'intimité, de ce qu'on n'avait pas encore osé dire, de ce qui est un peu gênant, de ce qu'on croyait être le seul à vivre. Un diagnostic peut aussi servir à sortir de la honte et de la solitude. Si on n'est plus le seul, on est moins seul.

Si nous reprenons notre comparaison avec le diagnostic médical habituel, on pourrait dire que ce diagnostic décrit le problème du patient, tandis que le diagnostic pédopsychiatrique rencontre l'enfant, son système familial, parfois son réseau, et décrit la personne, ses difficultés, ses ressources et éventuellement celles de ses relations proches, de manière compréhensible pour tous, et transforme ainsi les représentations que l'enfant et son réseau ont de lui.

Pour le redire avec un sourire et plus fondamentalement, nous avons encore et toujours à être des bonnes fées auprès des berceaux ou des plus grands. Être une bonne fée, ce n'est pas avoir une baguette magique, c´est veiller à créer des représentations sur lesquelles chacun peut s'appuyer pour résoudre ses propres questions et avancer dans la vie.

Se parler, c'est d'ailleurs toujours un peu plus qu'échanger des informations, c'est un ajustement mutuel. Une rencontre favorable crée un climat, une ambiance qui permet aux idées et aux sentiments de mieux se déployer. De cette rencontre fertile, chacun ressort avec plus que ses propres idées et perceptions de départ et se sent propulsé vers une réflexion qui se poursuit.

Ce partage d'idées et de chemins de pensée participe de la résilience. Penser ensemble c'est rassurant, cela diminue l'angoisse et nourrit la foi en l'avenir. Ce partage s'élabore parfois directement avec l'enfant parfois en présence de l'enfant. Un enfant peut jouer en présence de deux adultes qui se parlent de lui, de la situation, qui partagent et réfléchissent ensemble à son propos. Il semble vaquer à ses activités, chantonne, se raconte une histoire, mais parfois fait un commentaire qui nous prouve qu'il suit bien la conversation. C'est essentiel de ne pas imposer à un enfant d'écouter assis sur une chaise. Il sera plus attentif et disponible s'il peut jouer, bouger et écouter en périphérie.

Un petit Amir nous l'a très joliment montré. Amir, 6 ans, vif et souriant, n'arrive pas à démarrer dans les apprentissages de première année primaire. Nous interrogeons la maman quant à l'avis du papa absent sur cette consultation. La maman répond qu'il vit à l'étranger, que l'enfant ne le connaît pas, qu'elle a encore un peu de contact avec lui, mais qu'Amir ne le sait pas. Nous faisons alors une mimique qui signifie que, maintenant, il le sait. Amir lève alors la tête de ses Lego et assure : « oh moi, vous savez, je n'écoute pas ». Voilà une réflexion pertinente et rassurante sur le potentiel d'apprentissage de l'enfant et qui illustre que nous aurions été bien avisés de voir la maman préalablement.

L’affaire de tous

Le terme « diagnostic » semblait au départ évoquer un concept monolithique et un peu sévère, et puis nous avons voyagé dans les strates d’une réalité complexe, évolutive, construite à plusieurs mains dans le plaisir de la rencontre et du faire ensemble. Cette démarche rigoureuse vise à préparer un soin, mais aussi à vivre un quotidien, à élever un enfant.

Pour le dire avec humour : le diagnostic est une lasagne à savourer à plusieurs dont les différentes couches varient dans le temps dans leur importance relative et dans leur existence même. Si l’enfant souffre d’un traumatisme développemental, il y a une chaussette rouge qui va teinter tous les aspects de sa personne et qui ne peut être négligée.

Le processus du diagnostic doit nous permettre d’être sérieux, précis et bienveillants dans la durée. Il s’agit de faire trace et usage de cette réflexion pour construire des actions et des représentations.

À l’image des mots que la jeune L.R. énonçait hier en consultation : « dans les mots de ma vie, il y a beaucoup de virgules, mais pas de points ». Écoutons-la et soyons rigoureux pour que la ponctuation de nos rencontres scande un récit et des gestes qui la construisent.

Bibliographie

- Bullinger A., *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars,* La vie de l'enfant, Érès, 2015.
- van der Kolk B., *Le corps n'oublie rien. Le cerveau, l'esprit et le corps dans la guérison du traumatisme*, Albin Michel, 2021.
- Marin C.*, Être à sa place. Habiter sa vie, habiter son corps,* Éditions de l'Observatoire, 2022.

Romans et séries

- De Vigan D., *No et moi*, Le Livre de Poche, 2009.
- De Vigan D., *Les Loyautés,* JC Lattès, 2018.
- Lévy, E. (producteur exécutif). (2019-présent), *Astrid et Raphaëlle* [série TV], France Télévisions, https://www.france.tv/series-et-fictions/policiers/astrid-et-raphaelle/.

Pour approfondir le sujet

- · Quand un diagnostic est utile pour prendre soin de l'enfant, avec Christine Dom
- · Comment l'enseignant peut-il aider l'enfant hyperactif ? avec Pierre Delion
- · « Aménagements raisonnables », des mesures à penser ensemble, enseignants/éducateurs, parents, enfant, avec Christine Dom
- · Souffrance psychique de l'enfant, à quels marqueurs être attentif ? avec Pierre Delion
- · TDAH, la nécessité d'un travail en réseau, avec Patricia Baguet
- · Diagnostic TDAH, un processus relationnel avec la famille, avec Patricia Baguet
- · Comment conjuguer les différentes subjectivités en équipe ? avec Claire Meerseeman
- · Travailler en équipe, un fonctionnement à plusieurs qui garantit du « tiers », de la ressource, avec Claire Meerseeman
- · …

- · Développement et troubles de l'enfant 1-4 ans, Marie-Paule Durieux
- · Développement et troubles de l'enfant 0-12 mois, Marie-Paule Durieux
- · La réunion d'équipe, un rituel porteur, Claire Meerseeman
- · L'enfant difficile, Pierre Delion
- · …

- · La confiance entre adultes autour de l'enfant
- · …

- · Le diagnostic, l'affaire de tous avec Christine Dom

sur yapaka.be

Que faire lorsque je suspecte une maltraitance ?

Comment réagir face à cet enfant qui a l'air négligé ?

Comment gérer une situation de harcèlement entre enfants ?

Qu'est-ce qui aide un enfant qui révèle une maltraitance physique ?

Formation en ligne

mooc.yapaka.be

POINTS DE REPÈRE POUR
PRÉVENIR LA MALTRAITANCE

Petite enfance - Enfance - Adolescence -
Intervenant en milieu sportif

Formation gratuite
Plus de 90 questions
Des ressources vidéo, audio, livres, textes
À parcourir seul ou en équipe
Accessible au rythme de chacun
Avec un syllabus téléchargeable

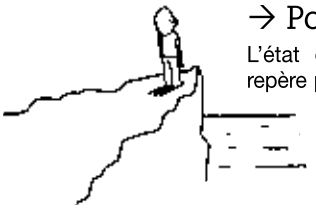
Inscrivez-vous sur mooc.yapaka.be

yapaka.be

Que faire en cas d'inquiétude d'une situation de maltraitance infantile ?

→ Ne pas rester seul, en parler

Parler de ses inquiétudes permet de réduire l'émotion et de réagir de manière plus ajustée à la situation. Se tourner vers son entourage professionnel, sa hiérarchie est le premier réflexe. Également, maintenir le lien avec les parents ou la personne de référence pour l'enfant permet de les garder comme partenaires dans le processus d'aide.



→ Porter attention à

L'état de souffrance de l'enfant est le repère prioritaire à chaque étape des interventions. Les parents doivent bénéficier d'une écoute et d'une aide appropriées à leur souffrance et à leurs difficultés personnelles.

À qui s'adresser en cas de doute ?

LES SERVICES DE PROXIMITÉ

→ En lien avec l'école, les Centres Psycho-Médico-Sociaux et les Services de Promotion de la Santé à l'Ecole

→ Également, les Services de santé mentale, les Centres de planning familiaux, le médecin de famille…

→ Des services d'écoute gratuits, Télé-Accueil au 107 (destiné à tous, adultes et enfants), Ecoute Enfants au 103 (destiné aux enfants)

LES SERVICES SPÉCIALISÉS

→ L'équipe SOS Enfants est une équipe pluridisciplinaire qui prend en charge les situations de maltraitance (diagnostic et prise en charge thérapeutique). Sa première mission est d'accueillir toute personne aux prises avec des questions, suspicions... liées à la maltraitance sur un enfant pour évaluer le danger et la suite à mettre en place.

→ Le Conseiller de l'Aide à la Jeunesse du SAJ dont le service peut intervenir à la demande d'un jeune, d'un parent ou d'un intervenant pour écouter, orienter et soutenir enfants et familles.

Pour trouver les coordonnées de ces services proches de chez vous, rendez-vous sur la cartographie disponible sur yapaka.be/cartographie

Affiche disponible à la demande sur yapaka.be

Temps d'Arrêt / Lectures
Dernier parus

122. Accueillir la vie en temps de pandémie. Pascale Gustin

123. L'entrée dans le langage. Jean-Claude Quentel

124. Naître et grandir. Jacques Gélis

125. La parentalité désorientée Mal du XXIe siècle ? Ludovic Gadeau

126. Puissance de l'imaginaire à l'adolescence. Ivan Darrault-Harris

127. Quand la parole déconfine, Pascal Kayaert

128. Covid-19 : l'impact sur la santé mentale des jeunes. Sophie Maes*

129. Le monde de l'enfance après un an de crise sanitaire. Pierre Delion

130. Comme une tombe. Le silence de l'inceste. Anne-Françoise Dahin

131. Maltraitance institutionnelle en temps de crise. Emmanuel de Becker

132. L'adolescence à l'ère du virtuel. Xanthie Vlachopoulou

133. Accompagner le parent porteur de handicap. Drina Candilis-Huisman

134. Penser l'incestuel, la confusion des places. Dominique Klopfert*

135. Quand l'écran fait écran à la relation parent-enfant. Olivier Duris

136. Le dehors, un terreau fertile pour grandir. Marie Masson*

137. Accueillir les enfants migrants et leurs parents. Marie Rose Moro

138. La parentalité positive à l'épreuve de la vraie vie. Ludovic Gadeau

139. Enfants connectés, parents déboussolés. Marion Haza-Pery, Thomas Rohmer

140. Repenser la place des pères. Christine Castelain Meunier

141. Faire récit pour attraper le fil des générations. Émilie Moget

142. De nos vulnérabilités. Habiter le monde en ces temps d'incertitude. Laurent Denizeau

143. L'inceste n'est pas qu'un crime sexuel. Jean Luc Viaux

144. Les adolescents à l'image des bouleversements du monde. Sophie Maes.

145. Corps, gestes et paroles pour entrer dans la langue. Véronique Rey, Christina Romain

146. La réunion d'équipe, un rituel porteur. Claire Meersseman

147. S'ajuster à l'enfant sensible au monde. Ayala Borghini*

148. Vide contemporain et adolescence. Michèle Benhaim

149. L'énigme des grossesses à l'adolescence. Cindy Mottrie

150. Prendre soin des lieux d'accueil de la petite enfance. Michel Vandenbroeck

151. Le corps, miroir de soi de l'adolescence. David Le Breton

* Ouvrage épuisé.

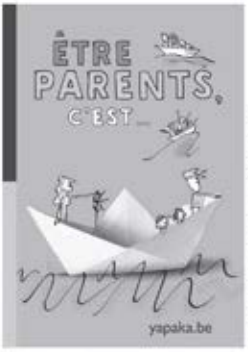
Découvrez toute la collection Temps d'Arrêt et retrouvez nos auteurs sur yapaka.be pour des entretiens vidéo, conférences en ligne, …

Les livres de yapaka

En Belgique uniquement

disponibles gratuitement au 02/413 3000 ou infos@cfwb.be

POUR LES PARENTS D'ENFANTS DE 0 À 2 ANS



POUR LES PARENTS D'ENFANTS

POUR LES PARENTS D'ENFANTS

POUR LES PARENTS D'ADOS

POUR LES ENFANTS

POUR LES ADOS DE 12 À 15 ANS