

MON ENFANT EST-IL NORMAL, DOCTEUR ?

Les spécificités de l'examen pédopsychiatrique

A. MALCHAIR (1)

RÉSUMÉ : L'examen pédopsychiatrique impose d'intégrer les symptômes présentés, i.e. la souffrance de l'enfant, dans un tableau d'interactions familiales complexes. La démarche de consultation est difficile pour les parents et l'enfant, mais aussi pour le médecin. Les écueils sont nombreux pour chacun, à savoir la stigmatisation d'une pathologie, la recherche d'une normalité à tout prix, la séduction d'une théorie explicative réductrice, et surtout l'oubli du potentiel évolutif de l'enfant. Enfin, chaque âge présente des caractéristiques d'examen dont les différences sont majeures et fonction du développement de l'enfant dans son processus d'autonomisation.

MOTS-CLÉS : *Examen pédopsychiatrique - Normalité de l'enfant - Interactions familiales*

INTRODUCTION

La consultation pédopsychiatrique présente de nombreuses particularités, singulièrement lors de la première rencontre avec les parents. Les symptômes présentés le plus souvent sont ceux de l'enfant, mais d'emblée, il nous appartient de les replacer dans l'interaction familiale qui se déroule devant nous.

“Un enfant seul, ça n'existe pas”, pouvons-nous affirmer en paraphrasant Winnicott (1).

La dimension intersubjective est ici cruciale, et il convient de l'analyser rigoureusement; il nous faut, en effet, évaluer la situation clinique dans sa globalité, et surtout dans son potentiel évolutif.

Le travail classique et nécessaire de rassemblement des symptômes s'arrêtera prudemment aux portes d'un diagnostic que, seule, la longueur du temps permettra, peut-être, d'affirmer.

UNE DÉMARCHE DIFFICILE POUR LES PARENTS

Une particularité importante est le malaise induit par la situation de consultation elle-même, malaise chez l'enfant/adolescent, mais aussi malaise chez les parents.

En effet, pour ces derniers, même s'ils sont demandeurs, l'ambivalence est grande, parce qu'en pédopsychiatrie, la démarche repose sur un aveu d'impuissance et/ou d'échec dans ce qui est ressenti comme une fonction normale de

IS MY CHILD NORMAL, DOCTOR ?

THE SPECIFICS OF CHILD PSYCHIATRIC EXAMINATION

SUMMARY : The psychiatric assessment of a child requires to integrate the symptoms presented, for example, the child's suffering, in an array of complex family interactions. The consultation process is difficult for parents and child, but also for the physician. Many pitfalls exist for everyone, namely the stigma attached to a disease, the search for normality at any price, the seduction of a reductive explanatory theory, and especially the oversight of the child's evolutionary potential. Finally, the characteristics of examination vary at each age; the differences may be major and depend on the development of the child in the process of empowerment.

KEYWORDS : *Child psychiatric examination - Normal child - Family interactions*

parents, à savoir assurer le bien-être et l'éducation de leur enfant.

Même si son rôle est “idéalisé”, le médecin sera perçu plus ou moins inconsciemment comme un rival, capable de réussir là où ils ont échoué. Paradoxalement donc, notre échec sera à la fois regretté dans le réel, mais aussi l'occasion d'un soulagement inconscient, puisque “même un professionnel” n'aura pu dénouer la situation.

Ne soyons cependant pas exagérément pessimiste, la collaboration des parents est souvent présente, même lorsque c'est l'école ou le médecin de famille qui a suggéré le travail, et non eux-mêmes.

Il n'en reste pas moins qu'ici plus qu'ailleurs, l'anamnèse sera hautement subjective, et que les parents seront logiquement centrés sur ce qui les interpelle au quotidien, et qui ne correspond pas nécessairement à la réelle souffrance de leur enfant.

UNE DÉMARCHE DIFFICILE POUR LES JEUNES

Du côté des enfants et des adolescents, la situation n'est pas plus confortable, et l'on est souvent confronté à une méfiance somme toute assez logique.

En effet, qu'il s'agisse de troubles comportementaux, de difficultés scolaires, ou de symptômes intrapsychiques, la première consultation ressemble souvent à une “comparution”. Le jeune est amené à parler, à expliquer, voire à se justifier, alors que ce qu'il doit dire est généralement ressenti comme gênant, au sens large.

(1) Professeur, Directeur Médical, CSMU Enfants-Parents, Liège.

Son intimé est effractée, ses mécanismes de défense mis à mal et au bout du compte, c'est un "jugement" qui est attendu et redouté.

Même lorsque la souffrance est bien consciente, notre intervention se situe le plus souvent dans le champ de l'intrusion, avant d'être perçue comme l'ouverture vers un réel soutien; ceci est particulièrement vrai avec les adolescents dont la fragilité est bien connue dans leur équilibre psychique.

Parents et enfants sont donc confrontés, et nous confrontent, à des mécanismes de défense variés, allant du désir à la dramatisation, du laxisme à la rigidité, de la soumission à la revendication, de la séduction à l'agressivité.

Dans cet article, nous allons envisager cette problématique sous 3 aspects :

Premièrement, nous nous interrogerons sur ce que signifient les notions de normal et pathologique chez l'enfant, pour les appréhender sous l'angle d'un continuum où les processus d'adaptation doivent primer.

Deuxièmement, nous poserons le difficile problème du diagnostic dont le caractère "figé" doit être souvent abandonné au profit d'une approche plus évaluative d'un processus en cours, au-delà des aspects franchement pathologiques.

Enfin, nous évoquerons certaines particularités liées à l'âge qui déterminent bien sûr l'influence des conditions de l'examen et de l'importance de la famille sur notre observation du jeune et de sa personnalité.

NORMAL OU PATHOLOGIQUE ?

UN CONTINUUM ?

En pédopsychiatrie, il est prudent de sortir d'un raisonnement médical classique qui définirait de façon séparée la bonne santé et l'état de maladie.

Nous sommes, en effet, confrontés à une majorité de situations où l'évolution d'un enfant et/ou d'un adolescent se marque par des signes particulièrement subtils qui opèrent un véritable glissement entre ce qui peut être encore considéré comme normal et ce qui deviendrait, déjà, l'ébauche d'une psychopathologie.

Plus encore, on peut même dire que certains signes, qui peuvent paraître franchement pathologiques, ne relèvent d'aucun syndrome particulier et qu'ils sont une simple modalité circonstancielle d'une évolution, par ailleurs, globalement normale. Ceci est particulièrement

vrai dans le cas de l'adolescence, nous y reviendrons.

Une notion essentielle qu'il convient donc de comprendre, est celle d'un véritable «continuum» entre le normal et le pathologique. Cela signifie que le fonctionnement psychique est en constante modification, qu'il s'adapte à l'environnement. Ainsi, certaines manifestations de souffrance sont essentiellement de nature réactionnelle et ne supposent en aucune manière, l'établissement d'un "début de maladie".

Ajoutons encore que l'extrême variabilité individuelle, précisément chez les enfants et les adolescents, rend caduque toute approche exagérément globalisante de ce qui serait normal et/ou pathologique.

Un certain nombre d'acquisitions, normales en fonction de l'âge, doivent néanmoins être atteintes par chaque enfant pris individuellement. Cependant, cette chronologie ne peut certainement pas être trop stricte, et il conviendra de considérer l'évolution propre de chaque sujet.

La question centrale de nombreux parents lorsqu'ils sont confrontés à des manifestations de mal-être et/ou de souffrance psychique de leur enfant, est invariablement : "Est-ce normal, Docteur?".

Ce n'est pas ici le lieu de réfléchir de façon exhaustive à une définition de la normalité, définition qui varie selon les auteurs, selon les époques, et surtout selon les référents théoriques de chacun. Introduisons cependant quelques éléments du débat.

QUELLE NORMALITÉ ?

A la suite de D. Marcelli (2), nous pouvons considérer que 4 approches du normal peuvent être distinguées :

- Normal = santé \diamond maladie,
- Normal = moyenne statistique,
- Normal = idéal à atteindre,
- Normal = processus dynamique d'adaptation.

Ces différentes approches s'entrecroisent bien sûr à des degrés divers, et aucune d'entre elles n'est fautive. Elles représentent chacune un des aspects possibles de la normalité.

Classiquement, comme cela a été évoqué plus haut, la santé, la bonne santé, pourra être opposée à la maladie et servira donc de référence aux normes; c'est sans doute ce qui répond au plus près à la question des parents évoquée ci-dessus.

Pour autant, la moyenne statistique pourra également être implicite dans la question de ces parents, dès lors qu'ils seront anxieux de savoir si leur enfant se comporte comme les autres enfants du même âge. Cette notion de moyenne statistique a évidemment quelque chose d'assez dangereux, dès lors qu'elle viserait à une "normalisation", c'est-à-dire l'éradication, ou à tout le moins une tendance à l'éradication, des différences.

Plus subtile sera la notion d'idéal à atteindre, car cette notion amène implicitement la notion du bonheur sous-jacent qui ferait que l'on ne peut être actuellement heureux que si l'on est complètement normal; la normalité se définissant par l'idéal et l'idéal par la normalité. On est là en plein raisonnement circulaire.

Ces 3 notions présentent donc un certain danger, à savoir l'attente plus ou moins contraignante d'un certain état, celui de bonne santé, celui qui correspondrait à la moyenne, celui qui serait un idéal plus ou moins inaccessible.

Il "faut" donc être normal pour être heureux, pour être intégré dans la société, pour ne pas être considéré comme déviant. On voit là les dangers d'une telle exigence sociétale.

Nous préférons donc la dernière définition du normal, à savoir un processus dynamique d'adaptation, qui permet à chaque individu de faire face aux situations qu'il rencontre à tel ou tel moment de son existence, éventuellement par une manifestation de souffrance transitoire. Cette souffrance peut être particulièrement aiguë, mais l'essentiel sera de garder une souplesse de réaction et, donc, d'adaptation suffisante pour continuer son chemin de vie.

On comprendra aisément que cette vision est cruciale lorsque nous parlons d'enfants et d'adolescents, puisque par définition, leur état est celui d'un processus évolutif et qu'il ne conviendrait certainement pas d'enfermer les enfants dans des observations figeantes, et plus ou moins stigmatisantes.

QUELLES APPROCHES ?

Il y a ainsi 4 manières de répondre à cette question du normal ou du pathologique, et donc à la question des parents.

D'une part, on peut se centrer classiquement sur la recherche de symptômes, de symptômes tels que la sémiologie nous les apprend, symptômes regroupés ou non en syndrome avec ce que cela implique comme approche plus médicalisée. Cette démarche est, de toute façon, incontournable afin de rester rigoureux dans

notre approche, même si elle doit, comme on l'a vu ci-dessus, être dépassée. Elle constitue le socle de départ de la réponse à la question.

Dans un deuxième temps, nous devons réfléchir à l'articulation de ce symptôme au-delà de l'aspect sémiologique, c'est-à-dire envisager une approche plus structurelle et analyser les mécanismes en jeu, de façon telle, que la souplesse possible de l'enfant puisse déjà être prise en compte.

Dans un troisième temps, tout en rappelant notre fonction médicale, il y a lieu d'intégrer l'ensemble des aspects que nous venons d'observer et des mécanismes en jeu, de façon à les intégrer dans un point de vue développemental. Nous considérerons alors à quel niveau de maturité se situe l'enfant, et s'il est éventuellement affaibli par une problématique plus strictement personnelle telle qu'une difficulté génétique, avec les multiples conséquences que cela peut entraîner.

Enfin, nous intégrerons le rôle de l'environnement, singulièrement l'environnement de la famille. Nous pourrions ainsi définir, ou plutôt tenter de définir, si les signes observés, et les mécanismes analysés, présentent une place particulière dans cet environnement, c'est-à-dire finalement, rechercher le sens du comportement observé. Il n'est ainsi pas rare qu'un comportement apparemment anormal soit en réalité parfaitement adapté à l'environnement en question, et qu'il faille, dès lors, le considérer comme une réaction saine de l'enfant à son milieu.

On voit ainsi l'extrême relativité de la réponse aux parents et à la société, puisqu'un nombre considérable de facteurs doivent être pris en compte, chacun en interaction avec l'autre.

Chaque intervenant va évidemment proposer une analyse de la situation et donc une réponse qui serait fonction de son propre système de référence, ce qui peut parfois perturber les familles.

Prenons ainsi l'exemple de la dyslexie; selon la référence théorique à laquelle on s'attache, l'étiologie de la dyslexie pourra renvoyer à une origine génétique, structurelle, lésionnelle ou environnementale. La compréhension qui en découle sera largement différente, même si la réponse, ici généralement de type logopédique, sera le tronc commun des solutions à proposer aux parents.

Ainsi pour une même affection, l'approche théorique peut être extrêmement variée, alors

que l'approche thérapeutique sera relativement unifiée.

Il n'en va pas de même dans toutes les pathologies car pour certaines, au contraire, l'approche théorique va largement infiltrer les modalités thérapeutiques. Mentionnons comme autre exemple les aspects dépressifs de l'enfant: une vision biologique, psychodynamique ou environnementale/réactionnelle va déterminer un comportement du thérapeute radicalement différent.

DIAGNOSTIC OU ÉVALUATION ?

UN PROCESSUS ÉVOLUTIF

En pédopsychiatrie, il faut être extrêmement circonspect à l'égard des diagnostics fixés une fois pour toutes; pour tout dire, il y a très peu de diagnostics vraiment stables dans cette tranche d'âge, car nous observons des processus en évolution.

Il s'agira donc essentiellement d'évaluer ces processus, d'évaluer les circonstances qui ont amené l'apparition de symptômes et de rechercher les interactions entre l'enfant et son environnement.

Rappelons encore : "Un enfant seul n'existe pas".

Pour illustrer la prudence qu'il convient de témoigner à l'égard d'un diagnostic trop hâtif, prenons l'exemple de l'autisme; un tel diagnostic ne peut être certifié avant l'âge de 3 ans, mais des signes autistiques peuvent être repérés bien avant. Sachant qu'une évaluation précoce peut être le gage d'une évolution positive, il convient de "naviguer" entre une position prudente face au diagnostic et une position active de repérage de ces signes précoces.

Jusque l'âge de 2 ans, on parlera de "trouble du développement touchant de multiples domaines" (MSDD en anglais). L'avantage de ce repérage est varié. Il permet de signer l'observation précise qu'on a pu faire du petit enfant, de garder un potentiel évolutif ouvert, avant de l'enfermer dans un diagnostic aussi lourd que celui d'autisme, mais surtout de nourrir une approche thérapeutique spécifique.

Plus évidemment encore, le "fréquent" trouble d'hyperactivité ne peut certainement pas être diagnostiqué trop tôt et il convient, avant de considérer les symptômes observés comme issus d'un trouble propre à l'enfant, d'envisager l'influence de l'environnement; la notion «d'enfant instable» est certainement plus per-

tinente pendant une période d'évaluation qui peut être longue, parce qu'elle intègre davantage les données environnementales. Le diagnostic d'hyperactivité ne pourra être affirmé que lorsque ces données seront maîtrisées.

L'OBSERVATION

Dans notre domaine, l'observation joue un rôle particulièrement important avant tout diagnostic; il s'agira d'écouter le discours des parents et des enseignants, non seulement au niveau des faits rapportés, mais aussi au niveau de l'implication relationnelle que l'on peut percevoir dans leurs propos.

En effet, les comportements d'un enfant peuvent inférer largement avec l'évaluation qui est faite par ses proches et il convient de prendre du recul pour entendre ce qui est dit de l'enfant.

L'observation portera donc sur l'ensemble des relations que les proches, y compris nous-même, ont avec l'enfant, ainsi que l'analyse de ces relations et des interactions de chacun.

Enfin, on observera l'enfant lui-même, lorsqu'il est seul, lorsqu'il ne contrôle pas ses comportements, lorsqu'il a dépassé l'inquiétude légitime qu'il peut avoir lors de la première rencontre avec un adulte étranger, bref l'ensemble des manifestations comportementales, voire symptomatologiques qu'il peut présenter.

On aura compris la prudence avec laquelle il faut analyser les signes cliniques observés et décrits, en y intégrant le plus de circonstances externes possibles.

LE DANGER DES THÉORIES EXPLICATIVES

N'oublions pas qu'une anamnèse pédiatrique classique sera souhaitable afin de repérer d'éventuels épisodes significatifs de l'histoire de cet enfant. Les parents oublient parfois de mentionner certains épisodes d'acquisition ou de maladies, les considérant comme extérieurs à notre analyse, alors qu'ils peuvent être importants pour nous.

Ainsi s'élaborera progressivement notre propre théorie explicative (et pas notre diagnostic!), en étant vigilants aux écueils suivants. Ces écueils sont classiques mais ils sont particulièrement dangereux dans l'évaluation d'un enfant, vu la subjectivité des instruments d'analyse. Il s'agit essentiellement de :

- théories simplificatrices;
- causes convergentes;

- inversion des relations de cause à effet, ou circularité.

Ces écueils sont souvent présents simultanément lors d'une même situation clinique et, il convient donc d'y veiller dans chaque cas.

Prenons par exemple une situation banale qui est celle du divorce des parents.

La tentation naturelle va être de relier toute manifestation symptomatique d'un enfant qui apparaîtra après la séparation comme étant causée par cette même séparation. Cela est évidemment possible mais il est sans doute bien réducteur de ramener la vie psychique de l'enfant à ce seul événement, aussi crucial soit-il dans son développement. On aura donc là une explication simplificatrice, si l'on ramène tout à ce fait.

Pour autant, cette situation va évidemment jouer un rôle dans les manifestations que l'enfant va présenter, mais il importe de rechercher si l'enfant a manifesté déjà, par exemple, certains signes d'anxiété ou de mal-être auparavant, certaines peurs, voire certains signes de régression qui pourraient s'expliquer par l'histoire familiale, comme la naissance d'un petit frère ou d'une petite sœur qui aurait amené certaines perturbations chez lui.

On voit alors que la séparation des parents joue un rôle mais qu'il va falloir rechercher des causes convergentes, à savoir ici, la sensibilité propre de l'enfant, sa fragilité face à des événements perturbants.

Plus encore, les perturbations que l'enfant va présenter peuvent jouer un rôle dans le comportement des parents dans cette histoire familiale. Selon son caractère, chacun se sent plus ou moins coupable, ou plus ou moins agressif à l'égard de l'autre parent, attribuant les symptômes de l'enfant au comportement de cet autre parent ou à soi-même, si l'on est celui qui a décidé de cette séparation. Cette manifestation des parents va amener un certain type de réaction chez l'enfant, qui va surréagir à la situation, amenant une nouvelle réaction des parents concernés. Il sera alors bien difficile de déterminer ce qui a causé les signes observés puisque nous sommes face à un mécanisme de circularité.

Cet exemple, inventé mais banal, montre combien il convient d'être prudent dans l'analyse des signes et des interactions en cause lorsque l'on observe un enfant.

On peut encore ajouter dans cet exemple, pour compliquer un peu la situation (mais encore une fois, elle est bien banale), que des signes

de difficultés scolaires peuvent apparaître chez cet enfant, signes qui vont effectivement entrer eux-mêmes dans le processus de circularité de tous les symptômes et explications évoqués ci-dessus. Ces difficultés peuvent pourtant être traitées séparément, comme un trouble d'apprentissage, justifiant, par exemple, une prise en charge logopédique. Un tel trouble d'apprentissage peut être considéré comme le reflet d'une fragilité propre à l'enfant qui se serait, de toute façon (i. e. sans le divorce), révélée à l'un ou l'autre moment moment de la scolarité mais qui risque bien d'être amplifiée par un contexte anxieux (trouble de concentration ...).

INFLUENCE DE L'ÂGE SUR LES CONDITIONS D'EXAMEN

Vu l'âge des enfants que nous avons à examiner, on comprendra aisément que l'âge lui-même et les conditions de l'examen, comme la présence ou non des parents, vont déterminer le comportement de l'enfant (3).

Il ne s'agit pas ici d'une observation médicale classique et objective, mais bien d'une situation de vie dans laquelle le comportement de l'enfant va être plus ou moins influencé.

AVANT 3 ANS

A cet âge, les enfants sont généralement examinés en présence des parents, ce qui permet d'observer notamment la relation parents-bébé. Cette relation est évidemment cruciale pour observer la manière dont les perturbations supposées de l'enfant sont prises en charge par la famille, et singulièrement la maman. D'emblée, l'approche développementale doit nous intéresser, qu'il s'agisse du niveau psychosomatique global, ou du niveau psychique (en ce inclus le niveau relationnel) (4).

On peut considérer qu'à cet âge, toute approche «physique» est essentiellement psychosomatique, du fait de l'immédiateté de l'expression psychique dans tous les cas de perturbation physique.

Un examen médical classique s'impose donc, ou tout au moins une anamnèse précise, dès que l'on aborde cette tranche d'âge.

Il va de soi que les 3 niveaux évoqués ci-dessus sont en interaction constante et doivent déterminer tant notre observation directe que notre anamnèse.

Si nous insistons sur l'importance du relationnel, avec une observation précise de l'attitude des parents dans leur interaction avec leur

petit enfant, il ne faut pour autant jamais négliger son individualité et sa grande richesse de communication personnelle.

Enfin, nous devons être vigilants face aux symptômes discrets, en n'oubliant pas qu'une «sagesse» particulière de l'enfant n'est pas nécessairement un signe positif, bien au contraire. Dans une situation d'examen qu'un bébé ne peut vivre que comme «anormale», il est «normal» qu'il réagisse négativement, au moins dans un premier temps. Face à un bébé trop sage, il convient de s'interroger.

DE 3 À 6 ANS

A cet âge, on va observer d'emblée un développement important des niveaux moteur et verbal, avec la possibilité d'introduire du plaisir dans la relation que nous allons développer avec l'enfant.

Après une phase d'apprivoisement, il est généralement possible de rencontrer l'enfant seul et de nourrir avec lui des entretiens qui peuvent s'avérer déjà riches, tant sur le plan verbal que sur le plan non verbal, notamment avec la production de dessins. Derrière la richesse de certains entretiens, il convient cependant d'être attentif à une angoisse latente, à des signes discrets de type dépressif, par exemple.

En effet, les premiers éléments psychiques conscients apparaissent clairement à cet âge et peuvent être plus ou moins verbalisés, qu'il s'agisse de peur, d'anxiété, de tristesse, mais aussi de joie, voire même parfois d'euphorie. (2, op.cit)

C'est aussi à cet âge que les premiers symptômes visibles apparaissent tant chez les parents qu'à l'école maternelle, avec les premiers apprentissages, la maîtrise de la propreté, etc, et toutes acquisitions qui peuvent poser problème à l'enfant.

La mentalisation s'installe vraiment et se dégage du socle somatique, précisément par la maîtrise des grandes fonctions, qu'il s'agisse de la fonction alimentaire, de la fonction excrétoire et de la fonction relationnelle.

Celle-ci ne doit jamais être oubliée, toujours dans l'interaction entre les parents et l'enfant, au travers de situations plus ou moins critiques, en se rappelant que malgré tout, la rencontre avec le tiers qu'est le médecin n'est jamais naturelle, ni pour l'enfant ni pour ses parents.

LATENCE

Les demandes sont généralement nombreuses à cet âge, car l'enfant se trouve alors confronté à la scolarité ainsi qu'à une importante vie sociale et relationnelle. C'est donc alors que les premiers signes d'inquiétude apparaissent pour les parents parce que l'enfant peut se trouver en grande difficulté face à ces nouvelles expériences.

Il va s'agir de symptômes qui seront bruyants, tels qu'un manque de contrôle de soi, de l'hyperactivité, de l'impulsivité, mais c'est loin d'être toujours le cas. Une fois encore, il conviendra d'être attentif à un enfant trop sage, en retrait, ce qui peut cacher un profond mal-être de type, par exemple, inhibition face aux autres, ou encore un état dépressif pouvant se développer de façon silencieuse.

C'est aussi l'âge où les investissements se font sur le plan intellectuel avec le développement des apprentissages scolaires, mais pas seulement, avec une curiosité à l'égard du monde extérieur qui va être progressivement «colonisé».

Parallèlement, c'est aussi l'âge du développement physique, avec l'intérêt pour les activités sportives et les passions qui en découlent.

C'est enfin l'âge du développement de la vie relationnelle, à l'école bien entendu, mais aussi les premiers groupes relationnels qui seront choisis par l'enfant et ses parents.

Du fait de l'importance du développement psychique, et de la confirmation du détachement du socle somatique déjà initié à la période précédente, ce sera également la période où des troubles psychiques avérés peuvent se développer, tels qu'une angoisse, une dépression (à ne jamais oublier chez l'enfant), des troubles obsessionnels, des phobies diverses, etc.

ADOLESCENCE

Ici, le niveau relationnel change radicalement (5). Aucune autre période de la vie ne représente un changement aussi rapide sur le plan physique et aussi fondamental sur les plans physique et psychique. «L'adolescent est un enfant dans un corps d'adulte».

Sur le plan physique surtout, en 2, maximum 3 ans, le corps de l'enfant est complètement changé et devient un corps d'adulte.

Le psychisme, par contre, évolue beaucoup plus lentement et va couvrir toute la période «classique» de l'adolescence pour arriver à intégrer progressivement cette (r)évolution

de son être. Ces profonds changements vont modifier substantiellement la relation avec les parents, avec pour conséquence une conflictualité assez commune, mais qui va souvent justifier la consultation : conflictualité avec les parents eux-mêmes, avec la fratrie, mais aussi conflictualité dans le milieu de vie (école...).

C'est peu dire que l'adolescent ne souhaitera pas une intrusion dans son psychisme, vécu comme une véritable agression, voire comme une persécution. Inversement pourtant, c'est l'âge où la souffrance psychique la plus aigüe peu apparaître, avec des décompensations majeures, telles que l'acting suicidaire et la dérive psychotique. La demande de l'adolescent peut alors être personnelle et très forte, bien plus forte même que celle des parents.

Comme indiqué ci-dessus, c'est alors que nous devons nous situer entre la banalisation et la dramatisation pour permettre l'émergence de la « parole vraie » de l'adolescent, dégagée autant que possible des résistances de chacun, celle du jeune qui a du mal à parler et celle du parent qui a du mal à entendre...

CONCLUSION

Au terme de cette réflexion, nous voudrions rappeler de façon schématique trois points essentiels dans l'approche de l'enfant en souffrance psychique : l'interaction entre sa personnalité et son environnement, surtout familial; la nécessité de garder en mémoire la notion de continuum entre normal et pathologique avec donc la réversibilité de certains symptômes; la plus grande prudence face à tout diagnostic, au bénéfice d'une approche évaluative qui garde ouvert le potentiel évolutif du jeune.

BIBLIOGRAPHIE

1. Winnicott DW.— De la pédiatrie à la psychologie, Payot, Paris, 1989.
2. Marcelli D.— Enfance et psychopathologie, Masson, Coll. Les âges de la vie, Paris, 1999.
3. Zero to Three : Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental disorder of Infancy and Early childhood (DC:0-3R), Revised Edition, Washington DC, Zero to Three Press, 2005.
4. Alvarez L, Golse B.— La psychiatrie du bébé, Puf, "Que sais-je?", Paris, 2008.
5. Marcelli D, Braconnier A.— Adolescence et psychopathologie, Masson, Coll. Les âges de la vie, Paris, 2008.

LECTURES CONSEILLÉES

6. Delion P.— La consultation avec l'enfant, Masson, Col. Les âges de la vie, Paris, 2010.
7. Golse B.— Les destins du développement chez l'enfant, Erès, Toulouse, 2010.
8. Guedeney N, Guedeney A.— L'attachement, concepts et applications, Masson, Paris, 2006.
9. Jeanmet Ph, Corcos M— Evolution des problématiques à l'adolescence, Doin, Paris, 2001.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. A. Malchair, Centre de Santé Mentale Enfants-Parents, rue Lambert le Bègue, 16, 4000 Liège, Belgique.
Email : csmu@cybernet.be