



# Une prévention en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est-elle crédible ?

**U**ne prévention en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est-elle crédible ? Cette question se veut révélatrice de nos doutes et de nos espoirs, bref de nos interrogations. Tout d'abord pourquoi « une » prévention plutôt que « la » prévention. Parce que cette dernière formulation laisse trop entendre que la prévention pourrait être une et exhaustive. Or elle ne peut être que plurielle et partielle. C'est-à-dire qu'une prévention suppose que soient définis au préalable les enjeux essentiels et les choix préférentiels en sachant que ces choix entraînent des abandons et que dans le ou les domaines choisis les objectifs ne seront que partiellement atteints.

## **Intervenir tôt pour empêcher les difficultés de devenir un mode de fonctionnement**

Mais quels sont les enjeux ? C'est là qu'intervient la crédibilité. Si l'on peut à juste titre considérer que « l'enfant est le père de l'homme » c'est tout ce qui contribue au développement de l'enfant qui conditionne la santé psychique, mais pour partie aussi la santé physique de l'adulte. Où commence et où s'arrête la prévention ? Elle devient trop vaste pour être crédible. À l'opposé on pourrait être tenté de la réduire au dépistage précoce des anomalies génétiques ou des troubles majeurs du développement.

Or le progrès des connaissances dans le champ du développement de la personnalité de l'enfant nous permet certes de mieux connaître et repérer ces anomalies, mais aussi d'aller plus loin tout en demeurant dans un champ circonscrit. C'est le cas notamment du domaine en plein essor des interactions précoces entre l'enfant et son environnement et des effets de la dépression maternelle sur le bébé. Celui-ci, et d'autant plus qu'il est plus jeune, est tellement tributaire des liens avec son environnement, et tout spécialement ses objets d'attachement, qu'il révèle immédiatement les dysfonctionnements de leurs relations, que ce soient par des entraves au développement normal, tels que retards, attitudes régressives durables ou angoisses de séparation, ou par des troubles du comportement ou des apprentissages, ou des manifestations d'ordre psychosomatique.

Il est relativement aisé de repérer ces signaux, d'en comprendre le sens et d'intervenir précocement avant que ces difficultés ne s'installent comme un mode habituel de fonctionnement et n'aient contribué à réorganiser le développement de l'enfant autour d'elles. Dans ce dernier cas, elles sont alors susceptibles d'imprimer sur le cours de celui-ci l'empreinte de leurs déformations et de leurs fragilisations dont les effets les plus nocifs ne se révéleront parfois que bien plus tardivement, notamment au cours ou au décours de l'adolescence. Faites précocement

ment, ces interventions sont le plus souvent simples, même si elles peuvent nécessiter un suivi relativement prolongé. Elles se font sur le mode de consultations thérapeutiques, parfois de psychothérapies ou d'interventions familiales et mère-enfant.

Ces interventions, à la lumière de notre pratique de clinicien, représentent les actions de prévention les plus efficaces. Mais elles nécessitent de comprendre les enjeux de ce qui est en cause, et d'avoir les outils pour agir. Les outils existent, au moins pour partie, même s'ils doivent se développer et sont appelés sans aucun doute à se perfectionner. Ils sont à la fois conceptuels, les théories du développement de la personnalité, et pratiques, le corps des pédopsychiatres et plus spécifiquement le maillage que représente l'ensemble des intersecteurs de pédopsychiatrie pour lesquels ce travail de prévention devrait constituer une part essentielle de leur activité. Mais ce travail ne peut être efficace que s'il s'opère en réseaux de partenariat avec l'ensemble des acteurs de la vie de l'enfant : l'école en premier chef, mais aussi les généralistes et les pédiatres, les PMI, les services d'obstétrique, les secteurs de justice concernant les jeunes, l'aide sociale à l'enfance, etc. L'objectif n'est certes pas de placer le pédopsychiatre en position hégémonique ni de « psychiatriser » l'ensemble de la population. Le psychiatre est là pour évaluer les situations et apprécier les risques à court et long terme qui pèsent sur le développement psychoaffectif de l'enfant. Il a également un rôle de formation et de diffusion de ces informations de façon à aider ses partenaires dans leurs tâches de dépistage des situations à risque et d'alléger son travail comme le leur en rendant ses partenaires plus efficaces et plus autonomes.

### **Le travail en réseau : clef de voûte de la prévention**

Cette action préventive suppose en préalable qu'il n'y ait pas d'opposition entre le champ psychiatrique et le champ éducatif au sens large. La tâche du psychiatre

d'enfants ne saurait se limiter au diagnostic et au traitement des maladies mentales. Responsable de ce qui peut affecter la santé mentale de l'enfant, il se doit de prendre en compte tout ce qui peut agir négativement sur le développement de la personnalité : que ce soient les répercussions développementales des contraintes génétiques et biologiques ou les handicaps qui pèsent sur l'enfant, ou que ce soient les risques que font courir à ce même développement les dysfonctionnements relationnels et affectifs des liens de l'enfant avec son entourage. L'éducatif et le psychiatrique s'entrecroisent inéluctablement à un double titre : parce que tout ce qui est de l'ordre de la maladie avérée ou du handicap retentit sur l'organisation même de la personnalité et nécessite une approche spécifique de l'éducatif qui tienne compte des particularités affectives, cognitives et relationnelles induites par ces modes originaux d'organisation de la personnalité. D'autre part parce que ce que nous regroupons sous l'appellation générale de dysfonctionnements, et qui n'est pas toujours en soi pathologique, et à plus forte raison ne saurait être qualifié de maladie, est néanmoins susceptible d'avoir des effets pathogènes à plus ou moins long terme sur le développement de la personnalité. Ces dysfonctionnements deviennent pathologiques à partir du moment où ils se figent, s'organisent et amputent le sujet d'une part plus ou moins importante de ses potentialités : amputation qui peut prendre le visage de difficultés d'apprentissage, d'inhibitions ou de comportements d'auto-sabotage fréquents chez les pré-adolescents et plus encore les adolescents : retrait affectif et intellectuel, asocialité, automutilations, tentatives de suicide, troubles des conduites alimentaires, toxicomanie, tabagisme et alcoolisme...

Le danger est dans la méconnaissance de leur gravité potentielle dont font l'objet ces comportements à partir du moment où ils gênent peu l'entourage ou que celui-ci est peu attentif. Le pédopsychiatre est le plus à même d'en reconnaître les risques et les effets nocifs si on laisse le sujet s'organiser sur ce mode qui a une propension naturelle à s'auto-entretenir et s'auto-organiser. C'est progressivement

une image dévalorisée de lui-même et de ses potentialités qui est ainsi renvoyée à l'enfant ou l'adolescent, d'une façon d'autant plus dangereuse qu'il est dans une période de construction de son identité. Celle-ci risque d'en être marquée négativement d'une façon que le temps rend de plus en plus difficile à corriger.

Certains considèrent qu'il s'agit là d'un luxe et d'un souci de perfection fallacieux et onéreux. Cela nous paraît d'autant moins vrai que le dépistage en est relativement aisé dans le cadre de ce travail en réseau comme le sont les actions thérapeutiques quand elles sont appliquées au début des difficultés. Enfin ce type d'actions de prévention est d'autant plus important que l'évolution sociale va dans le sens d'un accroissement de l'individualisme et des exigences de performance de chaque individu, avec simultanément un affaiblissement des valeurs du groupe et un moindre soutien de sa part.

### **La difficulté d'impliquer l'entourage de l'enfant**

C'est à ce niveau qu'intervient le deuxième volet de la crédibilité de la prévention. Pour qu'elle soit efficace et même seulement possible il faut y croire et pour y croire il faut saisir ce qui est en cause. Or ce qui est en cause implique chacun des protagonistes, en particulier les parents, et pas seulement l'enfant seul, au niveau de ce qui leur est le plus intime, la nature de leurs liens. Or cette implication continue d'être largement refusée et pas seulement par les parents en difficulté, mais par tout un chacun, parent potentiel sinon avéré, et en tout cas ayant ou ayant eu lui-même des parents avec lesquels les relations sont souvent loin d'être limpides. Pourquoi ce refus ?

La psychiatrie continue de fasciner ou de repousser probablement pour les mêmes raisons. Elle fait souvent peur parce que, dit-on, elle serait synonyme de ce qu'il y aurait de plus étranger à soi : la folie. En fait c'est plutôt parce qu'elle est susceptible de raviver ce qu'il y a de plus intime et de plus proche, mais aussi de

plus caché en chacun : les déceptions, les envies, les rancœurs, mais aussi les attentes auxquelles on a peur de croire encore, les désirs fous, les deuils non faits et les attachements jamais réglés.

Soutenir que la nature des liens qui unit (ou désunit) l'enfant et son environnement, le climat affectif dans lequel il vit, sont une donnée déterminante de son développement psychique c'est implicitement interroger les adultes concernés sur leur propre état psychique, leur histoire, leurs liens affectifs présents et passés. C'est les interroger non pas parce qu'ils seraient coupables, ni même parce qu'ils devraient « se mettre en cause », mais parce que le fait même de traiter de ces sujets est susceptible de résonner en chacun, et d'apparaître comme une menace pour son équilibre actuel. Alors on préfère diviser la réalité et opposer le génétique, le biologique, le social ou même le cognitif au psychologique, à l'affectif et au relationnel. Comme si l'inné n'allait pas prendre tout son sens et sa véritable portée en fonction de sa rencontre avec l'environnement et l'histoire ; comme si chacun de ces champs n'interagissait pas constamment avec les autres dans des proportions variables selon les cas et selon les moments de l'histoire de chacun.

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent a pour objectif de traiter les troubles susceptibles d'affecter le développement psychoaffectif de l'enfant. S'agissant d'un sujet en développement la prévention est inhérente à son action car elle est tenue d'intervenir sur tout ce qui est susceptible d'interférer à plus ou moins long terme sur ce développement. Cette perspective l'oblige à refuser tout clivage radical entre les différents champs impliqués dans ce développement, en particulier avec l'éducatif et avec le monde relationnel de l'enfant. Le faire serait fermer la voie à une prévention crédible. Mais pour que celle-ci soit possible les différents intervenants doivent partager un minimum de compréhension commune des enjeux. Accepter cet objectif c'est pour le pédopsychiatre accepter d'avoir éventuellement à intervenir partout où l'enfant et l'adolescent sont en relation avec un adulte. ■

**Professeur Philippe Jeammet**

Chef de Service de Psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte, Institut mutualiste Montsouris