

L'atmosphère a changé

écrit par Sophie Legrand

Avant 2010, les troubles du neurodéveloppement (TND) étaient quasi-inexistants. Ce terme apparaît lors de la publication du DSM-5 en 2015 et il s'est considérablement élargi. Il regroupe le trouble du spectre de l'autisme (TSA), les troubles spécifiques de l'apprentissage (troubles DYS), les troubles moteurs, le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), les troubles de la communication, les troubles du développement intellectuel (TDI). Soulignons qu'il n'est question ici que de troubles, soit d'un écart par rapport à une moyenne statistique.

Troubles neuro ?

Enfermer un enfant dans une catégorie ne dit rien de sa singularité, ni de ce qui le tourmente. Attribuer ces troubles à une pathologie du neurodéveloppement est un changement de perspective qui interroge. S'il existe bien évidemment des pathologies qui relèvent du neurologique, elles sont assez rares. La thèse du « tout neuro » ne correspond pas aux symptômes des enfants reçus en institution et en cabinet. Il y a une confusion entre pathologie neurologique et TND.

Nombre des enfants accueillis en consultation ont été diagnostiqués TND au préalable par des neuropsychologues. Les parents sont fortement incités par l'école à aller faire diagnostiquer leur enfant même si ce dernier est déjà reçu en institution ou en cabinet. Pour autant, je n'ai encore jamais vu ceux qui posent ce type de diagnostic, et qui pour la plupart ne sont pas des cliniciens, venir en réunion dans une école échanger à propos d'hallucination ou de passage à l'acte d'un enfant.

Intervention précoce au forfait ?

Les TND sont très présents dans le discours des parents, dans celui des professionnels de l'Éducation nationale et véhiculés par les médias. Devant une telle « épidémie » de diagnostics TND, soit de diagnostics diffusés sans être interrogés, des plateformes de coordination et d'orientation dédiées (PCO-TND) ont vu le jour créées par le Ministère de la Santé. Ces plateformes, chargées de confirmer le diagnostic sont saisies par les médecins traitants ou les psychologues. Elles peuvent prescrire bilan, puis traitement, sur dossier, et ne pas recevoir l'enfant, ni sa famille. Comme l'attente est longue pour être reçu en institutions, les enfants sont souvent orientés vers des professionnels en libéral (psychologues, psychomotriciens et ergothérapeutes, etc.) pour des bilans et des suivis. La PCO peut alors activer le Forfait d'Intervention Précoce (FIP) permettant une prise en charge pendant un an des frais de bilans et de séances. Cette façon de faire soulève plusieurs questions : Comment peut-on orienter un enfant sans le rencontrer ? Les professionnels en libéral retenus pour leur qualité par les PCO, pour recevoir ces enfants au titre du FIP, sont-ils vraiment formés aux cas sévères ? Quel suivi pour un enfant lorsqu'il arrive au bout des séances attribuées dans ce forfait ? Nombre d'enfants sont orientés vers une PCO-TND. Pour autant, cette dernière n'émet pas toujours un diagnostic de TND et même parfois aucun diagnostic. Elle peut orienter alors vers des institutions. N'est-ce pas se substituer à la MDPH qui elle a eu affaire à des professionnels qui connaissent l'enfant ?

Un parcours coordonné ?

Je reçois actuellement un enfant en institution. Précédemment, il a été reçu par une psychologue en libéral qui l'a adressé vers la PCO-TND. J'en ignore la raison. La PCO a fait remplir un questionnaire aux parents et au bout de plusieurs mois leur a adressé un courrier pour les orienter dans

l'institution où je travaille en proposant de prendre rendez-vous. Comme nous ne pouvions pas recevoir cet enfant sous trois mois, la PCO a alors activé le FIP avec un psychologue en libéral qui recevait cet enfant une fois par mois. À l'issue d'un an de prise en charge des séances par la PCO, celle-ci n'a pas émis un diagnostic de TND. Les parents se sont alors à nouveau adressés à notre institution.

Lorsque je les ai reçus, deux ans après qu'ils avaient décidé de consulter pour leur enfant, ils étaient inquiets à juste titre de son état psychique. Laissés sans solution de suivi par la PCO, ils se disaient désemparés, exprimant leur préférence pour des séances plus fréquentes et plus stables en institution.

Lorsque j'ai reçu l'enfant, j'ai fait l'hypothèse qu'il était sujet à des hallucinations chez lui ; hypothèse qui s'est confirmée. J'ai proposé un rendez-vous avec le psychiatre de l'institution tout en continuant à rencontrer l'enfant. Une institution permet un travail à plusieurs avec la possibilité d'un traitement médicamenteux lorsque l'envahissement des hallucinations est trop important tout en laissant la place à un travail de parole.

C'est un enfant en proie à l'idée qu'un autre le persécute. Le recevoir demande du tact pour que la rencontre soit supportable pour lui. Peu à peu, au fil de nos séances, un rituel s'installe qui permet à cet enfant de trouver là un lieu et une modalité de parole possibles. Sont ainsi mises en place les conditions indispensables pour qu'il puisse évoquer ce qui le tourmente.

Sa mère l'accompagne une fois par semaine, parfois avec le père. Elle peut aussi venir me rencontrer seule et témoigne de l'importance d'avoir trouvé un interlocuteur qui accuse réception de son dire, cela a des effets sur sa position subjective, y compris dans son rapport à ses enfants, ce qu'un questionnaire ne peut produire. Son inquiétude a fait place à un savoir qui est précieux dont elle me fait part. L'attention que les parents portent à leur enfant a permis que son parcours de soins, désormais renforcé en institution, ne soit pas interrompu.

Dans les récits de situations cliniques, les passages permettant d'identifier les sujets ont été supprimés ou modifiés.