Prise en charge précoce : transfert *vs* expertise

écrit par Isabelle Magne

Sur les conseils de l'entourage familial inquiet de ne pas pouvoir entrer en relation avec son jeune enfant, une mère demande une consultation en pédiatrie pour sa fille âgée d'un an. Dans l'urgence, le neuropédiatre organise la consultation en visioconférence, demandant à la mère de filmer son enfant, avec un focus sur des gestes stéréotypés. Concluant à une « suspicion d'autisme », le médecin oriente vers le CMP où je travaille pour une confirmation du diagnostic.

Quand je reçois cette mère, elle est envahie par l'angoisse suscitée par le visionnage et par l'annonce du diagnostic supposé ; angoisse qui s'est fixée alors sur les bizarreries de sa fille. L'enfant, en tant que sujet, a disparu sous ce regard maternel angoissé. La mère, comme elle en témoignera dans l'après-coup, ne retrouvait plus le lien par lequel elle s'occupait de sa fille avant cette annonce.

La HAS invite les médecins à agir le plus précocement possible dans l'idée de rendre efficaces les circuits de repérage, mais l'expérience de cette mère nous alerte sur les effets d'un glissement de précoce à rapide, et sur le fait que vouloir prendre les choses à temps, peut, paradoxalement, produire des effets négatifs. Il ne s'agit pas de faire vite pour répondre au critère de précocité, mais de prendre le temps de nouer une relation de confiance, aussi bien avec les parents, qu'avec leurs enfants. La dimension transférentielle avec les parents, mise en valeur par la psychanalyse, reste une donnée majeure dans la prise en charge des enfants. La parole du praticien prend toujours une valeur singulière, difficilement prévisible : verdict, voire jugement, ou conseil et éclairage, et souvent un mixte des deux.

Ainsi, quand je rencontre cette mère au CMP, très angoissée, parallèlement à l'accueil et la prise en charge de son enfant, je prends le temps de plusieurs séances pour elle ; un accueil pour sa tristesse et ses inquiétudes, qui va lui permettre de reprendre une place de mère et de desserrer l'étau de l'angoisse sur l'enfant.

Rendre efficaces les circuits de dépistage et de diagnostic comporte une autre confusion possible entre l'expertise et le soin. Lors d'un deuxième rendez-vous avec le neuropédiatre, la mère est adressée vers le Centre ressource autisme (CRA) que le médecin juge plus spécialisé que le CMP dans la prise en charge des autistes. Le CRA recommande à la mère une association appliquant des méthodes dites spécialement adaptées aux Troubles du spectre autistique (TSA). La mère s'y rendra, mais reviendra vers le CMP, n'ayant pas pu trouver sa place comme mère dans ces pratiques d'évaluation et de rééducation destinées aux autistes. Là encore, cette mère nous enseigne qu'au-delà de toutes les convictions sur le traitement de l'autisme, la première porte d'entrée vers le soin est celle de la confiance que nous accordent les parents.

Désormais, les médecins du département adressent en premier lieu vers les Plateformes de coordination et d'orientation (PCO), qui financent et prescrivent une prise en charge dite spécialisée pendant un an, deux ans au maximum. Pendant ce temps d'action, au mieux des liens se tissent pour les familles avec les professionnels croisés en libéral, mais ils se coupent à l'issue du Forfait d'intervention précoce (FIP). Au lieu d'une orientation, cela a l'effet d'une désorientation, les parents et les enfants arrivent alors au CMP éparpillés et perdus, à l'inverse des buts poursuivis.

Dans les récits de situations cliniques, les passages permettant d'identifier les sujets ont été

supprimés ou modifiés.