



# Au-delà du diagnostic psychiatrique

1

*Geneviève Tellier et Johanne Boivin*

***Vous suivez Kevin, 10 ans, pour un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité et impulsivité (TDAH) grave et un syndrome de Gilles de la Tourette diagnostiqué par un neurologue. Il reçoit aujourd'hui du méthylphénidate, à raison de 3 mg/kg par 24 heures, en plus de la rispéridone, à raison de 2 mg, 2 f.p.j. Ce dernier agent a été augmenté au gré de ses crises, qui sont d'ailleurs de plus en plus fréquentes. Aujourd'hui, il est amené à votre cabinet en raison d'autres crises ! Vous savez que les parents ont rapidement cessé le suivi avec le psychoéducateur lorsqu'ils ont appris que le problème de leur fils est d'origine neurologique. Ils vous confient d'ailleurs qu'ils sont sur le point de se séparer à cause de ces crises. Ils vous demandent donc de réviser le traitement médicamenteux de leur fils et ajoutent, toujours devant ce dernier, qu'ils espèrent ne pas être obligés de le placer. Que faites-vous ?***

***Vous suivez Bruno, 7 ans, pour un retard de langage assez important, mais qui n'a jamais été évalué en orthophonie compte tenu des longues listes d'attente. Le père a souffert de dyslexie lorsqu'il était jeune et est très touché par les difficultés de son fils. Bruno a toujours eu un bon comportement, mais maintenant ça ne va plus du tout à l'école. Il accumule les échecs, ne veut plus travailler et devient agité dès qu'il est question des devoirs. Le professeur dit qu'il n'est pas concentré et qu'il est anxieux. La mère vous consulte à la suggestion de l'école pour qu'il reçoive un traitement médicamenteux ou pour que vous le dirigiez en psychiatrie afin d'obtenir un diagnostic lui donnant droit à des services. Que faites-vous ?***

**L**A PÉDOPSYCHIATRIE, tout comme la psychiatrie générale, a connu une importante progression au cours des quinze à vingt dernières années. La venue des neurosciences, que ce soit l'imagerie cérébrale, la neuro-endocrinologie ou la neurobiologie, a amené des changements profonds dans la pratique quoti-

dienne des pédopsychiatres et dans la compréhension des troubles psychiatriques<sup>1,2</sup>.

L'évolution des connaissances en pédopsychiatrie suscite la fascination, l'enthousiasme et les espoirs de guérison. Toutefois, malgré ces avancées et une meilleure définition des troubles psychiatriques, l'enfant souffrant d'une telle maladie se retrouve souvent en grande difficulté relationnelle à l'intérieur de sa famille, de son cercle d'amis et de son milieu scolaire. Ces difficultés relationnelles, qui sont souvent une conséquence directe du trouble psychiatrique ou un facteur exacerbant important, sont souvent négligées dans la prise en charge.

Plus l'enfant est jeune, plus l'influence de son milieu familial, social et scolaire aura des répercussions sur son

*La D<sup>re</sup> Geneviève Tellier, pédopsychiatre, pratique aussi au Service des consultations du Centre hospitalier Sainte-Justine et est responsable de la Clinique du syndrome de Gilles de la Tourette. La D<sup>re</sup> Johanne Boivin, pédopsychiatre, exerce au Service des consultations du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine. Elle est aussi chef adjointe du Département de psychiatrie.*

**Plus l'enfant est jeune, plus l'influence de son milieu familial, social et scolaire aura des répercussions sur son fonctionnement et sur les symptômes présentés.**

Repère

fonctionnement et sur les symptômes présentés. La prescription de psychotropes chez les enfants est relativement récente et remonte à environ quinze ans, mais elle est de plus en plus fréquente. Aux États-Unis, l'utilisation de neuroleptiques a augmenté de 73 % entre 2001 et 2005, tandis qu'au Québec, de 13 % à 77 % des jeunes placés en centre jeunesse reçoivent un ou plusieurs psychotropes<sup>3</sup>.

L'évolution de la pratique pédopsychiatrique comporte des avantages certains, mais également des risques de dérives qu'il ne faut pas minimiser. Pour illustrer ce point de vue, nous aborderons différents éléments :

- la démarche médicale ;
- l'efficacité des nouveaux traitements ;
- la déculpabilisation ;
- la valorisation du clinicien ;
- le diagnostic qui devient une « identité ».

### **La démarche médicale**

#### **Avantages**

La démarche médicale est d'abord centrée sur le symptôme et sur l'établissement d'un diagnostic. La recherche du soulagement d'un symptôme en est d'ailleurs souvent le cœur. Cet objectif commun du médecin, du patient et des parents occasionne très souvent une bonne collaboration au moment de l'évaluation et du suivi et favorise l'établissement d'un bon lien de confiance.

#### **Risques et dérives possibles**

Par contre, cette recherche à tout prix du diagnostic et ultimement du soulagement du symptôme peut faire oublier le contexte d'apparition du symptôme ou les facteurs contribuant à son aggravation. L'absence de considération de ces facteurs conduira inévitablement à une récurrence du symptôme et à une frustration grandissante, tant chez le patient que chez ses parents ou le médecin.

*Le cas de Kevin illustre bien cette dérive puisque les parents ne désirent pas aborder les facteurs psychologiques qui agissent sur les crises de colère de leur fils.*

### **L'efficacité des nouveaux traitements**

#### **Avantages**

Les connaissances en étiopathologie et les différents traitements pharmacologiques ou autres se bâtissent à partir de recherches contrôlées. Grâce à une plus grande rigueur scientifique et à l'application de traitements à l'efficacité prouvée, les équipes pédopsychiatriques ont pu contribuer à l'amélioration parfois spectaculaire de l'état de certains patients jusqu'alors très hypothéqués par la maladie. Ces réussites ont occasionné une valorisation du clinicien ou même de celui l'ayant orienté vers la « bonne ressource », ce qui entraîne une meilleure collaboration entre les professionnels qui orientent les patients en spécialité et les équipes de deuxième ligne.

#### **Risques et dérives**

Par contre, les résultats obtenus chez quelques patients entraînent inévitablement des attentes qui peuvent devenir exagérées ou même illusoire et qui vont amener des déceptions chez les cliniciens, chez les intervenants en milieu scolaire et en centres jeunesse ou chez les équipes médicales de première ligne. La collaboration entre les différents milieux de travail devient alors beaucoup plus difficile, et le patient en paie trop souvent le prix. Le patient ou ses parents se plaindront alors régulièrement de se sentir renvoyés d'une équipe à l'autre.

*Le cas de Bruno illustre cette dérive. En effet, les attentes de l'école par rapport à l'équipe médicale sont grandes, et cette dernière ne détient probablement pas la solution miracle.*

### **La déculpabilisation**

#### **Avantages**

Les difficultés de comportement provoquent souvent beaucoup de souffrance chez le jeune, qui se sent inadéquat, ou chez le parent, qui se sent incompetent, voire responsable des difficultés de son enfant. Poser un diagnostic psychiatrique chez un tel patient n'est alors pas anodin. En effet, l'existence d'une cause biologique amène à l'occasion une déculpabilisation chez un pa-

**L'évolution de la pratique pédopsychiatrique comporte des avantages certains, mais également des risques de dérives qu'il ne faut pas minimiser.**

*Repère*

rent qui avait l'impression jusque-là que « tout était de sa faute ». Ce phénomène permettra parfois de dépasser des résistances apparemment insurmontables. Le parent, moins tyrannisé par la fausse impression d'être responsable des difficultés de son enfant, collaborera mieux à l'évaluation des aspects relationnels, psychologiques ou éducatifs.

Il apprendra à revoir ses attentes face à son jeune et à lui fournir le soutien dont il a besoin plutôt que de lui envoyer le message plus ou moins direct qu'il déçoit tout le monde. En résumé, le parent ne se demandera plus « Pourquoi est-il comme ça ? Qu'est-ce que j'ai fait pour qu'il soit comme ça ? », mais plutôt « Comment puis-je l'aider ? ».

L'enfant ou l'adolescent, de son côté, pourra corriger l'image qu'il avait de lui-même avant l'établissement de son diagnostic. Il n'est plus « un méchant qui fait souffrir tout le monde », mais un jeune qui doit reconnaître sa maladie, y faire face et développer ses compétences malgré tout.

### Risques et dérives

Cette déculpabilisation peut toutefois glisser vers la déresponsabilisation. L'enfant ou l'adolescent, s'il est complètement dépassé par des enjeux difficiles, pourra régresser à l'intérieur d'un rôle de malade, attendant passivement que le milieu médical ait tout réglé pour lui. Cette déresponsabilisation peut comporter des gains secondaires non négligeables. Par exemple, un jeune pourrait réclamer un billet médical pour un enseignement à domicile, malgré sa capacité à répondre aux exigences scolaires normales. Parfois, au contraire, cette position déresponsabilisée amènera une grande souffrance chez le jeune qui se sentira impuissant devant sa maladie. Le milieu scolaire et les parents se questionnent souvent au sujet des exigences à maintenir ou non face à un jeune patient. Une réponse claire et limpide n'est pas toujours possible. Il ne faut pas oublier que bien qu'un enfant ou un adolescent puisse bénéficier du réajustement des attentes de son entourage à son égard, une diminution trop importante des exigences

peut être aussi nocive que la non-reconnaissance des limites du patient<sup>4</sup>.

*Le cas de Kevin illustre cette dérive. Les parents sont-ils capables de fixer des limites ? Kevin, de son côté, fait-il des efforts pour tolérer la frustration ? Seule une évaluation plus poussée permettrait de répondre à ces questions.*

Du côté des parents, la déculpabilisation parfois libératrice peut aussi glisser vers la déresponsabilisation, un peu comme si les difficultés de comportement associées à une maladie psychiatrique ne s'expliquaient que par la biologie. La réponse à une détérioration passera alors nécessairement par l'ajustement pharmacologique. Cette non-reconnaissance des autres facteurs, par exemple un évitement pathologique ou des enjeux relationnels difficiles, nous mènera possiblement vers une escalade pharmacologique avec tous les effets indésirables possibles sur la régulation du poids ou le bilan lipidique, par exemple.

*Encore ici, le cas de Kevin illustre cette dérive. Pour les parents, toute détérioration du comportement de leur fils passe par un ajustement pharmacologique.*

### La valorisation du clinicien

#### Avantages

Comme nous l'avons dit précédemment, l'établissement du diagnostic entraîne une valorisation du clinicien ou de celui l'y ayant envoyé. Le sentiment d'impuissance, si difficile à tolérer, est momentanément apaisé. Le sentiment de réussite amène une plus grande disponibilité, qui est très appréciée en ces temps de manque de ressources.

#### Risques et dérives possibles

Lorsqu'un médecin pose un diagnostic, il se base généralement sur des critères assez bien établis<sup>5</sup>. Il doit, cependant, évaluer l'importance du symptôme mentionné par le patient ou le parent et le situer dans son contexte. Il pourrait, par exemple, être appelé à intervenir pour un problème d'agitation lié à un TDAH possible. En

**Lorsqu'un médecin pose un diagnostic, il se base généralement sur des critères assez bien établis. Il doit, cependant, évaluer l'importance du symptôme mentionné par le patient ou le parent et le situer dans son contexte.**

Repère

observant rapidement l'enfant, le médecin pourrait probablement établir un diagnostic de TDAH si le patient bouge beaucoup, ne se concentre pas, parle sans arrêt et est impulsif. Par contre, une anamnèse plus minutieuse pourrait aussi lui montrer que ces symptômes sont apparus à la suite d'un stress important. Le diagnostic deviendrait alors « trouble d'adaptation avec perturbations des conduites », ce qui commanderait bien sûr un traitement fort différent.

*Le cas de Bruno illustre cette dérive possible, car un problème d'agitation à l'école ou au moment des devoirs peut évoquer un TDAH, mais peut aussi s'expliquer par un trouble d'apprentissage.*

Parfois, le médecin clinicien est incapable de conclure à un diagnostic psychiatrique, soit parce qu'il doit compléter son examen en faisant par exemple une évaluation des capacités intellectuelles de l'enfant, soit simplement parce qu'il en conclut à une absence de diagnostic. L'absence de conclusion diagnostique définitive ou même l'absence définitive de diagnostic psychiatrique peut raviver un sentiment d'impuissance qui est souvent difficile à tolérer. L'importance accordée à un symptôme peut alors varier. Il faut alors redoubler de prudence pour que des variantes de la normale ne deviennent pas, tout d'un coup, suffisantes pour justifier un traitement médicamenteux.

*Dans le cas de Bruno, le médecin vivra un sentiment d'impuissance puisqu'il n'a pas de solution facile à suggérer aux parents et qu'il devra, en plus, leur demander d'attendre les évaluations complémentaires.*

## **Le diagnostic qui devient une « identité »**

### **Avantages**

Il est souvent bien difficile de décoder et de comprendre l'enfant présentant un trouble psychiatrique. Il est d'ailleurs encore plus difficile de savoir comment bien réagir aux particularités d'un tel patient pour l'aider. Dans ce contexte, le diagnostic apporte des lumières aux parents pour enfin leur permettre de mieux comprendre leur jeune.

### **Risques et dérives**

Par contre, on ne peut pas nier les répercussions d'un tel diagnostic sur une famille. Les parents doivent alors faire un deuil douloureux en acceptant les limites possibles de leur enfant, dans le cas par exemple de la présence

d'une déficience intellectuelle ou d'un trouble envahissant du développement. Dans d'autres cas, au contraire, le diagnostic amène plutôt un soulagement dans un premier temps. Il se produit aussi, à l'occasion, un surinvestissement au point où les différentes caractéristiques de l'enfant (ses talents, ses défauts) peuvent même être considérées comme une partie inhérente dudit diagnostic. L'enfant devient donc presque un diagnostic : « C'est un syndrome de Gilles de la Tourette », « C'est un trouble envahissant du développement », « C'est un hyperactif », « C'est un déficient intellectuel », etc. Il y a alors un risque d'oublier que l'enfant, atteint ou non d'un trouble psychiatrique, est tout de même une personne en développement dont l'identité est influencée par les messages provenant de l'environnement. Dans un tel contexte, l'enfant pourrait avoir du mal à développer ses propres caractéristiques comme tout autre enfant.

*Vous êtes un peu irrité par l'attitude des parents de Kevin, mais vous réussissez à rester empathique. Vous leur expliquez que vous allez demander une évaluation de leur fils en pédopsychiatrie. Vous ajoutez que, selon vous, la solution ne sera pas seulement de nature médicamenteuse. Vous leur parlez de la gestion de la colère et demandez un suivi psychoéducatif. Vous mandatez aussi un psychologue ou une travailleuse sociale du CSSS de procéder à une évaluation des enjeux familiaux. Vous ne faites aucun changement médicamenteux avant d'obtenir les résultats des évaluations complémentaires. La rencontre avec le pédopsychiatre se passe bien. Ce dernier a plus de facilité à aborder les éléments familiaux et réussit à obtenir la collaboration des parents qui acceptent que le psychoéducateur assiste à l'entrevue et poursuive son suivi.*

*Quant à Bruno, le diagnostic de TDAH n'est pas concluant. En effet, Bruno est agité dès qu'il est assis à l'école ou qu'il doit faire ses devoirs à la maison. Il n'est alors pas concentré, en plus d'être très facilement distrait. Toutefois, il est bien organisé à l'intérieur de sa petite routine du matin, ne perd pas ses effets de façon exagérée et n'oublie pas ses choses, sauf son livre de français. Il attend facilement lorsqu'il est à l'épicerie avec sa mère et se concentre bien lorsqu'il va au cinéma. Son anxiété n'est présente qu'à l'école et semble donc une réaction à ses difficultés d'apprentissage. À la maison, Bruno ne souffre pas d'anxiété de séparation et n'a pas de peurs particulières, sauf pour une peur des voleurs que vous considérez comme normale à cet âge. Les antécédents familiaux et l'anamnèse vous orientent plutôt vers un trouble d'apprentissage ou du langage. Vous communiquez donc avec l'école et demandez aux intervenants d'évaluer ces deux éléments, avant d'adresser Bruno en psychiatrie.*



**L'**ÉVOLUTION DES CONNAISSANCES a amené des changements profonds dans la pratique pédopsychiatrique, qui est passée d'une approche principalement relationnelle à une autre beaucoup plus biologique. Le grand défi des prochaines années ne sera pas seulement de tenter de repousser les frontières des connaissances sur le cerveau et le comportement humain, mais bien d'intégrer l'ensemble des connaissances et des habiletés sur les plans psychologique, éthologique, social, génétique et neurologique<sup>6</sup>. L'omnipraticien traitant peut déjà intégrer ces différents niveaux d'intervention à sa pratique en expliquant au patient et à sa famille que l'évaluation a pour but non seulement d'établir le diagnostic, mais également d'évaluer les différents enjeux qui pourraient avoir une influence sur les symptômes. 📡

Date de réception : 15 décembre 2008

Date d'acceptation : 26 février 2009

Les auteurs n'ont déclaré aucun intérêt conflictuel.

## Bibliographie

1. Joseph R. Environmental influences on neural plasticity, the limbic system, emotional development and attachment: a review. *Child Psychiatry Hum Dev* 1999; 29 (3) : 189-208.
2. Teicher MH. Scars that won't heal: the neurobiology of child abuse. *Sci Am* 2002; 286 (3) : 68-75.

## Summary

**Beyond the psychiatric diagnosis.** Improvement of knowledge in neuroscience as well as the efforts made to precise the diagnosis criteria of several mental disorders have contributed to the evolution of child psychiatry. For children affected by emotional and behavioural difficulties, child psychiatric diagnosis constitutes an essential comprehension tool. Its rigorous use helps pinpoint child symptoms, find the most appropriate therapeutics and favour access to available resources. But research of a diagnosis at all costs has its own risks: misuse of therapeutic session, disregard of normalcy variations, pathologization of minor symptoms and excessive medicalization, removal of patient's or parent's sense of responsibility, and ignorance of factors contributing to symptomatology aggravation. For the next years the challenge will be to integrate the ensemble of all this new knowledge while hoping that it will lead towards a better care for children with emotional and behavioural difficulties.

3. Gouvernement du Québec. *Proposition d'orientations relatives aux services de réadaptation pour les jeunes présentant, outre des problèmes de comportement ou un besoin de protection, des troubles mentaux et qui sont hébergés dans les ressources des centres jeunesse du Québec*. 2007.
4. Perring C. Conceptualiser les troubles mentaux chez les enfants et les adolescents. *Philosophiques* 2006; 33 (1) : 65-79.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. 4<sup>e</sup> éd. Texte révisé. Washington : L'Association; 1994.
6. St-André M. Neurosciences et mutations cliniques : entre utopie et pragmatisme. *PRISME* 2003; 40 : 94-105.