

Synthèse du groupe de travail « Intervention en milieu de vie avec les jeunes enfants » autour de la question diagnostique¹ 2009-2010

Introduction

Le groupe de travail *Intervention en milieu de vie avec les jeunes enfants* a choisi d'aborder cette année la question diagnostique. La synthèse qui suit reprend différents aspects ayant trait à cette thématique.

Par ailleurs, parler du diagnostic a ouvert les échanges sur d'autres éléments relatifs à la pratique avec les jeunes enfants à partir du milieu de vie et en réseau. Ces divers points seront mis en lien avec le diagnostic, qui constitue donc le fil rouge de cette synthèse. Nous développerons également la question du travail en réseau, en lien avec les perspectives pour le groupe.

Le diagnostic : tour d'horizon

Contexte

La question du diagnostic est apparue autour de la nécessité, pour le Gerseau, au cours de la recherche-action, d'évaluer son dispositif. Les processus d'évaluation deviennent des incontournables, y compris dans le champ de la santé mentale. Ils répondent à la nécessité, pour les autorités, d'orienter leurs politiques en fonction des besoins de la population et d'avoir une vision précise des pratiques réalisées dans les services qu'ils subsidient.

La pratique des cliniciens s'inscrit dans ce contexte : comment en tenir compte tout en étant cohérent avec leurs références théorico-cliniques ? Le groupe de travail s'est confronté à ces réalités et la synthèse parcourt les réflexions et questionnements issus des réunions du groupe : comment répondre aux exigences du politique, tout en étant cohérent par rapport à la pratique ? Qu'entend-on par diagnostic ? Quels sont les enjeux du diagnostic chez les enfants ? Est-il à dissocier de la prise en charge en elle-même ? Quand intervient la démarche diagnostique ? À qui sert le diagnostic ? Sur quoi s'appuie-t-on pour établir un diagnostic ? Comment concilier des représentations différentes, des pratiques différentes, pour parvenir à travailler en réseau ?

En préalable : les enjeux de la démarche diagnostique chez les jeunes enfants

Des précautions sont à prendre lorsqu'on parle de diagnostic chez l'enfant.

L'intervention de Bernard GOLSE² lors du séminaire clinique du 21 novembre 2009 a été éclairante à ce sujet. Le diagnostic chez les jeunes enfants est nécessairement évolutif. Il ne s'agit pas d'induire un pronostic à partir d'un diagnostic. Le choix des termes utilisés pour nommer la souffrance de l'enfant est souvent significatif d'un positionnement de l'intervenant quant au diagnostic : il n'est pas neutre de parler d'autisme, de traits autistiques, de tableau autistique, de risque de développement sur un versant psychotique, ou d'enfant pris dans une position psychotisante.

¹ Texte établi par Marie Lambert (IWSM) et discuté avec les participants au groupe de travail.

² Bernard GOLSE est pédiatre, pédopsychiatre et psychanalyste, formé au sein de l'association psychanalytique de France. Il est chef de service de pédopsychiatrie à l'hôpital Necker Enfants Malades à Paris, et professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'université René Descartes.

Cependant, quelle que soit l'expression employée, elle ne présume pas du devenir de l'enfant. Bernard GOLSE, lors de ce même séminaire, a parlé à propos d'une des situations cliniques présentées de « désautistisation », montrant par là le caractère non figé d'un diagnostic chez l'enfant.

Par ailleurs, poser un diagnostic chez l'enfant nécessite de se pencher sur différents facteurs, notamment en incluant les parents ou les adultes les plus proches de l'enfant, le style de la relation entre la mère et l'enfant, une évaluation de son contexte de vie, ...

En outre, travailler avec de jeunes enfants renvoie les intervenants à leurs propres parties infantiles. Il n'est dès lors pas étonnant que les professionnels (notamment les 1ères lignes) soient parfois pris dans un vécu et des réactions fortes lorsqu'il s'agit d'un nouveau-né. Le risque d'être dans la projection avec les tout petits incite à la prudence et donne tout son sens à l'expression « hypothèse diagnostique ».

Enfin, il est important de se questionner par rapport à la pertinence ou non de poser un diagnostic pour un tout jeune enfant en-deçà d'un certain âge.

Le diagnostic : de quoi parle-t-on ?

Les échanges au sein du groupe de travail ont mis en lumière le fait que lorsqu'on parle de diagnostic, même entre cliniciens, on ne parle pas nécessairement de la même chose. Pour certains, poser un diagnostic équivaut à mettre une étiquette, à classer dans une catégorie nosographique. Certains cliniciens se défendent de cette démarche diagnostique, animés notamment par la crainte d'enfermer la personne en souffrance. Leur travail se fonde cependant sur une analyse de la situation, et le diagnostic peut prendre une forme autre que la forme classique représentée par les classifications telles que le DSM.

Le terme « diagnostic » est donc chargé de représentations différentes dans le chef des cliniciens, et connoté de façon très diverse. Par ailleurs, sachant la nécessité de plus en plus grande de travailler en réseau, les cliniciens sont également confrontés à différents types de diagnostics utilisés par leurs partenaires, leurs envoyeurs ; chacun d'eux ayant une approche spécifique : on parlera de diagnostic médical, pédopsychiatrique, processuel, de structure³, psycho-dynamique, psychanalytique, social⁴, de bilan psychomoteur ou développemental, contextuel, ... Ces diagnostics renvoient à des réalités différentes : l'évaluation ne porte pas sur les mêmes éléments. Nous verrons plus loin les implications de cet aspect dans le cadre du travail en réseau.

Quand pose-t-on un diagnostic ?

Le moment auquel intervient la démarche diagnostique peut s'envisager à deux niveaux : (1) institutionnel d'une part, c'est-à-dire, à quel moment de la trajectoire d'un enfant dans le réseau a lieu la démarche diagnostique / quelle place chronologique occupe la démarche diagnostique selon les missions du service ; (2) dans le face à face du clinicien avec l'enfant d'autre part.

Dans la *rencontre du clinicien avec l'enfant*, plusieurs facteurs auront une incidence sur le moment diagnostique : l'orientation théorico-clinique du clinicien, le contexte dans lequel il a à poser un diagnostic, la demande qui motive le diagnostic. Le groupe de travail a repris à ce sujet les propos de Bernard GOLSE. Celui-ci attire l'attention sur le fait de pouvoir renoncer à poser un diagnostic en une

³Le Gerseau utilise le diagnostic de structure. Il se construit autour d'une grille de lecture sur la socialité de l'enfant, de son rapport au langage, au jeu, au corps, des interactions familiales.

⁴ Dans certains services, le diagnostic social sert de critère d'inclusion permettant à des personnes en difficulté de bénéficier de l'aide de tels services.

seule séance. Le diagnostic, et plus encore chez les enfants, se construit progressivement, dans la rencontre avec l'enfant et le cas échéant, les adultes qui prennent soin de lui. Le diagnostic s'intègre ainsi dans un processus.

Cette notion est en lien avec la notion de capacité négative⁵, également utilisée par Bernard GOLSE et Annette WATILLON⁶ : la capacité d'accepter de ne pas savoir, de laisser le temps à l'élaboration du sujet. C'est alors dans l'après-coup qu'on peut réaliser ce qui fait sens. La pratique clinique est en effet suspendue à la contingence, à partir de laquelle l'histoire du sujet peut être mise en tension. C'est donc dans l'après-coup qu'apparaît le diagnostic.

En fonction des missions d'un service, le diagnostic prend une place à des moments différents. Dans le cadre d'un travail de soutien à la parentalité par exemple, là où on se situe davantage du côté de la prévention, la question du diagnostic se pose différemment : le service se donne la possibilité d'anticiper d'éventuels diagnostics futurs en proposant son aide à un niveau extrêmement précoce (par exemple en pré-natalité).

Le diagnostic peut constituer une fin en soi pour certains services : les centres de référence tels que le centre de référence pour l'autisme ont pour mission principale d'établir des diagnostics. Une partie de leur budget est également consacré au travail d'orientation en amont du diagnostic posé, mais ces moyens sont très peu conséquents.

Dans d'autres structures par contre, la démarche diagnostique figurera au début d'un processus. L'ambulatoire peut être sollicité par un envoyeur pour prendre en charge un enfant pour lequel un diagnostic a été posé préalablement. Mais les envoyeurs peuvent également solliciter une structure ambulatoire afin qu'elle prenne la situation en charge, ou pour qu'elle établisse un diagnostic. Les services ambulatoires réalisent donc également des diagnostics, mais dans une temporalité autre et avec d'autres moyens que les centres de référence par exemple. Par ailleurs, la démarche diagnostique en service de santé mentale et plus largement en ambulatoire fait partie d'un processus et s'articule ainsi généralement avec l'offre de consultation et de traitement.

Fonctions du diagnostic : à quoi et à qui sert-il ?

Toute démarche diagnostique, respectant certaines précautions vu les enjeux que cela représente avec les enfants, a en principe pour objectif ultime d'orienter ceux-ci face aux exigences de traitement de leurs difficultés et leurs souffrances.

Nous pouvons néanmoins nous arrêter un instant aux autres acteurs concernés. Ainsi, la démarche diagnostique est utile :

- *Au clinicien dans sa rencontre avec l'enfant*

Le diagnostic doit être opérant pour le clinicien. L'intérêt du diagnostic pour le clinicien réside notamment dans le fait qu'il lui permet d'orienter ses interventions. La question n'est pas de figer les choses pour l'enfant, mais de pouvoir travailler avec lui.

⁵ *Capacité négative* : Bion [W.R.Bion, 1970], à partir de ce qu'en a dit le poète John Keats, en a donné la définition suivante : " Capacité qu'un homme possède s'il sait persévérer dans les incertitudes, à travers les mystères et les doutes, sans se laisser aller à une recherche fébrile des faits et des raisons ". Etre un embarrass, être perdu, être impuissant - trois capacités négatives, éprouvées dans l'enfance, récusées plus tard de telle sorte que, contrairement à l'enfant, on ne vivra pas pour de bon, on fera semblant.

⁶ Annette WATILLON est pédopsychiatre et psychanalyste, membre et ancienne présidente de la Société Belge de Psychanalyse, présidente de l'Association belge de l'Observation du bébé selon Esther Bick, ancienne présidente de la WAIMH-Belgique.

Par ailleurs, le diagnostic permet de mettre en tension l'évolution de l'enfant : l'évolution du diagnostic témoigne de l'évolution de la situation de l'enfant.

- *Aux parents*

Les intervenants peuvent attirer l'attention des parents sur les difficultés de leur enfant et les mobiliser en s'appuyant sur le diagnostic ou les résultats d'un bilan, ce qui peut avoir des répercussions intéressantes pour leur investissement dans un éventuel processus thérapeutique.

Le diagnostic peut ainsi constituer un levier pour dire les souffrances de l'enfant à ses parents. Cependant, certains termes utilisés ne rendent pas réellement compte de la souffrance présupposée de l'enfant ; à travers eux, quelque chose du vécu de l'enfant ne transparait pas nécessairement. Par ailleurs, les parents ont leurs propres représentations au sujet de certains diagnostics (« TED⁷ » ou « autisme » par exemple), parfois lourds de sens pour eux. D'autres termes sont par contre plus aisés à entendre.

La manière dont les parents vont pouvoir se saisir de ce qui leur est transmis dépend ainsi du type de diagnostic utilisé, des termes employés. En outre, la communication doit s'assortir d'un décodage : l'étiquette seule ne suffit pas, encore faut-il expliquer aux parents ce qui se cache derrière les mots concernant leur enfant. L'important pour eux étant de comprendre comment fonctionne leur enfant, comment il vit, se retire, s'avance, se protège, ...

Dans les situations d'exil, fréquemment évoquées dans le groupe de travail, cette mobilisation des parents peut être très complexe. En effet, quand les repères culturels des parents ne sont pas les mêmes que ceux des intervenants, comment ceux-ci communiquent-ils leurs inquiétudes concernant l'enfant, dans le but d'attirer l'attention des parents sur la souffrance ou les difficultés de leur enfant ?

Graciela CULLERE-CRESPIN⁸, lors du séminaire clinique du 13 mars 2010, a apporté des éléments intéressants à ce sujet, à partir des notions lacaniennes de grand Autre notamment. Nos représentations, liées en grande partie à notre culture, sont confrontées aux représentations de la population consultante autour des notions de santé mentale, de souffrance, de ce que c'est que d'être mère, ... Parler de la souffrance psychique ne va pas forcément de soi dans d'autres cultures. Comment dès lors accueillir une souffrance qui ne se dit pas (ou autrement) ? Et qu'en fait-on ? Les intervenants ont leurs limites avec ces parents dans l'exil. Cela ne signifie pas qu'il n'y a rien à faire dans ces situations, au contraire. Mais certaines interventions ne sont pas parlantes pour ces populations.

- *Aux partenaires du réseau*

Le diagnostic comme base pour le travail en réseau ? On pourrait penser que le diagnostic permet d'avoir un langage commun. En tout cas en théorie. Nous verrons plus loin ce que cela nécessite. En effet, les termes utilisés ne rendent pas nécessairement compte de la réalité de l'enfant et de sa situation. Que recouvrent ces mots ? Quelle réalité se cache par exemple derrière un diagnostic TED ?

Cela étant, quelle que soit l'approche du clinicien, il est intéressant de pouvoir entendre les autres types de diagnostics posés par les partenaires afin de pouvoir y répondre, argumenter, pour affiner le diagnostic.

⁷ Troubles Envahissants du Développement.

⁸ Graciela CULLERE-CRESPIN est née à Cordoba, Argentine. Elle vit et exerce comme psychanalyste à Paris depuis de nombreuses années. Elle est membre de l'Association lacanienne internationale, du Groupe français affilié à la WAIMH (World Association for Infant Mental Health) et de la Coordination internationale de psychanalystes s'occupant de personnes avec autisme (CIPPA).

Par ailleurs, des approches différentes n'empêchent pas que puisse s'établir un dialogue autour d'un enfant. Le séminaire clinique du 05 juin 2010 a offert un tel moment de dialogue. Aucun diagnostic n'a été posé, mais les deux cliniciennes, celle qui présentait la situation d'une part, et Yasmine GRASSER⁹ d'autre part, ont échangé à partir d'une description précise d'une séance, description qui rendait compte de façon très concrète de ce qui était en jeu pour l'enfant. Le dialogue ne s'est donc pas établi à partir d'un diagnostic au sens d'étiquette, mais d'une analyse qui permet que quelque chose s'universalise, à partir de la situation d'un enfant. Ce type d'échange peut dès lors être opérant pour orienter le travail autour de la situation de l'enfant et produire des effets de formation chez les participants.

- *Aux autorités subsidiantes :*

Nous avons mentionné en introduction à cette synthèse l'intérêt que peuvent représenter les diagnostics pour les autorités subsidiantes par rapport à des fins épidémiologiques, classificatoires, et évaluatives.

Une précaution à cet usage du diagnostic : les classifications utilisées ne rendent pas nécessairement compte de façon précise de la complexité des situations et du travail réalisé.

Sur quoi s'appuyer pour poser un diagnostic ?

Plusieurs éléments propres à l'enfant sont utilisés pour poser un diagnostic ; en outre, une évaluation de la situation de l'enfant est réalisée. Elle permettra d'orienter le type d'intervention nécessaire avec l'enfant, tout en tenant compte du contexte familial et environnemental dans lequel évolue l'enfant.

- *Outils diagnostiques*

Plusieurs **grilles diagnostiques** ont été évoquées lors du groupe de travail : la grille CFTMEA 2000¹⁰, la classification 0 to 3¹¹, l'ADBB¹², avec toutes les précautions d'usage liées à de tels outils. En effet, de manière générale, les grilles ont leurs limites. Bernard GOLSE, qui a pourtant participé à la révision de la grille CFTMEA, nous a mis en garde lors du séminaire clinique du 21 novembre 2009 contre l'utilisation de grilles, qui rendent difficilement compte du processus clinique à l'œuvre, notamment pour les enfants de moins de 2 ans.

Une grille peut-elle rendre compte d'éléments d'analyse clinique très fins ? Quand on dit par exemple qu'une maman est « une maman possible, mais en même temps en souffrance », ou d'une autre qu'elle est « une femme qui fonctionne bien, mais pour qui il est impossible d'être mère », il est difficile de rendre compte à travers une grille de ce qui constitue le fruit d'une élaboration et d'une analyse cliniques. Le temps de l'observation par contre est précieux pour mettre en lumière ces éléments.

- *Du côté de l'enfant*

⁹ Yasmine GRASSER est psychologue clinicienne et enseignante à la Section clinique de Paris-Ile de France du Champ freudien, membre de l'ECF et de l'AMP, et Analyste de l'Ecole de la Cause. Elle est responsable de la consultation du « 40 des tout-petits » au CPCT – Chabrol (Centre psychanalytique de Consultation et de Traitement).

¹⁰ Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent, version révisée à laquelle a été rajouté un axe bébé.

¹¹ La classification 0 to 3 comporte des items tenant compte du bébé, des adultes rencontrés par celui-ci, et de la typologie du lien.

¹² Echelle Alarme Détresse Bébé

Selon les référents théoriques du clinicien, divers éléments seront repérés chez l'enfant. Par exemple, dans une approche psychanalytique, il est intéressant de situer l'enfant par rapport aux opérations d'*aliénation* et de *séparation*, ou par rapport à la question du *malentendu*. Nous avons également évoqué plus haut des éléments tels que la socialité de l'enfant, son rapport au corps, au jeu, au langage, ainsi que les interactions familiales, qui constituent les éléments sur lesquels s'appuie la grille de lecture du Gerseau.

Le diagnostic de structure se construit ainsi à partir du matériel amené par l'enfant. Nous verrons plus loin qu'il se construit également à partir du matériel amené par ses « Autres » : comment l'enfant est-il parlé par eux ? Comment répond-il à cela ?

Quelques autres aspects évoqués au sein du groupe :

➤ Les potentialités de l'enfant

La seule observation des symptômes n'est pas suffisante pour établir un diagnostic : il est important de partir également des potentialités de l'enfant. Ce qui peut apparaître comme une évidence a néanmoins un sens particulier dans certaines situations, où l'enjeu pour le clinicien est de ne pas se laisser envahir par les craintes d'autres intervenants (par exemple, un pédiatre inquiet quant à un éventuel retard mental chez un enfant) et de rester ouvert aux potentialités de l'enfant.

➤ Les excès de compétence de l'enfant

L'équipe du Gerseau a évoqué le travail de Jenny Aubry¹³ sur l'accueil des jeunes enfants séparés de leurs parents et élevés par l'assistance publique. Celle-ci écrit, dans l'entre-deux guerres, concernant l'enfant en bonne santé : l'enfant doit franchir un certain nombre d'étapes pour adapter ses besoins aux exigences de la vie sociale et, au-delà de ces étapes, il doit pouvoir différencier les sexes, entrer à l'école et établir des relations interpersonnelles avec des adultes et des enfants en dehors de son milieu familial. En outre, il doit accepter la venue d'un autre enfant dans son foyer. Cette définition propose les compétences et l'adaptation sociale de l'enfant comme éléments d'évaluation de son développement. Il n'est pas ici question d'un diagnostic basé sur une dichotomie normal/anormal.

Mais comment se positionne-t-on par rapport à un excès de compétence de l'enfant ? Cet excès de compétence pourrait nous laisser penser, en première lecture, que le bébé va bien tant qu'il peut être capable de s'adapter, par exemple à une mère dépressive. Un excès de compétence est-il de l'ordre de la santé ?

Ce type de situation est difficile à repérer tant la souffrance de l'enfant est peu perceptible. L'excès de compétence d'un enfant peut se mobiliser au détriment de son développement. Il est très difficile pour un intervenant d'évaluer jusqu'où le déploiement des compétences de l'enfant est à soutenir et à valoriser. L'excès de compétence peut constituer en même temps une solution et un problème.

Par ailleurs, un enfant présentant un excès de compétences ne sera pas forcément inquiétant aux yeux des parents... L'enfant hypercompétent narcissise ses parents. Il n'est pas évident de faire entendre à ceux-ci qu'un enfant calme, empathique, qui joue peu, peut être un enfant en souffrance, ce sur quoi Graciela CULLERE-CRESPIN attire l'attention en parlant des signes de souffrance précoce à bas bruit¹⁴.

Il est logique que l'enfant s'adapte à ses parents. Mais il faut pouvoir aussi lui montrer qu'il y a d'autres modalités de relation à l'Autre. Pointer l'excès de compétence et proposer, par exemple,

¹³Jenny AUBRY (1903-1987), médecin des hôpitaux, pédiatre, neuropsychiatre, psychanalyste, membre fondateur de l'Ecole freudienne de Paris, fut la première en France à s'intéresser au destin des très jeunes enfants séparés de leur famille.

¹⁴G. CULLERE-CRESPIN (2007), « L'épopée symbolique du nouveau-né », Toulouse : Erès.

l'inscription dans une crèche, lui donne alors la possibilité de vivre d'autres expériences relationnelles.

- *Du côté des Autres de l'enfant*

➤ Le dit de l'Autre social

Les personnes qui adressent l'enfant en consultation vont décrire ce qu'ils perçoivent de la situation de l'enfant. Le dit de l'Autre social sur ce qui ne va pas chez l'enfant constitue le point de départ pour prendre en charge la situation. Il s'agit d'entendre comment l'Autre social amène le « ça ne va pas », parfois avec agacement, désespoir, ou témoignant de certains préjugés ou certitudes sur la position d'un enfant. Parler des dits de l'Autre social sur « ce qui ne va pas » chez l'enfant, en lieu et place du diagnostic, permet d'éviter de caractériser comme un étiquetage ce que l'Autre social dit.

Ce dit de l'Autre social peut prendre la forme d'un diagnostic utilisé par les parents, qui doit pouvoir être entendu, d'où qu'il vienne. Il en va de la relation de confiance entre les parents et le clinicien, qui permettra que quelque chose puisse se mobiliser. Cela demande parfois beaucoup de créativité de la part du clinicien : le diagnostic, et donc les préoccupations et inquiétudes éventuelles des parents, ne rencontrent pas nécessairement les hypothèses du clinicien, et de là, ses orientations de travail.

L'Autre social, c'est notamment l'intervenant. Le travail avec les parents peut permettre que les inquiétudes des intervenants soient entendues, voire qu'ils puissent se les réapproprier.

➤ Les caractéristiques des parents et de la fratrie

Les caractéristiques des parents, leurs carences, difficultés, pathologies éventuelles, peuvent également être éclairantes pour établir le diagnostic d'un enfant. Par exemple, une pauvreté du langage chez les parents n'est pas à négliger lorsqu'un bilan est demandé pour un enfant pour lequel il y a suspicion de retard mental. Dans ce cadre, le contexte socio-économique et culturel peut être également éclairant.

Il est également intéressant de repérer ce qui est mobilisable chez les parents : quelles sont leurs ressources ? Sur quoi peut-on éventuellement s'appuyer chez eux ?

Tous les éléments qui concernent la relation de l'enfant avec sa fratrie peuvent être également utiles : dans une situation clinique présentée au groupe de travail où les deux aînés ont été rapidement orientés en enseignement spécial, les interventions pour l'enfant à venir ont été guidées par cette information, afin d'éviter qu'il ne connaisse le même parcours. Dans ce cadre, nous en revenons à la question du moment où se pose le diagnostic : un diagnostic établi pour la fratrie peut permettre d'orienter certaines interventions pour un enfant à venir.

➤ L'environnement et les événements de vie de l'entourage familial

Le vécu des parents par rapport à certains événements potentiellement traumatisants peut aussi donner des indications pour la lecture de la symptomatologie présentée par l'enfant. La position du parent par rapport à une situation d'exil par exemple peut aider à analyser la situation de l'enfant : comment le(s) parent(s) ont-t-il vécu l'exil ? L'exil a-t-il constitué un événement traumatique ? Comment, dans l'exil, la mère a-t-elle pu se structurer ? Comment a-t-elle construit ses liens (élément qui peut être éclairant pour appréhender quelque chose de la qualité du lien établi avec son enfant) ?

- *Du côté du clinicien*

➤ Le contre-transfert

La question du contre-transfert est une question cruciale qui relève du choix d'orientation théorico-clinique du praticien. Le groupe a débattu autour de la question de ce qui est fait, selon les approches, de ce ressenti du clinicien.

Bernard GOLSE a apporté des éléments de réflexion à ce sujet. Il parle de ce « bébé qu'on craint d'avoir été ». Dans cette orientation, face à un bébé, le clinicien se pose les questions : qu'est-ce que ce bébé me fait ressentir ? Qu'est-ce qu'il projette sur moi ? Selon lui, le clinicien alors se base entre autres sur son ressenti, son contre-transfert, pour établir un diagnostic. Pour lui, le contre-transfert peut donc être opérant pour poser un diagnostic et il l'est tout autant pour le suivi thérapeutique. Ce matériel que constitue le contre-transfert du thérapeute peut être transmis ; il peut être articulé avec ce qu'amènent le bébé et ses parents.

Dans la démarche d'observation du bébé selon Esther BICK (dans l'observation en tant que telle, mais également dans l'adaptation de l'observation à la thérapeutique), l'observateur part de ses propres émotions et fantasmes pour comprendre ce qui se passe. Ce matériel d'observation est repris dans les réunions qui jalonnent la formation.

Les observations, dans le cadre de la formation, ne sont pas demandées par la famille. L'observateur en formation choisit une famille. Les parents ne sont pas en demande d'aide pour leur bébé. On peut malgré tout supposer que, derrière leur acceptation, se trouvent des attentes, une motivation à accepter l'observation ; ils vont sans doute également en retirer quelque chose pour eux-mêmes mais ce ne sera pas analysé. Cet élément sépare cette formation du mouvement analytique.

Là où les deux formations se rejoignent, c'est sur la fonction du silence, qui est une ponctuation sans laquelle l'intervention n'est pas possible. Il faut être prêt à supporter le silence, et à opérer à partir du silence. Par contre, dans son dispositif, l'équipe du Gerseau considère que c'est à partir d'une analyse personnelle qu'on obtient cette position-là, à savoir, être prêt à pouvoir opérer avec le silence.

Le vécu de l'intervenant est donc traité notamment grâce au dispositif professionnel, au cadre qui borde la pratique, ou au travail d'analyse personnelle.

A partir d'une situation clinique, le Gerseau a pu rendre compte de la précarité en tant qu'intervenants, c'est-à-dire une position où le savoir est suspendu, laissant le temps à l'élaboration du sujet. En s'appuyant sur le matériel que l'enfant amène, les cliniciennes créent un espace signifiant entre elles et l'enfant, espace qui en même temps crée la relation, et établit la possibilité d'un espace de séparation entre l'enfant et ses Autres. Les intervenantes prêtent leur corps parlant au petit enfant ; il ne s'agit pas d'interprétation. L'interprétation reste du côté de l'enfant, quel que soit son âge. C'est dans l'après-coup, à partir de l'élaboration clinique à partir du cas que l'on peut réaliser ce qui a été opérant. La pratique clinique est suspendue à la contingence, à partir de laquelle la question du sujet peut être mise en tension.

Le diagnostic : et après ?

Voyons à présent ce qui est fait du diagnostic : comme évoqué plus haut, la fonction principale du diagnostic est d'orienter les interventions qui seront réalisées avec l'enfant.

Evaluation du contexte familial et environnemental

Pour que le diagnostic qui oriente le praticien permette de réaliser les choix les plus adaptés quant au type d'intervention nécessaire, il faut non seulement prendre en compte tous les éléments (non

exhaustifs) évoqués jusqu'ici, mais également tenir compte des ressources et limites de l'entourage de l'enfant, et en particulier des parents.

Les thérapeutes d'enfants ont parfois à penser des alternatives à la responsabilité parentale, lorsque celle-ci pose question. Une notion intéressante, évoquée par Graciela CULLERE-CRESPIN lors du séminaire du 13 mars 2010, est celle de parentalité à temps partiel. La responsabilité de l'ambulateur ne se limite pas au cadre de soins. Il faut pouvoir penser au-delà du soin, et réfléchir en termes de responsabilité face aux exigences réelles de soins chez l'enfant. Pour pouvoir profiter pleinement d'un accompagnement thérapeutique, pour que le travail thérapeutique tienne dans le transfert, l'enfant a besoin que quelque chose le soutienne dans sa réalité, dans son quotidien, du côté des adultes qui s'occupent de lui. La réalité psychique se constitue dans la rencontre réelle avec d'autres.

Tenir compte de ces caractéristiques de l'environnement et de l'entourage immédiat de l'enfant pour orienter le type d'intervention réalisée nécessite une certaine souplesse du cadre. Certaines situations cliniques ont montré à quel point cette souplesse a permis de faire offre à l'enfant, en tenant compte du contexte dans lequel il se situe. Il a par exemple été possible de faire offre d'un espace individuel à l'enfant, dans son milieu scolaire. Cela lui a permis d'aller chercher ses propres ressources, dans un contexte où le milieu familial était difficilement mobilisable.

Que faire du diagnostic dans le cadre du travail en réseau ?

Comme souligné en introduction à cette synthèse, le travail en réseau fait partie intégrante du dispositif de prise en charge des jeunes enfants, tel qu'analysé dans le cadre de la recherche menée par le Gerseau. Le travail en réseau faisait d'ailleurs partie du plus petit dénominateur commun repris dans le rapport 2009, et il en a encore été question lors des réunions du groupe de travail 2009-2010.

Nous allons aborder la question du travail en réseau en articulation avec la question diagnostique.

➤ Diagnostic : langage commun ou facteur de complexification du travail en réseau ?

La complexité de certaines situations cliniques nécessite l'intervention d'un nombre important d'acteurs de la santé. Les pratiques de réseau se développent sur le terrain et sont progressivement intégrées dans les politiques de santé publique. Les réflexions de cette année ont à nouveau mis en lumière les apports du travail en partenariat, notamment face aux problématiques dites chroniques et complexes.

Par ailleurs, le travail en réseau introduit également une certaine forme de complexité, déjà soulevée dans le rapport du Gerseau en 2009. Cette complexité se retrouve aussi lorsqu'on envisage la question diagnostique dans le cadre du travail en réseau : nous avons déjà amené cette idée que le diagnostic ne constitue pas nécessairement une garantie d'un langage commun, au vu de la diversité d'approches, certes synonyme de grande richesse potentielle, mais aussi de représentations différentes autour d'un même diagnostic. Parle-t-on dès lors de la même chose ? Comment avoir malgré tout un minimum de langage commun, ou à tout le moins connaître et comprendre le langage utilisé par d'autres ? Comment articuler les différentes approches en présence ?

Les intervenants en ambulatoire répondent de plus en plus souvent à des demandes émanant du réseau des professionnels ou du réseau du patient. Ils doivent faire face à des hypothèses diagnostiques précédant la formulation de la demande. Dans certaines situations, l'indication thérapeutique demandée par un intervenant du réseau donne d'emblée l'idée du diagnostic (ex. : un pédiatre proposant une thérapie parents-enfant).

Les cliniciens doivent traiter les représentations des uns et des autres (besoin d'un bilan psychomoteur pour l'un, bilan sur la relation mère-enfant pour l'autre, ...) tout en suivant leurs propres objectifs dans la prise en charge qu'ils proposent à l'enfant, en fonction de leur lecture du cas à partir de leur propre orientation théorico-clinique. Et c'est lorsque le praticien doit réaliser un rapport concernant l'enfant, tenant compte de tous ces éléments, que la complexité apparaît de façon encore plus nette.

➤ L'apport de la concertation autour du patient/ du travail en réseau

Prenons l'exemple d'une situation présentée dans le groupe, dont le point de départ est un diagnostic somatique lourd, ne laissant pas de place au départ à la dimension psychique ; la pathologie a ébranlé le couple parental ; sur ce diagnostic somatique est venue se greffer une position psychique attenante à la psychose.

C'est dans le cadre de la concertation clinique du projet thérapeutique n°60 Réseau Concertation Enfance que le diagnostic de départ, réduit à la seule dimension somatique, a pu être élargi, offrant une place à la dimension psychique. Le tandem de coordinateurs cliniques, qui témoigne d'une articulation entre l'ambulatoire et le résidentiel, a permis cette ouverture.

Cet élargissement du diagnostic à la dimension psychique a dès lors orienté le traitement envisagé pour l'enfant : l'ambulatoire a pu offrir un espace thérapeutique adéquat.

L'ambulatoire a la capacité de relever le défi du traitement de la psychose avec un enfant présentant par ailleurs une problématique somatique lourde dans le cadre offert par le travail en réseau, à partir de la concertation autour du patient. Ce cadre permet plus d'audace. En effet, pouvoir compter sur d'autres structures prêtes à prendre le relais à certains moments plus critiques permet d'envisager la prise en charge de situations complexes.

L'ambulatoire, en entendant autre chose que le diagnostic médical, peut ainsi faire offre d'un lieu humanisé, d'un traitement d'une impossibilité chez l'enfant d'entrer dans le langage commun ; le travail psychothérapeutique permet alors de donner à l'enfant une place de sujet, quel que soit le diagnostic de départ.

Dans l'exemple mentionné ci-dessus, nous pouvons dire que, ce qui a notamment été opérant, c'est le fait que le coordinateur clinique du résidentiel, dans le cadre de la concertation, est venu rencontrer l'équipe ambulatoire. En réunion clinique, des mots ont été mis sur le diagnostic par cet intervenant, à l'attention d'autres intervenants, ce qui a eu pour effet de permettre la mise en place d'un espace thérapeutique pour l'enfant qui prenne en compte sa position psychique.

Les concertations et le travail en réseau non formalisé comportent un coût. Le temps consacré aux contacts avec les partenaires avant, pendant et parfois après la prise en charge est indispensable. Cela nécessite donc des moyens, il faut pouvoir organiser en interne une grande disponibilité et une grande souplesse. Cette nécessité est moins facile à atteindre dans les petites équipes. Or ce sont elles qui sans doute bénéficient le plus d'un travail en partenariat.

➤ Éléments de réflexion complémentaires à propos des concertations autour du patient

Le groupe de travail s'est ainsi penché de façon plus générale sur les concertations, et sur la pertinence ou non d'une formalisation du travail en réseau. Voici un aperçu des éléments de réflexion abordés, qui peuvent constituer une base de travail intéressante pour la poursuite du groupe de travail :

- Dans le cadre des concertations, il s'agit de penser l'enfant à partir de l'ici et maintenant ; le réseau se construit dès lors à partir des besoins de l'enfant et à partir de son réseau. Il s'agit

également de penser l'enfant à partir de la place de chaque intervenant dans la situation, avec ses ressources, ses limites.

- Les mots utilisés sont chargés de représentations diverses. Dès lors, il est nécessaire de penser la parole utilisée à propos de l'enfant entre les partenaires du réseau.
- Lorsqu'elle se construit dans la relation entre les intervenants, à partir de la question de l'enfant et de sa famille, la concertation peut être considérée comme lieu de traitement de la souffrance des intervenants ; elle traite les institutions.
- La concertation permet également la permanence du lien : les intervenants ont la possibilité de proposer le passage de l'enfant vers un autre service tout en restant présents, ce qui leur permet de faire offre plus facilement. Cette possibilité permet de rencontrer la nécessité d'avoir un fil rouge dans les situations. Cette notion de fil rouge, déjà évoquée dans le rapport 2009 sous les termes de permanence du dispositif malgré la précarité et la complexité présentes, renvoie aux notions de relais, aux risques de morcellement des prises en charge, à la question de la présence dans la durée, au rôle de référent, aux questions de transition et de passage, à l'intérêt parfois de prévoir une période de chevauchement pour le passage d'un service à un autre.
- Les concertations peuvent comporter une certaine lourdeur. Pour que l'expérience soit réussie, il est nécessaire de s'approprier le dispositif.
- Si l'on parle des concertations, on aborde inévitablement la question de la formalisation du réseau. Une certaine part de formalisation semble nécessaire pour permettre à l'ambulatoire d'avoir une place significative dans le travail en réseau (nous avons vu plus haut ce que l'ambulatoire pouvait apporter dans le cadre des concertations). La formalisation constituerait donc une garantie pour les services ambulatoires d'occuper une place centrale dans une logique de collaboration entre différents partenaires issus du secteur résidentiel, de la première ligne et de l'ambulatoire, en ce qui concerne l'accompagnement à long terme de situations dites complexes et chroniques.

La formalisation apporte un cadre qui peut rendre possible l'articulation entre réalité sociale, réalité éducative, réalité médicale et réalité psychique. L'ambulatoire serait un pivot pour l'abord et l'accompagnement des situations complexes, dans un rôle de mobilisation des différents secteurs et disciplines. Une formalisation permettrait une prise en compte de l'investissement qu'implique un travail en réseau.

Cette formalisation du réseau ne doit cependant pas boucher la dynamique que doit prendre chaque situation autour du réseau de l'enfant. Dans le travail au cas par cas, chaque situation est unique et le réseau se construit autour de chaque enfant et de sa famille. Il est nécessaire de s'adapter à chaque situation particulière, en fonction de la manière dont elle se présente. Il s'agit aussi d'aller au-delà des diagnostics posés, en tâchant d'accompagner à plusieurs l'enfant et sa famille.

Conclusion et perspectives

Ce travail de synthèse s'est avéré complexe : comment en effet résumer la richesse des échanges qui ont eu lieu autour de la question diagnostique, à partir d'approches diversifiées ? Malgré cette difficulté, il nous a semblé important de relever, à travers les comptes-rendus du groupe de travail, différents éléments constituant des pistes de réflexion sur la question du diagnostic.

Cette thématique a traversé tous les échanges au sein du groupe de travail. Elle a permis que se déploie la pratique de chaque service présent et a également ouvert la discussion à d'autres éléments essentiels lorsqu'on réfléchit à la prise en charge des jeunes enfants à partir du milieu de

vie. Ainsi, le travail en réseau a fait l'objet d'une grande attention et pourrait être la thématique choisie dans une perspective de poursuite du groupe de travail.

En effet, à l'issue de ces deux années de réunions bimensuelles, le groupe s'est rendu compte de la réelle nécessité de poursuivre l'élaboration et les échanges autour de la clinique avec la petite enfance sous la forme de réunions régulières qui pourraient être enrichies par l'organisation d'un *séminaire itinérant* autour d'une situation clinique, avec une personne-ressource, et en lien avec les différents intervenants concernés par cette situation.