

# CEPUSPP de PEDOPSYCHIATRIE

## Cours d'introduction

- La consultation pédopsychiatrique
- L'examen psychiatrique de l'enfant

Dre V. Dolivo

7 et 14.11.2019

# Plan du cours

- La consultation pédopsychiatrique :
  - Double dimension
  - La demande
  - La souffrance psychique
  - L'enfant, être en développement
  - La sémiologie chez l'enfant
  - Un enfant seul, ça n'existe pas !
  - Les aspects éducatifs et culturels

# Plan du cours

- La technique d'entretien
- Structure des entretiens : qui voir et quand ?
- Le bilan pédopsychiatrique
- Plan du statut mental («grille»)
- Exploration du fonctionnement psychique de l'enfant dans le modèle psychodynamique

# Consultation pédopsychiatrique : double dimension

- Informative
- Recherche de renseignements (grille, anamnèse)
- Investigation
- Interactive
- Mise en cohérence (donner du sens )
- Consultation thérapeutique

# Spécificités de l'examen psychiatrique de l'enfant

- La demande
- L'enfant, être en développement
- La souffrance psychique
- Les aspects éducatifs et culturels

# La demande

- Qui demande quoi et pour qui, démarches précédentes ?
- L'enfant est rarement demandeur.
- Les parents portent la demande, mais avec parfois une forte ambivalence.
- Le motif de consultation ne recouvre pas forcément la sémiologie.
- L'écart entre l'enfant décrit et l'enfant observé est parfois considérable.
- **NECESSITE DE TRAVAILLER SUR LA DEMANDE.**

# La souffrance psychique

- L'enfant communique peu sa souffrance.
- Pour lui, ce qu'il vit est la norme.
- Il n'a pas la distance nécessaire pour se regarder fonctionner.
- Le psychiatre aura à décoder des comportements, des difficultés relationnelles ou des manifestations somatiques pour appréhender la souffrance psychique de l'enfant.

# L'enfant, être en développement

- Statut particulier de la sémiologie chez l'enfant .
- Importance des processus maturatifs (lignes de développement).
- Notre compréhension de la psychopathologie de l'enfant se base sur une mise en dialectique de la symptomatologie, des avatars du développement global, du niveau de développement affectif, des facteurs environnementaux.



# Sémiologie en pédopsychiatrie

- Les symptômes chez l'enfant s'expriment dans des registres divers :
  - Instrumental
  - Comportemental
  - Psychique
  - Somatique

# Le registre instrumental

- Fonctionnement intellectuel
- Langage (oral et écrit)
- Motricité
  - Registre spécifique à la pédopsychiatrie.
  - Intrication des facteurs neurobiologiques, développementaux, affectifs et relationnels.

# Le registre comportemental

- Troubles du comportement (agressivité) et du caractère (opposition).
- Tendances antisociales : mensonges, vols, fugues
- Comportements « pervers » (exhibition, attouchements).
- Conduites à risque et tendance aux accidents.
- Comportements auto-lésionnels (rare chez l'enfant).

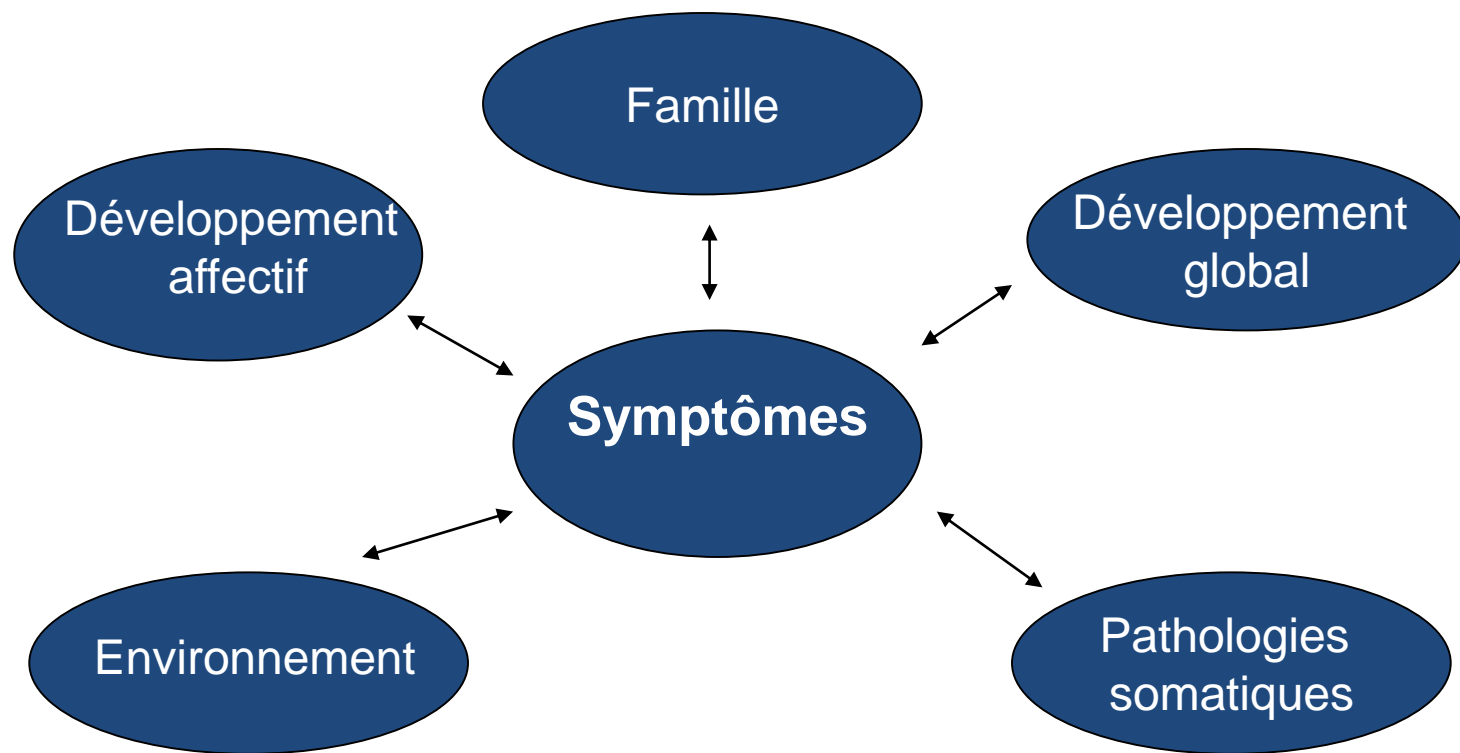
# Le registre psychique

- Peurs, phobies, inhibitions
- Manifestations obsessionnelles (tics, rituels)
- Manifestations anxieuses
- Manifestations hystériques
- Troubles de l'humeur
- Troubles autistiques
- Troubles psychotiques

# Le registre somatique

- Symptômes alimentaires
- Troubles sphinctériens
- Troubles du sommeil
- Symptômes psychosomatiques et somatisations, troubles fonctionnels
- Troubles de la croissance

# Un enfant tout seul, ça n'existe pas !



# Les aspects culturels et éducatifs

- Ils peuvent fortement influencer le tableau clinique.
- Les normes de comportement et d'éducation peuvent être très variables suivant les familles.
- Le pédopsychiatre devra respecter les valeurs des familles qu'il reçoit (problèmes éthiques parfois).
- Toute tentation pédagogique est à proscrire !

# La technique d'entretien

- Simplicité apparente, mais grande complexité.
- Intégration par le thérapeute d'un grand nombre de variables.
- A la fois investigation de type médical (grille) et rencontre, où le relationnel est au premier plan.
- Constant travail interne de va-et-vient entre le manifeste, le sens que prête le thérapeute au matériel, sa contre-attitude et les interventions orales qu'il fera à l'enfant.
- L'examineur s'inscrit lui-même dans le phénomène observé.



# La technique d'entretien

- Poser des questions ouvertes
- Attention à un potentiel effet iatrogène !
- Laisser se déployer le discours
- Faire preuve de souplesse relationnelle
- Partialité multidirectionnelle
- Exclure la quête systématique du détail
- Ne pas trop apprendre permet parfois de mieux comprendre !

# L'intime et le secret dans la consultation pédopsychiatrique

- La question du secret se pose à différents niveaux :
  - Secret entre l'enfant ou l'adolescent et le médecin
  - Secret entre les parents et le médecin
  - Secret du médecin envers les partenaires du réseau
  - Secrets de famille

# Cadre du 1er entretien

Plusieurs modèles possibles, en fonction des préférences personnelles, du modèle théorique auquel on se réfère, ou du contexte de la demande.

# Cadre du 1<sup>er</sup> entretien

- Accueillir qui se présente (mère et enfant en général).
- Demander la présence des deux parents avec l'enfant.
- Voir d'abord le parent seul.
- Commencer l'entretien avec le parent et l'enfant, puis voir l'enfant seul.

# Relation avec les parents

- Modèle descriptif ou cognitiviste : parents co-observateurs avec le médecin.
- Modèle systémique : parents écoutés comme des éléments interactifs dans le système familial, importance des relations.
- Modèle psychodynamique : on prête attention aux relations intrafamiliales observées et fantasmatiques, mais aussi au discours tenu par les parents sur l'enfant, et aux aspects trans-générationnels.

# Le génogramme

- Très bon outil d'investigation.
- Place de chacun dans la famille immédiatement visible, redonne place aux absents.
- Utile pour créer l'alliance thérapeutique, replace les consultants au centre du dispositif en leur redonnant une certaine maîtrise.
- Fonction contenantante.

# L'examen psychiatrique de l'enfant

## Entretiens d'investigation

### ◆ *Anamnèse actuelle*

- ✓ Motifs de consultation, symptôme et plaintes
- ✓ Portrait de l'enfant
  - dans sa vie quotidienne
  - à la maison
  - à l'école
  - à l'extérieur

# L'examen psychiatrique de l'enfant

## Entretiens d'investigation

### ◆ *Antécédents personnels*

- ✓ Grossesse
- ✓ Accouchement et période périnatale.
- ✓ Etapes principales du développement psychomoteur, du langage, des fonctions intellectuelles et cognitives.
- ✓ Etapes du développement affectif (relations, peurs, difficultés de séparation, etc.).
- ✓ Relations : parents, fratrie, famille recomposée, pairs
- ✓ Anamnèse somatique



# Le bilan pédopsychiatrique

## Entretiens d'investigation

### ◆ *Anamnèse familiale*

- ✓ Antécédents de la mère, du père, des frères et sœurs.
- ✓ Relation du couple parental.
- ✓ Inscription de la mère et du père dans leur famille d'origine.

### ◆ *Exploration de l'histoire de la relation parent-enfant*

### ◆ *Examen de l'enfant (2 ou 3 séances)*

# L'examen psychiatrique de l'enfant

## Séances supplémentaires

- A prévoir en fonction de la situation.

## Contacts avec les intervenants

- Pédiatre, école, ... (autorisation des parents !).

## Entretien de restitution

- Si possible avec les deux parents et l'enfant.

# Formes d'expression et d'action de l'enfant

- PARLER
- DESSINER
- JOUER
- BOUGER
- APPRENDRE

# PARLER

- Qualité du langage : précocité, retard, richesse ou pauvreté du vocabulaire, trouble articulatoire, dysphasie, ...
- Utilisation et investissement du langage (en lien avec l'intelligence et l'affectivité) : mutisme, inhibition, pauvreté du discours, logorrhée, formulations régressives, ...

# PARLER

- Agencement du discours (défenses) : silences, changements de sujet, discordance entre contenu du discours et affect, ...
- Compréhension
- Cohérence du discours et de la pensée

# DESSINER

- Posture, latéralité, niveau graphique.
- Orientation spatiale.
- Plaisir à dessiner, utilisation du dessin dans la relation, verbalisation d'accompagnement.
- Qualité des représentations symboliques.
- Valeur expressive, narrative, projective.
- Dimension inconsciente.

# DESSINER

- Le meilleur moyen d'entrer en contact avec un enfant en phase de latence, et d'accéder à son monde interne.
- Laisser d'abord l'enfant dessiner librement.
- Puis proposer des thèmes : dessin du bonhomme, de sa famille, famille enchantée, dessin à épisodes, squiggles, etc.

# DESSINER

- La médiation par le dessin permet en outre de repérer :
  - Des troubles neuro ou psychomoteurs (maladresse, tremblement, difficultés spatiales)
  - Des troubles cognitifs ou intellectuels (retard graphique, pauvreté, troubles du schéma corporel)
  - Des troubles relationnels et de la personnalité (symbolique, narration)



# JOUER

- Intérêt pour le matériel, maniement des objets, plaisir à jouer.
- Agencement des thèmes.
- Nature des thèmes du jeu, enchaînement, bizarreries éventuelles, relations entre les personnages, déroulement de l'action.
- Style de jeu : riche ou pauvre, cohérent ou non, crû ou contrôlé, degré de symbolisation.
- Contexte thymique.
- Interprétation du contenu du jeu.

# JOUER

- Le jeu est le meilleur moyen d'entrer en contact avec l'enfant jeune, jusqu'au début de la latence.
- Utiliser un matériel simple : figurines de sexe et génération différenciés, animaux, dînette, Duplos ou Legos, ficelle, scotch, papier, carton, ...
- Soutenir le jeu de l'enfant mais le laisser se déployer sans le diriger, être acteur ou spectateur du jeu en fonction des besoins de l'enfant.

# BOUGER

- Observer le comportement spontané de l'enfant en présence des parents puis seul (inhibition, agitation, ...).
- Motricité globale : démarche, aisance corporelle, tonus.
- Motricité fine : manipulation des jouets, niveau graphique.
- Schéma corporel, praxies, latéralité, organisation spatiale.

# APPRENDRE

- Maturité et cohérence du déroulement de la pensée
  - En cas de doute, faire lire ou écrire l'enfant.
  - Le pédopsychiatre doit connaître les principaux repères des compétences attendues de l'enfant en fonction de son âge.

# APPRENDRE

- Capacités intellectuelles, investissement des apprentissages.
- Curiosité générale, plaisir de fonctionnement.
- Maniement des symboles.

# Examen psychiatrique de l'enfant

1. Aspect extérieur de l'enfant
2. Humeur ou affect
3. Orientation et perception
4. Mécanismes de défense
  - a. Défenses principales
  - b. Expression et contrôles des pulsions agressives et libidinales

# Examen psychiatrique de l'enfant

5. Intégration neuromusculaire (motricité)
6. Processus de pensée et verbalisation
7. Fantasmés
  - a. Rêves
  - b. Dessins
  - c. Souhaits
  - d. Jeu

# Examen psychiatrique de l'enfant

## 8. Surmoi

- a. Valeurs et idéal du moi
- b. Intégration dans la personnalité

## 9. Conception du self

- a. Relations d'objet
- b. Identifications



# Examen psychiatrique de l'enfant

10. Conscience des problèmes

11. Estimation du QI

12. Résumé du statut mental

# 1. Aspect extérieur

- Enfant faisant ou non son âge.
- Taille, aspect global, caractéristiques particulières, causes ou conséquences possibles de problèmes affectifs (handicap, obésité, tics, maladies dermatologiques, troubles du langage, maniérisme, ...).
- Habillement, soin apporté à l'apparence.

## 2. Humeur et affect

- Humeur globale, variations thymiques en fonction des moments et des thèmes abordés.
- Affect prédominant, mobilité ou non des affects, expression facile ou inhibée, évitement ou non de certains affects négatifs, démonstrabilité.

# 3. Orientation et perception

- Sont de bons indicateurs de la capacité à appréhender la réalité.
- Orientation dans le temps et l'espace, différenciation des personnes (en fonction de l'âge de l'enfant).
- Perception de la réalité, distinction réalité/imaginaire (test de réalité ).
- Sens utilisé préférentiellement et adéquation avec l'âge de l'enfant.

## 4. Mécanismes de défense

- Ce sont les manières que l'enfant utilise pour manier les affects intenses, les émois pulsionnels, pour éviter le surgissement de l'angoisse et permettre le fonctionnement du Moi.
- Ils sont extrêmement variés, et sont également fonction de l'âge et du degré de maturité du Moi.

## 4. Mécanismes de défense

- Il est important de déterminer si les défenses sont efficaces, souples ou rigide, économiques ou très coûteuses en énergie.
- Quels mécanismes de défense l'enfant utilise-t-il ? Observer le langage et le comportement.

## 4. Mécanismes de défense

- Y-a-t-il une prédominance ou une exclusivité de certains mécanismes de défenses, varient-ils au cours de l'entretien ou selon les jours ?
- Les défenses (inhibition par ex.) semblent-elles liées au cadre de l'entretien, aux thèmes discutés, ou sont-elles inhérentes à la problématique de l'enfant ?

# 5. Intégration neuromusculaire

- Observer la posture, la démarche, la motricité fine et globale, l'habileté dans le maniement des jouets, la latéralité (main, pied, œil), les praxies.
- Outre les problèmes purement psychomoteurs, des difficultés dans ce domaine sont très fréquemment retrouvées chez les enfants atteints de troubles envahissants du développement.



## 6. Processus de pensée et verbalisation

- Laisser l'enfant s'exprimer librement, ne pas centrer le 1<sup>er</sup> entretien sur les problèmes.
- La façon dont l'enfant s'exprime nous donne beaucoup d'indications sur ses capacités cognitives, l'organisation de sa pensée, son milieu socio-culturel, son investissement des relations.

## 6. Processus de pensée et verbalisation

- Le processus de pensée est également bien perceptible dans le jeu de l'enfant.
- S'intéresser à la cohérence (en fonction de l'âge), la vitesse, la forme, la qualité de la pensée.

# 7.Fantasmes

- Il est fondamental d'évaluer la capacité à distinguer le réel de l'imaginaire (sens de réalité).
- Les aspects qualitatifs ou quantitatifs de la production fantasmatique ont une importance diagnostique.
- Aucun fantasme pris isolément n'a de valeur pathognomonique.

# 7.Fantasmes

- L'important est l'usage que l'enfant fait de sa vie imaginaire.
- Il est en général beaucoup plus facile d'accéder à la problématique de l'enfant en explorant son monde fantasmatique que par son discours factuel.

# 7. Fantômes

- Les fantômes nous en apprennent beaucoup sur les capacités perceptives et intellectuelles, ainsi que sur les zones problématiques dans le vécu intrapsychique ou interpersonnel de l'enfant.

# 7. Fantômes

- Les activités imaginaires impliquant des problèmes courants de la vie réelle (ex jeu d'école, de docteur) sont l'indice d'une saine utilisation de la vie fantasmatique, dans sa fonction défensive.

# 7. Fantômes

- La pauvreté fantasmatique peut être le signe d'une inhibition intellectuelle ou relationnelle, d'un déficit intellectuel, ou de certaines organisations dans lesquelles la pensée est court-circuitée (troubles du caractère ou psychosomatiques).

# 7. Fantômes

- Dans les pathologies limites, borderline, prépsychotiques, le monde fantasmatique est riche mais son expression est très mal contenue, souvent explosive et envahissante. La thématique est crue, dominée par le sadisme, l'agressivité orale ou anale, la destructivité. Elle n'est que peu en lien avec la réalité de l'enfant. L'angoisse et l'excitation maniforme accompagnent souvent l'expression des fantasmes.



# 7. Fantômes

- Dans les troubles envahissants du développement, la pensée est confuse, difficile à suivre et distordue. Les fantômes sont souvent bizarres, avec des thèmes récurrents et déconnectés de la réalité.

## 7. Fantômes: rêves

- L'enfant raconte très volontiers ses rêves et cauchemars, c'est un accès privilégié à son monde interne.
- Faire parler aussi l'enfant de ses rêveries diurnes, qui sont souvent très riches (histoires qu'il /elle se raconte avant de s'endormir etc.).

# 7. Fantasmés: souhaits

- Explorer la projection de l'enfant dans l'avenir, ses souhaits à court et à plus long terme.
- Question sur les « 3 vœux » : peut donner de bonnes indications sur la problématique de l'enfant et ses préoccupations (ex. : souhait que les parents divorcés vivent à nouveau ensemble, désirs de richesse, de nourriture, d'argent chez des enfants carencés affectivement etc.).

# 8. Surmoi et Idéal du Moi

- S'intéresser aux idéaux, au système de valeurs de l'enfant.
- Explorer les concepts de bien et de mal, de justice et d'injustice et leur influence sur le comportement de l'enfant.
- Le surmoi est-il intégré (culpabilité, conscience morale) ou avant tout externe (« peur du gendarme ») ?
- Le surmoi est-il rigide, interdicteur, ou protecteur ?

# 9. Conception du self

- Très intriquée avec les relations d'objet et les identifications.
- Comment l'enfant se voit-il ?
- A qui se compare-t-il, à qui pense-t-il ressembler ?
- Identifications conscientes et inconscientes.
- Comment entre-t-il en relation, avec l'examineur, avec sa famille, ses camarades ?

# 10. Conscience des problèmes

- Celle de l'enfant diffère souvent fortement de celle de l'entourage.
- L'enfant peut exprimer une conscience des problèmes « plaquée » sur ce qui lui a été dit, sans qu'elle soit vraiment intégrée.
- Important pour l'établissement de l'alliance thérapeutique d'évaluer la conscience des problèmes et la souffrance de l'enfant.

# 11. Estimation du QI

- L'examen clinique suffit en général pour évaluer le potentiel intellectuel de l'enfant.
- Demander un bilan cognitif en cas de doute, ou si le fonctionnement de l'enfant paraît ne pas correspondre à ses réelles capacités.
- La demande d'examen du QI vient souvent de l'école ou des parents, mais surtout pour les suspicions de haut potentiel.

# 12. Résumé du status mental

- Le status mental est une « coupe transversale » du monde psychique d'un enfant à un moment donné et dans un cadre très particulier.
- Il doit être mis en perspective avec l'histoire personnelle et familiale de l'enfant, ainsi que le contexte environnemental global.
- Se centrer sur l'actuel, mais évaluer aussi les potentialités de l'enfant.



# 12. Résumé du status mental

- Se garder de vouloir à tout prix distinguer le normal et le pathologique avant de pouvoir évaluer l'enfant dans son contexte global, et de disposer de renseignements suffisants sur son histoire.

# 12. Résumé du status mental

- Le pédopsychiatre doit être capable de comprendre l'enfant dans son individualité et dans son fonctionnement, afin de formuler un diagnostic et de proposer des mesures thérapeutiques. Il doit aussi être capable de transmettre ses observations de façon claire et structurée.

# Exploration du fonctionnement psychique de l'enfant

- I. Investigation du symptôme actuel
- II. Exploration de l'angoisse : les peurs
- III. Exploration de la libido et de l'agressivité : la vie relationnelle
- IV. Exploration du narcissisme de base : le corps et l'estime de soi
- V. L'idéal du moi

# Exploration du fonctionnement psychique de l'enfant

VI. Le surmoi

VII. Fonctionnement du moi

VIII. La vie fantasmatique

IX. Le langage

X. La motricité

# Exploration du fonctionnement psychique de l'enfant

XI. L'intelligence

XII. Les identifications

XIII. La théorie sexuelle

XIV. Evaluation des pulsions

XV. Fin du premier entretien

# Exploration du fonctionnement psychique de l'enfant

**NE PAS OUBLIER**

**L'EXAMEN SOMATIQUE**

**DE L'ENFANT**

# Points à évaluer chez l'enfant

## Psychodynamique

- Source des tensions
- Importance de la compulsion de répétition
- Capacité à se dégager des compulsions de répétition et à établir de nouveaux mécanismes de défense (souplesse défensive)
- Nature et qualité de la régression
- Capacité de jouer, de faire semblant
- Présence ou non d'un plaisir de fonctionnement psychique
- Nature et qualité des investissements (mobiles ou non, liés ou non), capacité d'opposition
- Capacité à supporter les affects désagréables

# Bibliographie

- Ajuriaguerra, J., Marcelli, D. : L'examen de l'enfant. In : Psychopathologie de l'enfant, Masson, Paris, 1989.
- Beauchesne, H., Gibello, B. : L'examen clinique. In : Traité de psychopathologie infantile, PUF, Paris, 1991.
- Berdah, S.: Place et fonction du 1<sup>er</sup> entretien en psychiatrie infanto-juvénile. La rencontre. Perspectives Psy, 53, 107-11, 2014.
- Bochereau, D., Guedeney, N., Corcos, M.: Examen clinique de l'enfant en pédopsychiatrie, EMC, 37-210-B-40, 2011.



- Bursztejn, C., Golse, B., Misès, R.: Classifications en psychiatrie de l'enfant. EMC, 37-200-B-10, 2003.
- Catry, C., Marcelli, D.: L'intime et le secret dans la consultation pédopsychiatrique. *Enfance & Psy*, 2 (n°39), 2008.
- Chiland, C.: L'entretien avec l'enfant. In: *L'entretien clinique*, PUF, Paris, 1989.
- Constant, J., Comiti, F. : Modèles d'examen psychiatrique de l'enfant. EMC 37-200-840, 1993.
- Delion, P.: *La consultation avec l'enfant*, Masson, 2010.

- Drory, D.: Pour écouter un enfant, entendons ses dessins. [www.cairn.info/revue-carnet-de-notes-sur-les-maltraitances-infantiles-2018-1-page-48.htm](http://www.cairn.info/revue-carnet-de-notes-sur-les-maltraitances-infantiles-2018-1-page-48.htm)
- Freud, A. : Le normal et le pathologique chez l'enfant. Gallimard, Paris, 1968.
- Houzel, D. : L'examen psychiatrique. In: Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, PUF, Paris, 1985.
- Houzel, D.: Le transgénérationnel dans la consultation de l'enfant. Perspectives Psy, vol. 45, 19-24, 2006.

- Manzano, J., Palacio F., Zilkha N.: Les scénarios narcissiques de la parentalité, PUF, Paris, 1999.
- Mosca, F. : Le génogramme, outil de base en pédopsychiatrie. Thérapie familiale, 2005-3, vol.26, 247-258.
- Schmitt, G., Rolland A.-C.: Travail avec les parents dans la consultation de pédopsychiatrie. Perspectives Psy, vol.45, 25-32, 2006.

- Schmitt, G., Rolland A.-C.: Travail avec les parents dans la consultation de pédopsychiatrie. Perspectives Psy, vol.45, 25-32, 2006.
- Simmons, J. E. : Psychiatric examination of children, Lea & Frebiger, 1974.
- Winnicott, D.W.: La consultation thérapeutique et l'enfant. Gallimard, Paris, 1971.