



Une relation de confiance

Santé mentale : *Quelles sont les caractéristiques de l'enfant déprimé lorsqu'il se présente devant le pédiatre ?*

Jacques Goudard : Les dépressions que nous voyons dans notre pratique sont probablement assez différentes de la définition qu'en donnent nos amis psychiatres d'enfants, du fait des instruments psychiatriques ou psychanalytiques qui sont les leurs. Je précise qu'à l'instar de nombreux confrères pédiatres, je n'utilise pas d'échelle d'évaluation. Il ressort de mon expérience de vingt-cinq ans en pédiatrie que nous avons affaire grosso modo à deux types de situations. Dans la première, l'enfant connaît un moment dépressif un peu aigu, généralement secondaire à un événement. Dans la seconde, il présente une attitude dépressive un peu plus chronicisée, peut-être plus inquiétante dans ses manifestations. Dans la dépression passagère, les raisons sont relativement évidentes. Chez le nourrisson il peut s'agir de certaines situations de séparation de la mère qui ont été mal préparées, mais aussi d'une disparition du père – en cas de rupture du couple mais aussi de simple voyage. Les situa-

tions peuvent être encore plus banales : par exemple, en vacances, l'enfant est confié quelques heures à la halte garderie d'un club de vacances. En fonction de son âge et de sa susceptibilité, le nourrisson peut présenter des réactions de dépression souvent impressionnantes : états d'apathie, troubles du sommeil, de l'appétit, voire une sorte de sidération complète.

Certaines situations, liées toujours à la séparation, sont peut-être plus inquiétantes. Il s'agit des cas où l'enfant passe de nourrice en nourrice, ce qui le conduit à mettre progressivement en place une dépression chronicisée. Chez le nourrisson ou le petit enfant, je vois souvent aussi des manifestations dépressives plus ou moins importantes lors de l'arrivée d'un puîné, même bien préparée, ou encore au moment de la reprise de travail de la maman.

Autres causes de dépression : le décès du père ou de la mère, et, chez un enfant plus âgé, celui d'un être cher, un petit animal de compagnie par exemple, ou encore un changement de lieu, un déménagement. L'entrée à la maternelle, chez un enfant jeune ou qui n'a pas encore réussi à avoir de racines

suffisamment importantes dans sa propre famille, peut être complètement déstabilisante, par le fait de se retrouver dans un grand groupe de vingt à trente enfants. L'enfant se retrouve dans un lieu où il n'arrive pas à trouver de repères et où le groupe le submerge. Il va se mettre dans son coin, avec toutes les apparences d'un enfant sage et gentil. En fait, il est complètement déprimé. Je vois généralement ces enfants parce qu'ils commencent à avoir des troubles du sommeil, à régresser... Ce ne sont pas des dépressions toujours faciles à repérer pour les maîtres.

Chez des enfants plus âgés, la compétition en classe peut être également un facteur dépressif. De même que, à l'école toujours (primaire et fin de maternelle), surtout chez les filles, les conflits au sein des groupes de camarades. Il peut s'agir de la mise à l'écart de certains camarades par d'autres, ou encore de rites d'entrée ou de maintien dans un petit groupe. Certains enfants, un peu sensibles probablement, vivent des moments de vraie dépression à cause de ces conflits entre pairs qui restent ignorés des enseignants.

Toutes ces dépressions, lorsqu'elles ne

sont pas chroniques, se résolvent généralement lorsque prend fin la circonstance qui les a causées : le retour du papa, etc. Ou encore l'enfant trouve en lui l'élan qui lui permet de dépasser cet état.

SM : Comment les repérez-vous ?

JG : Repérer une dépression chez l'enfant n'est pas toujours très facile. Il est peu fréquent que les parents évoquent d'eux-mêmes cette pathologie. Dans une consultation courante, motivée soit par une maladie aiguë, soit par des examens systématiques (vaccinations, etc.), voire par des troubles du comportement qui inquiètent les parents, il est probable que nous passons assez souvent à côté d'états dépressifs de l'enfant.

Généralement, les mamans racontent que l'enfant va moins bien et décrivent des symptômes : troubles du comportement, du sommeil, retraits... L'enfant ne joue plus ou joue moins bien, devient trop sage ou anorexique... Moi-même, si je connais l'enfant, je peux me rendre compte que son comportement est différent : il a un faciès déprimé ou au contraire devient agité, irritable, il régresse... Chez les enfants plus grands peuvent se manifester (c'est relativement fréquent) des troubles psychosomatiques : céphalées, douleurs abdominales... Les parents peuvent aussi rapporter une nette diminution du rendement scolaire ou des difficultés nouvelles à l'école, voire des refus scolaires allant jusqu'à la phobie scolaire, plus fréquente il est vrai chez les adolescents. Certains enfants, à partir de sept-huit ans, vont jusqu'à manifester des symptômes hypocondriaques avec des peurs de maladie...

SM : Quelle stratégie thérapeutique adoptez-vous ?

JG : Lorsque la cause est apparente et qu'elle va de toute évidence être passagère, j'en parle avec les parents et avec l'enfant. Si les symptômes sont suffisamment gênants pour que les parents me les rapportent, j'en parle devant l'enfant, en présence du papa, qui a des choses souvent très intéressantes à dire. Qu'il s'agisse d'un nourrisson ou d'un enfant plus grand, le fait d'en parler dans le cadre d'une consultation consacrée à ce sujet précis est souvent efficace au niveau thérapeutique. Cela

favorise une prise de conscience de la cellule familiale, et l'enfant est probablement très sensible à cet échange de paroles. Souvent je m'en tiens là, tout en restant à la disposition des parents. Mais il existe un certain nombre de situations plus complexes où l'on se trouve face à un enfant qui soit va mal depuis longtemps, soit présente une symptomatologie plus grave, plus inquiétante, avec un intérêt total. Par exemple plus aucun intérêt sur le plan scolaire, ou encore, chez le nourrisson, une anorexie, la persistance de troubles du sommeil. Il se peut aussi que les événements à l'origine de la dépression soient plus compliqués : soit que les parents eux-mêmes n'aillent pas bien voire même franchement mal (parents toxicomanes ou très fragiles sur le plan psychologique, ou encore souffrant de maladies psychiatriques), soit qu'il s'agisse de séparations très violentes dans lesquelles les enfants sont pris en otage entre les deux parents... Il me faut alors passer la main.

Lorsqu'il est évident qu'une psychothérapie pourrait aider tout le monde, se présentent deux cas de figure différents. Dans le premier cas, les parents sont demandeurs d'une aide psychologique. Ce n'est pas fréquent et ce n'est pas si simple de savoir à qui les adresser. Cela dépend beaucoup des parents eux-mêmes et de l'enfant lorsqu'il est plus grand. Cette prise en charge nécessite une bonne préparation de ma part. Je dispose de plusieurs possibilités. Je peux par exemple les adresser, en ville, à un psychiatre ou une psychologue. Si l'enfant a en même temps des difficultés d'apprentissage du langage écrit, je connais des orthophonistes assez fines (elles travaillent en équipe avec des psychanalystes ou ont elles-mêmes une formation psychanalytique) à qui l'adresser si je sais que la psychothérapie, dans un premier temps, ne va pas être facilement acceptée par l'enfant ou par les parents, même s'ils sont demandeurs d'une prise en charge. Je travaille également avec le centre Alfred-Binet (Association de santé mentale du XIII^e arrondissement), qui est spécialisé dans les traitements d'enfants, et où je suis en contact avec des collègues psychiatres psychanalystes.

Il est des situations, extrêmement fréquentes, où l'un des parents n'appréhende pas bien les difficultés de

l'enfant, résiste à tout discours de nature psychologique et ne pourrait pas, même de ma part, entendre une explication psychologique aux difficultés de son enfant. Je crois que dans ce cas, même si l'enfant va franchement mal et même si les parents sont très « toxiques », il ne faut pas faire de forcing, parce que l'on va vers une rupture. En effet, même si, dans un premier temps, le parent accepte d'aller voir un psychiatre, la prise en charge est rapidement interrompue. Il est extrêmement important de repérer très vite ces résistances et d'installer une relation d'écoute dans laquelle les parents se trouvent bien quel que soit leur discours (à cet égard, le pédiatre est un interlocuteur perçu comme moins dangereux que le psychiatre) à partir de laquelle il sera possible de les amener à accepter d'envisager une psychothérapie. Je me souviens de parents très « toxiques » mais extrêmement résistants en dépit des manifestations de souffrance de leur enfant, avec qui cela a pris trois ou quatre ans avant qu'il puisse démarrer une psychothérapie à la fois pour eux et leur enfant. Je me félicite bien sûr d'avoir eu cette patience.

SM : Est-ce que vous prescrivez des psychotropes à vos patients ?

JG : Jamais. Je ne pense pas que ce soit au pédiatre ou au généraliste d'en prescrire. Si ces médicaments doivent être donnés à un enfant à un moment donné, ce ne peut être que par un spécialiste des maladies psychiatriques de l'enfant, car les psychotropes sont réservés à certaines indications précises. A la limite, cette prescription devrait être interdite aux pédiatres et aux généralistes. Je me trouve personnellement dans une situation particulière car je suis homéopathe. Un certain nombre de parents, hostiles aux psychotropes, me demandent des prescriptions homéopathiques pour résoudre des problèmes psy. Je refuse catégoriquement, en leur expliquant qu'un médicament ne saurait résoudre, même symboliquement, un problème d'ordre psychologique ou éducationnel. Discuter avec les parents est infiniment plus efficace à long terme que la prescription d'un remède quel qu'il soit. ■

Propos recueillis par Catherine Lengellé