

Nommer, soigner, figer ? Usages et mésusages du diagnostic en pédopsychiatrie

Dr Steve VILHEM

Institut des humanités en médecine (UNIL), centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), université de Lausanne - Laboratoire de psychologie clinique, psychopathologie, psychanalyse (PCPP), école doctorale 261, université Paris Cité - Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SPEA), hôpitaux universitaires de Genève (HUG) - Psychiatrie du développement et trajectoires, Inserm U1018, CESP, hôpital Cochin, maison de Solenn, Paris

Dr Thomas HER

Psychiatrie du développement et trajectoires, Inserm U1018, CESP, hôpital Cochin, maison de Solenn, Paris - Service de pédopsychiatrie, CH Simone-Veil, Blois

Les auteurs ont contribué de manière égale à la rédaction de cet article.

Dans le contexte d'une augmentation exponentielle de la prévalence de certaines catégories diagnostiques et d'une demande croissante de reconnaissance, une lecture critique des usages contemporains du diagnostic s'impose. Cet article propose une réflexion croisée sur l'acte diagnostique. Il plaide pour une nomination prudente, contextualisée et dialogique, qui prend en compte la complexité des trajectoires individuelles autant que les enjeux institutionnels, sociaux et familiaux qui les traversent.

Pourquoi le nombre de diagnostics en pédopsychiatrie augmente-t-il si fortement ces dernières années ? Cette inflation diagnostique exige une lecture critique. En prenant l'exemple de l'autisme, dans un contexte d'élargissement des critères diagnostiques, les chiffres explosent : de 3 pour 10000 en 1980 à 1 pour 100 en 2010, certaines statistiques atteignent désormais des sommets, par exemple à près de 1 pour 20 en Californie aujourd'hui¹. L'exemple du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est tout aussi frappant : des études rapportent aujourd'hui des taux de prévalence allant jusqu'à 20 % chez les enfants d'âge scolaire². Cette inflation soulève des inquiétudes sur un usage extensif du diagnostic, parfois posé malgré l'absence de critères pleinement remplis.

Favoriser l'accès aux soins versus le risque d'assignation identitaire

Cependant, certains y voient les effets d'un progrès : nous serions capables de détecter mieux, plus tôt et même plus finement. D'autres y discernent les symptômes d'une souffrance collective qui s'aggrave. Une troisième hypothèse, qui n'exclut pas les précédentes, est de se questionner sur le diagnostic utilisé à des fins de « médicalisation de l'existence³ », c'est-à-dire comme une « case » privilégiée pour faire reconnaître une souffrance, certes, mais aussi faire valoir une reconnaissance, un statut voire une identité. Cette troisième hypothèse est celle que nous allons explorer ici. En parallèle, nous interrogerons le risque qu'elle fait courir en pédopsychiatrie : confondre besoin de soin et identité diagnostique, et ce dans un contexte développemental critique. Car le diagnostic en pédopsychiatrie est un acte à la fois clinique, symbolique et éthique, qui s'inscrit dans le contexte du développement de l'enfant. Il peut ouvrir à une forme de compréhension, faciliter l'accès aux soins et structurer l'action des professionnels. Mais il peut aussi figer, assigner⁴ et produire des effets durables sur le développement identitaire de l'enfant¹.

Le tableau ci-contre synthétise certains des usages fertiles et des dérives potentielles les plus fréquemment observées en pratique clinique. [TABLEAU](#)

Le diagnostic, entre science, langage et pouvoir

En médecine, le clinicien ajuste la probabilité diagnostique d'un trouble en fonction des données qu'il acquiert au chevet du patient ou à travers des examens paracliniques⁵. Ce modèle présuppose la validité des catégories diagnostiques. Or, en psychiatrie, cette validité est toujours révisable :

la précision apparente d'un diagnostic ne garantit pas qu'il vise juste⁶. Ainsi, il est possible de viser très précisément... à côté.

Cela s'explique car les troubles mentaux émergent à l'intersection de dimensions biologiques, psychiques, sociales et culturelles⁷. Leur réalité ne peut être réduite ni à un substrat organique identifiable – un marqueur génétique, une lésion biologique, un dysfonctionnement neurologique objectivable –, ni à une pure construction sociale. En d'autres termes, ils sont des objets hybrides.

Penser le soin au-delà du DSM

Cette appartenance biopsychosociale rend le diagnostic complexe : il s'agit à la fois de repérer des régularités cliniques, et d'interpréter un vécu, dans un contexte historique et relationnel donné, propre à l'individu. Comme l'a montré Ian Hacking avec sa notion de *kinds of people*, les catégories diagnostiques en psychiatrie sont des « cibles mouvantes », car elles ne se contentent pas de décrire un état du monde, elles le transforment⁸. Ainsi, une fois nommée, la personne commence à être perçue à travers cette catégorie, à se conformer, consciemment ou non, à ses attendus. Il y a donc un effet performatif du diagnostic, qui agit sur l'identité du patient, sur sa trajectoire biographique, sur les attentes sociales vis-à-vis de lui. Dire d'un enfant qu'il est « TDAH » ou « autiste » n'est pas simplement une description : c'est aussi une assignation qui modifie son rapport à lui-même et le regard que le monde porte sur lui.

Comme le souligne Bruno Falissard, le patient décrit dans le *Manuel diagnostique et statistique des*



troubles mentaux (DSM), issu de l'Evidence-Based Medicine, est un « sujet moyen » : lisse, sans vie intérieure, dont les symptômes sont moyennés,

Le diagnostic en pédopsychiatrie est un acte à la fois clinique, symbolique et éthique, qui s'inscrit dans le contexte du développement de l'enfant.

épurés de toute ambivalence⁹. Or, nos patients réels, notamment en pédopsychiatrie, ne correspondent jamais à ces sujets moyens : ils sont des êtres en devenir, porteurs d'une histoire, d'un corps, d'une parole toujours signifiante. Le diagnostic, s'il veut ne pas trahir cette réalité, doit savoir accueillir cette complexité, plutôt que la réduire.

LE DIAGNOSTIC EN PÉDOPSYCHIATRIE EXEMPLES D'USAGES ET DE MÉSUSAGES

TABLEAU

USAGES	MÉSUSAGES
Outil de compréhension Permet d'offrir une lecture partagée de la souffrance	Étiquetage Réduit l'enfant à une catégorie sans considérer son histoire et la fonction du symptôme
Facilite l'accès aux soins Ouvre des droits, des ressources, des suivis adaptés	Accès instrumentalisé Dévoiyé pour obtenir des avantages (administratifs, financiers, etc.)
Soutien parental Aide à la compréhension, à rétablir une alliance	Projection parentale Répond à une angoisse des parents, plutôt qu'au besoin réel de l'enfant
Récit clinique évolutif, hypothèse révisable Mise en sens, temporalité développementale	Réification diagnostique Risque que l'enfant intègre le diagnostic comme identité
Protection et soins de l'enfant Repère sémantique pour la coordination interprofessionnelle	Stigmatisation Accentue la marginalisation (par exemple en milieu scolaire)

1. Fombonne, E. (2023), *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 64(5), 711-714.

2. Merten, E. C. et al., (2017), *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11(1), 5.

3. Gori, R. (2020), *Savoir/Agir*, n° 52(2), 63-73.

4. Vilhem, S. (2024), *L'Information psychiatrique*, 100(6), 428-434.

5. Lemoine, M. (2016), « Les modèles bayésiens du diagnostic médical sont-ils normatifs ou descriptifs ? », *Le Bayesianisme aujourd'hui* (p. 469-485), Éditions Matériologiques.

6. Demazeux, S., Keuck, L. (2023), « Comment peut-on être précis les yeux fermés ? », in *Promesses et limites de la psychiatrie de précision* (p. 201-230), Hermann.

7. Berrios, G. E., Naudin, J. (2019), *Pour une nouvelle épistémologie de la psychiatrie*, Les Éditions de la Conquête.

8. Hacking, I. (2000), *The Social Construction of What?*, Harvard University Press; Hacking, I. (2007), *Kinds of People: Moving Targets: British Academy Lecture*, British Academy.

9. Falissard, B. (2017), « Le sujet statistique de l'EBM ressemble-t-il à mon patient psychiatrique ? », in *Essais d'épistémologie pour la psychiatrie de demain* (p. 81-90), Érès.

Le diagnostic comme tiers : le rôle du clinicien face à la souffrance familiale

L'enfant est fréquemment assigné, en tant que mineur, à une place d'objet des décisions des adultes. Il doit composer avec deux régimes de contraintes : celui imposé par les adultes qui le conduisent au rendez-vous médical, et celui issu de la confrontation à l'arbitraire du pouvoir médical et de ses institutions. Il est doublement dépendant, et peut légitimement se sentir trop peu considéré et écouté. **ENCADRÉ**

Les scènes cliniques sont habitées par des enfants en souffrance et des parents reliés à cette douleur et en quête de réponses.

Les scènes cliniques sont habitées par des enfants en souffrance et des parents reliés à cette douleur et en quête de réponses. L'agitation psychomotrice est l'un des symptômes et motifs de consultation les plus fréquents chez l'enfant en pédopsychiatrie. Ces enfants, souvent décrits comme « perturbateurs », viennent accompagnés de leurs parents qui sont culpabilisés par cette appellation. Un sentiment d'incompétence est vécu par les parents qui se sentent enfermés dans une spirale négative. Ils viennent contraints et affectés par un vécu d'impasse, orientés par l'école ou par les services sociaux ou judiciaires. À travers l'écoute qui leur est proposée, ils peuvent trouver un espace où porter un regard neuf sur eux et leur enfant.

Les parents sont des partenaires de premier plan dans la prise en charge pédopsychiatrique. Ils ont des attentes et des craintes précises concernant le diagnostic et le traitement médicamenteux (ou non médicamenteux) qui sera proposé à leur enfant. Ils pointent les difficultés qu'ils rencontrent du fait de la non-reconnaissance des troubles, de l'errance diagnostique, du délai des consultations, de l'inconstance de la mise en œuvre des traitements adaptés¹⁰. Ils sont aussi exposés à la culpabilité,

au sentiment d'être jugés, incompris, stigmatisés en tant que « parent insuffisamment bon ».

La question de la culpabilité est centrale et doit être considérée par tout clinicien qui reçoit un enfant et ses parents. Celui-ci doit veiller à ne pas l'aggraver, notamment pour ne pas prêter une alliance thérapeutique qui pourrait se formuler ainsi : « *Aidez-nous à aider votre enfant.* » Le diagnostic médical permet dans ces situations de faire tiers, d'amener une première lecture, idéalement « agnostique » : dans le sens où elle ne cherche pas d'emblée à identifier les causes ou attribuer une responsabilité mais vise d'abord à proposer des soins tout en soutenant une dynamique de pensée, d'espoir et de lien. Le diagnostic se doit d'être possiblement révisable et compris comme un instantané de difficultés que rencontre l'enfant à un temps et dans un milieu donnés.

Que soigne-t-on ? L'enfant ou son monde ?

Comme l'écrit Natalie Banner (2013), en psychiatrie, l'organe malade n'est pas le cerveau, mais « *la personne, dans son environnement* »¹¹. Cette formulation invite à déplacer notre focale et à rappeler avec insistance que, si « *un cerveau seul, ça n'existe pas* », de même « *un enfant seul, ça n'existe pas* », mais également « *une famille seule, ça n'existe pas* » ! Il faut donc prendre en considération l'enfant dans son milieu : à la fois sa singularité, mais aussi sa famille et puis la société dans laquelle il évolue, en premier lieu l'école. Le soin ne se résume pas à une prestation technique, il est narration, articulation des regards, travail du lien.

À la suite de sa rencontre avec le patient désigné et sa famille (groupe d'appartenance primaire), le rôle du clinicien est de faire des liens avec les différents environnements (groupes secondaires) structurant le quotidien du patient : école, établissements médico-sociaux, services de soutien à la parentalité et de protection de l'enfance, services judiciaires.

INTERNET ET ÉTIQUETTES LE NOUVEAU LANGAGE DES PARENTS

Un parent arrive avec son enfant et une demande préformulée – « *Il est HPI* », « *Il a un TDAH* »... – souvent ponctuée d'un « *Je l'ai vu sur internet* ». Derrière ces affirmations se cache une vraie souffrance familiale. Parfois, l'attente d'un diagnostic est une tentative pour restaurer un lien abîmé.

Un diagnostic qui s'inscrit dans l'histoire de l'enfant

En conséquence, diagnostiquer, ce n'est pas seulement identifier une entité clinique : c'est inscrire une souffrance dans un récit. Dans cette perspective, il faut considérer le diagnostic psychiatrique non comme une vérité scientifique, mais comme un savoir situé¹². À ce titre, le diagnostic en

pédopsychiatrie ne peut être pensé hors de l'histoire de l'enfant, de son entourage, de son inscription dans un monde, son monde. Il ne peut pas se résumer à une étiquette apposée « du haut vers le bas », selon une logique descendante, où l'enfant devient le porteur passif d'un signifiant figé. Il doit plutôt être conçu comme un tissage horizontal, une construction entre l'enfant, ses parents, les professionnels, et les institutions qui l'entourent. Le diagnostic devient alors un signifiant potentiellement organisateur pour faciliter la communication. Le langage a son importance, et il appartient aux professionnels d'éviter de laisser s'enfermer l'enfant dans l'une des « cases » qui lui auront été attribuées¹³ : il ne doit jamais être réduit à des termes comme « l'autiste », « l'anorexique », « l'hyperactif », dans nos discours ! Car réduire l'identité d'une personne, enfant ou adulte, à un trouble, est à la fois profondément délabrant, réifiant et stigmatisant¹⁴, voire aliénant⁴.

Comme l'écrivait Michel Lemay, si nous avons besoin de catégories pour penser, nous devons toujours revenir à la singularité du sujet¹⁵. Le rôle du pédopsychiatre est ici moins celui du technicien du diagnostic que celui du passeur : il aide à formuler une hypothèse partagée, révisable, qui puisse soutenir une élaboration. Cela suppose de renoncer à la toute-puissance du savoir médical et de réhabiliter une clinique de l'humilité et du doute, de la relation, du récit¹⁶.

Dans cette perspective, la narration de la souffrance, c'est-à-dire un diagnostic qui s'inscrit dans l'histoire de l'enfant et avec un questionnement sur sa fonction éventuelle, devient un soin en soi. Non plus dire ce qu'a ou ce qu'est l'enfant, mais tenter de comprendre ce qu'il vit, ce à quoi il répond, ce à quoi il *résiste*.

Nommer sans enfermer

Diagnostiquer est un acte à haute valeur symbolique. C'est une démarche prudente, qui doit se faire de manière humble, en acceptant le doute. En pédopsychiatrie, en pleine période développementale, ce doute est d'autant plus nécessaire. L'un des objectifs du diagnostic est d'offrir ou de restaurer les possibilités de « communication » entre l'enfant, les parents et les soignants.

L'asymétrie de relation de l'enfant et l'adolescent, combinée à l'adultocentrisme¹⁷, voire à ce que certains nomment désormais l'infantisme¹⁸, fait obstacle à la rencontre thérapeutique. Le personnage de Cecilia Lisbon dans le film *The Virgin Suicides* (1999)

illustre bien cette incompréhension des adultes et leur désintérêt face à la souffrance et à la capacité réflexive adolescente : « *De toute évidence, Docteur, vous n'avez jamais été une fille de 13 ans.* » Les adultes, parents, éducateurs ou soignants, doivent donc être attentifs à se prémunir d'un discours péremptoire qui laisserait de côté le point de vue infantile ou adolescente.

Pour les soignants, il est également nécessaire de se rappeler, et ce à tout moment, que le diagnostic pédopsychiatrique n'apporte qu'une vision tout à fait partielle du sujet qui en est porteur, *a fortiori* en contexte développemental. S'il ne s'agit pas de renoncer à nommer selon des catégories, il est nécessaire de soutenir une nomination diagnostique

L'un des objectifs du diagnostic est d'offrir ou de restaurer les possibilités de « communication » entre l'enfant, les parents et les soignants.

contextualisée, construite et mise en sens avec les familles. L'acte diagnostique, soutenu par la pensée de l'ouvert et de la non-saturation telle qu'elle est promue par Bion¹⁹, est une base pour construire une rencontre et un récit qui impliquent le patient dans son milieu écologique.

Le diagnostic en pédopsychiatrie, mal utilisé, est à risque de figer, d'étiqueter, de réduire un sujet à une catégorie. Bien manié, il devient un levier, un fil conducteur dans l'accompagnement. La pédopsychiatrie ne peut faire l'économie d'une pensée complexe²⁰, et ce d'autant plus dans l'acte diagnostique : nommer, oui, mais aussi savoir quand, pour quoi (en deux mots) et toujours dans le respect de la singularité de l'enfant et en tenant compte du monde qui l'entoure. ■

10. Gétin, C. (2011), *L'Information psychiatrique*, 87(5), 375-378.

11. Banner, N. F. (2013), *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 19(3), 509-513.

12. Haraway, D. (1988), *Feminist Studies*, 14(3), 575-599.

13. Licu, A., Vilhem, S. (2025), « L'épreuve sociale du handicap : le corps et la case », *Dossiers Cairn*, [69].

14. Weissman, R. S. et al., (2016), *International Journal of Eating Disorders*, 49(4), 349-353.

15. Lemay, M. (2006), *Aveux et désaveux d'un psychiatre. Dialogues*, CHU Sainte-Justine.

16. Gauld, C. et al., (2025), « Éléments pour une cartographie de la philosophie de la psychiatrie en pratique clinique », *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*.

17. Quentel, J.-C. (1997), « II. De l'adultocentrisme à la déconstruction », *Raisonnances*, 2, 57-79.

18. Benoit, L. (2023), *Infantisme*. Seuil.

19. Pistiner De Cortiñas, L., Houzel, D. (2024), *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, vol. 14(2), 339-357.

20. Morin, E. (2014), *Introduction à la pensée complexe*, Points.