

CONTRIBUTION ÉCRITE

**du Professeur Maurice CORCOS,
chef de service du département de psychiatrie de l'adolescent
et de l'adulte à l'Institut mutualiste Montsouris à Paris,
professeur de psychiatrie infanto-juvénile à l'université Paris-Descartes,
du Docteur Marie-Aude PIOT et du Docteur Jean-Christophe MACCOTTA**

PROPOSITIONS SUR LA PSYCHIATRIE DES MINEURS

Audition du Vendredi 24 février 2017

Pr Maurice Corcos ⁱ, Dr Marie-Aude Piot ⁱⁱ, Dr Jean-Christophe Maccotta ⁱⁱⁱ

Monsieur le Président Alain Milon,
Monsieur le sénateur Michel Amiel,
Mesdames messieurs les sénateurs,

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites à l'écoute des remarques qui vont suivre.

Différents points nous semblent importants à souligner.

1^{er} point : Les délais d'accès aux soins

Tout d'abord un constat : les **délais d'accès aux soins** en CMP & CMPP vont de 1 mois à 2 ans selon les lieux de consultation, occasionnant :

- Une perte de temps, perte de chance inacceptable ;
- Une perte de confiance dans la possibilité d'un changement et d'un soin potentiel pour le jeune et sa famille ;
- Et à l'origine de conséquences dramatiques sur le développement de l'enfant ou de l'adolescent, à un âge où la réponse que l'environnement fera à ses difficultés sera décisive dans son devenir ultérieur (Jeammet & Corcos 2001)

2^{ème} point : Le manque de moyens de façon globale.

Mais surtout l'**hétérogénéité très forte** de ces moyens selon les territoires, entraînent parfois un sentiment d'« abattage » des patients par les consultants, sans avoir le recul de penser les situations permettant des prises en charge et une écoute de qualité pour chaque patient.

Ainsi, les files actives s'allongent infiniment sans avoir l'espace et le temps suffisant à consacrer à chaque famille. Le manque de temps relationnel pour diagnostiquer et soigner produit une expertise bâclée, qui n'en est plus une.

Par exemple pour les urgences, quand bien même on prévoit un créneau hebdomadaire pour répondre aux premiers rdv, les délais de consultations ultérieurs sont très loin.

En conséquence, les temps de synthèse clinique qui permettent de superviser le travail et de prendre de la distance pour améliorer la qualité des soins sont souvent saturés par les seules urgences écumées au fur et à mesure, laissant peu de place au recul, à une position sereine et sécurisante, pourtant indispensable pour apaiser l'angoisse des patients ; et recul qui prend de la hauteur sur les enjeux contextuels, relationnels, familiaux et transgénérationnels des troubles. Saisis par l'urgence, il n'y a plus de pensée, mais des actes : on compose

rapidement une expertise avec le risque, la chute, la rechute : on gère ; on ne prévient rien.

Ce qui encourage une pratique robotisée du travail (procédure de systématisation au détriment d'un engagement humain et relationnel fort, dont se plaignent les patients). La légitimité du secteur s'ancre pourtant dans la continuité de l'accompagnement par une présence continue et vivante.

De même que cela précipite parfois des clivages dans le travail d'équipe, en miroir des affects engagés dans certaines prises en charges

Le **manque de moyen** entrave plus en amont encore, la possibilité d'un travail préventif dont on connaît pourtant l'efficacité accrue dans une perspective développementale, plutôt que d'attendre la décompensation des situations. Privilégier le curatif sur le préventif semble s'opérer par défaut, faute de disponibilité; on colmate, on sédate ou anesthésie. Mais le manque de moyens mis en œuvre pour aujourd'hui porte les germes des maux décompensés de demain, beaucoup plus lourds à prendre en charge.

Recommandation : Installer des indicateurs de saturation des CMP et CMPP et autres lieux de consultation pédopsychiatriques. Par exemple intégrer aux données de File active les délais de premier rendez-vous, le taux de 1er rendez-vous non honorés (abandon de la demande avec raison de l'abandon, nombre d'adressage ailleurs,...), les délais des rdv suivants, la complexité des prises en charge, l'adéquation de l'offre proposé à l'offre indiquée (sentiment du professionnel d'avoir les moyens de proposer la prise en charge indiquée pour la situation), travail de liaison interinstitutionnel, etc...

Les indicateurs précédents permettrait de connaître les territoires les plus en difficultés et de renforcer leurs moyens en fonction de leur charge de travail, et d'effectuer un rééquilibrage. La prise en compte de la complexité des prises en charge et des dispositifs institutionnels qu'elle implique (temps de synthèse clinique, bifocalité, diversifications des approches simultanément et non de façon séquentielle ...) semble incontournable si l'on souhaite proposer des prises en charge efficaces sur la durée ; sans se limiter à la seule régression symptomatique, pas nécessairement synonyme de résolution des difficultés.

3^{ème} point : l'articulation avec les partenaires extérieurs.

Du fait de la saturation du travail et du manque de temps pour se décentrer, **l'articulation avec les partenaires extérieurs** apparaît encore plus compliquée, tant du point de vue quantitatif (disponibilité pour se joindre ou se rencontrer) que qualitatif (travail de décentrement incontournable et souvent conflictuel du fait de la nature des troubles des jeunes et de la diversité des modalités d'approche). Le travail en équipe pluridisciplinaire avec les partenaires médicosociaux, les magistrats, les professionnels de l'éducation nationale est consubstantiel du travail en pédopsychiatrie. L'impossibilité de le mettre en œuvre se fait au détriment évident de la qualité des soins ; et pousse au clivage des prises en charge ; et à un manque de décentrement des pratiques (par exemple, prise en

charge très médico centrée, dans un rapport de force hiérarchique, au détriment du travail effectué par l'éducateur).

Un récent rapport (Botbol, 2010) sur les liens entre pédopsychiatrie et protection judiciaire de la jeunesse montre par exemple que lorsque les situations ne sont pas trop complexes, de bonnes relations antérieures cultivées avec les partenaires permettent de travailler ensemble. Mais lorsque les troubles présentés par les jeunes sont trop complexes, chaque profession se replie sur des logiques de filière, rationalisant avec ses catégories diagnostiques le rejet du jeune qui se refuse à entrer dans les cases de la prise en charge proposée par l'institution. C'est précisément dans ces situations que la logique de réseau, dans un travail sérieux de coordination pluridisciplinaire, est fondamentale pour réussir la prise en charge comme en témoigne l'expérience de l'Équipe des Transitions Adolescentes et de Prévention des Exclusions (ÉTAPE), dispositif mixte santé-PJJ, liant interinstitutionnel visant à dynamiser et articuler les moyens sanitaires et éducatifs existants pour les adolescents sous main de justice les plus en difficultés.

La prise en charge de jeunes pris en charge à la PJJ, condamnés pour association de malfaiteurs à des fins de terrorisme (AMT) en constitue un exemple extrême. De façon plus courante, dans **l'accompagnement des mineurs placés sous main de justice** auprès des lieux de soins ou de consultations, ouvrir la possibilité de proposer aux éducateurs de participer à la première consultation, ou aux suivantes, selon le souhait du jeune permet d'apporter au jeune une confiance dans les 1ères interactions ; et de limiter le sentiment d'exclusion ressentis par les professionnels devant le "silence" de certains professionnels du secteur.

Mais ce travail implique en amont et tout le long de la prise en charge des échanges et liens réguliers entretenus pour articuler la prise en charge dans une définition accordée aux missions et logiques professionnelles de chacun.

Recommandation : Nécessité d'une hybridation des pratiques, entre le social, l'éducatif et le sanitaire, un investissement des lieux de passages, interstitiels qui faciliterait les adressages réciproques. Non pas en rajoutant un structure ou une commission type « cas complexes » ; mais en organisant le détachement d'un professionnel d'un champ à l'intérieur d'un autre champ pour favoriser les échanges au niveau de la pratique clinique quotidienne et non pas uniquement en réunion. Il n'est nul besoin de créer un nouvel échelon, une nouvelle structure, mais de renforcer les moyens des structures sectorielles et éducatives existantes.

Par exemple pour le champ scolaire :

Une infirmière psychiatrique ou un psychologue ou un psychiatre du CMP est détaché 2 demi-journées par semaine sur chaque établissement scolaire du secteur (en tournant pour que chaque professionnel ait des temps à l'extérieur & la majorité à l'intérieur du CMP).

Ceci faciliterait l'accès aux soins par :

- la détection en amont des difficultés, sans attendre la décompensation.
- l'adressage fluidifié au CMP ou CMPP.
- la mise en place de PPS, de PAP, de PAI et pour le déroulement des ESS.

De façon plus globale, c'est accepter de mettre en place une culture plus favorable pour la prise en charge des difficultés psychiques grâce à la présence d'un professionnel

de la santé mentale qui médiatise ce passage auprès des autres professionnels (directeurs, professeurs, CPE,...) ; et désamorce la stigmatisation dont font l'objet les jeunes qui ont une souffrance psychique, comme les professionnels qui interviennent, dont il convient de ne pas trop s'approcher.

Ce qui permettrait donc : une sensibilisation régulière des élèves comme des professionnels de l'éducation nationale aux troubles psychiques, sous une forme originale (par exemple, témoignage de patients sur leur vécu...)

Par exemple pour le champ éducatif :

Comme cela existe dans certains secteurs et dans certaines Maison des Adolescents, un éducateur ASE et/ou un éducateur PJJ fait une permanence dans le lieu de soins. Et inversement pour les pédopsychiatres rattachés aux CEF, à ceux qui accompagnent les « études de cas » dans les structures d'hébergement.

Pour assurer une bonne continuité, et préserver la fonction d'échange entre les deux champs, il nous semble essentiel que ces professionnels « détachés » ne le soient qu'à temps partiel et restent investis de manière principale dans leur champ d'origine.

4ème point : Le travail avec les familles.

Celui-ci semble une évidence dans certains endroits, mais n'est pas partout mis en avant comme une des priorités de l'approche pédopsychiatrique : que les jeunes soient tout petits, petits, moyens, ou grands.

Les épauler, les soutenir, plus que de les stigmatiser ; c'est les relégitimer dans leur fonction, c'est réparer ce qui s'est passé de blessant pour l'enfant, parfois à l'insu des parents eux-mêmes.

C'est aussi prendre une position tierce sans alimenter les conflits entre père et mère, sans minimiser non plus les effets sur l'enfant et la place de chacun.

5ème point : On peut pointer une très forte **hétérogénéité des orientations théoriques selon les lieux.**

Ceci donne le sentiment d'une cacophonie dans le vécu des patients et des parents, tant au niveau :

- du diagnostic et de l'information délivrée qui diffère d'une structure à l'autre
- que dans les modalités de prises en charge également
 - avec encore des réticences réciproques aux autres approches selon que l'on se situe dans un champ ou dans l'autre
 - ou une omission d'indications thérapeutiques par ignorance d'autres modalités de prises en charge.

La diversité très forte des identités professionnelles selon les secteurs (orthophonistes, psychomotriciens, art-thérapeutes...) au gré des orientations théoriques et des moyens illustre également cette inégalité dans l'accès aux soins.

Recommandation : Il s'agit d'homogénéiser et de diversifier la formation en psychothérapie intégrant pour tous les internes de psychiatrie l'ensemble des grands courants théoriques : cognitivo-comportemental ; psychodynamique ; systémique ; attachementiste et ethnopsychiatrique.

En l'accompagnant d'une approche épistémologique qui permette d'envisager les différents paradigmes du sujet engagés dans chacune de ces approches sur un mode constructive plus pertinent au regard des connaissances actuelles sur le fonctionnement psychique et ses pathologies.

Dans ce mouvement, la création de centres experts qui ne seraient pas porteur d'une approche intégrative, mais qui privilégient une organisation pyramidale d'expertise semble réellement délétère dans la continuité thérapeutique des prises en charges. A ce titre, favoriser les échanges de pratiques et les formations à un niveau horizontal semble un préalable incontournable. De même, assurer une diffusion des éléments de la recherche au plus grand nombre de professionnels semble indispensable afin qu'ils puissent les intégrer dans leur pratique ; pour lutter contre le clivage entre professionnels de l'université (connectés aux avancées pointues de la recherche dans quelques domaines d'expertise qui les caractérise) et ceux des secteurs (relégués à la prise en charge de patients dont ne veulent pas forcément les centres universitaires, et à écumer des files actives sans fin, sans avoir toujours la disponibilité d'assurer une formation continue).

De plus, si les secteurs adaptent leurs propositions de prise en charge selon les territoires dans lesquels ils officient (par exemple les spécificités culturelles à Brest différent de celles de Seine-Saint-Denis), la diversification des offres de médiations culturelles, la pluridisciplinarité dans les prises en charge (orthophoniques, psychomotriciennes, ...) sont autant de modalités qui fluidifient et augmentent l'alliance thérapeutique, les voies pour créer des liens dans les situations difficiles, sans rester sur une perspective médicocentrée.

De même, la possibilité d'un accès facile à des prises en charges spécialisées dans certaines pathologie (addictions, troubles de apprentissages,...), pour lesquelles les professionnels de la santé mentale sont moins spécifiquement formés, doit constituer des lieux de recours qui couvrent l'ensemble du territoire français ; et non seulement les grandes agglomérations.

6ème point : Les structures hospitalières.

Dans la suite de la politique de secteur initiée par Philippe Paumel en 1956, nous défendons fermement la pratique d'une pédopsychiatrie en milieu ouvert, privilégiant les prises en charges ambulatoires, dans leurs quartiers, qui maintiennent l'insertion des jeunes dans leur milieu ordinaire. Néanmoins pour certains jeunes, le recours à une **structure hospitalière** se révèle indispensable ; et incarne un environnement sécurisant et solide pour contenir des troubles que le tissu social seul ne peut contenir, voire refuse d'accueillir.

Dans les **situations de crise** pour les adolescents, où la réponse doit être accordée à l'urgence et au drame que vivent ces ados et leurs parents, le peu de structure existante se révèle à court et long terme très préjudiciable ; tant la crise peut faire de dommages (aux conséquences psychologiques, sociales dramatiques, qui s'inscrit de façon traumatique dans le psychisme du jeune ado, comme dans la stigmatisation dont il fait l'objet, même complètement rétabli). A l'inverse, lorsqu'elle est prise en charge correctement et à temps, la crise constitue un moment maturatif privilégié qui accélère le soin. Notons également le temps considérable passé par les consultants pour chercher une structure, au regard de la quantité de travail qu'ils ont à affronter par ailleurs.

De plus, pour les jeunes qui ont besoin de **structures d'aval**, les institutions restent encore trop peu nombreuses, avec des délais d'attente également long (de plusieurs mois jusqu'à 1 an) : qu'il s'agisse

- d'hôpitaux de jour,
- de CATTP,
- ou surtout de structures intégrant soins et études (en internat ou hôpital de jour ; type « Fondation des étudiants de France") : ces dernières sont encore trop rares au regard de la demande, et restent difficiles d'accès (1 an d'attente en moyenne ; seuls 1 jeune sur 5 est retenu). Par ailleurs, très peu sont ouvertes pour les filières techniques et professionnelles (ce qui exclu donc du soin-étude en cas d'insuffisance de résultats scolaires, les troubles psychiques étant le plus souvent pourvoyeur de décrochage scolaire; on est là dans une double peine)

Recommandation : Favoriser le développement des structures d'hospitalisation temps plein et les structures d'aval sur l'ensemble du territoire.

7^{ème} point : Les déserts médicaux.

Il existe en France des lieux où la démographie pédopsychiatrique est dramatiquement basse, et décorrélée du manque de moyens ; le problème des **déserts médicaux et paramédicaux** est loin d'être limité à la pédopsychiatrie. Mais il semble particulièrement préjudiciable, quand on connaît les conséquences développementales qu'elles occasionnent pour le jeune ; dont on ne s'étonnera pas de l'aggravation symptomatique par la suite. On note par exemple souvent dans le parcours des jeunes délinquants l'absence de prises en charge de troubles psychiatrique, pour lesquels on a pourtant aujourd'hui des outils thérapeutiques très efficaces (pour le Trouble de l'Attention et l'Hyperactivité par exemple).

Recommandation : Nous proposons donc de redonner envie et motivation aux étudiants en médecine d'investir ce domaine dès leur externat par :

- une présentation du métier, de sa finalité ;
- une immersion plus ouverte : diversifiant les lieux de stage (pratique libérale, banlieue, ...)
- des expériences de simulation pédagogique
- un travail sur les vidéos, plus vivant que des cas cliniques racontés,

- une ouverture sur la diversité et l'intérêt des pratiques selon les régions françaises, dans une approche aussi fine que celle proposée par l'ethnopsychiatrie, telle que la défend le Pr Marie-Rose Moro

8ème point : La psychiatrie périnatale.

Mis à part dans les grandes maternités (cf Hôpital Necker, Sce Pr Golse), **l'attention portée à la période périnatale est insuffisante**. Il s'agit pourtant d'un moment fondamental pendant lequel un travail sur les interactions mère-enfant désamorce et prévient un nombre important de difficultés futures. La pratique clinique nous enseigne à quel point les interactions précoces ont été complexes pour la plupart des jeunes rencontrés en consultation. Souvent, ce sont des situations où les mères et les pères sont isolés, peu soutenus par leurs familles respectives.

Recommandations :

- Favoriser la création de structures au plus près des populations,
- Favoriser l'implication des structures pédopsychiatriques existantes dans toutes les maternités ; notamment à travers des dispositifs d'équipe mobiles tels que proposés dans le Sud-des-haut de seine par le Dr Gisèle Apter (unité PUMA).
- Favoriser la création de structures pédopsychiatriques spécifiquement pour l'accompagnement des tout-petits, comme a pu le construire le Dr Anick Lenestour à Bourg-la-reine, qui accompagne les mères avec des troubles borderline dans leur parentalité.
- Favoriser les échanges entre les centres universitaires et les structures non universitaires, comme par exemple avec les postes d'assistant partagés.

9ème point : La transition adolescent - adulte.

Les points d'**articulation** entre la **psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie** restent encore trop ténus, au détriment de la continuité et de la sécurité des prises en charge.

Un travail sur la **parentalité** des patients qui ont un trouble psychiatrique et deviennent parents, doit se travailler avec les psychiatres adultes dans le cadre des échanges avec les équipes de psychiatrie périnatale ;

- avec une attention particulière du moment où les patients avec troubles psychiques deviennent parents
- et un relais par les pédopsychiatres (avec articulation) lorsque les enfants sont suivis

De même, le **relais entre adolescent et jeune adulte** se révèle encore souvent complexe. Par nature, c'est un moment compliqué de séparation de ce qui a été travaillé lors du développement.

Néanmoins, selon les secteurs, il est imposé plus ou moins tôt : 15-16 ans à certains endroits, jusqu'à 22-25 ans selon le rythme des patients pour d'autres. Or, le travail en pédopsychiatrie offre souvent un étayage très fort sur l'aspect développemental et de construction des assises identitaires ; un relais trop précoce (faute de moyens le plus souvent) se fait au détriment de cette construction qui est souvent considérée comme acquise par la psychiatrie adulte (bien que plus subjectivante pour le jeune), faute de temps ou de formation spécifique pour accompagner ce mouvement.

S'il est mal travaillé avec le jeune et ses parents, ainsi qu'avec la psychiatrie adulte, il est vécu comme un lâchage et conduit souvent à une rupture de soin préjudiciable pour la suite.

On remarque d'ailleurs que la problématique des jeunes adultes est proche de celle des adolescents, en particulier pour les étudiants.

Recommandations :

Favoriser les chevauchements des possibilités des prises en charge autour du passage à la majorité entre les équipes de pédopsychiatrie et les équipes de psychiatrie adulte, avec une plus grande souplesse dans les limites d'âge administratives.

Organiser des rencontres et liens réguliers pour harmoniser les pratiques dans les points de jonction.

Créer des structures de soins communes spécifiques à ce moment de transition.

Développer la clinique des jeunes adultes à partir de l'expérience des pédopsychiatres et des psychiatres adultes investis dans la prise en charge des étudiants.

10^{ème} point : Des formations spécifiques.

Il nous semble que la nature du travail en pédopsychiatrie implique des **formations spécifiques** à promouvoir :

- pour **les infirmiers, aides-soignants, etc...** il s'agit de faire la promotion d'outils pédagogiques de spécialisation beaucoup plus poussés (supervision, simulation, ...)
- pour **les internes en pédopsychiatrie**, la spécificité de l'approche en pédopsychiatrie est souvent travaillée après l'internat :
 - jeu avec les enfants
 - souplesse avec les ados
 - approche systémique avec les familles

Encourager un travail sur soi semble indispensable à la qualité du travail engagé face à la souffrance d'enfants et d'adolescents. La relation étant au centre des prises en charge en santé mentale, le soi est un outil central dans le travail en pédopsychiatrie. Il implique souplesse, humilité, espace de jeu et adaptation permanente ; mieux se connaître et travailler sur ses propres souffrances et tâches aveugles permet d'accueillir et de contenir la souffrance des jeunes, même lorsqu'elle résonne douloureusement

- la formation à la psychothérapie est quasi inexistante (retard très fort par rapport aux autres pays européens) et/ou difficile d'accès (très onéreuse).
 - les dispositifs de supervision sont indispensables pour étayer le savoir clinique et expérientiel.
 - les temps de formation au cours de leur internat sont peu respectés en pratique, du fait de la pénurie de médecin. Il est important de prévoir au minimum 2 demi-journées sur les 10 demi-journées hebdomadaires, en plus des repos de garde, pour se former.
 - La grande difficulté d'accès à des masters en dehors de l'approche neurobiologique faute de financement (ethnopsychiatrie, psychopathologie...) est discordante avec le désir des internes (cf étude AFFEP); et entrave le développement de compétences diversifiées et complémentaires pour ce métier
- pour les **professionnels**, il reste très important de valoriser les temps de formation continue ; ce qui permet :
- de prendre du recul et de rester dans un souci d'amélioration constant et de remise en question de ses pratiques ;
 - de suivre l'évolution imposées par la clinique (ex : attentat, nécessité de se former au psychotrauma) ;
 - et de réactualiser et remobiliser des compétences acquises lors de moments moins mur professionnellement

Corcos M., Jeammet P., *Evolution des problématiques à l'adolescence*, Doin, Paris, 2001

Botbol M., Mission d'Appui PJJ/Psychiatrie, Rapport Final, DPJJ, 2010 (http://www.justice.gouv.fr/_telechargement/dpjj/lettre-info-note-orientation/recherche/PDF/7_Rapport_Mission_d_appui_PJJ_Psychiatrie.pdf)

ⁱ Psychiatre et psychanalyste, professeur de psychiatrie infanto-juvénile, Université Paris V René Descartes, chef du département psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte à l'Institut Mutualiste Montsouris.

ⁱⁱ Psychiatre, praticien Hospitalo-Universitaire, Université Paris V René Descartes, Inserm U1178 ; département psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte à l'Institut Mutualiste Montsouris, ÉTAPE.

ⁱⁱⁱ Psychiatre, psychanalyste, département psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte à l'Institut Mutualiste Montsouris, directeur médical de l'Équipe des Transitions Adolescentes et de Prévention des Exclusions (ÉTAPE).

CONTRIBUTION ÉCRITE

**de la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse,
ministère de la justice**



Paris, le 10 février 2017

Questionnaire
Direction de la protection judiciaire de la jeunesse
Ministère de la Justice

MISSION D'INFORMATION
 SUR LA SITUATION
 DE LA PSYCHIATRIE
 DES MINEURS EN FRANCE

1. Dans quelle mesure la DPJJ a-t-elle un rôle à jouer dans le repérage et la prise en charge de mineurs atteints de troubles psychiatriques ?

La question du repérage des « troubles psychiatriques » pose d'emblée celle de la distinction entre le normal et le pathologique, souvent peu aisée. En effet, les troubles de comportement des jeunes pris en charge par la PJJ sont fréquents et ne nécessitent pas à proprement parler de repérage puisqu'ils s'imposent aux professionnels qui s'en occupent. Cependant, il est essentiel de pouvoir faire bénéficier les jeunes d'un avis spécialisé pour identifier les pathologies psychiatriques éventuellement sous-jacentes qui nécessiteraient une prise en charge spécialisée. A l'inverse, il est important de ne pas systématiquement « psychiatiser » tous les troubles du comportement. Le risque pourrait en être par exemple de considérer tout mineur violent ou tout mineur radicalisé comme malade et de renvoyer sur les seuls soignants la responsabilité de leur prise en charge.

Le repérage des pathologies psychiatriques est donc indispensable pour adapter la prise en charge et la construire de manière plurielle, en ne négligeant ni l'apport du secteur de soins psychiatriques ni celui de l'accompagnement éducatif et judiciaire, (lorsque la pathologie psychiatrique n'empêche pas la prise en charge éducative). Il permet de sécuriser les équipes éducatives lorsque l'appui du secteur psychiatrique est possible et réel.

Ce repérage est particulièrement utile car le « passage » des jeunes par la PJJ est une occasion parfois unique à ne pas laisser passer, dans des parcours individuels souvent morcelés, de faire le point sur leur situation leur santé. Sur le plan des politiques publiques de santé, l'accompagnement éducatif qu'assure la DPJJ dans le cadre judiciaire, permet de toucher des jeunes particulièrement éloignés des dispositifs de soins et plus généralement des préoccupations de santé. Il constitue ainsi un moyen particulièrement pertinent de lutter contre les inégalités sociales de santé.

Il faut noter qu'au-delà des pathologies psychiatriques et de leur repérage, l'appui du secteur spécialisé en psychiatrie est un soutien important pour développer un accompagnement qui promeut la santé mentale pour l'ensemble des jeunes suivis. En effet, au-delà des pathologies, il faut prendre en compte les déterminants de la santé mentale. Sur certains d'entre eux, la DPJJ peut agir pour le mieux-être des



adolescents d'autant plus qu'elle est soutenue. La sécurisation psychique par les systèmes d'attachement précoces peut faire défaut aux mineurs multiplacés et/ou délinquants qui ont traversé leur enfance sans consolider leurs propres ressources. Ceci implique que l'instabilité psychique et comportementale des adolescents confiés à la PJJ est (a priori) un système adaptatif et non pas symptôme d'un processus pathologique. En découle comme conséquence sur le travail éducatif la question du lien adulte/jeune qui devient le principal élément d'étayage du jeune et un outil de travail indispensable.

Pour ce repérage comme pour la prise en charge :

- La possibilité d'une analyse fonctionnelle de la santé mentale est permise par la clinique éducative : pas besoin d'être psychopathologue aguerri pour se faire une idée de l'empathie par exemple, ou plus largement du niveau de compétences psychosociales.
- Mais il faut rappeler que c'est le secteur spécialisé (psychiatre, psychologue, du secteur sanitaire) qui a légitimité pour dire si un mineur relève ou non de soins.
- La PJJ n'a pas pour mission de proposer des espaces thérapeutiques. Si un mineur relève de soins psychiatriques, ils devront être assurés dans un lieu spécialisé.
- la PJJ, parce qu'elle réunit nombre de problématiques complexes, doit bénéficier du soutien d'une expertise spécialisée afin que :
 - o le milieu sanitaire « réagisse rapidement » (en amont des crises, lesquelles enkystent le fonctionnement « en rupture » des jeunes accueillis)
 - o le milieu éducatif soit conforté dans ses actions (par des analyses de pratiques, par des contributions de psychologues dans les espaces éducatifs...)

2. La mission d'aide à la décision des magistrats implique-t-elle l'organisation d'évaluations psychologiques et/ou psychiatriques ? Si oui, comment la DPJJ les organise-t-elle et de quels moyens dispose-t-elle ?

Oui, la mission d'aide à la décision des magistrats implique l'organisation d'évaluations. La dimension d'évaluation psychologique ou psychiatrique est importante pour fonder la décision judiciaire au-delà de la seule matérialité des faits et des circonstances de l'infraction, sur le sens que ceux-ci prennent dans le parcours d'un jeune encore en construction, sur ses capacités psychiques propres parfois altérées par un handicap psychologique.

Il est nécessaire de distinguer la place des avis médicaux et psychologiques :

- L'ordre des médecins rappelle que les avis médicaux dans le cadre d'une évaluation socio-éducative ou judiciaire doit se faire dans le cadre d'une expertise sur réquisition, permettant de s'affranchir de l'obligation de secret médical. Plusieurs temps du parcours judiciaires peuvent le permettre :
 - o La garde à vue : une expertise médicale est possible (évaluant la



- possibilité de maintenir la procédure judiciaire et d'éliminer une pathologie psychiatrique processuelle), mais quasiment jamais demandée ;
- L'enquête judiciaire, l'expertise psychiatrique est réalisée sur ordre du magistrat par un expert désigné par le Parquet ou la Cour d'appel
- Les avis psychologiques font par ailleurs partie des mesures éducatives (Mesure judiciaire d'investigation éducative et/ou mesures éducatives)

3. Dans quelle mesure la situation psychiatrique du mineur est-elle un élément déterminant de la décision judiciaire ?

Les procédures d'expertise cherchent à évaluer l'état de santé mentale au moment des faits et peuvent amener à définir notamment le niveau de conscience (abolition ou altération du discernement) ou un éventuel processus psycho-productif (hallucinations...) ou encore un handicap psychique.

D'autre part, même en l'absence de pathologie caractérisée, l'évaluation de la personnalité, et éventuellement la caractérisation d'un trouble (selon la nosographie internationale) de la personnalité peut guider les mesures en favorisant un type de prise en charge (placement, mesures de responsabilisation...).

4. Disposez-vous d'éléments sur le nombre de mineurs détenus souffrant de troubles psychiatriques ?

Nous ne disposons pas à l'heure actuelle d'enquête portant directement sur ce thème. La DPJJ en lien avec la DGS souhaiterait renouveler une étude de type épidémiologique sur les mineurs pris en charge, et y travaille en 2017.

Cependant l'enquête DAP/DPJJ relative aux mineurs détenus au 1er juin 2015 (et dont les résultats ont été présentés lors du COIPL DAP/DPJJ du 11 décembre 2015), donne des indications indirectes. Elle précise que sur un panel de 710 situations exploitables (soit 89 % des mineurs détenus au 1er juin 2015) 3 quarts ont fait l'objet de l'élaboration d'un « projet de sortie » par la PJJ. Celui-ci préconise un accompagnement vers des soins psychologiques dans 41% des cas et vers des soins psychiatriques dans 11%. Il est à noter que 5% font l'objet d'un projet d'accompagnement double somatique et psychique.

Une étude est actuellement engagée qui vise à étudier les liens existants entre violence subie (pendant l'enfance), violence agie (à l'adolescence) et troubles psychiques chez les adolescents placés dans un lieu non privatif mais restrictif de liberté (CEF). Cette étude portera sur 200 adolescents placés répartis sur une quinzaine de CEF du territoire.

Une étude faite dans les CEF dans le Sud Ouest (non encore publiée) identifie plusieurs éléments caractéristiques des jeunes pris en charge :



- Perturbation de la fonction empathique (les mineurs délinquants ayant une propension à « geler » leur émotion... ce que l'on associe volontiers, cliniquement, comme un état adaptatif aux situations carencielles voire traumatiques
- Modification significative des tendances ordaliques (propension à la prise de risque, vision positive du risque, et croyances au sens de « pensée magique »)
- Moins bonnes stratégies de coping pour la population délinquante (priviliégiant le recours à l'acte) que des jeunes non délinquants (facilité à l'évitement, à la distraction...)

5. Disposez-vous d'éléments sur le nombre d'enfants en danger souffrant de troubles psychiatriques ?

Non, nous ne disposons de ce type de données. l'Observatoire national de la protection de l'enfance (<http://www.onpe.gouv.fr/>) est la ressource pour ces informations.

6. Comment s'organise la prise en charge psychiatrique des mineurs délinquants, en danger ou détenus ?

La prise en charge psychiatrique s'organise selon plusieurs modalités adaptées au type de prise en charge judiciaire :

- En milieu ouvert : les espaces du droit commun sont utilisés
- En placement : les espaces du droit commun, dont l'accès est facilité par des conventions de partenariat et/ou des interventions par vacations de médecins psychiatres
- Dans les 2 cas : la sollicitation du réseau des Maisons des Adolescents est fréquente (la DPJJ a rendu lisible ce partenariat important par la signature d'une convention nationale avec l'ANMDA le 16 juin 2016)
- En détention : les questions sanitaires sont traitées par les Unités Sanitaires qui organisent les soins et peuvent orienter selon les besoins vers un service médico-psychologique régional (SMPR), voire une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), 2 structures calibrées pour les adultes, pouvant néanmoins accueillir des mineurs.

7. En quoi consistent les actions d'éducation, d'insertion sociale et professionnelle au bénéfice des jeunes sous protection judiciaire et de leur famille menées par les équipes pluridisciplinaires ?

La réinsertion sociale des mineurs délinquants implique une prise en charge cohérente et adaptée. Un projet personnalisé est élaboré pour chaque mineur avec pour objectif son inscription dans un parcours d'insertion. L'intervention éducative vise également à le responsabiliser en lui permettant de mesurer la portée de ses actes et à développer sa capacité à agir.

L'individualisation de la prise en charge permet d'adapter la réponse éducative aux



évolutions de la situation du jeune et de sa famille et de garantir une diversité dans les réponses éducatives proposées par les territoires. Il s'agit de privilégier la cohérence du parcours éducatif du jeune au sein des différents dispositifs. C'est au milieu ouvert (MO) de structurer et de garantir la continuité du parcours, afin de limiter les situations de « rupture », dans un objectif de prévention de la récidive ou de la réitération et plus largement vers un objectif de réinsertion sociale.

Les finalités de l'accompagnement mené dans le cadre des mesures judiciaires sont la protection, l'éducation et l'insertion sociale, scolaire et professionnelle. Plus précisément, l'action éducative vise à :

- prévenir la récidive,
- donner au jeune les moyens de se construire pour pouvoir vivre au sein de la collectivité sans porter atteinte aux autres ou à lui-même,
- l'accompagner dans son insertion sociale, scolaire et professionnelle par l'élaboration et la mise en œuvre de projets personnels et professionnels, dans l'exercice de ses droits (scolarité, santé) et dans le respect de ses devoirs à l'égard des autres et de lui-même (respect des lois).

Chaque mineur ou jeune majeur pris en charge accède à un panel de réponses éducatives différenciées et personnalisées les plus à même de l'aider à engager des changements en fonction de la mesure judiciaire. Sur ces fondements, chaque projet éducatif est donc individualisé. La démarche repose sur une évaluation méthodique des éléments relatifs à la personnalité du jeune, à sa situation familiale scolaire et environnementale et au repérage de ses besoins en santé. La relation éducative vise à la fois la transmission des principes éducatifs et l'accès à l'autonomie du jeune. Elle peut s'établir de différentes manières et à ce titre les professionnels diversifient leurs approches, multiplient les médias éducatifs utilisés en conjuguant entretiens individuels, visites à domicile (si MO), activités, actions menées avec des partenaires institutionnels ou associatifs, séjours et camps etc. L'activité individuelle et collective comme media éducatif peut être un moyen privilégié de construire le lien éducatif par le « faire avec ».

L'accompagnement à la prise en charge de la santé est également un levier de l'action éducative et de construction du lien.

8. Les équipes pluridisciplinaires comportent-elles des psychiatres ou des pédopsychiatres ?

Certaines unités bénéficient de prestations en vacation ou activités d'intérêt général de psychiatres auprès de services de la PJJ.

Les missions attendues sont essentiellement :

- Donner des avis cliniques et guider la pratique éducative
- Faciliter l'accès aux soins dans les espaces de droit commun
- Assurer un travail d'information ou de soins avec les familles

9. Quel est le statut des psychologues qui travaillent avec la DPJJ ?

Ils sont agents de catégorie A, titulaires d'un diplôme permettant de faire usage professionnel du titre de psychologue, rattachés hiérarchiquement au responsable d'unité éducative ou directeur de service.

Le psychologue contribue à la mise en œuvre de mesures judiciaires. Ainsi, il exerce



ses missions aussi bien dans la mesure judiciaire d'investigation éducative (MJIE) que dans l'action d'éducation dans un cadre pénal. Il bénéficie d'une autonomie dans le choix de ses outils et de sa technique d'exercice.

Le psychologue exerce son activité pour promouvoir l'autonomie de la personne en garantissant la prise en compte de sa vie psychique.

Il apporte aux professionnels de l'équipe pluridisciplinaire de l'unité, un éclairage clinique sur les situations suivies.

10. Comment améliorer l'articulation entre les missions de la DPJJ et celles de l'Éducation nationale ?

Les services des deux administrations de la Justice et de l'Éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche ont travaillé au renforcement du partenariat entre la DPJJ et la DGESCO. Celui-ci est inscrit désormais dans le cadre de la circulaire 2015-121 du 3 juillet 2015. Celle-ci précise notamment la manière dont les deux ministères entendent mieux conjuguer leurs actions afin de favoriser l'accès du jeune sous protection judiciaire à une formation adaptée à ses besoins et de lui permettre ainsi une meilleure réinsertion pendant ou après sa prise en charge judiciaire.

L'intervention des enseignants de l'Éducation nationale comme des personnels de la Protection judiciaire de la Jeunesse dans le champ des apprentissages tardifs suppose la mise en œuvre de pratiques pédagogiques adaptées, impliquant des formations spécifiques.

11. Comment améliorer l'articulation entre les missions de la DPJJ et le secteur sanitaire et médico-social ?

L'amélioration de la prise en charge concertée des troubles psychiques des adolescents en grande difficulté est une préoccupation de longue date de la protection judiciaire de la jeunesse. Elle constituait déjà un élément central de sa « stratégie d'action en santé 2005-2008 » et du contrat cadre entre la direction générale de la santé et la direction de la protection judiciaire de la jeunesse signé le 1^{er} décembre 2007, dans la suite de la circulaire du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté.

L'état des lieux fait à la suite de la diffusion de cette circulaire faisait apparaître une situation globalement peu satisfaisante en raison de la faiblesse des articulations effectives et de l'insuffisance de moyens psychiatriques.

Ces éléments ont conduit la direction de la DPJJ après la mise en place d'une mission d'appui nationale sur les articulations entre PJJ et Psychiatrie, à ouvrir un poste à mi-temps de conseiller technique pédopsychiatre ou psychiatre, auprès de chaque DIR. L'animation de ce réseau est assurée par un pédopsychiatre depuis l'administration centrale de la DPJJ. La mise en œuvre effective de ce dispositif souffre de la difficulté de recrutement de ces psychiatres, en raison notamment du peu de fluidité statutaire entre les différents lieux d'exercice.

La démarche « PJJ promotrice de santé » qui se déploie depuis 2013, veille à la mobilisation de l'institution dans son ensemble pour intégrer les questions de santé et de bien-être des mineurs dans les prises en charge judiciaires. Ces orientations de



santé, renouvelées le 1^{er} février 2017, pour la période 2017-2021, confortent la nécessité d'une approche globale de la santé, particulièrement pour la santé mentale. La « PJJ promotrice de santé » veille également à poursuivre le développement d'actions conjointes et coordonnées entre services de la protection judiciaire de la jeunesse et dispositifs de soins et de prévention, au premier rang desquels les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, afin d'éviter les exclusions réciproques. Il existe des solutions opérationnelles à promouvoir : réseaux de professionnels de l'adolescence, commissions cas complexes (avec regard pluriel, fonction de tiers), structures conjointes, équipes mobiles, partenariats avec les maisons des adolescents (MDA)...

Une convention-cadre entre la DGS et la PJJ sera signée le 25 avril 2017. Elle permettra de formaliser et de renforcer le rapprochement des ARS et des directions PJJ dans les territoires, et ainsi de promouvoir une prise en compte de la santé-bien-être des publics PJJ, intégrée à la politique régionale.

D'autres pistes sont en réflexion : proposition de faciliter les postes partagés entre fonction publique d'état et fonction publique hospitalière, ainsi que des expérimentations de télémédecine pour faire profiter aux jeunes et aux équipes éloignés des services de psychiatrie d'un accompagnement spécialisé pour les prises en charge.

12. Qu'implique pour la DPJJ et les magistrats le passage à la majorité de l'enfant détenu ou en danger au regard notamment de l'objectif de continuité des prises en charge ?

Une grande vigilance est de mise pour maintenir la continuité des prises en charges médicales notamment psychiatriques, au fil du parcours du jeune à chaque modification du lieu de prise en charge et tout particulièrement au passage à la majorité. La préparation de ce passage à la majorité est un champ de travail prioritaire pour renforcer l'empowerment du jeune, l'information des relais extérieurs éventuels (en premier lieu parents, médecin traitant, acteurs sociaux du lieu de résidence, MDA...) et l'accompagner vers une sortie sans rupture. Une décision du juge de maintenir un accompagnement éducatif pour les jeunes majeurs peut venir soutenir une autonomisation trop fragile.

Un objectif de la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant, est de développer, entre institutions compétentes, échanges et réflexions afin d'assurer un accompagnement vers l'autonomie d'une part, et de prévenir toute rupture de parcours, d'autre part. Les directions territoriales de la DPJJ doivent être impliquées dans un protocole départemental signé par le président du conseil départemental, l'Etat et les acteurs sociaux concernés, pour l'accompagnement du passage à la majorité des jeunes accueillis, la sortie du dispositif de protection de l'enfance étant reconnu comme un moment particulièrement délicat pour les jeunes pris en charge par l'ASE ou la PJJ.

La mission « simplification jeunesse » quant à elle, préconise une généralisation des contrats jeunes majeurs portés par les conseils départementaux pour les jeunes qui en ont besoin et qui le souhaitent.

CONTRIBUTION ÉCRITE

**de Mmes Nathalie DEPOIRE, présidente,
et Nathalie PAWLOWSKI, référente du collectif psychiatrie,
du syndicat Coordination nationale infirmière (CNI)**

Pédopsychiatrie en France

Contribution écrite du Syndicat CNI



SOMMAIRE

Introduction	page 3
Qui sommes -nous ?	page 4
Constat	page 5
Propositions	page 7
Conclusion	page 8
Nous contacter	page 9

Introduction

La psychiatrie des mineurs, ou pédopsychiatrie, est née en 1801, lorsque Jean Itard, Médecin-chef de l'Institution impériale des sourds-muets, se vit confier Victor, « l'enfant sauvage » trouvé en Aveyron, qu'il suivit pendant plusieurs années.

Au 19^{ème} siècle, les enfants malades étaient pris en charge par des aliénistes, et étaient enfermés et attachés, ce jusqu'à la seconde guerre mondiale. Des psychiatres s'intéressent alors à l'enfance en difficulté. La pédopsychiatrie devient une sous-spécialité universitaire de la psychiatrie en 1973.

Des évolutions ont eu lieu depuis, mais on note de nos jours de grandes difficultés à la prise en charge des mineurs en psychiatrie, qui est essentiellement publique.

La priorité de la pédopsychiatrie est que l'enfant « malade » puisse rester dans son milieu, tant scolaire que familial, et que le lien avec les parents soit la plupart du temps préservé en cas d'hospitalisation.

La prise en charge se fait dans la majorité des cas en ambulatoire.

Une des caractéristiques de la psychiatrie infanto-juvénile est que la demande de soins vient des parents ou tuteurs, la personne concernée étant en état de dépendance du fait de son statut de mineur.

Il faut également distinguer la prise en charge des enfants souffrant d'une pathologie dès la naissance, par exemple la trisomie, de celle concernant les mineurs développant des troubles psychiatriques pendant l'enfance ou l'adolescence. Même si les structures d'accueil sont bien souvent les mêmes, l'orientation médicale, paramédicale et les soins au long cours seront différents.

Qui sommes-nous ?

Un syndicalisme professionnel assumé...

Issu du grand mouvement infirmier de la fin des années 80, la CNI, devenue un syndicat en 1991, défend l'intérêt des soignants dans l'ensemble des secteurs d'activité.

Les membres du bureau national assument la responsabilité de porte-parole des revendications de nos adhérents auprès des pouvoirs publics. Initialement composée de professionnels issus de la filière infirmière (Etudiants en soins Infirmiers, Infirmiers, Infirmiers spécialisés, Cadres de santé, Cadres Supérieurs de Santé et Directeurs des Soins), notre sphère d'adhérents s'est élargie (décision AGN de mai 2014) aux professionnels de la filière rééducation (Cadres de santé, Pédiatres-Podologues, Masseurs-Kinésithérapeutes, Ergothérapeutes, Diététiciens, Orthoptistes, Orthophonistes, Psychomotriciens), de la filière médico-technique (Cadres de santé, Préparateurs en pharmacie hospitalière, Techniciens de laboratoire, Manipulateurs d'électroradiologie médicale) ainsi qu'aux Aides-Soignants, aux Auxiliaires de Puériculture, aux ASH et aux Psychologues.

La CNI s'est impliquée pour obtenir :

- l'application du protocole Durieux,
- la reconnaissance en maladie professionnelle de la contamination par le VIH,
- la formation sur l'expertise juridique infirmière,
- les 32h30 de nuit,
- le décret sur les quotas infirmiers en réanimation et en néo-natalité,
- l'évolution du décret de compétence (inclus dans le code de la santé publique),
- l'arrêté contre l'exercice illégal de la profession et certification des aides-opérateurs,
- le reclassement des retraités pour la FPT (grade de cadre santé en catégorie A),
- l'intégration de la formation dans le cursus universitaire (Licence, Master, Doctorat).

Qui sommes-nous ?

Un syndicalisme professionnel assumé...

Nos objectifs :

- **l'obtention des diplômes Licence Master Doctorat** adossée à une discipline en sciences de la santé, sciences infirmières pour les infirmiers,
- **la création d'une spécialité en psychiatrie** avec les effectifs adéquats pour une prise en charge complète « dépistage, traitement et suivi » des patients, **dès le plus jeune âge,**
- **la promotion de l'expertise infirmière,**
- **un meilleur accès à la formation continue,**
- **la définition d'outils d'évaluation de la charge en soins** pour mettre en adéquation les effectifs et la charge de travail,
- **la promotion de la qualité des soins,**
- **le respect de l'éthique et des règles déontologiques,**
- **un salaire correspondant au niveau de compétence et de responsabilité,**
- **une bonification au 1/5ème** pour le calcul de la retraite (reconnaissance de la pénibilité),
- **la revalorisation** des primes de nuit et de dimanche/férié.

La dynamique du syndicat CNI est impulsée par ses adhérents
qui sont tous des professionnels de santé.

Constat

Non-reconnaissance de la pédopsychiatrie :

Cette discipline n'est pas reconnue comme une spécialité à part entière. Elle n'est qu'une sous-spécialisation de la psychiatrie.

Inégalités sur le territoire français :

Il existe une grande disparité de prise en charge dans notre pays : l'attente au niveau national pour un premier rendez-vous oscille entre deux jours et dix-huit mois selon les cas, particulièrement dans les Centres Médico-Psychologiques (CMP). Cela est dû à l'implosion du nombre de demandes de consultations, et au manque d'effectif de professionnels pouvant assurer une première consultation.

Le manque de pédopsychiatres formés est dû en partie au fait que la spécialité n'est ni très porteuse, ni très rentable, et les universités en forment donc moins. Les postes sont ainsi occupés par des psychiatres généralistes.

Il n'existe pas de véritable consensus sur les limites d'âge de prise en charge en pédopsychiatrie avant de basculer en psychiatrie adulte : 16, 18 ou 20 ans ? Certains patients se retrouvent ainsi adolescents et mineurs dans un lieu de soin psychiatrique adulte, ce qui n'est pas sans créer de nombreux problèmes d'ordre organisationnel, éthique, et de responsabilité accrue des soignants.

Les Groupement Hospitaliers de Territoire ne sont pas adaptés à la psychiatrie, et donc encore moins à la pédopsychiatrie, malgré l'apparition des Communautés Psychiatriques de Territoire. Dans la mesure où un établissement ne peut faire partie que d'un unique groupement, les services de psychiatrie des Centres Hospitaliers Généraux ne peuvent donc pas appartenir à un groupement d'établissements spécialisés... La législation n'a pas du tout été pensée pour la psychiatrie, généralement et là encore une fois, parent pauvre des réformes de santé.

Diminution des moyens :

La diminution des moyens alloués aux réseaux d'aide et d'éducation périscolaire, aux associations ayant un rôle de prévention et de repérage des troubles, notamment dans les quartiers difficiles ou sensibles, le peu d'intérêt porté au développement de la recherche dans le domaine de la pédopsychiatrie, ne concourent pas à améliorer les prises en charge d'enfants ou d'adolescents présentant des troubles.

Politique actuelle :

La politique actuelle en matière de prise en charge des mineurs « malades psychologiquement » serait de les diriger vers le médico-social, ou en neuropsychiatrie, ou encore vers des généticiens, ce qui coûte évidemment moins cher.

Dans le troisième plan autisme, ce sont les pédiatres à qui sont confiés le diagnostic et les prises en charge de cette affection.

La Haute Autorité de Santé prône des méthodes essentiellement éducatives, et seuls des éducateurs et des psychologues suffisent dans le dispositif, il n'y a plus besoin de pédopsychiatres. Mais les éducateurs éduquent, ils ne sont pas soignants, et lorsqu'ils ne savent plus quoi faire, ils adressent alors les jeunes en psychiatrie, entraînant ainsi un diagnostic tardif, par exemple pour des adolescents ayant de graves troubles du comportement.

« L'hospitalisation est la plupart du temps vécue comme une punition, l'établissement est une prison et les soignants des matons. » Dr Pierre DELION, psychiatre

A contrario, la psychiatrie infanto-juvénile se voit de plus en plus confrontée à des prises en charge purement sociales ou éducatives, par manque de connaissance des troubles psychiques des autres secteurs de l'enfance et de l'adolescence.

Les structures :

Il faut savoir qu'environ 12% des mineurs souffraient, en 2016, de troubles mentaux ou du comportement.

Les services de pédopsychiatrie accueillent des enfants et des adolescents ayant des troubles du comportement et d'adaptation dans leur milieu familial ou à l'école, des difficultés d'apprentissage, des troubles de l'alimentation, du sommeil, des conduites suicidaires, des comportements violents ou toxicomaniaques, etc...

Il existe des centres de consultation à type Centre Médico-Psychologiques (CMP) ou des Centres d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP) rattachés à des services d'hôpitaux, des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP), des Centres d'Action Médico-Sociale (CAMSP), des Instituts Médico-Educatifs (IME), des hôpitaux de jour et des accueils familiaux thérapeutiques. Mais les délais d'attente pour un rendez-vous ou un accueil sont trop longs, par manque de place, surtout pour une orientation dans des structures telles Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique (ITEP) ou IME et IMPro.

Les maisons des Adolescents n'existent pas partout.

Les difficultés à trouver des places en famille d'accueil, en Maisons d'Enfants à Caractère Social et lieux de vie sont indéniables.

L'hospitalisation à temps plein ne concerne que 3% des prises en charge, souvent dans des services de pédiatrie, par manque de lits d'hospitalisation pour les moments de crise. Ce qui n'est guère satisfaisant, les équipes de pédiatrie n'ayant pas toujours les moyens humains ou la formation adéquate pour prendre en charge ces patients. On a ainsi pu constater que des enfants étaient attachés à leur lit pour éviter les risques de fugues, de tentatives de suicide, d'automutilation, ce qui est de l'ordre de la maltraitance, et non du soin.

L'autisme est pris en charge en hôpital de jour essentiellement, et les structures adaptées sont en trop petit nombre pour répondre à toutes les demandes. C'est ainsi que les familles en ayant les moyens choisissent de faire prendre en charge leur enfant en Belgique, plutôt que de le voir hospitalisé dans un établissement psychiatrique inadapté, se privant ainsi parfois d'une proximité et d'un lien indispensable avec leur enfant ! Est-on encore dans le soin humain à ce niveau-là ?

Les autres problématiques :

Le manque de cohésion dans la prise en charge avec d'autres partenaires tels l'Aide Sociale à l'Enfance, les Conseils Départementaux directions enfance et famille est aigu, malgré l'existence des réseaux spécifiques pour adolescents. Ce travail en réseau est insuffisant et trop cloisonné.

Le développement d'équipes mobiles de soignants hospitaliers, dont l'intérêt n'est pas à remettre en cause, va amplifier l'engorgement des CMP et les asphyxier !

Le manque de formation des professionnels en milieu scolaire prive les enfants d'un dépistage précoce de troubles, et donc d'un diagnostic permettant une prise en charge efficace.

Le manque de structures adaptées et de lits d'hospitalisation spécifiques aggrave encore les difficultés à gérer les situations d'urgence.

La continuité des soins est également difficile à assurer du fait du manque de moyens, tant en structures, qu'en personnel qualifié et formé.

Propositions

- reconnaître la pédopsychiatrie comme une spécialité à part entière de la médecine,
- rééquilibrer les moyens alloués à la prise en charge des enfants et adolescents sur le territoire français, afin de limiter les délais d'obtention d'un premier rendez-vous et y associer le secteur privé,
- différencier les prises en charge et les orientations selon les pathologies : troubles dès la naissance (trisomie par exemple) ou apparaissant dans l'enfance et l'adolescence,
- augmenter le numéris clausus de médecins pédopsychiatres,
- trouver un consensus sur l'âge limite de prise en charge en psychiatrie infanto-juvénile, et prévoir des places d'hospitalisation adaptées,
- revoir la législation sur les GHT,
- redonner des moyens adéquats et suffisants aux associations œuvrant dans le secteur de l'enfance et de l'adolescence,
- développer le travail en réseau,
- augmenter le nombre des équipes de psychiatrie de liaison dans le secteur de l'enfance et de l'adolescence,
- donner des moyens financiers pour la recherche médicale et paramédicale dans le secteur de la pédopsychiatrie,
- définir une véritable politique de prise en charge globale en matière de psychiatrie infanto-juvénile,
- déclarer la prise en charge des mineurs en psychiatrie cause nationale, afin que cela devienne un axe de formation continue dans les hôpitaux,
- renforcer la formation des professionnels de santé : médecins, infirmiers, puéricultrices, les deux dernières professions étant une plus-value dans la prise en charge,

Propositions

- créer un master en psychiatrie pour les infirmiers, incluant bien évidemment la formation en pédopsychiatrie,
- déterminer des ratios de soignants par structure pour les hospitalisations en HDJ et à temps complet,
- favoriser une plus grande approche pluridisciplinaire en pédopsychiatrie,
- augmenter le nombre de structures alternatives à l'hospitalisation pouvant accueillir de jeunes patients en ambulatoire, notamment en augmentant les places en hôpitaux de jour,
- redonner aux CMP leur place de pivot de la prise en charge en pédopsychiatrie,
- rénover les locaux d'accueil et de consultations le nécessitant, et donner les moyens tant humains que financiers de fonctionner aux structures telles que les CMP,
- désenclaver les rattachements administratifs à des structures de prise en charge, notamment en matière de sectorisation,
- redonner un rôle à la médecine scolaire en matière de prévention et de détection précoce des troubles de l'enfant, et augmenter le nombre d'infirmiers scolaires,
- sensibiliser les enseignants à la prévention des addictions,
- augmenter le nombre d'Auxiliaires de Vie Scolaire (AVS), en définir le statut et la formation,
- accompagner et aider les familles dans leur quotidien avec un enfant ou un adolescent présentant des troubles.

Conclusion

La maladie mentale est source de stigmatisation et d'exclusion, et ceci est encore plus vrai et plus marquant en pédopsychiatrie. Pour cela, et malgré les inégalités et les moyens insuffisants concernant la prise en charge des enfants et adolescents, il ne faut pourtant pas « psychiatriser » à tout prix.

La nécessité d'une souplesse dans les discours et les modèles de traitements s'impose, et plaide en faveur d'une prise en charge par des équipes de professionnels pluridisciplinaires, portant des regards différents sur les difficultés rencontrées par les jeunes et leur entourage.

Les compétences requises pour travailler en pédopsychiatrie sont multiples : relationnelles, éducatives, techniques, cliniques. Il faut de la disponibilité, de l'écoute et de l'attention, des facultés d'analyse et d'observation, une connaissance fine des pathologies mentales et de leur sémiologie, tout cela afin de construire des projets de soins individualisés, et de permettre l'accompagnement des enfants et des adolescents pris en charge dans les meilleures conditions possibles vers l'âge adulte.

Il faut définir des priorités, créer des passerelles entre vie scolaire, vie sociale et soins, et améliorer le dépistage et le suivi de cette catégorie sensible de la population qu'est le jeune âge.

Il ne faudrait pas que seules les pathologies à la mode, telle l'anorexie et la boulimie, ne bénéficient de moyens de par leur médiatisation. Il est nécessaire que TOUTES les maladies mentales et troubles associés de l'enfance et de l'adolescence trouvent leur place dans la prise en charge globale de cette tranche d'âge...

CONTRIBUTION ÉCRITE

**du Docteur Marc BÉTRÉMIEUX,
président du Syndicat des psychiatres des hôpitaux (SPH)
et du Docteur Gisèle APTER, présidente
de la Société de l'information psychiatrique (SIP)**

MISSION D'INFORMATION SUR LA PSYCHIATRIE DES MINEURS EN FRANCE

Société de l'Information Psychiatrique
Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux
Mars 2017

La pédopsychiatrie est décrite actuellement comme plus en difficultés que ne le seraient d'autres spécialités et fait l'objet d'attention des politiques. En tant que professionnels défendant la discipline tant sur le plan institutionnel que scientifique, le SPH et la SIP souhaitent vous faire part des résultats des travaux que nous menons depuis des années dans diverses instances.

1. Parcours de soin de l'enfant en fonction des troubles : Place des acteurs

- Les réponses doivent être hiérarchisées pour permettre à chaque enfant et adolescent de bénéficier de l'appui dont il a besoin :
soutenir des actions de prévention sur des populations cibles ou des individus,
offrir des soins simples pour des situations symptomatiques isolées,
donner une place au parcours diagnostique conjoint à des soins pointus,
permettre une coordination des interventions et de soutenir des professionnels de première ligne.

La pédopsychiatrie s'est structurée de longue date en réseau sur le territoire. Elle doit avoir, dans le dispositif gradué que nous proposons, une fonction d'organisation et de coordination afin de :

- Filtrer l'accès à la pédopsychiatrie par une orientation à partir de professionnels de proximité (pas seulement médicaux).
- Situer la pédopsychiatrie en position de coordination, d'interventions complexes et de référence, sur des moments ou des processus évolutifs essentiels au développement du jeune, pour des axes thérapeutiques spécifiques et intenses.
- Réserver les centres de référence à des évaluations de recours dans lesquels les pédopsychiatres sont entourés de spécialistes experts dans leur domaine de compétence.
- Développer la prévention et les réponses à des symptômes isolés, à partir des professionnels de proximité, des MDA (Maison des Adolescents).
- Donner la possibilité de remboursement d'un nombre fixe et non renouvelable de séances assurées par des psychomotriciens, des psychologues, des orthophonistes, dans ces dernières situations, sous l'égide de la MDA par exemple.
- Soutenir la position des CMPP (Centre médico-psycho-pédagogiques) dans des interventions spécifiques, en particulier sur les axes instrumentaux, de souffrance psychique en définissant les complémentarités éventuelles avec les structures sanitaires voisines ; celle des CAMSP autour des pathologies aux co-morbidités somatiques.

a- Description de la situation actuelle

Tout un chacun aujourd'hui peut consulter dans les Centre Médico-Psychologiques. Que ceci perdure ou non, la question de prises en charge légères mais nécessaires (psychothérapies, psychomotricité, orthophonie) pour que certains troubles de l'enfant ne s'aggravent pas, se pose. Les pédopsychiatres sont souvent amenés à voir en première consultation des enfants qui présentent une souffrance modérée, réactionnelle (à une séparation parentale par exemple, à un

deuil...), ou des difficultés de développement sans gravité majeure, ne nécessitant pas une prise en charge pluri-professionnelle mais un accompagnement modeste et/ou limité dans le temps, afin que les troubles ne se fixent pas. Où adresser alors l'enfant ou l'adolescent qui ne relève pas forcément du plateau technique de la pédopsychiatrie ?

Les CAMSP et CMPP sont très différents les uns des autres, et leurs missions ne sont souvent pas clairement définies. Plutôt que de laisser chacun définir la population qu'il souhaite prendre en charge (ou qui lui permettra de bénéficier d'une dotation supplémentaire), il serait judicieux de réfléchir de manière globale, en termes de besoins de la population, de répartition dans les réponses, de parcours de soins.

Les CAMSP et CMPP se sont vus attribués par le 3^{ème} plan autisme les missions de dépistage et de diagnostic précoce alors qu'ils ne disposent pas, pour beaucoup, de formation ni d'un plateau technique adapté, contrairement aux secteurs de pédopsychiatrie.

Les psychothérapies en libéral réalisées par des psychologues ne peuvent être accessibles aux populations les plus précaires, tout comme la psychomotricité. L'accès à l'orthophonie de façon complémentaire à un suivi en CMP de secteur public est aujourd'hui possible sur prescription et remboursé sauf dans les régions où les Caisses Régionales d'Assurance Maladie interprètent faussement et par esprit d'économie à courte vue le système de la DAF en le considérant comme un prix per capita (comme pour les CMPP et les CAMSP, dans le médico-social).

Il est urgent de clarifier cette prise en charge financière et de revaloriser le statut des orthophonistes à la hauteur de leurs études (Bac + 5 payés aujourd'hui comme un niveau Bac + 3).

b- Organisation filtrée du dispositif

1- Prévention – repérage – réponse courte de proximité (niveau 1)

Ainsi, si on veut réellement permettre aux pédopsychiatres du service public de désengorger leurs demandes en attente pour se centrer sur les troubles aux risques les plus graves, nécessitant leurs compétences et la collaboration d'une équipe pluriprofessionnelle, il est nécessaire de réfléchir l'organisation de prévention primaire, de repérage, de réponse de première ligne.

Dans le cadre de la prévention après repérage de troubles sans gravité majeure (niveau 1), il serait cohérent que la sécurité sociale rembourse un forfait de quelques séances prescrites par les médecins généralistes pour une psychothérapie ou une rééducation en psychomotricité.

Les MDA (Maison Des Adolescents) se situent dans cette mission. Elles sont accessibles, neutres, offrent des réponses diversifiées, orientent si nécessaire, font de la prévention et sont multiprofessionnelles.

2- Parcours diagnostique – évaluation – prévention secondaire et tertiaire - élaboration d'un projet de soin – coordination – orientation (niveau 2)

La pédopsychiatrie a pour fonction d'analyser globalement la situation qui s'exprime par une plainte (du jeune ou de son entourage) retentissant sur différents aspects de sa vie présente ou pesant sur son futur.

Le pédopsychiatre est garant de la priorisation des premières consultations. A l'issue d'un parcours

diagnostique dont le contenu est défini sous sa responsabilité, le jeune bénéficie soit d'un projet thérapeutique in situ, exclusif ou complémentaire, soit d'une ré-orientation rapide au plus près de son domicile vers des professionnels formés et compétents.

Dès lors que ces prises en charge sont prescrites par un pédopsychiatre (donc après une évaluation globale de la situation de l'enfant, en libéral ou dans les secteurs), nous sommes dans le cas du niveau 2 et le remboursement devrait être possible et non limité à un forfait de quelques séances pour des séances de psychomotricité au même titre que l'orthophonie. Il devrait en être de même pour les psychologues.

Le remboursement des psychothérapies exercées par les psychologues libéraux nécessite de clarifier le statut du psychologue, et également de se pencher sur leur formation.

Il pourrait également être judicieux que les psychologues se destinant à la pédopsychiatrie aient une formation spécialisée autour de l'enfant. L'accès à davantage de clinique dans leur cursus permettrait une meilleure expérience du terrain, une homogénéisation des compétences. La formation des psychologues cliniciens en France n'a pas la solidité clinique de celle d'autres pays européens ou nord-américains.

3- Réponses spécifiques intersectorielles – pour des pathologies complexes – pour des situations en urgence – de recours – de référence (niveau 3)

La pédopsychiatrie a mutualisé de nombreuses réponses, interventions soit entre plusieurs secteurs d'une même zone géographique, soit au niveau départemental, enfin au niveau régional.

Des urgences territorialisées à base hospitalière sont nécessaires et souvent absentes en tant que telles. Elles impliquent pour certaines populations des lits d'aval (cf section adolescents) et des équipes de liaison mobiles spécifiques pédopsychiatriques. Ceci pourrait inclure ou être une base pour une réponse aux urgences psycho-traumatiques enfants réparties sur tout le territoire national, en lien avec les référents maltraitances et CUMP.

Cette hiérarchisation est le fait de situations plus rares ou plus intenses ou plus complexes. Ce sont les urgences, les hospitalisations à temps plein, les accueils pour risques suicidaires, pour Troubles du Comportement Alimentaire, les unités d'hospitalisation mère-bébé (plutôt régionales).

Toutes ces unités doivent rester reliées au maillage sectoriel.

Les centres de référence doivent garder leur fonction de recours pour les situations complexes. Quand ils existent en pédiatrie ils doivent inclure des pédopsychiatres de secteurs afin que l'approche psychopathologique complète l'analyse instrumentale et que les diagnostics différentiels puissent être faits avec relais adaptés.

2. Articulations nécessaires, mieux organiser les différents acteurs concernés

- Les partenaires doivent définir avec l'aide des pédopsychiatres leurs besoins afin qu'ils soient ciblés et en adéquation avec les capacités de ces services. Les études de parcours de soins peuvent contribuer à définir l'organisation des partenariats nécessaires.
- Localement, les partenaires peuvent solliciter la pédopsychiatrie pour des actions indirectes, des demandes d'analyse de situations, des évaluations ou des actions thérapeutiques complémentaires, des formations, en tenant compte des moyens disponibles.

La pédopsychiatrie est comme nous l'avons vu au carrefour de différents champs :

- les acteurs du repérage (médecins traitants, gynéco-obstétriciens, néonatalogistes, pédiatres, PMI, crèches, assistantes maternelles, éducation nationale...)
- les acteurs du monde éducatif et judiciaire
- les acteurs du médico-social
- la psychiatrie des adultes

Les articulations doivent être fonctionnelles, dans le respect de la fonction de chacun. Les acteurs de pédopsychiatrie forment les professionnels au repérage (cf les documents élaborés par la FFP (en collaboration avec la DGS)). Ils participent activement aux rencontres nécessitées par la loi du 11 février 2005.

Aujourd'hui la pédopsychiatrie est très sollicitée par les partenaires, alors qu'elle n'a pas les moyens de répondre à toutes les demandes. Ces demandes se fondent souvent dans l'urgence sur des critères, comportementaux, de dangerosité ou de symptômes déroutants et souvent répétitifs, déterminés alors comme « psychiatriques » par les partenaires. Dans l'imaginaire de beaucoup la pédopsychiatrie (comme la psychiatrie) viendrait calmer ou faire revenir dans la normalité comportementale des jeunes devenus inaccessibles.

S'il est nécessaire que nous soutenions ces équipes, il faut penser des articulations moins coûteuses et plus fonctionnelles. Ainsi il conviendrait de développer des réunions de synthèses plus accessibles qui peuvent permettre d'éviter une hospitalisation d'un adolescent placé à l'ASE, ou encore d'offrir des périodes d'évaluation limitées, de déterminer un parcours coordonné ne coupant pas le jeune de son milieu d'origine (hospitalisations séquentielles, accueil médico-social et éducatif, diversement associés...)

Les services et unités d'accueil de l'ASE, les PMI, pourraient être en lien privilégié avec la pédopsychiatrie sur le modèle de la pédopsychiatrie de liaison, afin d'accorder rapidement des soins aux enfants les plus précaires et fragilisés.

Il est nécessaire de définir ensemble ce qui relève de chacun, à quel moment et sous quelle forme, mieux définir les besoins réels de chaque acteur vis à vis de la pédopsychiatrie publique. Il pourrait être mis en place une étude d'analyse des besoins à l'égard de la pédopsychiatrie.

3. La formation et la reconnaissance des pédopsychiatres et de leurs équipes

- Maintenir un haut niveau de qualification de la pédopsychiatrie pour renforcer les fonctions précédemment décrites. Si nécessaire, pour y parvenir, faire un DES de pédopsychiatrie et augmenter le nombre d'universitaires. Rehausser les capacités de formation des pédopsychiatres à travers le fond de DPC. Soutenir les spécifications sur une base générale obligatoire, dont la dimension expertale.
- Ouvrir une spécialisation pédopsychiatrique aux infirmiers. Améliorer la formation clinique des psychologues et leur connaissance des outils. Organiser des unités spécifiques à partir des secteurs de pédopsychiatrie, en lien avec la psychiatrie des adultes pour certaines tranches d'âges.
- Améliorer les capacités cliniques et le champ d'évaluation de la protection de l'enfance, y détacher des infirmières puéricultrices pour les tout-petits.

La pédopsychiatrie est une **discipline complexe et spécifique, c'est pourquoi elle demande du temps et des moyens de formation.**

a- Ses professionnels ont une formation solide sur le plan médical. Nous sommes formés comme tout médecin, lors du tronc commun des études médicales (6 ans), à la dimension du corps, au somatique, à la souffrance physique, à la maladie, tant celle qui touche les adultes que les enfants. Notre cursus au cours des études médicales (externat en médecine (hospitalisations dans divers services, gardes aux urgences), internat en pédiatrie ou autre service somatique, en psychiatrie adulte, pédopsychiatrie...) nous a confrontés à **toutes les circonstances socio-économiques et culturelles** que les individus peuvent rencontrer.

b- Les pédopsychiatres sont formés également, pendant leur internat de 4 ans, à la

psychiatrie des adultes, ce qui nous apporte des connaissances sur les pathologies des parents que nous rencontrons (les addictions, les troubles de la personnalité, les traitements...) et des évolutions possibles de la souffrance et des troubles.

Cette formation nous permet ainsi des liens plus aisés avec nos collègues psychiatres d'adultes ainsi qu'avec tous les autres médecins, même si ces liens sont à parfaire, à mieux organiser.

c- La spécialisation en pédopsychiatrie nous forme spécifiquement au développement du bébé, de l'enfant et de l'adolescent, aux diverses problématiques relationnelles, culturelles, aux diverses souffrances que peut rencontrer l'être humain en devenir, aux interactions complexes entre soma et environnement...

d- Nous travaillons en équipe pluriprofessionnelle, dans des enrichissements réciproques. Nous sommes donc les spécialistes du développement de l'enfant, dans sa globalité, des entraves possibles, quelles que soient leurs origines (neurologique, épigénétique, sensorielle, environnementale, économique...), de sa protection, dans le croisement des regards entre somatique et relationnel.

Notre formation nous fait rencontrer, en plus du monde de la médecine, de l'obstétrique et de la pédiatrie avec qui nous échangeons, **le monde de l'Education Nationale, de la Protection Maternelle et Infantile, de l'éducatif, du judiciaire, du médico-social...**

e- Sur cette formation généraliste du développement de l'enfant et de l'adolescent, de la grossesse au passage à l'âge adulte, à l'accès à la parentalité, nous sommes amenés à nous **spécialiser dans des champs plus pointus** suivant les âges ou suivant les pathologies : notamment les bébés, l'adolescent, le diagnostic précoce de l'autisme...

Cette base large de formation et d'exercice, avec des sur-spécialisations, montre le champ d'exercice vaste de la pédopsychiatrie. C'est pourquoi, le pédopsychiatre, clinicien, ayant reçu une formation longue, est amené à élaborer une compréhension des troubles avec l'appui d'une équipe, poser des orientations diagnostiques diversifiées, hiérarchiser et sélectionner des actions de soins, coordonner les pratiques, superviser les professionnels. Il est un chef d'orchestre en lien avec la pratique.

Nous appelons à ce que ces connaissances pointues, globales puis plus spécifiques, à la croisée de divers champs, soient reconnues et valorisées.

Les organisations professionnelles concernées et en particulier celle que nous représentons sont attachées à la solidité de l'enseignement décerné initialement et en continu, son appartenance à la discipline psychiatrique comme champ du psychisme et du processus développemental et si nécessaire, pour en garantir la qualité, la constitution en spécialité propre.

f- Ce respect de la discipline pour ce qu'elle est, en permettant sa reconnaissance, ainsi que sa revalorisation financière spécifique (les consultations pédopsychiatriques, de par le temps nécessaire pour échanger avec les parents et les divers partenaires autour de l'enfant, nécessitent plus de temps que les consultations pour les adultes), peuvent contribuer à la rendre plus attractive.

g- Si le nombre de pédopsychiatres peut apparaître comme important en France, il diminue fortement actuellement, et dans plusieurs universités de médecine aucun professeur de pédopsychiatrie n'est nommé. La charge de chaque universitaire est disproportionnée et ne permet pas une sensibilisation ni une formation à la hauteur des besoins qui ont été mis en évidence dans les rapports OMS et dans le rapport « Moro-Brison ».

Il faut donc s'assurer que chaque université nomme au moins un professeur en

pédopsychiatrie, sans laisser cela au bon vouloir des doyens.

h- L'exigence de la présence d'universitaires dans toutes les facultés d'une part, une **spécialisation sérieuse et reconnue** à la pédopsychiatrie d'autre part (une réflexion est en cours sur le fait que la pédopsychiatrie soit enseignée dans un DES à part de la psychiatrie adulte, ou éventuellement comme un co-DES, et non pas seulement comme option ; il est également important que la formation en France soit sur la même lignée d'exigences qu'ailleurs en Europe (3 ans de formation spécifique minimum pour une spécialité)), et enfin une **formation continue de qualité** pour que chacun puisse avoir accès aux données actuelles de la science tout au long de sa carrière, et d'acquérir des connaissances pointues dans son domaine clinique, sont donc à défendre.

i- Sur ce dernier point, la formation continue des médecins du service public est globalement pauvre et a été réduite du fait de l'application de la dernière réforme du DPC ayant réduit les exigences annuelles. Les budgets de formation portés dorénavant par l'ANFH, jusqu'alors reconductibles d'année en année, ne le sont plus.

j- Formation des professionnels de la pédopsychiatrie : la formation des infirmiers doit également être revue. Les soins étaient de meilleure qualité lorsque les infirmiers avaient une formation spécifique. Il serait intéressant également que, comme au Canada, des infirmiers puissent évoluer dans leur carrière, pas seulement sur le plan administratif en devenant cadre comme aujourd'hui, mais par une possibilité de cursus de type master leur offrant des spécialisations cliniques.

Il faut donc remettre une sur-spécialité d'infirmier en psychiatrie (au même titre que les infirmières puéricultrices qui ont une formation supplémentaire).

Les connaissances pointues dans les unités pour bébés nécessitent également la présence d'infirmières puéricultrices (mais aussi partout où il y a la question des petits, notamment à l'Aide Sociale à l'Enfance et en protection de l'enfance).

4. Problème actuel de l'accessibilité : des attentes trop longues dans de nombreux services. Nécessité d'une redéfinition des missions de la pédopsychiatrie publique, de ses contours

- La définition du contour de la pédopsychiatrie est souhaitable. Elle ne peut être exclusive. Elle ne se décline pas par rapport à une liste de pathologies ou de troubles, ni à leur nature, mais sur des capacités spécifiques de la pédopsychiatrie sur des actions propres à ses compétences constituées par : l'objet de ses connaissances, la dimension pluriprofessionnelle, la connaissance de la territorialité, la capacité d'élaborer des diagnostics suivant plusieurs axes, de spécifier et de hiérarchiser les interventions et de réaliser des soins complexes ou intensifs.

La pédopsychiatrie publique est donc une discipline complexe, spécifique, abordant la globalité de l'enfant. Elle se fait de plus en plus rare et doit donc prioriser les enfants qu'elle accompagne :

- les enfants et adolescents qui risquent de développer des troubles graves entravant le développement (notamment les bébés en situation de grande vulnérabilité repérée, les adolescents qui présentent une souffrance psychique importante...) dans sa fonction de repérage, de soins précoces et de prévention secondaire.

- les enfants présentant déjà des troubles sévères (Troubles du Spectre Autistique, troubles graves de l'attachement et troubles de la personnalité, troubles graves des apprentissages, THADA...) notamment pour le parcours diagnostique, le début du parcours de soin et lors de périodes de crises, ou sur la durée pour des troubles psychiatriques ne relevant pas du handicap (anorexie mentale, TSA chez des enfants pouvant poursuivre leur scolarité en milieu ordinaire, phobies scolaires, dépressions sévères, entrée dans la schizophrénie...)

Dans ces situations, le diagnostic pédopsychiatrique, réalisé par une équipe pluridisciplinaire, en lien avec la pédiatrie pour les éventuels troubles associés, est indispensable. Les outils diagnostiques sont utiles, nécessaires pour appuyer le diagnostic auprès des parents, mais ne remplacent pas une clinique complexe, subtile, nécessitant de connaître la globalité des troubles du développement, les évolutions possibles des enfants, les interactions entre somatique et environnement, la psychiatrie des adultes... Ces compétences sont celles du pédopsychiatre de service public.

Il est nécessaire également de réfléchir à l'accès aux soins pédopsychiatriques des populations désertées de ces spécialistes. La problématique liée à la désertification ne lui est pas propre, elle est un sujet d'occupation et d'économie du territoire. Les efforts pour augmenter l'attractivité même avec des aides financières seront toujours à la marge. Le sujet est donc à aborder différemment, par une amélioration de l'accessibilité, une facilitation aux premières consultations et aux bilans sur les CMP centraux, pour des prises en charge localisées et détachées par les professionnels de santé collaborant aux soins, qu'ils soient publics ou libéraux, la coordination pouvant revenir aux centres.

5. La recherche en pédopsychiatrie n'est pas assez développée, notamment sur le plan épidémiologique

- Développer une recherche clinique et épidémiologique à partir de la pratique, centrée sur les populations suivies en pédopsychiatrie. Déterminer des temps possibles de recherche pour les pédopsychiatres en donnant les moyens nécessaires.
- Orienter les recommandations HAS sur des pratiques réalisables et non « idéales », équitables pour l'ensemble des usagers sans exclusive pour un nombre limité ou des troubles médiatisés

Des moyens sont nécessaires pour mettre en place des recherches à partir des secteurs et permettre la formation des acteurs à la recherche.

Les secteurs de pédopsychiatrie, leur organisation, les priorisations, le choix des bilans et des réponses thérapeutiques, éducatives, sociales, ont besoin d'études qui ne sont pas en premier lieu des études sur la génétique ou la biologie (qui trouvent leurs limites dans d'autres spécialités et qui restent du côté de recherches nécessaires mais sans retombées prévisibles à moyen terme). Ces études peuvent être réalisées grâce à la participation des professionnels de la pédopsychiatrie compte tenu de la richesse de l'éventail clinique. Un partenariat plus actif avec les universitaires, du temps détaché pour les pédopsychiatres, offrirait des voies d'exploration utiles aux patients.

Longtemps les pédopsychiatres français se sont détournés de l'**épidémiologie**, craignant une psychiatrie trop globalisante, qui négligerait l'individu. Il est temps aujourd'hui de développer également l'épidémiologie, qui permet d'axer des politiques de santé sur des éléments clairs et non discutables (comme le font le Canada ou l'Angleterre) notamment dans le domaine des négligences, mais aussi pour l'autisme. Dans ces pays les travaux réalisés ne sont pas soumis à une pression trop forte de ceux qui ont des intérêts de tout ordre, l'efficacité est recherchée avant-tout.

6. La pédopsychiatrie des hôpitaux souffre d'une stigmatisation importante, alors que chacun pense pouvoir donner son avis en ce qui concerne le « fait psy » de l'enfance

- Soutenir officiellement la pédopsychiatrie et ses professionnels dans le champ du sanitaire au même titre que toutes les autres spécialités. Ne plus la reléguer à un statut d'annexe d'autres spécialités mais au contraire comme une spécialité de synthèse de ces autres spécialités (psychiatrie, pédiatrie, neurologie, psychologie, sociologie). Son contour large s'assortit de connaissances exigeantes.

Tout un chacun est tenté de se penser compétent dans le domaine de la psychologie de l'enfant, par le simple fait d'avoir été enfant et éventuellement d'en avoir. La pédopsychiatrie est d'emblée remise en question par ce simple fait. **Il est donc important de soutenir que chacun doit rester à sa place et reconnaître le rôle d'expertise de notre discipline.**

Aussi, les missions relevant de la pédopsychiatrie ne sont pas limitées à celles énoncées ou dénoncées par des groupes, des médias, des politiques. Les missions de la pédopsychiatrie doivent être analysées sérieusement, sur les plans de la santé publique, de l'épidémiologie, de la qualification des besoins, de l'analyse des réponses possibles (dans quel but, sur quelle durée...).

Toute une population qui nous préoccupe à l'âge de l'adolescence du fait de son comportement visible et bruyant (comme les troubles des conduites, troubles anti-sociaux, jusqu'à, dans certains cas, la radicalisation), relèverait de soins ou d'actions précises au moment de l'enfance (question des négligences qui, selon l'OMS dans son rapport de 2014, touchent une population considérable d'enfants, d'autant plus gravement qu'ils sont petits et en particulier les moins de 2 ans). Ces populations n'ont en effet pas de soutiens organisés pour défendre leurs besoins, communiquer sur la souffrance psychique qu'ils subissent et qui entrave gravement leur développement (plus les parents sont en difficulté moins ils ont conscience des besoins de leurs enfants, moins ils sont en capacité de demander les prises en charge qui leurs sont pourtant dues...).

Le risque étant que tous les moyens soient détournés par quelques pathologies ou dysfonctionnements car portés par des populations aptes à les faire valoir. **S'il faut les entendre, cela ne peut se faire sans passer par une analyse rigoureuse de la réalité en terme de santé publique et d'épidémiologie d'une population bien différenciée cliniquement, en dehors de toute démagogie, ni aux dépens des autres.**

On ne peut pas appeler à une déstigmatisation de la pédopsychiatrie tout en se laissant aller à ces idées toute faites, en décidant que tel ou tel trouble relève uniquement d'un champ et pas d'un autre, en séparant artificiellement ce qui est du psychique et du social,.... Comme on ne doit pas se satisfaire de mots pour penser qu'ils sont une garantie (les preuves doivent être réelles et non proclamées comme telles).

7. Points particuliers

- Périnatalité et jeunes enfants

- Centrer les actions sur la périnatalité et la tranche d'âge des 0-3 ans, avec la pédopsychiatrie comme acteur de référence car à l'interface de la psychiatrie adulte et de l'enfant, au croisement du corps et du psychisme, du neurologique et du développemental, du biologique et de l'environnement, ancrée sur le territoire en extra-hospitalier, s'appuyant sur les équipes pluriprofessionnelles.
- Avoir le bébé (foetus) et le jeune enfant comme centre de préoccupations et des savoirs, en soutenir le développement dans la continuité.
- L'évaluation des diagnostics précoces des troubles du développement dont les TSA est du ressort des CMP petite enfance afin de garantir une expertise large des troubles et d'effectuer des diagnostics différentiels

La clinique du tout petit est très spécifique, complexe et nécessite que les professionnels y soient formés. L'évaluation d'un bébé nécessite du temps d'observation, notamment lors de visites à domicile. La présence d'infirmières puéricultrices est importante dans ces unités, car elles ont des connaissances fines sur le corps du tout petit, corps que est la scène de son état psychique.

Le champ de la périnatalité est particulièrement envahi par des émotions et des convictions. Le risque pour le bébé est que les professionnels soient happés par les discours des parents, aux histoires souvent très douloureuses, et ne soient pas formés pour voir le bébé en tant que tel. Or c'est le bébé qui nous dit comment il va, s'il grandit dans un environnement suffisamment adapté à son développement.

Dans le champ de la protection de l'enfance et du risque de négligence (carences), il faut mener une réelle politique de santé publique. Les négligences touchent beaucoup d'enfants et entraînent des atteintes graves de leur développement (déficiences multiples), des pathologies de l'agir, des troubles de l'attachement majeurs. Elles constituent un coût important pour la société (coût sanitaire, social, répercussion de génération en génération...). Le nombre de consultations des sage-femmes en PMI, des TISF dans ces situations est à renforcer. Les addictions et violences conjugales majorent les risques de négligence et doivent donc être prises en compte.

La continuité des professionnels qui interviennent dans ces familles est primordiale, ou au moins une continuité des projets. Le travail de prévention doit être remis en valeur par le soin à domicile des infirmières puéricultrices de PMI.

Dans les cas de négligence sévère pour les enfants de moins de 3 ans, une évaluation doit être faite en pluridisciplinarité avec la participation des pédopsychiatres et de leurs équipes avec la constitution d'une expertise menée sur un temps suffisamment long (elle ne peut se faire sur une heure dans un bureau de consultation). Les pédopsychiatres peuvent intervenir dès l'ante-natal. L'examen du 4^e mois de grossesse n'est pas toujours honoré, précisément par les familles les plus en difficultés.

Il est dans ce domaine encore plus important d'appuyer sur la nécessité d'un respect des fonctions de chacun. Trop souvent certains pensent pouvoir juger rapidement de l'état d'un bébé et de la qualité des relations parents-enfants. Il y a par exemple des juges qui demandent parfois la présence du bébé aux audiences pour se faire leur propre avis, y compris dans un sens contraire aux élaborations d'équipes spécialisées ayant rencontrées parents et bébé sur la durée.

Les connaissances des équipes de pédopsychiatrie, notamment spécialisées dans le domaine du tout petit, doivent être entendues non pas comme un avis parmi d'autres, au même titre que les autres, mais réellement comme une expertise apportée à la situation du bébé en question. Il est souhaitable que chaque secteur développe une unité de consultation périnatale, en lien et en continuité avec les maternités et les PMI.

- Adolescence

- L'adolescence est un âge intermédiaire dont le partage des références entre 15 et 18 ans tient plus à la nature des troubles qu'à l'état civil.
- Les équipes mobiles sont pertinentes lorsqu'elles sont rattachées aux secteurs de pédopsychiatrie et qu'elles interviennent sur le parcours de soin, en ante ou post-hospitalisation, sur les lieux de vie ou de socialisation.
- Créer des équipes mobiles spécifiques pour le lien entre la pédopsychiatrie et le médico-social/ les institutions de la protection sociale.
- L'équipement sectoriel souhaitable associe des consultations dédiées aux adolescents, accessibles dans un délai court et des groupes thérapeutiques d'observation et de soins. Les coordinations entre services de pédopsychiatrie et secteurs adultes doivent être formalisées dans tous les secteurs.
- Les MDA ont une fonction importante dans la prévention, elles doivent jouer pleinement leur fonction d'orientation en cas de nécessité de soin.
- Un nombre de lits minimal d'hospitalisation temps plein est nécessaire par territoire. L'hospitalisation ne peut être embolisée faute de réponse sociale.

Le relais entre pédopsychiatrie et psychiatrie de l'adulte n'est souvent pas simple.

Plutôt que de déterminer une répartition par âge, il faudrait différencier les troubles qui relèvent de l'adolescence et de ses remaniements, qui sont donc davantage l'objet de la pédopsychiatrie, des troubles signant l'entrée dans un processus pathologique au long cours, qui appartiennent alors davantage à la psychiatrie des adultes.

Des modalités de travail inter-équipes adultes et pédopsychiatres sur les modèles des pathologies chroniques en pédiatrie (diabète par exemple) doivent s'organiser : une zone intermédiaire qui pourrait relever du champ des enfants et des adultes pourrait être plus adaptée.

Le travail d'équipes mobiles doit être valorisé. Ces équipes peuvent se rendre au domicile, sur les lieux de vie ou de scolarisation des adolescents, en soutien aux partenaires...

Le problème de la radicalisation doit faire l'objet de recherches afin de mieux le comprendre et le prévenir.

Il est important qu'au sein des Maisons des Adolescents il y ait la présence de pédopsychiatres de secteurs (avec exercice partagé) pour apporter le regard nécessaire et ne pas passer à côté de troubles qui débutent et qui relèvent de la pédopsychiatrie ou de la psychiatrie des adultes.

- Urgence : accueil hospitalier spécifique en urgence territorialisé

- Ré-ouverture de lits en post-urgence et pour des durées limitées de séjour par territoire en intersectoriel sous la responsabilité des pédopsychiatres de secteur.
- Spécification de lits pour la tranche intermédiaire en secteur de psychiatrie des adultes pour les jeunes entrant dans un processus pathologique long.

Trop de lits ont été fermés et il y a nécessité de ré-ouvrir des lits dans beaucoup de territoires, tout en continuant à développer d'autres modes de prises en charge en urgence, en séquentiel.

- Troubles des apprentissages, « dys », THADA, Troubles du Spectre Autistique,

- La majorité des troubles instrumentaux (moteurs, langage), cognitifs légers, d'attention s'inscrivent dans des difficultés plus larges liées à des dysfonctionnements environnementaux associés ou non à des troubles sensoriels. Ils sont adressés essentiellement par l'Education Nationale.

- Les plus simples relèvent des professionnels libéraux, ceux plus profonds ou touchant plusieurs fonctions associées relèvent de la pédopsychiatrie.

Les indications peuvent être faites par les pédopsychiatres pour des interventions en libéral qui pourraient alors être l'objet d'un remboursement.

- Les plus complexes ou ceux que les pédiatres considèrent comme « purs », survenant chez d'anciens prématurés par exemple, peuvent être évalués dans les centres de référence de 3^{ème} niveau dans lesquels un pédopsychiatre de secteur doit apporter son expertise au sein de l'équipe.

- L'élaboration des diagnostics précoces de TSA bénéficie de l'expérience multidimensionnelle et longitudinale de la pédopsychiatrie qui peut procéder aux diagnostics différentiels, résoudre certaines situations par des interventions ciblées, enfin orienter vers le médico-social les enfants qui demandent une approche éducative globale.

Les troubles des apprentissages sont à penser dans la globalité du développement de l'enfant. Le cerveau se développe sur le lit de la génétique, des événements somatiques (prématurité, anoxie cérébrale, épilepsie) et des stimulations/empêchements environnementaux (nutrition, relations, carence, interaction relancée avec les soins quand TSA...) dans une complexité de cercles vertueux/vicieux.

Les apprentissages sont donc en lien avec le cerveau (brain), mais aussi avec le relationnel (accepter de prendre les informations transmises par un autre), avec la disponibilité psychique (ne pas être déprimé, ne pas être envahi par les conflits familiaux, une situation précaire...).

Les « dys » (lexies, praxies, phasies) ne peuvent être pensées qu'en termes d'articulation entre les diverses évaluations, en bonne intelligence, qui permet de savoir si l'enfant progressera avec une rééducation simple, ou s'il sera nécessaire de prendre en considération tout son environnement (relations familiales, contexte, prises en charge des troubles relationnels, adaptation de l'environnement aux troubles de l'enfant, ...).

Dans le domaine des Troubles du Spectre Autistique, il est maintenant urgent d'utiliser les compétences de la pédopsychiatrie pour le diagnostic en s'appuyant sur son équipe pluriprofessionnelle. Les échelles sont nécessaires, inscrites dans la clinique, les observations et l'analyse globale de l'enfant suivant tous les axes concernés afin de réaliser les diagnostics différentiels et associés et de déterminer le projet des interventions et de soin. Aussi, le parcours diagnostique d'un enfant ne peut être dissocié du parcours de soin, qui doit débiter sans délai, avant que les troubles se fixent.

La pédopsychiatrie a donc sa place dans le diagnostic, le début de la prise en charge, lors des périodes de crises, en soutien du médico-social si nécessaire. Or la pédopsychiatrie publique n'a bénéficié d'aucun moyen supplémentaire lors du 3^{ème} plan autisme, malgré le temps que prennent les parcours diagnostiques et les prises en charge précoces. Au contraire, le discours ambiant, soutenu par beaucoup de politiques, va dans le sens du « tout sauf la pédopsychiatrie », pourtant la seule à même de réaliser le diagnostic positif et différentiel (appuyé sur l'observation pluridisciplinaire et globale de l'enfant), et toujours appelée par les familles et les professionnels en cas de difficultés importantes. Ce hiatus entre la réalité des demandes et le discours relève de positions faciles dont la plupart des enfants et des familles font les frais.

8- Conclusion

Nous avons essayé de vous exposer la situation actuelle de la pédopsychiatrie en France, sa spécificité, ses forces, les difficultés qu'elle rencontre, et les moyens selon nous de faire évoluer la situation des enfants et des adolescents qui sont à risque en termes de troubles développementaux et/ou psychiques graves.

Vous aurez remarqué que nous n'avons pas utilisé la dénomination de "psychiatrie des mineurs". Si nous comprenons que par ces mots vous avez souhaité ne pas oublier les adolescents et leurs particularités, nécessaires en effet à prendre en compte, le mot "mineur" nous renvoie davantage à la question de la citoyenneté, du pénal, de la responsabilité des jeunes, plutôt qu'aux responsabilités que nous avons nous, de nos places respectives, de prendre soin des êtres en devenir, et de ce fait parfois vulnérables, que sont les enfants et les adolescents de notre pays.

Les préoccupations des politiques démontrent que la pédopsychiatrie n'est pas tout à fait une spécialité comme une autre et qu'elle touche l'avenir de notre jeunesse et donc le potentiel de notre société.

Listes des mesures proposées par le SPH et la SIP pour améliorer le champ de la pédopsychiatrie publique

1. Parcours de soin de l'enfant en fonction des troubles

- La pédopsychiatrie a la fonction de chef d'orchestre.

- Les réponses doivent être hiérarchisées pour permettre à chaque enfant et adolescent de bénéficier de l'appui dont il a besoin :

soutenir des actions de prévention sur des populations cibles ou des individus,

offrir des soins simples pour des situations symptomatiques isolées,

donner une place au parcours diagnostique conjoint à des soins pointus,

permettre une coordination des interventions et de soutenir des professionnels de première ligne.

La pédopsychiatrie doit avoir, dans le dispositif gradué, une fonction d'organisation et de coordination afin de :

- Filtrer l'accès à la pédopsychiatrie par une orientation à partir de professionnels de proximité (pas seulement médicaux).

- Situer la pédopsychiatrie en position de coordination, d'interventions complexes et de référence, sur des moments ou des processus évolutifs essentiels au développement du jeune, pour des axes thérapeutiques spécifiques et intenses.

- Réserver les centres de référence à des évaluations de recours dans lesquels les pédopsychiatres sont entourés de spécialistes experts dans leur domaine de compétence.

- Développer la prévention et les réponses à des symptômes isolés, à partir des professionnels de proximité, des MDA (Maison des Adolescents).

- Donner la possibilité de remboursement d'un nombre fixe et non renouvelable de séances assurées par des psychomotriciens, des psychologues, des orthophonistes dans ces situations sous l'égide de la MDA par exemple.

- Soutenir la position des CMPP (Centre médico-psycho-pédagogiques) dans des interventions spécifiques, en particulier sur les axes instrumentaux, de souffrance psychique en définissant les

complémentarités éventuelles avec les structures sanitaires voisines; celle des CAMSP autour des pathologies aux co-morbidités somatiques.

2. Articulations nécessaires

- Définition par les partenaires, avec l'aide des pédopsychiatres, des besoins afin de les cibler en adéquation avec les capacités de ces services.
- Coordination entre la pédopsychiatrie et les partenaires (éducation nationale, médico-social, protection de l'enfance, institutions petite enfance...) sur le modèle de la pédopsychiatrie de liaison.
- Solliciter la pédopsychiatrie pour des actions indirectes, des demandes d'analyse de situations, des évaluations ou des actions thérapeutiques complémentaires, des formations, en tenant compte des moyens disponibles.

3. La formation des pédopsychiatres et de leurs équipes

- Maintenir un haut niveau de qualification de la pédopsychiatrie pour renforcer les fonctions précédemment décrites.
- Rehausser les capacités de formation des pédopsychiatres à travers le fond de DPC.
- Soutenir les spécifications sur une base générale obligatoire, dont la dimension expertale.
- Ouvrir une spécialisation pédopsychiatrique aux infirmiers. Améliorer la formation clinique des psychologues et leur connaissance des outils.
- Reconnaître le niveau de qualification des rééducateurs.
- Améliorer les capacités cliniques et le champ d'évaluation de la protection de l'enfance, y détacher des infirmières puéricultrices pour les tout-petits.

4. Problème actuel de l'accessibilité

- La définition du contour de la pédopsychiatrie est souhaitable. Elle ne se décline pas par rapport à une liste de pathologies ou de troubles, ni à leur nature mais sur des capacités spécifiques de la pédopsychiatrie sur des actions propres à ses compétences constituées par : l'objet de ses connaissances, la dimension pluriprofessionnelle, la connaissance de la territorialité, la capacité d'élaborer des diagnostics suivant plusieurs axes, de spécifier et de hiérarchiser les interventions et de réaliser des soins complexes ou intensifs.

5. La recherche en pédopsychiatrie

- Développer une recherche clinique et épidémiologique à partir de la pratique, centrée sur les populations suivies en pédopsychiatrie. Déterminer des temps possibles de recherche pour les pédopsychiatres en donnant les moyens.
- Orienter les recommandations HAS sur des pratiques réalisables et non « idéales », équitables pour l'ensemble des usagers sans exclusive pour un nombre limité ou des troubles médiatisés

6. La pédopsychiatrie des hôpitaux souffre d'une stigmatisation importante

- Soutenir officiellement la pédopsychiatrie et ses professionnels dans le champ du sanitaire au même titre que toutes les autres spécialités.
- Considérer la pédopsychiatrie comme spécialité de synthèse de ces autres spécialités (psychiatrie, pédiatrie, neurologie, psychologie, sociologie).
- Envisager la création d'un DES de pédopsychiatrie.

7. Points particuliers

- Périnatalité et jeunes enfants

- Centrer les actions sur la périnatalité et la tranche d'âge des 0-3 ans, avec la pédopsychiatrie comme acteur de référence car à l'interface de la psychiatrie adulte et de l'enfant, au croisement du corps et du psychisme, du neurologique et du développemental, du biologique et de l'environnement, ancré sur le territoire en extra-hospitalier, s'appuyant sur les équipes pluriprofessionnelles.
- L'évaluation des diagnostics précoces des troubles du développement dont les TSA est du ressort des CMP petite enfance afin de garantir une expertise large des troubles et d'effectuer des diagnostics différentiels

- Adolescence

- L'adolescence est un âge intermédiaire dont le partage des références entre 15 et 18 ans tient plus à la nature des troubles qu'à l'état civil.
- Les équipes mobiles sont pertinentes si rattachées aux secteurs de pédopsychiatrie, intervenant sur le parcours de soin, en ante ou post-hospitalisation.
- Créer des équipes mobiles spécifiques pour le lien entre la pédopsychiatrie et le médico-social/ les institutions de la protection sociale.
- L'équipement sectoriel souhaitable associe des consultations accessibles dans un délai court et des groupes thérapeutiques d'observation et de soins. Les coordinations entre services de pédopsychiatrie et secteurs adultes doivent être formalisées dans tous les secteurs
- Les MDA ont une fonction importante dans la prévention, elles doivent jouer pleinement leur fonction d'orientation en cas de nécessité de soin.
- Un nombre de lits minimal d'hospitalisation temps plein est nécessaire par territoire.

- Urgence

- Ré-ouverture de lits en post-urgence et pour des durées limitées de séjour par territoire en intersectoriel sous la responsabilité des pédopsychiatres de secteur
- Spécification de lits pour la tranche intermédiaire en secteur de psychiatrie des adultes pour les jeunes entrant dans un processus pathologique long.

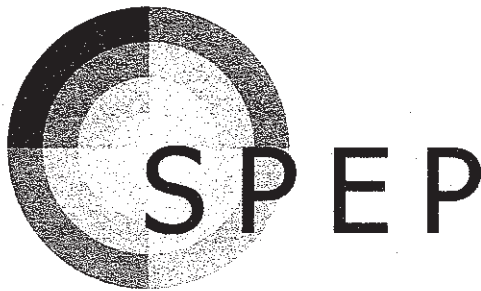
- Troubles des apprentissages, « dys* », THADA, du spectre autistique,

- Les troubles des apprentissages les plus simples relèvent des professionnels libéraux, ceux plus profonds ou touchant plusieurs fonctions associées relèvent de la pédopsychiatrie.
- Les indications peuvent être prescrites par les pédopsychiatres pour des interventions en libéral qui pourraient alors être l'objet d'un remboursement.
- Les plus complexes ou ceux que les pédiatres considèrent comme « purs » peuvent être évalués dans les centres de référence de 3^{ème} niveau dans lesquels un pédopsychiatre de secteur doit apporter son expertise au sein de l'équipe.
- L'élaboration des diagnostics précoces de TSA bénéficie de l'expérience multidimensionnelle et longitudinale de la pédopsychiatrie qui peut procéder aux diagnostics différentiels, résoudre certaines situations par des interventions ciblées, enfin orienter vers le médico-social les enfants qui demandent une approche éducative globale.

*Dyslexie, dyspraxie, dysphasie, dyscalculie...

CONTRIBUTION ÉCRITE

**du Docteur Michel TRIANTAFYLLOU,
président du Syndicat des psychiatres d'exercice public (SPEP)**



www.spep.fr

Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public

Dr Michel TRIANTAFYLLOU
Président du SPEP
Hôpital Max Fourestier – CASH de Nanterre
SPEP
403, avenue de la République – 92000 NANTERRE

MISSION D'INFORMATION SUR LA SITUATION DE LA PSYCHIATRIE DES MINEURS EN FRANCE

Réponse du SPEP

LES MISSIONS DES SERVICES DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILES TELLES QUE DETAILLEES DANS LA CIRCULAIRE DU 11 DECEMBRE 1992.

La psychiatrie des mineurs était déjà définie comme un enjeu de santé publique, avec l'idée de :

- Contribuer à l'amélioration des conditions de développement psychoaffectif et intellectuel des bébés, des enfants et des adolescents
- Traiter précocement les troubles d'ordre psychopathologique survenant pendant la prime enfance, l'enfance et l'adolescence
- Prendre en considération les risques évolutifs à plus long terme et leurs conséquences à l'âge adulte

Il y avait deux objectifs majeurs à l'époque

- Poursuivre l'amélioration du dispositif public pour mettre en œuvre des actions de prévention primaire, dépister précocement les difficultés psychiques des bébés, enfants, et adolescents, réaliser des formules d'accueil et de soin adaptés, au sein du milieu de vie habituel
- Assurer la complémentarité entre dispositif public et privé tant dans le domaine sanitaire que médico-social

Ce dispositif devait tenir sa place quelle que soit la gravité des troubles : accès direct, gratuit, sur tout le territoire du secteur, en toute liberté, sans stigmatisation, sans repérage a priori d'un handicap même si cette démarche pouvait survenir en cours de soins. Il était souligné l'importance des soins précoces, de la prévention, des pathologies de l'attachement, du concept de périnatalité psychique.

Ces missions restent les mêmes, mais où en sommes-nous 25 ans après ?

LE CONTEXTE EN 2017

Notre société est fragilisée : il y a un délitement de ce qui fonde notre société, citons sans être exhaustifs un moindre consensus des valeurs éthiques, une contestation généralisée des experts, les nouvelles formes de vie et de parentalité, le sentiment d'insécurité, pouvant faire le lit de nouvelles angoisses, de pathologies de l'attachement plus développées, d'incertitude identitaire. Notre société a évolué, et demande d'avantage à la pédopsychiatrie.

La pédopsychiatrie est aussi fortement sollicitée par l'évolution générale de la médecine en l'occurrence ici principalement la pédiatrie, et l'obstétrique au sens large. Citons les progrès considérables de la médecine de l'embryon, les progrès fulgurants de l'analyse génétique, progrès qui développent l'exigence sociale d'un enfant sans défaut, et soutiennent un eugénisme d'autant plus efficace qu'il est discret et promeut une sélection comme on sélectionne un produit. Quid alors des questionnements invariants de l'esprit humain du type qui suis-je, pourquoi suis-je présent sur cette terre ? Lorsque malgré tous les efforts réalisés, l'enfant réel malade ou handicapé est trop en écart avec l'enfant désiré et rêvé par les parents ? Cette évolution médicale et sociale est déjà un facteur qui augmente la pression de consultation et de soin sur la pédopsychiatrie. A d'autres moments, au contraire, on demande à notre spécialité de nommer comme pathologie ce qui est au départ un écart à une norme ou une souffrance sociale

Mais alors que pour répondre à ces évolutions actuelles notre spécialité aurait besoin de tous ses moyens, on assiste à une dégradation dramatique de nos conditions de travail

La démographie pédopsychiatrique actuelle est très défavorable, et des praticiens sont très mal répartis : il y a des zones désertées totalement en France actuellement.

La conséquence est une rupture de transmission : la profession au-delà de la formation de base s'apprend par les savoirs-faires issus du compagnonnage professionnel, chose difficile à mettre en œuvre aujourd'hui quand une équipe de pédopsychiatrie publique se réduit à deux praticiens sur un secteur. Rappelons que la pédopsychiatrie libérale est extrêmement marginale : pour des raisons de rentabilité économique de son cabinet, le pédopsychiatre libéral rencontre principalement des patients adultes, quels que soient ses projets de départ.

Cette pénurie qui aboutit dans certains lieux à une disparition de fait du service public pédopsychiatrique provoque une multiplication de listes d'attente : attente pour une première consultation, attente pour des évaluations complémentaires, attente pour des admissions en unités de soins adaptées. Cette attente, cet embouteillage généralisé a pour effet de dégrader les structures de soins, d'en amoindrir la qualité. Tous nos partenaires sont touchés : les structures médicosociales ne peuvent plus proposer les dispositifs adaptés pour lesquels ils ont été conçus puisqu'ils sont eux-mêmes paralysés par ces attentes. Dans les écoles, les psychologues scolaires, et les médecins scolaires qui sont pour nous des partenaires de base se découragent, et les troubles s'aggravent chez les enfants, en particulier ceux dont le tissu familial ou social est le plus fragile.

Dans ce contexte, l'empilement de missions de toutes sortes confiées par le politique à la pédopsychiatrie publique en relation avec un dysfonctionnement social est vain car on ne peut pas y répondre. L'épuisement professionnel guette l'ensemble des acteurs.

Nos outils de soin sont des moyens humains. Le relationnel, la mise en récit, le travail avec la constellation familiale sont nos outils de base. Nous prenons en charge l'enfant en développement pour lequel on sait qu'un symptôme, même bruyant, ne comporte pas toujours un pronostic sévère s'il est pris à temps. Enfin, notre recours aux médicaments, la chimiothérapie, est beaucoup plus limité : moins de médicaments disponibles pour les enfants, et indications moins précises. Enfin, les familles affrontent parfois la maladie mentale d'un de leurs enfants, objet de sidération, de scandale, de déni. Tout cela prend du temps à être traité.

LES PROPOSITIONS – LES DEMANDES

La pédopsychiatrie est traversée par toutes ces vicissitudes sociétales et médicales. Elle doit à la fois affirmer sa compétence dans le domaine du soin à l'enfant souffrant, et réclamer des garanties de travail.

- Affirmer la compétence spécifique de la psychiatrie publique dans les situations les plus difficiles et lui assurer les moyens qui vont avec.
- Notre plateau technique à l'hôpital est essentiellement humain. Citons sans hiérarchie aucune : orthophonistes, psychomotriciens, infirmiers, éducateurs, cadres, travailleurs sociaux, avec bien sûr les équipes de soutiens logistiques et les équipes de direction hospitalière. Ce plateau technique doit être respecté. Que dirait-on si l'on supprimait dans un plateau chirurgical un laser d'intervention, ou un instrumentiste. Or, c'est ce qui se passe par exemple avec les orthophonistes. Le service public de pédopsychiatrie, doit prendre en charge les enfants les plus malades. Si on laisse se dégrader puis disparaître cette expertise spécialisée, on aboutit à une perte de compétence de l'équipe soignante, une perte de savoir-faire, une rupture, et pour un enfant donné, une perte de chance. Cette protestation vient après bien d'autres. Nous voulons convaincre les décideurs que c'est pour nous une nécessité de travail.
- Nous devons recentrer notre mission sur les pathologies les plus lourdes : citons sans développer les enfants vulnérables au sein de familles vulnérables, les pathologies marquées par des troubles sévères de la personnalité des parents, les pathologies du déni où le parent ne perçoit pas la souffrance de son enfant, et le met en danger, les conséquences traumatiques d'incestes, de maltraitance, en particulier psychologique très méconnue encore actuellement et difficile à repérer.
- Nous devons donc, compte tenu de ce qui précède développer les liens avec les services sociaux et judiciaires, et encore plus avec l'éducation nationale, tous ces services eux-mêmes en difficulté par rapport à ces souffrances et ces pathologies. Ces concertations sont très consommatrices de temps humain, mais l'importance de ces modalités d'action doit être reconnue, chiffrée, quantifiée, évaluée.
- Nous demandons que la pédopsychiatrie dispose d'un budget repéré, protégé, et évalué. C'est au politique de mettre cela en débat. La baisse progressive et continue de la dotation globale est en opposition totale, en contradiction totale avec les intentions affichées jusqu'à maintenant du législateur visant à promouvoir la santé mentale des jeunes

- La formation des pédopsychiatres doit être améliorée et être l'objet d'une préoccupation constante des pouvoirs publics. Or, on voit que la réforme du DES de psychiatrie ne va pas dans ce sens.

Le temps de formation d'un pédopsychiatre est long, d'autant qu'il s'agit souvent d'une surspécialisation. Cette pénurie actuelle est artificielle, elle a été annoncée par les partenaires syndicaux depuis longtemps. La gestion de cette formation, notamment du nombre de pédopsychiatre dont a besoin notre pays doit être pensée sur le long terme et être mise à l'abri des changements politiques.

- Enfin, la pédopsychiatrie demande du partenaire politique la confiance et le respect : confiance dans les avis, évaluations, demandes que font les pédopsychiatres dans le but d'offrir un service public de qualité, et respect en veillant que ce qui est du débat scientifique ne soit pas réduit à des idéologies qu'un projet législatif pourrait cautionner ou interdire. C'est dans cette confiance et ce respect que le corps des pédopsychiatres des hôpitaux pourra continuer sa mission de service public au service des enfants et de leurs parents, l'avenir de notre pays.

Document rédigé par Alain FROTTIN, Secrétaire National du SPEP avec le concours de Philippe-Jean PARNOT et Anne HAMEL, Conseillers Nationaux.

Le 12 Mars 2017.

CONTRIBUTION ÉCRITE

**du Docteur Sandrine DELOCHE, pédopsychiatre,
et du Docteur Martin PAVELKA, pédopsychiatre,
du Collectif des 39 - Groupe Enfance**



VERS UN SOLSTICE D'HIVER POUR L'AUTISME EN FRANCE ?

Communiqué du Collectif des 39 sur les inspections des hôpitaux de jour

Qualifiées de « visites » en Ile-de-France, la vague des « inspections » des hôpitaux de jour pédopsychiatriques en cours sur le territoire français est-elles une dernière onde de choc d'un coup de force des lobby, désormais écartés des cabinets des pouvoirs publics ?

Le rejet le 8 décembre dernier par l'Assemblée nationale de la « Résolution Fasquelle », signe-t-il le tournant dans le traitement politique glaçant de la question de l'autisme en France ? Les 89 députés parmi ceux qui ont initié ce texte, ont-ils réalisés la manipulation dont ils ont fait l'objet, au point de décider finalement de ne pas voter eux-mêmes le texte ?! Ils auraient pu être éclairés bien plus tôt !

En effet, au printemps dernier, les familles et les professionnels de ce champ ont dénoncé le ligotage du Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées par un lobby de « la seule méthode ». Après l'intervention du Président de la République, les personnes avec de grossiers conflits d'intérêt ont été écartées de l'entourage de Ségolène Neuville. Le ton que celle-ci a pris le 8 décembre en s'adressant dans l'hémicycle à ceux des députés qui relayaient encore ce lobby marchand et anti-service public, reflétait-il la force de son humiliation ?

Avant cela encore, la manière dont ont été adoptées en 2012 les « recommandations » concernant l'autisme avait déjà conduit à l'époque à la dé-crédibilisation de la Haute autorité de santé dans ce domaine. Le texte final ne consacre aucune pratique. Certaines sont déclarées « consensuelles » aux yeux des experts (ceux qui n'ont pas quitté la conférence de consensus), d'autres sont qualifiées de « non-consensuelles » faute d'évaluation « statistique », mais ne sont pas écartées. Seul le soin par « packing » a été mis en attente des résultats des recherches en cours.

Après ce regard en arrière, rappelons nous que l'idée des « inspections » actuelles des hôpitaux de jour vient justement de l'ancienne équipe autour de Ségolène Neuville. Quelque chose a-t-il évolué depuis les deniers événements ? Les « consignes » aux

inspecteurs, diffusées par l'ARS-IF, ne vont pas dans ce sens. Elles trahissent la vision négative a priori du fonctionnement des structures, le regard méprisant sur les pratiques (stigmatisant les noms « *farfelus* » des soins) et une opinion orientée sur les compétences des professionnels. Elles vont jusqu'à inciter les inspecteurs à ne pas écouter les soignants (... « *sinon vous aurez droit à une conférence* » !). L'approche si biaisée des inspections apparaît comme une obstination radicale.

Pourtant - malgré des obstacles de plus en plus pesants et un manque de places - les hôpitaux de jour, qui permettent en France de répondre de façon plurielle (soin, éducation, rééducation, pédagogie et institutionnel) aux besoins individuels du soin de l'autisme, méritent le respect que leur porte la grande majorité des parents d'enfants qui y sont soignés. Ils s'articulent chaque fois que possible avec une scolarisation adaptée et permettent le maintien de l'enfant auprès des parents. Ces inspections ne doivent pas entamer la dignité professionnelle des soignants de ces structures novatrices et évolutives, elles ne doivent pas saboter leur engagement au sein d'une pédopsychiatrie française, dont l'organisation conceptuelle continue à susciter l'envie dans d'autres pays.

Car les ténors des « retards français » dans l'application de « la seule méthode » dans le champ de l'autisme, risquent-ils de nous surprendre encore, par exemple en chantant le « retard français » dans la diffusion du créationnisme ? Reculer se voudrait « moderne » ?

Nous souhaitons à tous les soignants des hôpitaux de jour, aux enfants soignés et à leurs familles une très belle fin d'année, qui leur permettrait, entre autre, d'avoir l'énergie nécessaire pour faire face à ce que nous espérons être la dernière onde de choc d'une dérive politique hostile.

Un apaisement, un renversement de tendance, un véritable « solstice d'hiver politique » s'impose, favorisant une approche humaniste, plus éclairée, de l'autisme en France.

Collectif des 39
Groupe Enfance

Quelle hospitalité pour la folie ?
<http://www.collectifpsychiatrie.fr>

Le 21 décembre 2016, Le Collectif des 39

ENFANCE EFFACÉE !?

LE PETIT CANETON L'Indélébile

Numéro unique du dimanche 16 octobre 2016



EDITORIAL (Appel du Groupe Enfance du Collectif des 39)

Nous sommes inquiets et en colère. Les politiques s'attaquent à notre humanité dès l'enfance.

Vous, soignants, éducateurs, enseignants, parents, acteurs du champ de l'enfance et de l'adolescence :

Vous qui êtes nombreux à porter une culture, des idées, des expériences respectueuses de la complexité humaine et de la subjectivité de chacun

• N'avez-vous pas constaté les répercussions navrantes des réductions de dépenses publiques relatives aux soins, à l'accueil et à l'éducation des enfants et des adolescents ?

• N'avez-vous pas constaté comment cet appauvrissement de moyens au nom de la recherche d'une certaine efficacité s'est accompagné de la généralisation d'une gestion technocratique qui impose ses normes et ses protocoles au détriment d'approches plus humaines ?

• N'avez-vous pas observé comment la volonté de réduire les coûts sans concertation et sans discernement a favorisé la privatisation de lieux d'accueil et de soins avec le risque d'être orientés par la recherche de profits financiers ?

• N'avez-vous pas, vous aussi, subi cette pression de rentabilité qui entrave, voire qui détruit, les pratiques originales développées depuis des décennies dans le champ de l'enfance et de l'adolescence ?

• N'avez-vous pas constaté que l'expérience qui a montré toute l'importance d'avoir du temps et des lieux pour accueillir, écouter, réfléchir à plusieurs, formuler des hypothèses de travail et de soins au cas par cas, sont contredites par des injonctions simplificatrices. Des prétendues découvertes scientifiques nous sont imposées par des logiques d'intérêts financiers.

• N'avez-vous pas éprouvé le sentiment d'être ligotés dans vos efforts pour penser, travailler et inventer les formes les plus justes pour aider un bébé, un enfant, un adolescent à grandir, à nommer ce qui le déchire ou l'inhibe, à comprendre ses difficultés propres, à apaiser ses contradictions internes, à trouver sa place dans sa famille et dans un cercle plus large ?

• Ne trouvez-vous pas insupportable de subir des injonctions qui neutralisent la pensée et l'action des adultes - qu'ils soient soignants, éducateurs, parents ou enseignants - auprès des enfants qui viennent vers nous pour que nous prenions soin de leurs fragilités, de leurs bizarreries ou de leurs maladies ?

Elle a ainsi produit une forme de « contention idéologique », renforcée par une novlangue qui a pour but de miner silencieusement et sans débat nos environnements quotidien et professionnel.

La nécessaire prise en compte de la complexité inconsciente du psychisme humain, des liens entre les sujets et entre les générations, et du rapport de chacun à son histoire et à sa culture, est violemment rejetée par cette idéologie. Cette complexité humaine est cependant utilisée et exploitée sans vergogne lorsqu'il s'agit de stimuler la consommation, d'influencer l'opinion ou d'agir sur le comportement des populations.

Disons-le clairement, dans les champs sanitaire, médico-social, pédagogique, éducatif ou judiciaire, le mode de management imposé doit être dénoncé comme « non recommandable ». Il est dangereux et destructeur. Il nous convoque à résister !

Nous n'acceptons pas :

• l'évacuation de la souffrance psychique dans les notions ambiguës du trouble (DSM-5) et du handicap (MDPH) ;

• l'invasion de la pratique clinique par des actes administratifs et des pseudo-évaluations avec pour conséquence directe de réduire le temps consacré aux enfants et à leurs familles ;

• la réduction ou la disparition des postes de psychologues, de psychiatres, d'infirmiers, d'éducateurs, etc., dans les structures existantes. Nous refusons l'allongement insupportable des temps d'attente pour obtenir la mise en place de soins, et la diminution d'offre de soins qui en sont les conséquences directes ;

• l'alourdissement du nombre de suivis à assurer par chaque professionnel et l'épuisement professionnel qui s'ensuit ;

• la mise en danger CMPP par l'amputation du personnel enseignant, ou par leur fusion dans des CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens) entité de gestion où risquent de se perdre la proximité et la liberté d'accès aux soins.

• la dissolution des secteurs de pédopsychiatrie dans les GHT (groupe hospitalier de territoire), rendant impossible la proximité nécessaire, réduisant et précarisant les équipes, détruisant les partenariats, etc.

• la réduction comme peau de chagrin de l'offre de la PMI aux familles (disparition des bilans de santé à quatre ans,

RÉSISTER. INVENTER...

commandements, ce sur quoi, entre autre, reviendra Mireille Battut dans son intervention.

Puisqu'au niveau législatif ce n'est plus une logique de l'accueil et de l'écoute qui préside mais une logique marchande, il a fallu trouver une logique « scientifique » qui la justifie.

Outre atlantique, depuis longtemps les forces du marché contrôlent et régulent le champ de la santé. En quarante ans les lobbys pharmaceutiques et des assurances ont « formé » le monde médical et particulièrement celui des psychiatres. Cela a créé de toutes pièces une construction inopérante en termes de soins mais profondément rentable, une classification des troubles mentaux qui supprime tout rapport à la parole et à l'histoire des humains concernés, qui sont envisagés uniquement comme usagers biologiques génétiquement modifiés : le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) qui en est à sa cinquième version, qui est donc appelé DSM 5. C'est pratique, puisque la souffrance psychique humaine y est découpée en tranches et qu'à chaque tranche il y a (potentiellement) un médicament ou/et une rééducation pour que cet usager redevienne un consommateur valide.

Les enfants ne votent pas mais ils sont des consommateurs en exercice et en devenir : les laboratoires se sont donc occupés d'eux et des médicaments leur ont été spécialement dédiés, par exemple : la Ritaline, qui se décline aujourd'hui comme les lessives sous plein de nouveaux noms histoire de noyer le stupéfiant d'origine, ou le Risperdal un neuroleptique dont on a réussi à persuader les médecins du monde entier que sa vieille molécule était spécialement adaptée à la jeunesse... François Gonon vous dira comment les médias contribuent au succès de ce genre d'opération et à la formation des ministres.

Ce territoire déshumanisé et ouvert désormais sans limite au marché, il faut l'administrer pour éviter les dérives, les contre façons et les grains de sable qui nuiraient à sa rentabilité. Ce fut la mise en place des ARS pour organiser la gestion économique et la rationalisation des coûts en diminuant les dépenses sans compter, au risque de détruire l'existant et c'est ce dont Sandrine Deloche vous parlera.

Pour que cette économie fonctionne il faut un gendarme, une police de la bonne pratique, c'est ce que l'on demande à l'HAS en quelque sorte : administrer le soin. Cet appareil idéologique d'état rempli son travail, pour ce qui est des troubles mentaux, avec un zèle qui aurait réjoui les régimes les moins démocratiques que l'Europe a connu.

Pour que cette économie fonctionne il faut un gendarme, une police de la bonne pratique, c'est ce que l'on demande à l'HAS

Mais un enfant n'est pas une marchandise ni une variante statistique ou d'ajustement économique. Un enfant c'est un « petit d'homme » disait à une époque lointaine Françoise Dolto, c'est un petit être parlant, un petit homo sapiens sapiens, doué, à la différence de tout le reste du monde animal, de la parole et de l'inconscient. Et du coup il a une

histoire, des histoires, celle de ses parents qui l'ont fait naître, la sienne depuis qu'il est né, celle du monde dans lequel il est arrivé. Et lorsqu'il souffre, il a besoin d'écoute, d'attention, de temps, de beaucoup de temps et d'être humains d'être parlants autour de lui, parfois de beaucoup d'être parlants.

* N'avez-vous pas été découragés devant l'impossibilité de faire entendre que ces injonctions avaient pour résultat d'abaisser la complexité relationnelle de la vie ? Ces injonctions nous détournent de la nécessaire prise en compte des dimensions multiples, conscientes et inconscientes, qui entrent en jeu dans toute difficulté ou maladie psychique.

Que s'est-il passé pour en arriver là ?

Quelles qu'aient été les alternances politiques de ceux qui nous gouvernent, la forme, le rythme, la fréquence et la durée des actions menées en direction des enfants et des adolescents ont été profondément altérés par la réduction des moyens accordés et par la mise en place d'un management marchand. Ce management est encouragé par des instances bureaucratiques et coupées de toute clinique puisque n'agissant que sur dossiers (IAS, ARS, ANESM, MDPH, etc.). Ils imposent des protocoles et des règles contraires aux savoirs humains.

Ces transformations sont les conséquences conceptuelles et pratiques de l'idéologie néo-libérale qui gouverne l'organisation capitaliste de la production industrielle, auxquelles les notions de rentabilité et d'évaluation sont rattachées.

Cette idéologie a progressivement infiltré les domaines de l'enseignement, de la formation, de la culture et de la santé.

Textes des travaux du Colloque du Sénat

du 9 septembre 2015

INTRODUCTION PAR PHILIPPE RASSAT PÉDOPSYCHIATRE (DORDOGNE)

Lorsque nous a été proposé l'organisation de ce colloque ce fut une évidence pour notre collectif qu'il fallait une table ronde autour de l'accueil de la souffrance des enfants et des adolescents tant la situation en 2015 nous semble inquiétante et dramatique et tant la future loi de modernisation de la santé n'y répond pas.

Si nous avons choisi de ne pas utiliser le mot de pédopsychiatrie, c'est qu'en France la prise en charge et le soin de la souffrance psychique infanto-juvénile sont effectués pour moitié par le sanitaire (les inter-secteurs) et pour moitié par le médico-social, c'est à dire le secteur associatif (les CMPP, et les IME, ITEP, SESSAD divers, etc).

Longtemps, jusqu'à la fin du siècle dernier, ce modèle d'organisation fut une référence pour l'Europe et l'occident tout entier.

Et puis soudain à l'aube du troisième millénaire tout s'est inversé et en quinze ans tout s'est dégradé. Que s'est-il passé ?

La synergie des niveaux législatif, financier et idéologique dans un contexte de crise du système économique et d'amolindrissement de la pensée a entraîné une régression sans précédent tant au niveau des moyens que des idées.

En 2002, la loi du 2 janvier, de Mme Royal et M Kouchner, dite de rénovation sociale et dont le but avoué était de rénover la loi de 1975 sur les handicapés qui apparaissait aux yeux d'experts ministériels obsolète, introduisait, pour la première fois dans le champ du soin, la novlangue des marchés et sa logique marchande puisque le but inavoué était celui de faire des économies et de

suivi des enfants ramené de six à quatre ans ou même à deux ans, report du premier rendez-vous après la naissance à trois mois ou plus, diminution du temps de consultation, etc.) et perde son âme dans des tâches plus administratives que d'accueil et de soins.

* le manque criant de moyens accordés par les conseils départementaux à l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance) qui aboutit à des maltraitements institutionnelles, à des abandons de situations ou à des suivis éducatifs qui n'en ont que le nom, puisqu'aujourd'hui la prévention se réduit trop souvent à des signalements.

Nous refusons ces volontés d'emprise qui conduisent à escamoter le temps de l'enfance et attaquent notre humanité. Nous affirmons que rien n'est inéluctable !

Débattre, résister individuellement et collectivement pour créer de nouvelles alternatives devient un autre impératif.

Il en va de l'avenir de l'enfance, de nos métiers et de nos pratiques qui donnent aux mots - subjectivité, parole et histoire - leurs sens.

Il en va du devenir des enfants.

Se taire n'est plus de mise.

Rejoignons-nous !

contribuer à la réduction du déficit de la sécurité sociale. Elle le faisait avec les mots du marché qui ont fait florès depuis : démarche qualité, services rendus, gestion des handicaps, évaluations, rentabilisation, satisfaction de la clientèle, prestation de service, bonnes pratiques etc.... Tous ces mots ont, en treize ans, colonisé, métastasé toute la pensée soignante et éducative concernant l'enfance.

Cette loi a introduit aussi un terme, un signifiant qui échappait totalement jusque là à la pensée soignante et qui est devenu aujourd'hui un lieu commun : l'usager. Ce mot introduit dans la réflexion même de tout professionnel auprès d'enfants une contradiction pervertie : Qui est l'usager ? L'enfant, les parents, la famille ?

Dès lors il faut choisir. A qui doit-on rendre des comptes au titre de l'évaluation marchande ? Ou bien... Envers qui sommes-nous éthiquement engagés au titre du soin et de l'accueil de la souffrance ?

Alors, bien sûr, on ne peut éviter une mauvaise pensée : serait-ce parce que les enfants ne votent pas qu'ils disparaissent au profit de l'usager parental potentiellement électeur ?

Tout l'arsenal législatif couvrant le territoire de l'enfance élaboré par les différents gouvernements, quelque soit leur couleur politique, de 2002 à 2015, a repris depuis ce même langage marchand :

- Que ce soit celui de la loi de 2006, mettant en place le nouveau dispositif remplaçant ceux de la loi de 75 et élaboré en 2002 : la MDPH (Maison des Personnes Handicapées), consacrant le handicap comme référence administrative de toutes souffrances et dont Carlos Parada vous détaillera le comment et le pourquoi tout à l'heure.

- Que ce soit dans la loi de 2007 amenant à la déjudiciarisation de la protection de l'enfance, pour des raisons tout aussi économiques et tout aussi peu soignantes.

- Que ce soit la mise en place de la Haute Autorité de Santé et de ses plans (Autisme, TDAH Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité) pour justifier les bonnes pratiques édictées en

Alors ces enfants malheureux, tristes ou angoissés, qui s'agitent pour survivre, ou qui ne peuvent apprendre à lire ou à écrire, ou qui ne mangent plus, ou qui ne sont pas propres, ou qui n'habitent plus leur corps ou qui ne peuvent même plus parler dans un monde sourd et aveugle à leur souffrance, que deviennent-ils s'il n'y a plus personne pour les écouter, pour les regarder, pour jouer avec eux ou aller s'asseoir, au pied d'un arbre avec eux le temps que fonde un peu leur chagrin, leur angoisse ou leur sentiment d'inexistence ?

Que deviendront-ils dans dix, vingt, trente ans ?

Des naufragés, échoués sur les aires insalubres du capital ?

Des étrangers, exilés intérieurs d'un monde indifférencié ?

Des adultes perdus, qui reviendront mitrailler leur enfance ?

C'est ce que notre éthique nous commande d'empêcher et c'est pourquoi nous sommes ici devant vous.

INTERVENTION DE SANDRINE DELOCHE PÉDOPSYCHIATRE (PARIS)

Mesdames, messieurs,

Jusqu'à quand pourra-t-on dire qu'il existe en France, pour chaque enfant, un lieu de proximité, gratuit, où il peut se rendre avec ses parents, pour recevoir une aide psychologique. Cet endroit, appelé centre médico-psychologique, est la pierre angulaire du dispositif de sectorisation de la pédopsychiatrie publique. Il a vocation d'accueillir toutes les demandes de soin concernant n'importe quelle difficulté du développement psycho-affectif de l'enfant (bébé ou adolescent).

ENFANCE EFFACÉE... ?
MEETING POÉTIQUE ET POLITIQUE

La Parole Enfant - Montreuil
Dimanche 15 octobre 9h - 18h

Révisons,
Inventons,
Rejoignons-nous !

MDPH
ARS
S

GRUPPE ENFANCE COLLECTIF D'ORSÈY
www.collectifpsyduisne.fr

Chaque secteur représente un territoire de 140 à 210 000 habitants. Il assure des missions de soins, de prévention et participe à la protection de l'enfance.

Pour cela, le CMP dispose d'une équipe pluridisciplinaire (psychiatre, psychologue, psychanalyste, assistant social, orthophoniste, psychomotricien, éducateur, secrétaire, ...) en lien avec les institutions scolaire, social, judiciaire, les partenaires libéraux et les structures médico-sociales ou sanitaires.

Aborder la problématique d'un enfant ne peut se concevoir sans la prise en compte de son histoire, son contexte de vie. Accueillir la singularité de chacun, prendre le temps de repérer la complexité des symptômes, en rencontrant aussi les parents et les professionnels de l'enfance, permet de bâtir un « soin sur mesure ».

Pour assurer ce continuum, et donc, éviter des exclusions scolaires, des sabotages intimes, des abus de prescriptions voire de coûteuses hospitalisations, il faut des moyens, du temps et de la créativité.

En 2011, 600 000 enfants ont consulté en pédopsychiatrie, pour 97% d'entre eux pour des soins ambulatoires. Demande qui a doublé en 15 ans, assurée en majeure partie par les 320 secteurs infant-juvéniles. Mais jusqu'à quand ?

Rappelons nous que l'invention du secteur est un acquis social défendant une approche humaniste et citoyenne de la souffrance psychique. Concrètement les CMP sont nés d'une triple volonté politique : accessibilité des soins, à proximité du lieu de vie de l'enfant, avec des moyens originaux à disposition.

Quarante années ont passé, la pertinence du secteur est elle toujours d'actualité ?

En tout cas, le rapport de mission (sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie) du député Denys Robillard de décembre 2013 est sans équivoque. Je le cite : « la place du secteur comme étant l'organisation la plus pertinente sur le plan clinique et en terme de maillage du territoire et d'accès aux soins ». Il appelait du reste à un renforcement des moyens humains et financiers.

Mais sur le terrain, notre constat est amer voire désastreux dans certaines régions, conduisant à tirer la sonnette d'alarme. L'outil sectoriel, une organisation de soins unique au monde, est au bord de la rupture.

En juillet dernier, le secteur de Seine-Saint-Denis en grève, a décidé de porter plainte pour « discrimination territoriale ». Les équipes ne peuvent plus composer avec cette non assistance aux familles les plus démunies. Que se passe-t-il ?

Tout le monde le sait, la principale attaque du secteur est la réduction de moyens face à une explosion des demandes, formalisant un amalgame insupportable entre pénurie de moyens et incompétence médicale.

Par réduction de moyens, je parle des restrictions budgétaires draconiennes imputables aux hôpitaux auxquels chaque secteur est rattaché, qu'il soit hôpital général, pédiatrique ou psychiatrique. Le secteur se trouve piégé dans le déficit global de l'hôpital. Ni sa spécificité extra-hospitalière ni sa nécessité de Santé Publique ne sont reconnues. Soulager le secteur pédopsychiatrique par un renforcement de la prévention, fait partie des recommandations. Or là aussi, depuis 10 ans, on assiste à une destruction de la prévention de proximité par :

- La réduction des centres de PMI au sein de chaque département.
- A l'école, la disparition des Réseaux d'aide scolaires pour enfants en difficultés.
- Le détachement des psychologues scolaires sur 6 à 7 d'écoles empêchant un vrai travail de

**Soulager le secteur
pédopsychiatrique
par un renforcement
de la prévention, fait
partie des
recommandations.**

lton depuis 2011. L'hôpital Sainte-Anne, sa tête de proue, n'a pas hésité une seconde à démanteler le secteur infanto-juvénile du 14ème arrondissement de Paris dont il a la gestion.

Le CMP créé il y a 40 ans, lieu convivial, au centre de l'arrondissement, à proximité d'écoles et des collèges sensibles, avec un réseau patiemment tissé, permettant la venue des enfants en toute sécurité, a été fermé ; Jugé par la direction « obsolète et autarcique ». Dommage, il assurait lui, parfaitement, ses missions. Même les outils sectoriels performants ne sont plus protégés.

La raison ? Rentabiliser l'acquisition de l'ancien Institut de Puériculture de Paris faite par l'hôpital Ste Anne, projet soutenu par l'ARS, et la mairie de Paris pour accélérer la mise en place de la CHT.

L'activité sectorielle s'est vue reléguée au 3ème étage de cet immense bâtiment, à l'emplacement d'un ancien service de réanimation pour prématurés. Evidemment ni l'espace ni l'âme du lieu ne répondent aux prérogatives très subtiles d'un accueil et du soin psychique pour enfants. Les familles sont les premières victimes de cette destitution de pratiques. Qu'importe puisque face au seul idéal de la rentabilité, tout doit être interchangeable, flexible, adaptable.

Sur le site, s'annonce, d'ici l'horizon 2020, un Centre Référence Enfance pour le Sud Parisien. Ce vaste plateau d'expertises aurait-il la vocation de remplacer le travail de secteur ? Rien n'est moins sûr car soutenir une pédopsychiatrie qui traite, par tranches et ponctuellement, des symptômes sans se préoccuper de l'enfant énonciateur, c'est tourner le dos à la dimension humaniste et sociale de la folie, de la souffrance.

Voilà nous y sommes, derrière ces nouveaux décrets soutenant la légitimité du secteur, la politique de santé continue d'appliquer une économie d'austérité détruisant des outils destinés à la santé psychique des petits. A cela Nous, nous disons non.

Risquer de ne pas soigner un enfant c'est un écuil tragique de société, et ce d'enfant et ses parents ne pourront pas l'oublier. Mesdames messieurs les sénateurs vous aussi, ne l'oubliez pas.

INTERVENTION DE CARLOS PARADA PSYCHIATRE (VAL-DE-MARNE)

I - Le contexte :

L'école accueille plus de 220 000 élèves dits « en situation de handicap », l'immense majorité des dossiers trouvant justification d'ordre psychiatrique. A l'école comme en pédopsychiatrie, la politique et l'idéologie du handicap impulsées par une loi de 2005, malgré quelques avancées, ont produit des effets problématiques majeurs qu'il convient de rappeler.

Par quelles voies devient-on « handicapé » à l'école ?

En quelques mots : Suite à des difficultés avec un élève, l'école peut produire une réunion avec les parents et éventuellement des professionnels qui s'occupent de l'enfant. Si une nouvelle orientation est proposée (de type classe spéciale ou aide en classe, voire un redoublement), les parents devront alors faire une demande à la MDPH (Maison Départementale de la Personne Handicapée) munis notamment d'un document de l'école et d'un certificat médical. A la lecture du dossier une commission décidera de son statut d'handicapé, de l'aide scolaire et des compensations à apporter. Le parent d'un enfant dit handicapé perçoit aujourd'hui une allocation de base d'un peu plus de cent euros.

Notons avant tout que le circuit école-MDPH attribuant le statut d'handicapé à un enfant se structure sous le paradigme de la maladie somatique. Il traite les problèmes psychiques comme on gère l'attribution d'une aide à une déficience physique. Or, ce mode

e) Nous sommes passés de l'exclusion à l'inclusion par ségrégation médicale. Le passage de l'exclusion excessive à l'inclusion des élèves non conformes aux conditions scolaires par la voie du handicap, s'est fait en développant une ségrégation, de type particulier. L'expansion du handicap à l'école est une ségrégation faite par la catégorisation médicale des enfants, au risque de

**Le « handicap » est
aujourd'hui l'instrument
de la médicalisation de
l'échec scolaire. Dans
cette optique tout ce qui
est différent est vite
perçu comme anormal.**

stigmatiser, rigidifier et de surdéterminer leurs parcours. Avec le handicap, la stigmatisation et la ségrégation dans les écoles ne sont complètement banalisées. Que diriez vous si on créait des bars pour schizophrènes, des places de parking pour paranoïaques, des postes d'enseignants psychotiques ou

des sièges pour députés bipolaires ? Accepterions nous une classe de « aéropositifs » ? Désormais, à l'école, parents, enfants et professionnels parlent sans ombrage de « classe d'autistes », « dyslexiques », « classe de déficitaires » et les diagnostics psychiatriques des enfants circulent entre tous.

Mais qu'est-ce la ségrégation ? La ségrégation réunit les mécanismes d'essentialisation de la différence par une hiérarchisation de valeurs (race, genre, culture, capacités etc.) établissant la cohabitation de différents qui ne sont pas des semblables. La notion de handicap et les mécanismes concrets promus par la loi - dossiers médicaux, circuit MDPH, classes etc - construisent une ségrégation des différences à l'école.

d) La loi de 2005 était une excellente opportunité pour repenser des pédagogies adaptées à l'accueil des différences à l'école. On peut donc regretter que son application ne se soit pas accompagnée d'un renouveau de la pédagogie. C'était une formidable occasion d'invention. On peut rappeler qu'il y a un siècle des innovations pédagogiques comme Decroly ou Montessori (plus tard la Pédagogie institutionnelle) se sont nourries des questionnements, inventions et expériences avec ces enfants qu'aujourd'hui sont dits handicapés.

Force est de constater que peu d'expérimentations pédagogiques sont nées de ce contexte. On a surtout dénoncé le manque de moyens, réclamé plus de formation pseudo-pay, des outils de « dépiégeage » et on a fini par multiplier les mécanismes de ségrégation médicalisés via handicap. Mais les diversités n'ont toujours pas plus de place à l'école...

Ce n'est pas la multiplication de catégories médico-normatives au sein de l'école qui devrait permettre d'accueillir la diversité des élèves, toute sorte de diversité, mais la possibilité d'invention et de création institutionnelle d'une plus grande variété pédagogique.

e) Aujourd'hui les MDPH sont submergées de demandes qui ne relèvent pas de la pathologie (ni donc du handicap) mais de la pédagogie. Vu la situation les MDPH, malgré leur réticences, se trouvent souvent dans l'impossibilité de refuser un dossier ou de répondre convenablement.

Bref détour par les institutions spécialisées :

Le Dr Deloche a abordé la casse du système de soins et d'assistance. M. Battut a analysé la situation des enfants autistes et leurs familles et les enjeux politiques. Il me reste alors attirer votre attention sur trois points en ce qui concerne les institutions spécialisées pour enfants :

• Signalons les inégalités entre les MDPH. Dans les situations de véritable pathologie lourde, chaque MDPH répond selon les moyens financiers du département. La cohésion dans système

prévention et de soutien.

• Un *turn-over* des travailleurs sociaux dans les services d'aide éducative.

• L'engorgement des demandes à traiter s'agissant de la protection de l'enfance, l'ASE.

Tout ceci contribue à déconstruire une politique de soin autour de l'enfant, sur les 3 axes - prévention, soin et protection.

En conséquence, des problématiques sociales nous sont adressées, et à l'inverse, certaines détresses non repérées à temps peuvent engendrer des situations hyper-explosives même chez des enfants d'âge primaire. L'appel des pompiers ou de la police au sein d'écoles élémentaires n'est plus un fait isolé.

Ultime paradoxe, depuis la loi sur le Handicap de 2005, l'éducation nationale accueille de plus en plus d'enfants fragiles. Les ambitions de cette Loi se sont heurtées à la précarité des moyens tant sanitaires que pédagogiques.

Sachez que les demandes vers le secteur ne cessent d'augmenter, entraînant des délais d'attente intolérables, 6, 12 voire 24 mois pour accueillir un enfant qui va mal, c'est inadmissible. Comment se considérer efficace quand un enfant devrait être suivi chaque semaine et qu'il est vu tous les 2 mois ? Sans parler d'une demande d'hospitalisation urgente qui peut prendre 3 à 6 mois.

S'ajoute à cela, l'évolution des situations qui se complexifient. La précocité et la radicalité des troubles chez l'enfant ou l'adolescent, ne sont pas sans lien avec une précarité socio-économique accrue et une fragilisation des repères familiaux et sociaux.

Ces situations nécessitent un travail d'orfèvre : une évaluation plurielle, un projet de soins au cas par cas très abouti, et un travail de partenariat serré.

A chaque jour qui passe, notre colère s'accroît à mesure que les discours politiques élargissent le fossé entre leurs intentions et la réalité du terrain.

Ce ne sont pas les enfants qui vont plus mal qu'avant, il y a un échoppement manifeste « du prendre soin » des enfants aujourd'hui. Ce manquement résulte plus globalement d'une attaque la pensée et les liens aboutissant à un climat de maltraitance larvée, une mise en danger délibérée ou inconsciente d'autrui. Le durcissement des pratiques otages de logiques gestionnaires, l'étatisation de la santé qui confisque l'inventivité locale en font partie. Plus nos institutions se transformeront en carapace normative, plus la rébellion des enfants sera forte, et nos réponses à côté.

La nouvelle Loi de Santé, prévoit, ne l'oublions pas, que les secteurs psychiatriques subissent une « rénovation » avec une « nouvelle territorialité » dans le cadre du service territorial de santé publique (STSP). L'enjeu de cette nouveauté ne serait-il pas d'élargir la couverture sectorielle par nombre d'habitant ? Ce qui serait désastreux...

Le terme « Rénovation » inclut sans doute la mise en place des Groupes Hospitaliers de Territoire (GHT), rendue obligatoire avant fin 2018, avec un attendu de 400 millions d'euros d'économies grâce aux mutualisations des moyens.

Nous ne pouvons plus accepter ce paradoxe, à savoir le soutien de façade du secteur et des recommandations qui le détruisent de fait.

Pour illustrer de ce qui se prépare, la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT), mastodonte rassemblant 3 hôpitaux psychiatriques parisiens et 2 établissements de santé, a donné

Or là aussi, depuis 10 ans, on assiste à une destruction de la prévention...

de décision et d'élaboration de réponses n'est absolument pas adapté aux questions complexes de la subjectivité et de la psychiatrie. Par exemple : sauf exception, il est exigé que les parents aient obtenu le statut de handicapé pour son enfant, avant même de connaître ce qui sera proposé, rencontrer l'équipe qui susceptible d'accueillir l'enfant etc.

Par ailleurs la décision de l'aide à apporter se voit complètement déplacée ailleurs par « des commissions » : avec le circuit MDPH ceux qui décident, attribuent une place ou prétendent orienter le soin, ne rencontrent jamais l'enfant et ne travailleront pas sur le terrain. Un des effets néfastes de cette alléation, outre qu'elle transforme la souffrance en « cas » ou « dossier » à gérer, c'est que bien souvent plus personne ne répond des décisions prises.

Mais la principale interrogation soulevée par un tel circuit est la suivante : Pourquoi faut-il avoir le statut de handicapé pour bénéficier d'une mesure pédagogique adaptée ? La situation est si absurde qu'aujourd'hui les responsables (MDPH et Education National) vont jusqu'à exiger un statut de handicapé pour pouvoir accepter un redoublement.

Il faudrait sans doute une analyse et une critique de racines du succès du discours et de la politique du handicap pour tenter de comprendre comment et pourquoi a-t-il gagné tant de terrain dans ces deux domaines particuliers : la pédopsychiatrie et l'école. Nous nous limiterons ici à décrire le tableau actuel et quelques interrogations qu'il soulève.

II - Problèmes soulevés :

Voyons rapidement quelques points problématiques essentiels de la situation actuelle :

a) Un des effets paradoxaux de la Loi 2005 réside dans le fait que des enfants en grande souffrance psychique peuvent se retrouver à l'école peu ou pas soignés. Ils ne sont certes pas si nombreux, mais la situation est préoccupante, vu la gravité et la lourdeur de ces situations. Cette situation - qui exploite le soulagement des parents de voir leurs enfants dans une école « comme les autres » - se nourrit d'un certain cynisme économique. En effet, un « handicapé » à l'école coûte, pour l'instant, moins cher qu'un « malade » pris en charge dans une institution adaptée.

b) Il est sûr que des études fines et chiffrées seraient les bienvenues, mais pour l'instant c'est l'expérience sur le terrain qui montre que c'est par des certificats à teneur psychiatrique que l'immense majorité des enfants sont traités comme « handicapés » dans les écoles (quelques responsables avancent le chiffre 90% des dossiers). Mais où finit la difficulté et commence la pathologie (et l'handicap) ? Quoi qu'il en soit un trop grand nombre de « inadaptés » du système scolaire se voit officiellement qualifié comme handicapé, à coup de certificats médicaux, pour pouvoir bénéficier de quelques banales mesures pédagogiques (classes à effectif réduit, aide en classe ou même redoublement). Combien d'enfants en difficulté se trouvent ainsi mis abusivement dans la voie du handicap ? Sont-ils 100.000, 180.000 ou plus ?

Le « handicap » est aujourd'hui l'instrument de la médicalisation de l'échec scolaire. Dans cette optique tout ce qui est différent est vite perçu comme anormal. Les agités, les insoumis, les peu concernés par l'apprentissage ou les esprits « ailleurs », les enfants issus de l'immigration, risquent alors, plus que d'autres, d'être vite « psychiatrisés » par la voie généreuse du handicap.

Remarquez que le phénomène s'aggrave, mais n'est pas nouveau. En France nous comptons 2000 orthophonistes remboursés par la Sécurité Sociale qui bien souvent apprennent à lire à des enfants sans aucune pathologie avérée. Que se passe-t-il ?

public national unique d'assistance sociale se voit ainsi ébréchée.

Les 3 textes sont les interventions de la Table ronde « **Alerte : un enfant risque de ne pas être soigné** » du Colloque « **39 ALERTE !** » du 9/9/2015, au Sénat

PROGRAMME DU MEETING poétique et politique

Accueil à 9h - Ouverture par **Liliane Irzenski** (Collectif des 39) - **Patrice Bessac** (Maire de Montreuil) - **Philippe Rassat** (Collectif des 39)

Interventions poétiques et artistiques de la journée par

Hélène Bouchaud (actrice) - **Aurélien Chaussade** (acteur) - **Martine Irzenski** (actrice) - **TOLTEN** (rimeleur, vocalchimiste, ...)

10h00 - Table ronde « LES MACHINES À EFFACER L'ENFANCE » 1

Anne-Claire Devoge (à propos de la formation) - **Roger Ferreri** (à propos de l'HAS) - **Catherine Laval** (à propos de la destruction du Secteur infanto-juvénile) - **Philippe Rassat** (à propos de l'ARS)

11h30 - Témoignages « INVENTER DES PRATIQUES »

Marie Deslandes & **Damien Taburet** (« Caché dans la lumière », CMPP) - **Valérie Gay** (« Renaître avec Kirikou et plonger avec Némé », Association de parents) - **Pierre-Emmanuel Massoni** (« Apprendre à faire seul », Association « Les MinisPousses ») - **I.M.E. La Pinède** (« Travailler comme les lunambules »)

12h30 - Pierre Dardot (philosophe) « Question du commun »

13h - Déjeuner & Projection du film « *Vitrue : une école de la république* » - avec **Richard Hamon** (réalisateur)

14h30 - Aurélien Vernant (historien d'art) L'enfant constructeur d'espace

14h40 - Table ronde « LES MACHINES À EFFACER L'ENFANCE » 2

Sandrine Deloche (« ... à l'école ») - **Yann Diener** (à propos des médicaments) - **Carlos Parada** (la notion de « handicap »)

15h45 - Témoignages « INVENTER DES PRATIQUES »

Mateja Bizjak-Petit (marionnettiste, Centre de Créations pour l'enfance) - **Sofi Hémon** (plasticienne) - **Bernard Ferry** (Psychanalyste, ... en PMI) - **Sandra Meunier** (art-thérapeute, Neztole)

16h45 - Marie-José Mondzain (philosophe)

Christian Guibert (pédopsychiatre, « Entre savoir et culture : quel écart ? »)

Conclusion Hervé Bokobza - Jean-Michel Carbutar

Liliane Irzenski - **Marin Pavelka** (tous Collectif des 39)

Meeting sponsorisé par **Tyraline®**

CONTRIBUTION ÉCRITE

du Professeur Bernard GOLSE,

**Pédopsychiatre-psychanalyste, professeur de psychiatrie de l'enfant
et de l'adolescent à l'université Paris Descartes (Paris 5), chef du service
pédopsychiatrie de l'hôpital Necker-Enfants-malades (Paris)**

Quelques réflexions sur la psychiatrie des mineurs en France

Une discipline sinistrée

Par Bernard GOLSE¹

Texte rédigé à la demande du Sénateur Mr Michel AMIEL, rapporteur de la mission d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France

Introduction

La psychiatrie des mineurs, ou pédopsychiatrie, se trouve actuellement, en France, dans une situation véritablement sinistrée.

Il est évidemment grand temps de redresser la situation au risque de voir disparaître, purement et simplement, cette discipline pourtant garante d'une attention particulière au développement de la personne.

On constate aujourd'hui un certain nombre de dérives et d'illusions scientistes qui se font au détriment de la question de la souffrance psychique quotidienne, et les attaques contre la psychanalyse affaiblissent, finalement, la pédopsychiatrie dans son ensemble.

La pédopsychiatrie, comme la psychiatrie, doit évidemment demeurer une discipline rattachée à la médecine, mais elle n'est cependant pas une discipline strictement « MCO » (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) en ce sens qu'elle comporte aussi une dimension narrative (au même titre que l'histoire).

A l'interface des sciences expérimentales et des sciences narratives, elle implique une approche complémentariste (dans l'optique des travaux de G. DEVEREUX²) qui doit se traduire à la fois dans sa clinique, dans son

¹ Pédopsychiatre-Psychanalyste (Membre de l'Association Psychanalytique de France) / Chef du service de Pédopsychiatrie de l'Hôpital Necker-Enfants Malades (Paris) / Professeur de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'Université René Descartes (Paris 5) / Inserm, U669, Paris, France / Université Paris-Sud et Université Paris Descartes, UMR-S0669, Paris, France / Membre titulaire du PCPP, EA 4056, Université Paris Descartes / Membre associé du CRPMS, EA 3522, Université Paris Diderot / Ancien Membre du Conseil Supérieur de l'Adoption (CSA) / Ancien Président du Conseil National pour l'Accès aux Origines Personnelles (CNAOP) / Membre du Conseil Scientifique de la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et des Disciplines alliées (SFPEADA) / Président de l'Association Pikler Loczy-France / Président de l'Association pour la Formation à la Psychothérapie Psychanalytique de l'Enfant et de l'Adolescent (AFPPEA) / Président de l'Association CEREP/Phymontin / Président de l'Association Européenne de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent (AEPEA) / Président de la CIPPA (Coordination Internationale entre Psychothérapeutes Psychanalystes s'occupant de personnes avec Autisme et membres associés)

² G. DEVEREUX (1967), *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Paris, Flammarion, 1980., rééd., Paris, Aubier Montaigne, 1998

organisation fonctionnelle, dans sa modélisation théorique et dans les méthodes de formation qui conduisent à la profession de pédopsychiatre.

Quelques mots d'histoire

L'évolution de la demande sociale en matière de pédopsychiatrie

Les sociologues, tels que J.-Y. BARREYRE, nous aident à repérer ce type de modifications progressives.

Il est clair par exemple qu'en France, la demande sociale dans les années 1960/70, à l'égard de la pédopsychiatrie, était une demande centrée principalement autour de la question du sujet, de sa souffrance et de ses conditions de soin.

C'est dans cette perspective, que s'est déployé, me semble-t-il, tout le mouvement de sectorisation (en psychiatrie de l'adulte comme en psychiatrie de l'enfant) dont on sait par ailleurs qu'il renvoyait également à des objectifs égalitaires, et qu'il cherchait à tenir compte, pour lutter contre l'enfermement, de la terrible et douloureuse expérience concentrationnaire à laquelle la seconde guerre mondiale avait, hélas, donné lieu.

La politique de sectorisation est, certes, loin d'avoir été menée à son terme mais, à l'heure actuelle, il ne semble plus que les mêmes objectifs ou que les mêmes idéaux soient encore en jeu et, de ce fait probablement, la demande sociale a désormais changé.

On parle moins du sujet³, on parle moins de sa souffrance, on parle moins d'enfermement et l'on parle davantage de symptômes parmi lesquels, les projecteurs médiatiques se focalisent, par exemple, sur la violence des adolescents, sur la maltraitance sexuelle, sur les troubles obsessionnels-compulsifs (TOC), sur la maladie de Gilles de la Tourette (maladie des tics), sur les TOP (Troubles Oppositionnels avec Provocation), sur le TC (Trouble des Conduites), les TAC⁴ ou sur le THADA (Trouble Hyperactif avec déficit de l'Attention⁵ ...)

La tentation est grande, alors, de chercher la réponse médicamenteuse qui permettrait de supprimer rapidement le symptôme, sans avoir besoin de se livrer à une analyse psychopathologique complète de la situation, analyse forcément lente et plurifactorielle.

C'est ce que l'on a vu pour les TOC, les tics, les comportements psychotiques sans structure psychotique avérée et c'est, à mon sens, dans cette dynamique des idées et des attentes que l'hyperactivité de l'enfant a acquis, peu à peu, un statut clinique particulier et que s'est rapidement développé un engouement - dans le

³ Sauf pour le bébé dont on dit, peut-être un peu trop vite, qu'il est une personne, alors qu'il n'est qu'une personne en devenir, avec toutes les ambiguïtés du terme de personne dont le contenu a une fâcheuse tendance à la dérobade ...

⁴ Trouble de l'Acquisition des Coordinations

⁵ ADHD des auteurs anglo-saxons (Attention déficit with Hyperactivity Disorders)

grand public et dans les médias – pour les traitements de type amphétaminique ou pour ceux qui leur succéderont.

Fort heureusement, en France, à propos de l'hyperactivité, la situation n'est pas encore devenue aussi caricaturale que dans certains autres pays européens ou anglo-saxons, et les parents continuent à se poser souvent de bonnes questions quant à l'étiologie complexe d'un tel désordre, mais certains collègues et moi avions cru bon, cependant, il y a quelque temps, de tirer la sonnette d'alarme pour tenter d'éviter que ne se mettent en place d'éventuelles dérives irréversibles⁶.

Tel est donc l'arrière-plan « culturel » de la médiatisation de l'hyperactivité de l'enfant et d'une tentation réductrice insistante quant à sa conceptualisation et à ses modalités de prise en charge, mais ce type de démarche vaut malheureusement, aujourd'hui, de plus en plus, pour toute une série de symptômes érigés en entités nosologiques à part entière, au détriment de toute approche structurale et signifiante.

Le concept de psychopathologie et les modèles de référence

* La psychopathologie est encore enseignée dans les facultés de psychologie, mais elle ne l'est pour ainsi dire plus dans les facultés de médecine.

Ce concept se trouve donc en grande difficulté en ce moment dans la mesure où dans le champ de l'enfance, mais pas seulement, les troubles mentaux sont désormais envisagés soit d'un point de vue endogène purement neurodéveloppemental (pour ne pas dire neurologique !), soit d'un point de vue strictement exogène en termes de simples conséquences de traumatismes externes, actuels ou plus ou moins anciens.

Dans ces conditions, tout se passe alors comme s'il n'y avait plus de place pour la réalité psychique ou pour le monde interne, et donc pour la psychopathologie dont l'objectif central est, précisément, de comprendre la souffrance psychique en nouant de manière étroite le rôle des facteurs internes (biologiques et notamment génétiques) et celui des facteurs externes (les effets de rencontre avec l'environnement) propres au développement et à la biographie de chaque sujet.

* De ce fait, le modèle pédopsychiatrique continue à se chercher entre le modèle médical et le modèle psychopathologique.

De manière schématique, on peut dire que le modèle médical est plutôt unifactoriel, déductif et référé à une temporalité linéaire, tandis que le modèle psycho-pathologique est fondamentalement polyfactoriel, inférentiel et référé à une temporalité circulaire (incluant les effets d'après-coup)

Le modèle psychiatrique, quant à lui, cherche à se situer quelque part entre les

⁶ Cf. BURSZTEJN, J.-Cl. CHANSEAU, Cl. GEISSMANN-CHAMBON, B. GOLSE et D. HOUZEL, Ne bourrez-pas les enfants de psychotropes !, Le Monde, 56ème année, n° 17211, Samedi 27 mai 2000, 20

deux précédents, plus proche de l'un que de l'autre en fonction des époques et de l'influence des sciences objectives sur la pensée psychiatrique (alors même que, notons-le, la psychiatrie serait plutôt à mettre au rang des sciences dites « narratives »).

En tout état de cause, la pédopsychiatrie se fonde désormais sur un modèle polyfactoriel au sein duquel il importe de distinguer les facteurs primaires de susceptibilité, des facteurs secondaires de décompensation et de maintien de la psychopathologie (fixation par des facteurs secondaires tels que les significations fantasmatisques prises dans l'après-coup par les troubles pour un enfant donné et pour sa famille).

Ce modèle polyfactoriel nous permettra de prendre en compte une causalité dite « épigénétique » qui se développera sans doute intensément au cours des décennies à venir, causalité intégrant l'impact de l'environnement sur l'expression de notre génome en transcendant le clivage coûteux et stérile entre causalité psychique et causalité organique.

Que sont la psychiatrie et la pédopsychiatrie devenues ?⁷

Que l'on soit pessimiste ou pas, l'affaire est inquiétante, suffisamment inquiétante, en tout cas, pour qu'on s'y arrête un instant car une certaine psychiatrie a disparu, et la pédopsychiatrie est en voie d'extinction.

Certes, on recense toujours des psychiatres et des pédopsychiatres, et des activités dénommées « psychiatriques » ou « pédopsychiatriques » peuvent encore être répertoriées, mais la conception de la psychiatrie et de la pédopsychiatrie en tant que disciplines fondées sur la psychopathologie, c'est-à-dire sur l'espoir et la tentative de donner du sens aux divers destins individuels et à la souffrance des personnes, se voit aujourd'hui plus que menacée, et dorénavant déjà confinée dans un statut de vestige du passé.

Des preuves venant à l'appui de cette triste vision des choses, nous n'en manquons certes pas.

Sans hiérarchisation aucune, je citerai :

- L'usage pervers, depuis de trop longues années, du DSM IV⁸ en tant que manuel de Psychopathologie pour les étudiants en psychiatrie ou en pédopsychiatrie (qui n'en peuvent mais), alors même qu'initialement, il n'avait pour objectif que d'être une classification internationale des maladies ou affections seulement utile pour suivre l'évolution des patients, ou pour constituer des groupes homogènes de sujets permettant aux équipes de recherche de mettre leurs travaux en perspective, et ceci notamment sur le plan international. Purement descriptif, prétendument a-théorique (c'est à dire, en fait, grossièrement antipsychanalytique), il

⁷ Les lignes qui suivent empruntent beaucoup à un article précédemment publié sous la référence suivante : B. GOLSE, Que sont la psychiatrie et la pédopsychiatrie devenues ?, Le Carnet-PSY, 2006, 107, 28-30

⁸ 4^{ème} édition du « Diagnostic and Statistical Manual »

réduit évidemment la clinique (pédo)psychiatrique à une simple activité de recension de symptômes aussi plate qu'abêtissante, et bientôt propre à pouvoir être effectuée par des ordinateurs qui - Dieu merci ! - seront enfin susceptibles d'esquiver la rencontre humaine dont on sait les imperfections et les inexactitudes !

- La mise en œuvre annoncée du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes Informatiques), ou de ses variantes à peine édulcorées qui, en dépit de tous les efforts déployés pour l'éviter⁹, permettra un jour à nos instances de tutelle, sous couvert d'optimisation démocratique des coûts, de rationaliser en réalité la pénurie et de vider la psychiatrie et la pédopsychiatrie de ce qui fait le vif de leur essence, à savoir la créativité et l'inventivité clinique, théorique et thérapeutique permettant à chaque rencontre avec un patient, d'être singulière et spécifique, ceci étant dit sans aucune intention de faire l'apologie de l'ineffable, car je sais bien, tout de même, la nécessité absolue d'une auto-évaluation sérieuse de nos pratiques.
- Les trois expertises collectives de l'INSERM, enfin, qui ont successivement voulu démontrer « scientifiquement » la victoire de la pédopsychiatrie quantitative et biologique dans le repérage et le dépistage des troubles mentaux des enfants et des adolescents, la suprématie déclarée incontestable des thérapies cognitivo-comportementales sur les psychothérapies psychanalytiques ou d'inspiration psychanalytique, la possibilité enfin de repérer dès la crèche les futurs adolescents délinquants de nos cités de demain ...

De la première expertise collective, Claude BURSTEJN (Strasbourg) et Didier HOUZEL (Caen), tous deux professeurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, et moi-même avions bruyamment démissionné, après plusieurs années d'un travail difficile, pour ne pas cautionner la parution d'un document final qui nous paraissait être, finalement, un torchon méthodologique dangereux et en réalité malhonnête¹⁰.

En tout état de cause, la question se pose aujourd'hui de savoir quelle psychiatrie, quelle pédopsychiatrie souhaite véritablement soutenir l'INSERM, et quelles sont ses intentions réelles à ce sujet, intentions qui se cacheraient (peut-être ?) derrière le parti pris de singer la méthodologie de « l'Evidence Based Medecine » seulement capable, pourtant, de venir laminer la clinique psychopathologique, et la vider de sa substance même.

⁹ Voir l'ouvrage collectif : *Le PMSI en psychiatrie infanto-juvénile – Logique de soins, logique d'évaluation, logique de coût ?* (sous la direction de M. CARON-LEFEVRE, F. COSSERON et B. GOLSE), P.U.F., Coll. « monographies de la psychiatrie de l'enfant », Paris, 2005

¹⁰ B. GOLSE, D. HOUZEL et Cl. BURSZTEJN, L'histoire d'un refus : introduction aux textes de B. GOLSE, D. HOUZEL et Cl. BURSZTEJN, *La Psychiatrie de l'enfant*, 2003, XLVI, 2, 381-394

La question des investissements financiers dans la recherche en (pédo)psychiatrie est donc ouverte, mais les choses semblent pencher aujourd'hui du bien mauvais côté ...

Alors comment comprendre ce qui, à mes yeux, fait figure de désastre ?

Je ne me risquerai, ici, qu'à trois hypothèses, mais qui sont, me semble-t-il, des hypothèses fortes.

- *Une hypothèse sociologique* tout d'abord, qui concerne les modifications de la demande de la collectivité envers les psychiatres et les pédopsychiatres, modifications déjà évoquées et sur lesquelles je ne reviens donc pas.
- *Une hypothèse économique ensuite*

La pression des laboratoires pharmaceutiques est énorme dans le champ de la psychiatrie adulte, privant d'ailleurs les enseignants d'une possibilité de transmission véritablement libre des connaissances, et la situation, si nous n'y prenons garde, risque de devenir identique dans le champ de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Fort heureusement, les parents nous posent encore de bonnes questions et ne veulent pas s'en tenir à un traitement symptomatique médicamenteux, mais la dérive est déjà en route.

Même si nous n'en sommes pas encore à la situation scandaleuse des Etats-Unis, et malgré toutes les précautions prises en matière de première prescription, la consommation des produits amphetamine-like a triplé, en France, au cours des quatre dernières années dans son indication concernant l'hyperactivité ... alors que l'analyse psychopathologique des troubles peut, en fait, donner lieu à des choix thérapeutiques multidimensionnels fort intéressants.

Il n'y a donc pas, pour peu qu'on se donne la peine de penser, « la Ritaline, sinon rien d'autre ! »

Quant au dernier rapport INSERM évoqué ci-dessus, il ouvre délibérément la porte à une prescription élargie de psychotropes chez l'enfant dans une perspective dite « préventive » et ceci, avant l'âge de trois ans (alors que jusqu'à maintenant, les autorisations de mise sur le marché sont encore très resserrées en psychiatrie infanto-juvénile, ne serait-ce qu'en raison d'un principe élémentaire de précaution).

- *Une hypothèse psychologique ou anthropologique, enfin*

Il existe depuis longtemps une sorte de consensus tacite entre les médias et le grand public pour toujours évacuer la complexité qui nous confronte immanquablement à la question de la sexualité, de la souffrance psychique et de la mort.

D'où la fascination actuelle d'un grand nombre d'équipes psychiatriques pour une clinique de l'instant et les mirages de l'évaluation, au détriment

d'une clinique de l'histoire, alors même que les deux axes se devraient de demeurer étroitement liés.

Or, la vie psychique n'est pas simple, et les troubles de la vie psychique non plus.

Vouloir le faire croire est une escroquerie, mais une escroquerie qui se fonde sur ce paradoxe que l'humain s'attaque toujours à ce qu'il a de plus précieux, à savoir sa capacité de penser.

De ce fait, tout se passe comme si la pensée avait horreur d'elle-même, comme s'il existait, partout et toujours, une sorte de haine de la pensée envers elle-même.

Pouvons-nous vraiment croire, comme on nous l'annonce régulièrement, qu'il existe un gène du bonheur, un gène de l'héroïsme, un gène de la violence, un gène de l'homosexualité, et même ... un gène de l'autisme ?

Les choses sont bien plus complexes que cela, et quand bien même il y aurait une participation génétique à ces différentes problématiques (ce qui est d'ailleurs hautement probable), les généticiens authentiques et dignes de ce nom savent désormais qu'il s'agit d'une génétique infiniment subtile et sophistiquée, d'une génétique dite des « traits complexes », soit une génétique de vulnérabilité qui laisse une place à l'impact de l'environnement, et non pas une génétique causale qui rendrait l'homme, telle l'amibe, littéralement prisonnier de son génome, pour reprendre, ici, les termes de F. JACOB¹¹.

Cette haine de la pensée envers elle-même renvoie à un masochisme fondamental de l'être humain.

Nous ne le modifierons pas d'un tour de main, bien évidemment ...

Mais nous avons à veiller à ce que ce masochisme ne soit pas trop efficient au niveau de la demande collective en matière de soins psychiques, et pas trop utilisé par les firmes pharmaceutiques pour faire gagner du terrain à leurs entreprises déjà florissantes.

« On se lasse de tout, sauf de comprendre », disait déjà VIRGILE.

Dans le champ de la psychiatrie et de la pédopsychiatrie, si nous renonçons à comprendre, c'est-à-dire à donner du sens, alors nous ouvrons un boulevard aux traitements psychotropes linéaires et monotones, nous nous privons de toute analyse psychopathologique complexe mais fascinante, et nous laissons libre champ à notre masochisme fondamental.

Ce n'est pas seulement l'existence d'une psychiatrie et d'une pédopsychiatrie authentiques qui se trouve, ici, en cause.

Il en va tout simplement du respect et de la dignité des sujets et des patients dont nous avons la responsabilité en tant que professionnels et soignants de la psyché.

¹¹ F. JACOB, *La logique du vivant - Une histoire de l'hérédité*, Gallimard, Coll. « Bibliothèque des Sciences Humaines », Paris, 1970

Nous avons, aujourd'hui, éminemment besoin d'une Direction Générale de la Santé forte et puissante et qui soit à même d'équilibrer la logique, par définition, purement comptable de la Direction des Hôpitaux, mais ceci ne semble pas pour demain, et l'objectif s'enfuit aujourd'hui, devant nous, telle la ligne d'horizon !

Positionnement de la pédopsychiatrie face aux multiples sollicitations dont elle fait l'objet

90% des enfants vus en consultation sont amenés pour des troubles ou des difficultés qui ne sont en fait que des variations de la normale, et non pas des troubles inscrits dans des pathologies spécifiques rares et pour lesquelles aucune prise en charge très spécifique n'est finalement véritablement proposée.

Cette question des variations de la normale n'existe pas véritablement dans les champs de la médecine dite « MCO », et elle doit absolument être prise en compte par la pédopsychiatrie car c'est elle qui fonde la problématique du mal-être psychologique et socio-pathologique.

L'organisation en centres de référence pour maladies spécifiques et finalement rares est donc intéressante mais elle ne répond pas, tant s'en faut, à l'ensemble des questions posées car il est clair (heureusement d'ailleurs !) que l'on peut être malheureux sans être malades, et que l'on peut être en difficulté sans être autiste, hyperactif, dysphasique ou dyspraxique ...

Veillons donc à ce que tous les crédits dédiés à la pédopsychiatrie ne soient pas strictement fléchés vers les centres de référence car il y a beaucoup d'enfants (bébés, enfants ou adolescents) qui ne s'inscrivent pas dans les problématiques de ces centres hyper-technicisés et qui demandent pourtant à être aidés.

La question des Troubles envahissants du développement est ici emblématique car si on considère que les troubles du spectre autistique concernent 1 enfant sur 50, alors l'autisme devient véritablement un trouble envahissant du débat et sa prise en charge peut facilement monopoliser toutes nos forces vives.

On voit bien derrière cette question de l'autisme (dont la forme typique demeure résolument rare) toutes les forces d'influence qui pèsent (politiques, médiatiques et financières) et qui privent la réflexion de sa dimension scientifique qui devrait pourtant être la principale.

C'est aussi la politique des services qui se trouve ici interrogée et qui doit pouvoir répondre à une demande tout-venant sans trop s'enfermer dans des thématiques prioritaires qui ne répondent pas à l'ensemble des besoins tout en créant des files d'attente et des délais d'attente actuellement déraisonnables.

Les centres experts ne peuvent d'ailleurs qu'être exagérément encombrés s'ils n'interviennent pas seulement en deuxième ligne après une première étape d'analyse clinique (diagnostic nosologique) devant se faire dans le réseau des institutions sanitaires et médico-sociales (hospitalières, associatives ...) dont la

formation en matière d'évaluation clinique doit être considérablement renforcée dans le champ des problématiques cliniques relevant de centres experts ou de centres ressources (qui, outre leurs missions d'information et de formation, sont les structures aptes à assurer les étapes du diagnostic étiologique et fonctionnel en vue de l'orientation thérapeutique des enfants).

Si l'on se réfère à un modèle polyfactoriel des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, l'un des facteurs de décompensation importants actuellement est la précarité dont les effets épigénétiques et cérébraux sont certainement très importants¹² alors même que les études actuelles de pédopsychiatrie ne préparent aucunement les étudiant à une véritable réflexion sur cette problématique.

Tout ceci devrait nous conduire à réhabiliter la psychopathologie qui mériterait, comme l'a indiqué en 2014 le *British Journal of Psychiatry*¹³, de redevenir le cœur même du métier de psychiatre ou de pédopsychiatre, étant entendu que la psychopathologie n'est pas seulement de nature psychanalytique, mais qu'elle est aussi cognitive, systémique ou familiale, et même développementale.

De ce point de vue, le neuroscientifique François GONON a bien démonté la « bulle spéculative » de la psychiatrie biologique¹⁴ qui menace, certes, davantage la psychiatrie de l'adulte que la pédopsychiatrie, mais nous avons tout de même à demeurer vigilants quand on observe ce qui se passe quant aux prescriptions croissantes en matière d'hyperactivité ou de bipolarité précoce ou dite telle.

Organisation souhaitable

Je n'insisterai ici que sur trois points principaux :

* Une fois rappelé l'engouement actuel pour les bébés et les adolescents, il importe de souligner que l'enfant de la période scolaire doit aussi demeurer un objet d'attention pour la pédopsychiatrie.

Nombre de « maisons de l'enfance » et de « maisons des adolescents » ont en effet vu le jour, mais la période de latence (6 à 12 ans) n'a pas fini de nous livrer tous ses secrets, ni sur le plan clinique ni sur le plan théorique.

Un nouveau problème de santé publique s'offre ainsi à notre réflexion, celui de l'augmentation de fréquence considérable des suicides chez les pré-adolescents, problème douloureux, complexe et certainement pluri-déterminé.

¹² Voir le Dossier : « Comment la pauvreté maltraite le cerveau », Le Monde, Cahier du Monde n° 22447, Mercredi 15 mars 2017, pages 1, 4 et 5

¹³ G. STANGHELLINI et M.R. BROOME, Psychopathology as the basic science of psychiatry, Br. J. Psychiatry, 2014, 205, 169-170

¹⁴ F. GONON, La psychiatrie biologique : une bulle spéculative, Esprit, Novembre 2011, 54-73

Le rapport de B. CYRULNIK¹⁵ doit ainsi nous inspirer et nous inciter à approfondir nos réflexions.

* La perspective de mise en place des Dispositifs Territoriaux (DT) en matière de soin, de formation et de recherche semble prometteuse en permettant le déclivage des centres universitaires et non universitaires et en offrant aux actions cliniques et aux recherches des bassins de population plus larges et mieux appréhendables, mais il importe que ces DT ne deviennent pas, avant même leur véritable naissance, des usines à gaz inmaniables et infiltrés d'enjeux de pouvoir ...

* Compte tenu des découpages administratifs qui ne se superposent pas entre les secteurs psychiatriques, scolaires, sociaux, juridiques ... et qui compliquent énormément la cohérence des actions de prévention et de suivi des enfants les plus en difficulté, il serait urgent de réactualiser l'expérience du Secteur Unifié de l'Enfance (SUE) qui avait été tentée dans les années 1970/1980 (Pr M. SOULÉ) et qui a, hélas, été supprimée en dépit des résultats très fructueux auxquels elle avait pourtant donné lieu.

Remarques sur la formation et la recherche

La question de la néoténie humaine sous-tend un certain nombre d'enjeux éthiques qui se doivent d'infiltrer profondément nos actions cliniques, nos actions de formation et nos actions de recherche en matière de pédopsychiatrie.

Néoténie, épigénèse, diversité et enjeux éthiques

Le bébé humain est sans aucun doute le plus immature, à la naissance, de tous les bébés mammifères.

Il est clair que le nouveau-né humain, même à terme, est tout à fait inachevé, et qu'il est beaucoup plus dépendant de son entourage que les bébés des autres espèces mammifères (on sait, par exemple, que le petit poulain sait marcher dès la naissance, ainsi que le petit veau, pour s'en tenir à ces deux illustrations bien connues).

Cet inachèvement premier de l'être humain qui a pour nom la néoténie, rend le bébé humain très fragile, vulnérable et environnement-dépendant.

Pourtant, si cette caractéristique a été sélectionnée par l'évolution darwinienne, c'est qu'elle comporte sans doute quelques avantages.

Parmi ceux-ci, on peut imaginer que cet inachèvement est source de diversité. Arrêtons-nous un instant sur cette hypothèse.

¹⁵ B. CYRULNIK, *Quand un enfant se donne « la mort » - Attachement et sociétés*, Editions Odile Jacob, Paris, 2011

Du fait de la grossesse relativement brève (écourcée ?) dans notre espèce, le bébé humain est aussi le seul de tous les bébés mammifères qui naît alors même que la construction de son cerveau n'est pas encore entièrement terminée.

Certes, il y a eu pour lui une première phase très active de construction cérébrale et de synaptogenèse¹⁶ qui lui a permis de mettre en place de manière séquentielle ses différents appareils sensoriels (d'abord le tact, puis l'olfaction, puis le goût, puis l'audition et enfin la vision), mais la deuxième grande phase d'organisation cérébrale aura lieu après la naissance, et elle s'étendra même sur les trois ou quatre premières années de la vie.

Autrement dit, la plus grande partie de la construction du cerveau humain s'effectue à l'air libre, après la sortie du bébé du corps de la mère, contrairement aux bébés des autres espèces mammifères qui naissent avec un cerveau pour ainsi dire achevé et d'emblée opérationnel de manière assez autonome.

Ceci n'est pas sans conséquence.

En effet, il importe de rappeler, ici, que nous ne disposons de guère plus de gènes que certains animaux assez primitifs comme la mouche, par exemple, soit 35.000 gènes environ !

La grande différence entre la mouche et nous, être humains, c'est que la mouche n'est que le produit de ses 35.000 gènes, alors qu'en ce qui nous concerne, nous sommes le produit de nos 35.000 gènes mais aussi de ce que l'on désigne aujourd'hui sous le terme d'épigénèse.

L'épigénèse correspond à l'ensemble des mécanismes qui gouvernent l'expression de notre génome.

Notre génome est ce qu'il est et jusqu'à maintenant, avant l'ère des futures thérapies géniques en tout cas, nous ne pouvons pas le modifier.

En revanche, notre environnement semble susceptible de pouvoir influencer l'expression de notre génome, c'est-à-dire de pouvoir activer ou au contraire inhiber l'activité de certains gènes ou de certaines parties de nos chromosomes.

Quoi qu'il en soit des mécanismes intimes de cette régulation dont l'exploration ne fait que débiter, il est tout à fait possible de penser que cette influence de notre environnement sur l'expression de nos gènes est quantitativement encore plus importante que l'activité de ces gènes elle-même.

Deux remarques s'imposent alors : d'une part, la fin de la construction du cerveau humain s'effectuant, nous l'avons dit, au contact de l'environnement postnatal, l'épigénèse cérébrale fait que chaque bébé humain va organiser son architecture cérébrale de manière différente et spécifique puisque chaque bébé naît dans un environnement qui lui est particulier, et d'autre part, quand nous parlons d'environnement, il faut probablement entendre ce terme au sens le plus large qui soit, soit l'environnement biologique, alimentaire, écologique, socio-culturel mais aussi, peut-être, relationnel.

¹⁶ Mise en place des synapses, c'est-à-dire des jonctions entre les différentes cellules nerveuses (neurones) qui composeront les circuits cérébraux

On voit donc que l'épigénèse cérébrale, avec son corollaire obligé qui est celui de « plasticité neuronale » (F. ANSERMET et P. MAGISTRETTI), est ainsi la clef qui nous permet de commencer à mieux comprendre l'origine de la stupéfiante diversité qui règne au sein de l'espèce humaine, sans doute beaucoup moins prisonnière de son génome que ne peuvent l'être l'amibe ou les organismes pauci-cellulaires par exemple (F. JACOB).

L'étude de l'épigénèse en général, et celle de l'épigénèse cérébrale en particulier, va certainement ouvrir une nouvelle page de la biologie humaine, car en nous éclairant sur les liens dialectiques qui existent vraisemblablement entre le génome et l'environnement, soit entre la nature et la culture, elle nous montrera sans doute à quel point le développement de l'être humain, plus que tout autre, se joue à l'interface des facteurs endogènes et des facteurs exogènes. Tout ceci ouvre donc, on le sent bien, sur la question anthropologique importante de la liberté développementale qui est peut-être, en partie, la nôtre.

En matière d'actions cliniques

Il importe, me semble-t-il, de pouvoir disposer de structures de soin aptes à suivre et des bébés, et des enfants et des adolescents afin de favoriser autant que possible se peut le déploiement d'une psychopathologie développementale et de rendre plus faciles, pour la recherche, les suivis de cohortes dont on sait la difficulté encore persistante en France.

Une attention particulière doit être portée, bien entendu, sur la périnatalité et sur la petite enfance dont on sait l'importance comme soubassement des étapes du développement ultérieur, mais sans que ceci se fasse au détriment des autres âges de la vie des mineurs.

La clinique pédopsychiatrique enfin, doit se situer délibérément en référence à une scientificité narrative et pas seulement à une scientificité de type expérimentale au sens des disciplines neuroscientifiques habituelles.

En matière de formation

Un module humaniste devrait être suivi par tous les étudiants en médecine, et ceci dès le début des études afin de redonner à la médecine, et en particulier à la pédopsychiatrie, une dimension fondée sur la rencontre interhumaine et sur ses spécificités.

Au cours des études de pédopsychiatrie, outre les connaissances proprement cliniques et thérapeutiques, doivent impérativement être aussi apportées une formation à la transdisciplinarité, une formation à la prévention, une formation à l'épistémologie et à une réflexion sur la causalité

La nouvelle maquette qui voit disparaître le DESC de pédopsychiatrie au profit d'une « option » pédopsychiatrique, ne comportera pendant la phase-socle qu'un seul semestre d'internat en pédopsychiatrie (sauf modification à venir) et de ce fait il existe un risque certain de baisse des vocations pédopsychiatriques, ce qui serait évidemment fort dommageable compte tenu du fait qu'il existe déjà une

pénurie de pédopsychiatres et que certains postes sont occupés par des psychiatres d'adultes.

En matière de recherche enfin,

Je dirai seulement ici que les recherches pédopsychiatriques ne sauraient être seulement biologiques ou neurobiologiques, mais qu'elles doivent se déployer également à l'interface des neurosciences et des sciences humaines (anthropologie, linguistique, phénoménologie, sociologie ...) en s'appuyant sur des méthodes mixtes de recherche, soit sur des méthodes à la fois quantitatives et des méthodes qualitatives dont le développement actuel est très prometteur.

Les recherches sur l'évaluation des psychothérapies et des processus de changement (spécifiques et non spécifiques) méritent d'être soutenues activement.

Conclusion

Si la pédopsychiatrie se trouve aujourd'hui dans une situation difficile et fortement menacée, n'oublions pas qu'elle est une discipline essentielle pour aider les enfants en souffrance à devenir des adultes dignes de ce nom, c'est-à-dire des adultes respectés et qui se respectent eux-mêmes, ce qui exige de nous tous - et des responsables politiques notamment - une attention particulière afin de ne pas en revenir à la situation d'autrefois où cette discipline était purement et simplement noyée dans la neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Il s'agirait d'une régression épistémologique extrêmement réductrice pour la pédopsychiatrie, régression à laquelle personne n'à y gagner quoi que ce soit, à commencer par les enfants eux-mêmes.

Adresse-contact

Pr Bernard GOLSE
Service de Pédopsychiatrie
Hôpital Necker-Enfants Malades
149 rue de Sèvres, 75015 Paris
Tél : 01 44 49 46 74
Fax : 01 44 49 47 10
Mail : bernard.golse@aphp.fr