

- 1** Éditorial
Roger Teboul
- 3** Sur l'agenda
- 5** Etats Généraux : mission accomplie ?
- 7** «Brèves de comptoir» des Etats Généraux
- 9** La pédopsychiatrie publique en chiffres
- 13** Que s'est-il passé dans les régions pour la préparation des Etats Généraux ?
- 18** Dix propositions pour la pédopsychiatrie
- 19** Notes de lecture
- 20** Bulletin d'adhésion

Cette lettre n° 37 est entièrement consacrée aux États Généraux de la pédopsychiatrie qui ont eu lieu dans les salons de l'Hôtel de ville de Paris le 4 avril dernier. Comme vous pourrez le lire dans les deux reportages de C. Libert et C. Puybaret-Bataille, cet événement de portée nationale a marqué les esprits des 650 participants qui y ont assisté. Le fait que la salle n'ait pas désempi au fil de la journée est sans doute un indicateur de l'intérêt porté.

L'union fait la force

L'éditorial de Roger Teboul

Cet événement qui, ne boudons pas notre plaisir, s'est tenu à l'initiative de l'API est le fruit d'un long travail des quatre associations partenaires, API, FDCMPP, SFPEADA et SIP. Ce travail au sein du comité de pilotage national a été relayé et nourri par le travail des régions (là aussi grâce à la forte implication de notre association). Il faut saluer ici le remarquable effort accompli par tous les membres de l'API impliqués ici ou là et que je ne pourrai pas tous citer. Une mention particulière doit cependant être faite pour le coordinateur national, J. Sarfaty, qui a su tenir ce rôle difficile sans ménager sa peine.

n°37
6/2014

Les Etats Généraux de
la Pédopsychiatrie

Hôtel de Ville de Paris
Vendredi 4 avril 2014



Un des éléments du succès de cette journée réside aussi dans la décision du comité de pilotage national de faire appel à une agence de communication, connue de V. Chebat, afin d'animer les débats et surtout de réaliser un film de 18 minutes «*Si je vous dis Pédopsychiatrie*» visible sur le site de l'API. Ce film qui donne la parole à 29 familles d'enfants suivis par nos services aux quatre coins du territoire national a ouvert la journée et permis l'organisation d'un débat très riche entre les familles, nos partenaires et nos services. C'est ce débat qui a sans doute donné un ton nouveau et nous a engagés sur un chemin que nous avons bien du mal à prendre jusque-là dans nos diverses réunions et colloques.

Vous lirez aussi dans les pages de cette lettre un article intitulé «*La psychiatrie infanto-juvénile en chiffres*» qui montre l'importance de notre travail et les difficultés auxquelles nous sommes confrontés aujourd'hui pour répondre à une demande de soins en augmentation constante. Le texte de C. Desobry qui synthétise le travail fait dans chaque région est à lire pour ce qu'il témoigne des difficultés et problèmes rencontrés sur le terrain, mais aussi des initiatives prises ici ou là pour y faire face en mobilisant les capacités créatrices de nos services.

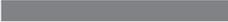
Les dix propositions présentées à la fin des États Généraux figurent aussi dans cette lettre. Elles peuvent apparaître un peu trop consensuelles face à l'enjeu. Elles sont le fruit d'un débat parfois vif entre les quatre partenaires et représentent, à ce titre, une avancée qui devrait nous permettre de nous présenter auprès de nos interlocuteurs avec le socle commun qui nous unit. Si l'union fait la force, cet exercice ne devrait pas rester vain et s'est déjà concrétisé par une rencontre le 12 mai avec F. Crémieux qui s'occupe de la stratégie nationale de santé au cabinet de Marisol Touraine, accompagné de C. Bronnec et I. Prade de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS).

Nous pouvons regretter l'impact médiatique limité des États Généraux. *France Inter* a passé dans son émission matinale du 4 avril, un sujet de cinq minutes sur la pédopsychiatrie afin de présenter notre manifestation. *Libération* l'a aussi présentée dans un entrefilet et *Ouest France* a rédigé un article le même jour. La presse professionnelle a aussi relayé nos propositions (APM, Hospimédia). R. Horowitz, le vice-président de la FDCMPP a été l'invité de la radio «*Vivre FM*» le 8 avril pour parler des États Généraux

et de la pédopsychiatrie pendant près de 20 minutes. C'est peu, mais ce n'est pas si mal pour un début.

Tout cela nous invite à réfléchir sur la suite à donner à cet événement qui visait plusieurs objectifs dont la mobilisation des régions pour notre profession menacée, une nouvelle image à donner après un certain nombre d'attaques frisant parfois la diffamation, la reconnaissance de nos actions par les pouvoirs publics et nos administrations de tutelle. Je serai, pour ma part, favorable à ce que les quatre associations poursuivent cette réflexion sur la façon de communiquer sur notre travail en nous alliant avec les familles de nos patients. Nous avons maintenant à peser de tout notre poids sur le débat public et les décisions qui ne vont pas manquer d'être prises pour la santé mentale et la psychiatrie lors de l'élaboration de la loi sur la santé publique et dans le cadre de la stratégie nationale de santé qui l'accompagne. C'est à nous de nous donner les moyens de le faire et de proposer de nouveaux débats aussi riches avec encore plus d'impact médiatique.

Deux petites notes de lecture vous permettront de souffler un peu et de vous replonger dans la clinique, l'une d'Y. Coinçon sur le «*Guide pour prévenir la maltraitance*» de Marc Gérard et l'autre de S. Berdah pour le dernier ouvrage d'un éminent membre de l'API, J. Constant, «*Voyager en pays autiste*».



Docteur Roger TEBOUL
Président de l'API



Les journées de l'API

Les forces vives de l'API ayant été très mobilisées par l'organisation des États Généraux, nous n'avons pas pu organiser les journées de l'API, comme nous le faisons tous les ans en mai ou juin dans une ville de province. Nous en sommes désolés, d'autant plus que le conseil d'administration de notre association devait être renouvelé. Ce renouvellement est donc reporté d'un an et se fera lors des **journées de l'API en 2015 à Angers**. Des précisions sur ces journées vous seront données ultérieurement.

L'assemblée générale de l'API qui a lieu habituellement au cours des journées de l'API, se tiendra **le lundi 13 octobre 2014 au soir**, au moment des rencontres de perfectionnement des pédopsychiatres de service public (voir annonce ci-dessous), probablement **dans un amphi de l'hôpital Ste Anne**. Si vous êtes à jour de votre cotisation à l'API, vous recevrez une convocation en septembre.

Les 12èmes rencontres annuelles de perfectionnement des pédopsychiatres de service public

Elle se tiendront au ministère de la santé les lundi 13, mardi 14 et mercredi 15 octobre 2014 sur le thème « DEPRESSIONS DU BEBE A L'ADOLESCENT ».

Extraits de l'argument :

« Les dépressions, comme les autres affections psychiatriques, présentent des composantes sociales dans un monde moderne qui privilégie les performances individuelles et sollicite plus que jamais le potentiel narcissique des individus. (...) »

Les enjeux psychopathologiques des dépressions sont variés tout comme ses formes cliniques sont multiples. Elles peuvent revêtir des formes trompeuses, dites « masquées », particulièrement chez l'enfant et l'adolescent. Les différents tableaux cliniques présentent de plus des spécificités développementales liées à l'âge. (...) »

Des efforts importants sont à déployer dans le domaine du dépistage. La stratégie nationale de santé met aujourd'hui l'accent sur la prévention et la santé des jeunes. (...) »

La connaissance des tableaux cliniques souvent atypiques, des facteurs de risque, des outils diagnostiques et l'évaluation de la gravité des signes dépressifs sont essentiels pour la mise en place de parcours de soins et de mesures thérapeutiques adaptés. (...) »

Programme

Lundi 13 octobre

Matin : Définition de la notion de dépression et évolution du concept

Dépression du bébé

Après-Midi : Dépression de l'enfant

Mardi 14 octobre

Matin : Dépression à l'adolescence

Après-Midi : Dépressions et aspects spécifiques (troubles bipolaires, somatiques, du sommeil)

Mercredi 15 octobre

Matin : Questions d'actualités, bilan des états généraux, actualités des recommandations de l'HAS et de la mise en place du DPC.

Film du CNASM : « Ados en bad »

Organisateurs : FFP-CNPP, API, SFPEADA, SIP

Pour toute demande d'information, s'adresser à ffpsychiatrie@wanadoo.fr

Colloque Tony Lainé

« La raison du plus fou », penser la psychiatrie aujourd'hui

les 14 et 15 novembre 2014 à l'Auditorium de la Cité des sciences et de l'industrie, Paris.

Extraits de l'argument :

« Aujourd'hui, notre champ professionnel, nos pratiques de soins et leur avenir se confrontent à la transformation de leur environnement. Les pressions sur les pratiques et le malaise dans la transmission, légitiment l'urgence d'une réflexion mobilisatrice, concrétisée entre autre par la vitalité de certains Collectifs, Appels et autres Etats Généraux. (...)

Nous ressentons le besoin de défendre et de repenser nos pratiques, comme a pu le faire - en son temps - Tony Lainé, dans le souci de l'autre et dans la solidarité avec la folie. Il avait démontré, en tant que psychanalyste, qu'en s'appuyant sur la culture, la création, la formation dans l'esprit de l'éducation populaire, on trouvait des sources vives pour subvertir la force des inerties. (...)

Il est pertinent de revenir sur cette période, dont les effets sont encore très présents dans notre quotidien professionnel. (...) L'œuvre de ce pionnier de la psychiatrie de l'enfant qu'était Tony Lainé, soucieux de transmettre sa pratique, son éthique et son amour de l'humain, garde toute sa fécondité.»

Programme

Vendredi 14 novembre

Matin : Tony Lainé, hier... aujourd'hui

Après-Midi : La raison du plus fou.

Enjeux actuels

Samedi 15 novembre

Matin : Enfant dans la cité

Après-Midi : Créativité versus Marchandisation

Organisateurs : API, CEMEA, IMEC, ACCES

Website & Inscriptions : webmastersite.perso.neuf.fr/Tony-Laine-Colloque-2014.html



Etats Généraux de la pédopsychiatrie : mission accomplie ?

Reportage dans les salons de l'hôtel de ville de Paris

**Christophe LIBERT
PH secteur 94105**

8h00 le 4 avril 2014, devant l'Hôtel de ville de Paris, les premiers invités - oui, le Maire de Paris nous invite ! - se pressent. La file d'attente grandit rapidement quand vers 8h30 les portes s'ouvrent. Après avoir franchi le filtre de sécurité de rigueur, nous montons, impressionnés, émus, la centaine de marches de l'escalier monumental qui nous conduit aux "salons". Les organisateurs s'affairent dans la dernière ligne droite des préparatifs de cet événement après un an et demi d'intense labeur. En quelques minutes, les quelques 650 invités et intervenants prennent place dans ce lieu magnifique, à la hauteur de l'occasion.

La journée nationale des Etats généraux peut commencer. La retransmission simultanée sur internet est en place.

Jacques Sarfaty qui a été le coordinateur de l'organisation de ces Etats Généraux, ouvre les débats. Après avoir expliqué le processus long et passionnant de cette mobilisation, il rappelle les objectifs de cette journée nationale : "Il s'agit de faire connaître au public notre discipline (...), faire reconnaître la légitimité de notre travail (...). Nous attendons des pouvoirs publics qu'ils entendent notre message", tout en précisant qu'il est question de "partir du regard que les principaux intéressés - les familles - ont sur nous".

La matinée donne la parole aux parents

Temps fort, inédit, sans doute le plus marquant de cette journée. Les parents ont répondu présents à l'invitation. A côté d'eux, des professionnels de

la Pédopsychiatrie, de la Justice, de l'Education Nationale, de l'Enfance plus largement, responsables institutionnels et élus. Un film d'une vingtaine de minutes donne le "la". 29 parents y témoignent de leurs attentes envers la pédopsychiatrie. Puis les parents présents s'expriment. Ils ont des mots denses et souvent émouvants. Ils sont reconnaissants : "Avec la pédopsychiatrie, une porte s'est ouverte pour nous", "Vous vous adressez aux enfants en tant qu'individus et c'est important". Ils émettent des critiques et des requêtes : "Nous avons besoin de plus d'écoute et d'attention", "On se sent à l'écart", "On n'arrive pas à vous joindre", ou encore "Ouvrez-vous un peu aux autres méthodes !". Ils parlent des "psys", de leurs enfants, de leur quotidien semé d'embûches et de souffrance. Ils formulent la nécessité de réponses à leurs appels tant en termes de moyens que d'organisation. Les professionnels écoutent, donnent leurs points de vue et ébauchent des réponses. De ces interactions hésitantes, naît un dialogue franc et sensible. Des représentants d'associations - l'UNAFAM notamment - apportent du liant par le "volontarisme" qu'ils prônent. Et pour une fois, ce n'est pas un psy qui soutient la construction d'un lien qui pourrait s'avérer difficile, c'est un journaliste, Laurent Sablic, en position de tiers neutre, dont nous saluons le travail effectué tout au long de cette journée. Grand témoin de cette journée, le Pr Jacques Hochmann (Professeur émérite de pédopsychiatrie à Lyon) commente avec des mots justes dans lesquels chacun peut se retrouver. Tout de même, deux regrets énoncés par les invités interrogés à la fin de cette matinée : l'autisme encore surreprésenté dans les débats, et un "travailler ensemble" qui deviendrait un mot d'ordre où les places de chacun - familles et professionnels - seraient moins différenciées. Des regrets qui n'enlèvent rien à l'enthousiasme que cette première partie de journée a suscité, en osant, et cela est nouveau à cette échelle, associer parents et professionnels pour réfléchir et faire avancer la pédopsychiatrie.

Des constats préoccupants pour une discipline innovante

En début d'après-midi, Véronique Chebat (co-organisatrice des Etats Généraux pour l'API) et Richard Horowitz (Président de la FDCMPP) exposent un état des lieux chiffré et précis de la pédopsychiatrie sur le territoire national. Celui-ci montre sans conteste une augmentation importante et significative des files actives de patients tant dans les CMP que dans les CMPP dans les années 2000, sans véritable renforcement des moyens. Celles-ci tendraient à se stabiliser du fait de la saturation de ces structures d'accueil et de soins. Cette réalité - chiffrée - vient conforter nos impressions déjà anciennes, mais encore fallait-il l'objectiver aux décideurs. Chiffres en main, allons-nous continuer à quémander ? Demander des moyens en rapport avec les besoins : certainement. Proposer de s'installer à une table avec eux pour réfléchir à comment répondre à cette situation : certainement plus encore !

Claudine Desobry (vice-Présidente de l'API) enchaîne. Oui, le rythme est soutenu, et ce dans une atmosphère de travail "détendue et constructive", dicit un voisin interviewé. Elle nous parle du travail considérable de réflexion et de synthèse effectué dans les régions par les professionnels de la pédopsychiatrie depuis l'année dernière. Un travail considérable dont on ne dira peut-être pas assez combien de personnes motivées il a engagé. Nous retenons de ses propos, l'écart important qui existe entre la force "d'innovation en pédopsychiatrie et la présence d'objectifs inatteignables" qui lui sont assignés.

Cela ouvre tout un champ de paradoxes, nid de la complexité de la situation actuelle de la pédopsychiatrie. Bien sûr, ni cette journée, ni une réponse simple des tutelles ne viendra tout résoudre. Le croire nous aurait situés dans une vision extrêmement simpliste. Claudine Desobry poursuit en parlant de la forte inquiétude des équipes déjà "mises à l'épreuve". Il était temps qu'un tel événement vienne questionner auprès du public et des politiques cet état de fait avant que les équipes s'épuisent davantage, en particulier du côté de leur créativité !

Deux exposés vivifiants pour continuer à penser nos pratiques

C'est au tour du Pr Daniel Marcelli (Professeur de pédopsychiatrie à

Poitiers) de développer le contenu de cette complexité. Rappelant d'abord le contexte de "défiance sociale et médiatique" que vit la pédopsychiatrie, il s'insurge contre "l'hégémonie" de telle ou telle technique soignante ou éducative. Il dénonce la dérive classificatoire qui conduit à penser les troubles en termes de catégorie de maladies et non plus de dimension pathologique. Il soulève plusieurs paradoxes dont celui qui existe entre la valorisation de l'autonomie et la nécessaire dépendance à travers laquelle une personne grandit, tout en nuancant la place de l'environnement : "l'enfant n'est pas plus le seul produit de ses rencontres que le produit de ses seuls gênes". De "l'individualisme" qui peut confiner à une "maltraitance idéologique", il nous mène à la notion de "singularité qui consacre l'individu". Idée majeure. Nous la prolongeons en rappelant que le coût du soin psychique et des dispositifs qui s'y associent est à mettre en rapport avec le singulier de l'humain de chacun de nos patients.

Si l'exposé de Daniel Marcelli fut concis et nourrissant, il faut reconnaître que l'état de chauffe de nos 650 cerveaux n'aurait peut-être pas supporté une deuxième intervention d'un style aussi dense.

Dans la foulée, Eric Salomé (praticien hospitalier à Dunkerque) nous propose une séance de ventilation psychique par son humour et ses propos. De "la loi de Newton qui fait descendre les psychiatres vers le sud", à la métaphore familiale pour narrer la naissance et le développement de la pédopsychiatrie, il nous détend et nous régale. En quelques minutes, et en s'appuyant sur le "Bref" - émission télévisée "en clair" - il énonce de nombreuses vérités, belles et moins belles, sur la pédopsychiatrie d'hier et d'aujourd'hui et ses rapports avec ses "cousins" partenaires. Rien de plus efficace quand on se penche sur les pratiques que de se prendre un peu moins au sérieux !

Du terrain à l'Assemblée en passant par l'Université

Le rythme se maintient voire s'accélère. Laurent Sablic qui continue d'animer la journée donne la parole à des professionnels de terrain, cheville ouvrière de la pédopsychiatrie : infirmier, orthophoniste, psychomotricienne, psychanalyste, mais aussi à des responsables institutionnels et associatifs, médecins, universitaires. Cela est l'occasion de témoignages saisissants

de bon sens, d'engagement, d'énergie et de créativité. Une occasion aussi de rappeler que la pédopsychiatrie a sorti nombre d'enfants de l'enfermement (François Bridier, vice-Président de l'API, Président du collège Pédopsychiatrie de la Fédération Française de Psychiatrie), de reparler du travail d'équipe d'une façon plus incarnée (Pr Jacques Hochmann), d'évoquer le passage souvent difficile vers la Psychiatrie Générale (Jean-Jacques Laboutière, Président de la Fédération Française de Psychiatrie), d'affirmer la nécessité de se nourrir de l'ailleurs, de s'ouvrir davantage aux congrès internationaux (Pr Nicolas Georgieff, Professeur de pédopsychiatrie à Lyon, Président de la sous-section Pédopsychiatrie au Conseil National des Universités) pour, osons le rajouter, demeurer dans le vivant et ne pas nous enfoncer dans un processus de dessèchement propre aux circuits fermés. Tout cela est énoncé en présence du député Denys Robiliard qui a dirigé la mission "Santé mentale et Avenir de la psychiatrie". Celui-ci s'est dit "impressionné par ces processus réflexifs", la "méthode" de ces Etats généraux, et par la "mobilisation" qu'ils ont provoquée. Nous comprenons aussi, qu'il serait vain de penser obtenir plus de moyens dans la conjoncture actuelle. Cela nous refroidit. C'est, selon lui, en travaillant "ensemble autrement" que nous allons avancer. Alors allons-y !

Pourtant, aucun interlocuteur de l'exécutif n'est présent à la journée nationale, et nous le regrettons d'autant que l'accueil dans les salons de l'Hôtel de

ville était prometteur. Les remaniements divers et variés ne suffisent pas à excuser une telle absence. Citons tout de même les propos du député Denys Robiliard : "Je suis venu vous écouter (...), on attend les propositions (...), on vous redonnera la parole à vous qui êtes sur le terrain, vous qui faites l'essentiel". Nous retenons vos propos Monsieur le Député !

Les dix propositions tant attendues

Nous les guettions avec impatience, fébrilité presque. Elles vont clore cette journée et ponctuer cette formidable mobilisation des Etats Généraux qui ne se résume pas à cette journée bien sûr et se poursuivra sous une forme à déterminer. Le silence se fait dans les magnifiques salons de l'Hôtel de ville. Les dix propositions vont nous être lues par Marie-Michèle Bourrat, Sylvie Champion, Nicole Garret-Gloanec et Roger Teboul, les Présidents respectifs de la SFPEADA, de la FDCMPP, de la SIP et de l'API. Nous attendons d'eux qu'ils portent notre élan. La lecture des propositions est solennelle. Dans les neuf premières, sont mises en avant, avec force et détails, la nécessité - pour les soins de nos patients - d'accessibilité, d'approche multidimensionnelle, de coordination, de prévention, de valorisation du partenariat. La formation, la recherche et l'innovation sont aussi développées comme autant de priorités incontournables. Entre chaque proposition, le silence. Un silence pesant,



peut-être aux accents de déception. Où est passée cette profusion d'idées, d'échanges vivants et de processus créatifs qui ont marqué la préparation de ces Etats généraux depuis l'année dernière jusqu'à cette journée intense et rythmée ? Quelque chose s'est aplati et lissé. De nombreux invités, un peu déçus, auraient souhaité des propositions plus incisives.

Moment inévitable où l'exceptionnel doit laisser place au consensuel si l'on souhaite rester crédible et être entendu. C'est là l'essentiel de la finalité de ces Etats Généraux : proposer un socle d'idées et de repères forts, les transmettre aux partenaires, au public et aux décideurs pour continuer à co-construire, et pourquoi pas, rénover l'édifice de la pédopsychiatrie. Restait à proposer une clé de voûte ! C'est chose faite : à travers la dixième et dernière proposition, les Etats Généraux de la pédopsychiatrie demandent la désignation d'un "interlocuteur ministériel identifié" et "l'organisation pérenne d'instances de concertations nationales, régionales et territoriales".

Alors oui, la mission est accomplie pour cette journée nationale des Etats généraux dont l'organisation et le contenu ont été remarquables ! Poursuivons l'effort ! Saisissons-nous des paroles de cette maman présente à cette journée : "Si je rêve, je fais grandir mon enfant". Autorisons-nous à rêver la pédopsychiatrie pour la faire grandir en poursuivant nos débats, nos réflexions et en exigeant des réponses aux responsables-décideurs !

«Brèves de comptoir» des Etats Généraux

Claire PUYBARET-BATAILLE
PH secteur 75103

Christophe Libert ayant fait une description détaillée de cette journée mémorable, fruit d'un travail de 2 ans et demi des 4 associations et sociétés partenaires, je peux ainsi me permettre de n'en retransmettre que ce qui m'a marquée et plus particulièrement les phrases choc et les bons mots qui n'ont pas manqué d'émailler les débats.

La matinée avec les parents

Elle a été un moment de dialogue nécessaire et constructif, une « thérapie mutuelle » dira Jacques Hochmann. Les parents disent se sentir écoutés par les équipes de pédopsychiatrie, mais veulent aussi des réponses. Ils souhaitent avoir des informations sur les nouvelles méthodes de soins et sur les différents lieux de soins possibles pour pouvoir choisir ce qui convient le mieux à leur enfant.

Ils se décrivent comme « vulnérables à vie » et souhaitent qu'on prenne en compte aussi leurs besoins. Ils sont « experts de leur souffrance », nous sommes « experts de notre savoir » et ils attendent un échange et une co-construction dans la mise en place de la prise en charge de leur enfant.

Ils se plaignent du peu de lisibilité des structures de soins et soulignent l'importance d'une régulation et d'une cohérence entre les différents intervenants de la prise en charge de leur enfant.

Ils sont pris dans le paradoxe entre leur souhait de savoir le diagnostic et le pronostic de la maladie de leur enfant et leur désir de ne pas l'enfermer et de garder une « part de rêve ».

Ils admettent être attirés par les discours « scientifiques », souvent séducteurs et sans preuve, concernant la pathologie de leur enfant et attendent des « psy » qu'ils replacent l'enfant dans une position subjective en fonction de ses particularités psychiques et de son environnement.

Ils souhaitent être à nos côtés pour revendiquer auprès des politiques

l'ouverture de structures de soins adaptés aux besoins très divers des enfants. Laurent Elghozi (élu PS à Nanterre) trouve lui aussi que les parents devraient être représentés à l'ARS.

Débat entre les parents et les professionnels

Parmi les interventions les plus marquantes :

- Pierre Delion (chef de pôle au CHU de Lille) a rappelé que les hommes politiques soutiennent les parents, mais d'une bien curieuse façon, en utilisant leur souffrance pour attaquer la pédopsychiatrie, l'accuser d'incompétence et d'inaction.

- Fabienne Roos-Weil (PH à Paris, SIP) a souligné le paradoxe de la pratique pédopsychiatrique actuelle : intervenir le plus tôt possible dans la vie de l'enfant, être accessibles, alors que nos listes d'attente conduisent à l'effet inverse.

- Jean Chambry (PH à la fondation Vallée, SFPEADA) a fait remarquer que la prédictivité était limitée en pédopsychiatrie et qu'il est important de préserver les potentialités de l'enfant et de formuler et partager nos questions et nos hypothèses avec les parents.

Retour des régions

Claudine Desobry a fait un bref résumé des débats dans les régions qui ont fait remonter les problèmes auxquels elles sont confrontées :

- Grande hétérogénéité des moyens alloués à la pédopsychiatrie selon les départements. Les déserts médicaux s'étendent et s'aggravent.

- Les pathologies mentales augmentent, mais aussi la souffrance psychique.

- Les lois de 2005 (scolarisation des enfants porteurs de handicap et création des MDPH) et de 2008 (protection de l'enfance) complexifient les relations avec les partenaires.

- Il y a eu des avancées importantes notamment dans le dépistage des enfants autistes et des troubles des apprentissages, mais nos moyens de les prendre en charge stagnent et ne permettent pas de mettre en place les préconisations des centres de référence,

ce qui s'avère terriblement frustrant pour les professionnels, les enfants et leurs parents.

- La grande majorité des CMP est confrontée à la question de comment sérier les urgences.

Paradoxes soulevés par Daniel Marcelli

L'intervention brillante de Daniel Marcelli a souligné le paradoxe entre la crise de confiance apparente envers la pédopsychiatrie publique et le fait que les CMP et les CMPP regorgent de demandes.

En prenant l'exemple des transformations des intitulés des recommandations de l'HAS concernant « Les manifestations dépressives à l'adolescence » et celle du « spectre autistique », il a pointé comment les termes diagnostiques véhiculent des idéologies.

Rappelant que l'être humain en développement est porteur d'incertitude, à contrepied d'une vision déterministe, il a fait remarquer que les pathologies psychiatriques n'ont pas de signes pathognomoniques (Jacques Hochmann reviendra aussi plus tard sur cette question dans le débat) : il s'agit d'une médecine sans lésion, donc une médecine de l'individu et de la société qui soulève le paradoxe entre l'expression prônée de la singularité de chaque personne et la normalisation. L'homme est censé être libre de ses choix et de ses liens, alors qu'il se construit dans la dépendance aux liens, ce qui constitue un autre paradoxe. Pour Daniel Marcelli, la pédopsychiatrie doit donc être garante de la singularité de chaque être, dont la souffrance entrave le potentiel développemental, et ne doit pas se plier aux classifications qu'on veut nous imposer, en particulier le DSM5 dans lequel la qualité de la symptomatologie est remplacée par la quantité de symptômes et de catégories nosographiques.

Les équipes de pédopsychiatrie

Elles étaient représentées par un infirmier, une orthophoniste, un psychologue-psychanalyste, une psychomotricienne et une psychopédagogue qui ont témoigné à travers leurs trop brèves interventions de la richesse et de la créativité du travail en équipe, en évoquant quelques exemples :

- les interventions en collèges permettant le repérage et l'orientation des adolescents en souffrance, mais aussi

la sensibilisation des enseignants,

- le regard plurifocal d'une équipe pluridisciplinaire pour faire un diagnostic et réfléchir à des prises en charge adaptées à chaque patient pour les troubles du langage complexes, associés souvent à d'autres symptômes,

- les groupes de paroles pour les enfants et les parents, notamment en hôpital de jour, permettant de penser et rêver ensemble,

- le travail sur la curiosité et le désir d'apprendre préalable au traitement des troubles des apprentissages,

- l'aide aux parents pour décoder les signes émis par leur bébé afin d'établir une spirale interactionnelle positive dans la relation parent-bébé perturbée.

Forum final

- Jean-Jacques Laboutière a réaffirmé la nécessité que les stratégies thérapeutiques se décident au cas par cas, en fonction des capacités évolutives de chaque enfant, sans formatage, cela n'empêchant nullement de faire des diagnostics, parfois eux-mêmes évolutifs.

- Nicolas Georgieff a amené le terme de « polythéisme » pour illustrer la coexistence de plusieurs disciplines se rejoignant et s'éclairant pour comprendre le développement de l'enfant : psychiatrie, neurologie, psychologie, psychanalyse, génétique, anthropologie, sociologie... Les référentiels différents de ces disciplines peuvent être source de difficultés, mais aussi de richesse ; la complexité doit s'affirmer face au désir de simplification unicausale.

Il lui paraît essentiel de développer des recherches cliniques montrant la pertinence de nos soins, car entre la pratique et la recherche, il manque un maillon.

- Le seul député présent, Denys Robiliard, au delà de son soutien manifeste à notre discipline, a parlé avec humour des « dys » qui provoquent « discours, disputes et dysfonctionnements ». Il admet par ailleurs que les recommandations de l'HAS sont difficiles à appliquer en psychiatrie.

- Jacques Hochmann a insisté sur la nécessité de maintenir un débat entre les différents courants qui divisent la pédopsychiatrie actuellement, plutôt qu'entretenir le clivage comme le font les politiques.

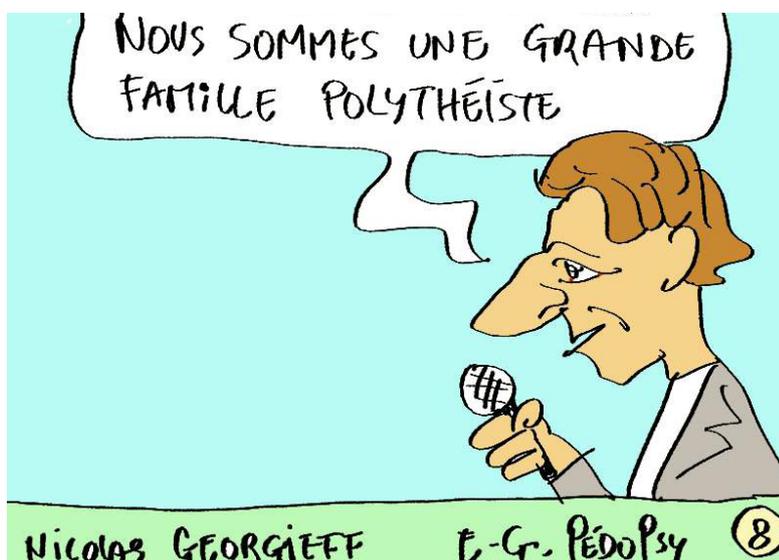
- François Soumille (CMPP) a quant à lui rappelé la pertinence de notre système français, unique en Europe : secteur public / médico-social / libéral, avec certes des référentiels différents mais complémentaires.

Les 10 propositions

Elles ont été énoncées dans un silence quasi religieux et émouvant, par les membres du comité de pilotage national des états généraux qui se sont concertés jusqu'à la dernière minute, afin de se mettre d'accord, à 4 associations et sociétés, sur les termes retenus.

Comme d'autres, j'ai été déçu par l'aspect trop consensuel de ces propositions qui avaient perdu leur force en comparaison avec le communiqué des régions (cf le compte-rendu très complet, compilé avec brio par Claudine Desobry). Etant donné les différends inévitables qui ont émaillé les prises de décisions et les débats au sein de ce comité de pilotage national, il est évident que c'était un tour de force d'arriver à rédiger ces 10 propositions.

Bravo à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à ce formidable effort de communication des problématiques qui touchent nos équipes !



La pédopsychiatrie publique en chiffres (hors activités des CMPP)

Dr Véronique CHEBAT
coorganisatrice des Etats Généraux
pour l'API,
PH secteur 94106

**Avec tous nos remerciements à Magali COLDEFY et
Clément NESTRIGUE de l'IRDES**
(Institut de Recherche et de Documentation en
Economie de la Santé
www.irdes.fr)

Sources

RIM-P 2011

- Prises en charge en 2011.
- Patients dont l'âge est inférieur à 18 ans.
- Dans les établissements de santé ayant une autorisation d'activité en psychiatrie, publics et privés, sectorisés et non sectorisés.
- Hors centres médico-psycho-pédagogiques.

SAE (Statistique Annuelle des Etablissements de Santé).

- Enquête réalisée tous les ans auprès de l'ensemble des établissements de santé.
- Depuis 2006, un bordereau spécifique à la psychiatrie a été mis en place.

File active des patients

- 2011 : Près de 465 000 enfants et adolescents [en 2003 : 464 000 enfants et adolescents, stabilité apparente]
- Cependant, la SAE montre une augmentation des patients suivis avec un taux de recours global s'accroissant (nombre de patients de moins de 18 ans / population âgée de 0 à 19 ans) :
 - 28 pour 1000 en 2007
 - 33 pour 1000 en 2012,
 - la file active augmentant plus vite que la population française du même âge.
- 90% du suivi se fait exclusivement en ambulatoire.

Répartition par type d'établissement

- 88% en établissement public (52% établissement spécialisé ; 36% établissement général)
- 11% en établissement privé participant au service public hospitalier
- 1% en privé

Démographie : âge et sexe

- La répartition par sexe est la suivante : 60% de garçons et 40% de filles. Elle est stable par rapport à 2003.
- La répartition par âge se modifie :

- < 5 ans = 13% contre 16% en 2003
 - 5-9 ans = 36% contre 40% en 2003
 - 10-14 ans (33%) + 15-17 ans (19%) = 52% contre 44% en 2003
- Plusieurs hypothèses concernant l'évolution de ces chiffres entre 2003 et 2011 :
- Nouveaux types de demandes envers la pédopsychiatrie, modifications de la psychopathologie.
 - Développement des structures pour adolescents et de la psychiatrie de liaison.
 - Vieillesse des patients précédemment et encore suivis.

Diagnostiques principaux

- 1er Groupe : 30%

Les troubles apparaissant durant l'enfance ou l'adolescence. Les troubles des conduites et les troubles émotionnels sont les plus importants (7% chacun), suivis par les troubles mixtes des conduites et des troubles émotionnels (4%).

F90	Troubles hyperkinétiques	16001	3%
F91	Troubles des conduites	31527	7%
F92	Troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels	18393	4%
F93	Troubles émotionnels apparaissant spécifiquement durant enfance	33769	7%
F94	Troubles du fonctionnement social apparaissant spécifiquement durant l'enfance et l'adolescence	9723	2%
F95	Tics	854	0%
F98	Autres troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	14662	3%
F9X	Autres troubles de l'enfance	13001	3%

- 2ème Groupe : 16%

Les troubles névrotiques et notamment les réactions à un facteur de stress important et troubles de l'adaptation (9%).

F40	Troubles anxieux phobiques	3928	1%
F41	Autres troubles anxieux	18704	4%
F42	Trouble obsessionnel compulsif	1957	0%
F43	Réaction à un facteur de stress et troubles de l'adaptation	39551	9%
F45	Troubles somatoformes	2755	1%
F48	Autres troubles névrotiques	7168	2%

● 3ème Groupe : 15%

Les troubles du développement psychologique dont 6 % d'enfants suivis pour un trouble envahissant du développement.

80	Troubles spécifiques du développement de la parole et du langage	11725	3%
F81	Troubles spécifiques du développement des acquisitions scolaires	16065	3%
F82	Troubles spécifiques du développement moteur	3786	1%
F83	Troubles spécifiques mixtes du développement	5730	1%
F84	Troubles envahissants du développement	26410	6%
F84.0	Autisme infantile	5984	1%
F84.1	Autisme atypique	3571	1%
F8X	Autres troubles du développement psychologique	6029	1%

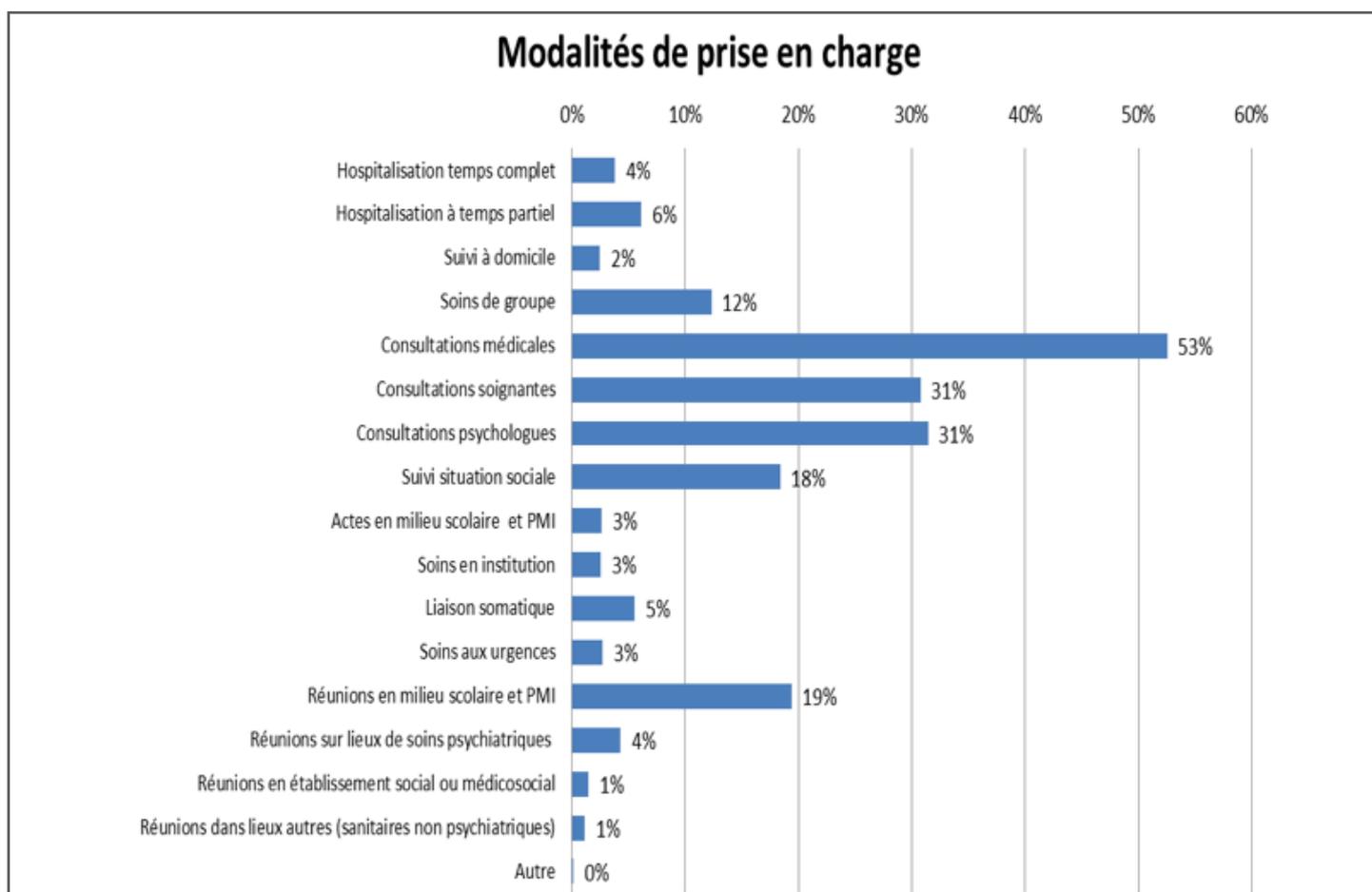
- 14% des enfants sont codés en Z de la CIM 10, c'est-à-dire en facteurs influant l'état de santé (dont facteurs psycho-sociaux) et motifs de recours aux services de santé
- 18% de patients n'ont pas de diagnostic principal renseigné (absence de codage)

Modalités de prise en charge

- Un enfant sur 2 est vu par un médecin.
- Près d'un tiers des enfants bénéficie d'entretiens ou de séances avec un infirmier, un éducateur ou un rééducateur (consultations soignantes).
- Près d'un enfant sur 5 (ou sa famille) rencontre un assistant social et fera l'objet d'une réunion avec l'éducation nationale ou avec la PMI.

Nombre moyen d'actes /an par enfant (Rim-P)

	Nb total actes	Nb moyen actes/ patients
Consultations médicales	910827	3,7
Consultations soignantes	1246898	8,7
Consultations psychologues	1151596	7,9
Suivis sociaux	90679	1,1



Disparités départementales de recours à la pédopsychiatrie

Le taux de recours moyen est d'environ 33 pour 1000 habitants : il varie selon les départements, dans un rapport de 1 à 4, avec des taux de recours plus élevés dans les départements à dominante rurale.

Evolution de l'offre de soins (lits, places et structures)

Source : SAE, DREES		Psychiatrie infanto-juvénile								
France entière										
Ensemble des établissements										
Année	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Nombre de lits d'hospitalisation temps plein	2308	2079	2083	2079	2082	2116	2165	2151	2163	
Nombre de places hospitalisation de jour	8854	8783	8739	8966	9029	9202	9288	9303	9441	
Nombre de places hospitalisation de nuit	92	91	88	120	116	106	102	117	112	
Nombre de places HAD	380	383		351	312	308	265	250	257	
Nombre de places en AFT	930	933		833	854	849	839	810	772	
Nombre de places en centres de crise	8	11		24	17	21	30	20	62	
Nombre de CATTP			1038	833		944	614	609	692	
Nombre de CMP			1055	1338			1437	1429	1453	

- Les incohérences des relevés sont surlignés. Le bordereau psychiatrie ajouté à la SAE à partir de 2006 a été probablement très approximativement rempli par les services administratifs des établissements de santé au début, d'où les chiffres erronés pour les CATTP et les CMP.
- Le nombre de places d'hospitalisation de nuit est stable, ainsi que le nombre de lits d'hospitalisation temps plein.
- Le nombre de CATTP et de CMP est également stable depuis 2007.
- Seules les places en hospitalisation de jour augmentent de manière régulière.

Evolution de l'activité

Année	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nombre de journées réalisées	449466	426709	426309	429907	440519	434821	439898	457583	458621
Entrées totales	20068	21007	21106	23287	29530	26496	30403	31625	32439
Venues en hospitalisation de jour	1498419	1504205	1504748	1487112	1474970	1484772	1509145	1536235	1547536
Venues en hospitalisation de nuit	9621	8663	8674	10487	10062	9051	9588	9880	13185
Traitements et cures ambulatoires	2751194	2718597	2805474	2395428	2215660	2331474	2478156	1200500	1219458
Journées HAD	65512	66988	71755	64973	60446	58412	53695	45607	
Consultations, soins externes	949897	1049256	1048242	1133480	1054488	1271146	1377434	2247535	2299038
Journées AFT	158281	172642	137495	158216	166681	159638	151312	150145	143850
Journées centres de crise	1599	3901	2789	5856	3071	5677		4897	
Venues en accueil de jour	492669	501261	385597	525532	504972	451556	403272	376998	372519
Actes CMP			3139898	3980420	4340338	4496472	4841551	4624429	4744593
Journées prestations sur lieu de vie	41719	55882							
actes à domicile ou institution substitutive			62217	65833	59783	67607	70068	68361	74220
actes en établissement médicosocial			16686	31411	45288	41910	36666	35264	37828
actes en somatique			88090	91799	94816	109677	117682	122512	125005
actes en établissement médico-éducatif/PMI/milieu scolaire			86263	92735	79631	94455		86926	77757
dmh	22,39715	20,31271	20,19847	18,46124	14,91768	16,41082	14,4689	14,46903	14,13795

Alors que le nombre de journées réalisées, le nombre de venues en hôpital de nuit, en hôpital de jour et en accueil de jour restent stables, c'est l'activité des CMP qui fait un bond depuis 2008, même si on remarque une stagnation depuis 2010.

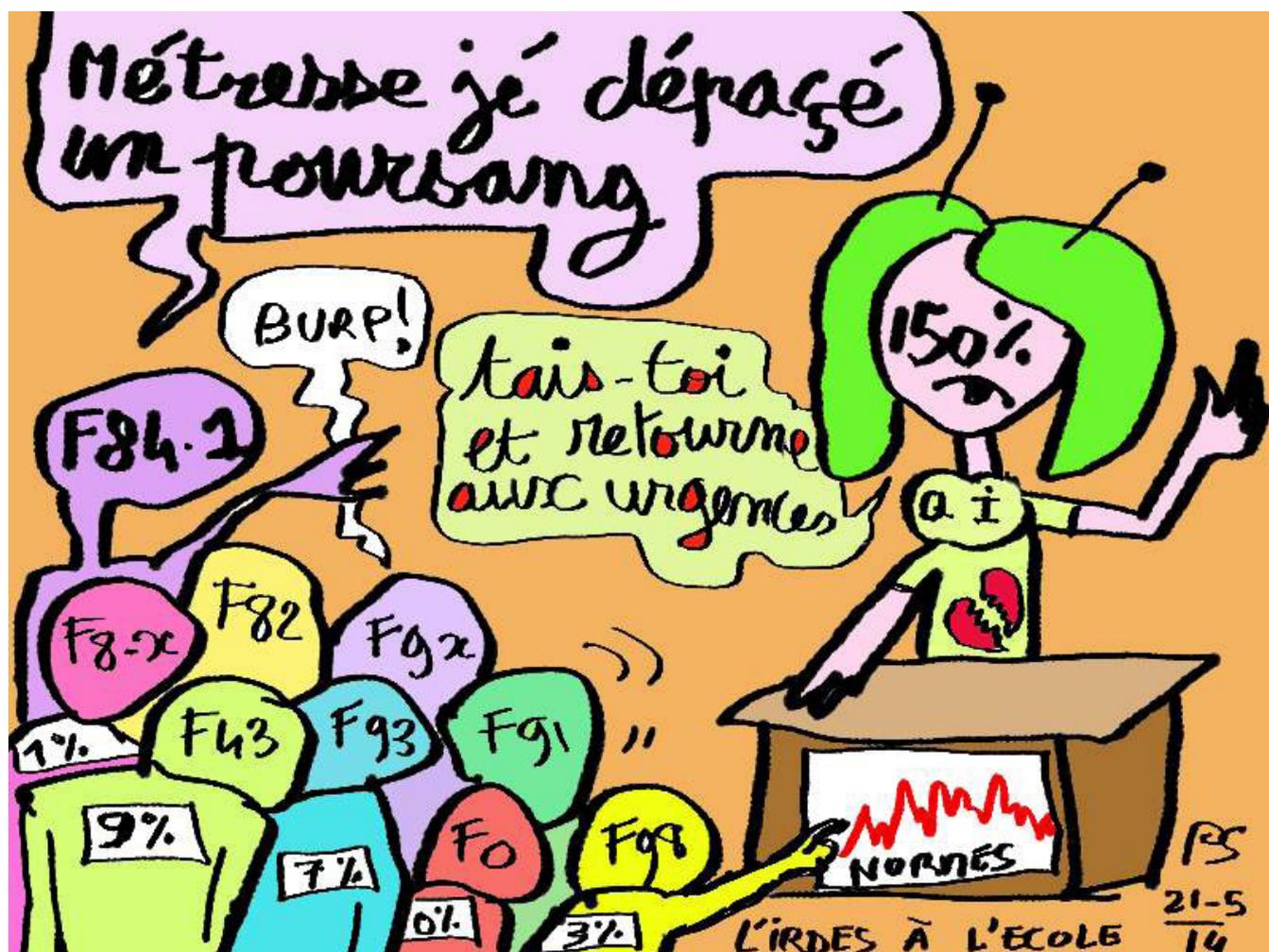
Evolution du personnel

Source : SAE, DREES							Psychiatrie infanto-juvénile	
France entière								
Ensemble des établissements								
Année	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Evolution 2008-2012	
ETP psychiatres salariés	1671,2	1810,08	1849,58	1915,27	1952,29	1940,47	7%	
ETP médecins non psychiatres	118,42	107,63	106,48	101,93	88,33	86,88	-19%	
ETP infirmiers	6463,65	6770,83	6760,91	7047,72	7251,82	7398,41	9%	
ETP psychologues	2473,8	2619,91	2659,04	2727,3	2864,38	3139,55	20%	
ETP personnel de rééducation	1807,35	1856,35	1851,63	1994,98	2034,6	2096,96	13%	
ETP Personnels éducatifs et sociaux	2961,98	3160,34	3276,89	3515,76	3627,09	3660,44	16%	

C'est le nombre des psychologues qui a le plus augmenté depuis 2007, suivi du personnel socio-éducatif, puis du personnel de rééducation et des infirmiers. Par contre le nombre de psychiatres salariés en Equivalent Temps Plein amorce une diminution à partir de 2012.

Conclusion

- La file active est en augmentation.
- L'activité ambulatoire se stabilise après augmentation : il s'agit probablement d'une saturation en amont, mais nous ne possédons malheureusement pas de données chiffrées sur les délais et les listes d'attente.
- Les moyens en structures et en effectifs de la pédopsychiatrie ont été maintenus, sinon augmentés.
- Au-delà d'une demande de moyens absolument nécessaires, il convient de :
 - Poursuivre notre réflexion sur l'évolution de nos pratiques,
 - Evaluer nos possibilités de réorganisation interne et externe pour faire face aux besoins de la population,
 - En conservant nos savoir-faire et notre éthique.



Que s'est-il passé dans les régions pour la préparation des Etats Généraux ?

Claudine DESOBRY
PH secteur 62106
vice-présidente de l'API

Le présent texte est un document de synthèse destiné à rendre compte des travaux organisés en régions et de leurs conclusions en préparation de la journée nationale des états généraux de la pédopsychiatrie à l'hôtel de ville de Paris le 4 avril 2014.

Il souligne la mobilisation de la pédopsychiatrie publique, médico-sociale et libérale, pour ces états généraux, rend compte de l'état des lieux de la pédopsychiatrie et de ses partenaires de l'Enfance sur le territoire et propose des pistes de réflexion pour une amélioration des soins et de leur organisation.

Une mobilisation nationale déclinée avec succès dans les régions

- Des associations nationales représentatives de la pédopsychiatrie publique, associative et libérale : API, SFPEADA, SIP, FD CMPP.
- Des associations régionales de pédopsychiatrie
- Des partenaires spécifiques de l'enfance et de l'adolescence sur tous les territoires

Mobilisation de 18 régions sur 27 qui se sont réunies et ont adressé leurs remarques, leurs constats :

1. Pays de Loire
2. Rhône Alpes
3. Bourgogne
4. Champagne-Ardenne
5. Languedoc-Roussillon
6. Poitou Charentes

7. Haute-Normandie
8. Nord - Pas de Calais : journée régionale le 23 janvier 2014 à Lille (300 pers)
9. PACA (Bouches du Rhône) : journée le 24 janvier 2014 à Marseille (300 pers)
10. Région Centre
11. Lorraine
12. Alsace
13. Auvergne
14. Limousin
15. Midi-Pyrénées : journée le 28 janvier 2014 Toulouse (600 pers)
16. Ile de France
 - a. 75
 - b. 91 : deux demi-journées le 4 juin et le 3 décembre 2013 à l'université d'Evry
 - c. 93 : Journée départementale le 27/9/2013 (300 pers)
 - d. 94 : ½ journée départementale le 06/12/2013
 - e. 95 : réunion avec le conseil général (60 pers)
17. La Réunion : journée du 11 mars 2014
18. La Guadeloupe

Les manifestations régionales ont réuni :

- Des professionnels de pédopsychiatrie de première ligne (toutes professions IDE, AS, Psychologues, rééducateurs) exerçant en pédopsychiatrie publique (CMP, hôpital de jour, hospitalisation complète), en CMPP, en CAMSP et leurs partenaires de l'enfance et de l'adolescence :
 - Santé : santé scolaire, PMI
 - Etablissements du médico-social à orientation mdph : SESSAD, IME, IMPro, ITEP
 - Services sociaux du conseil général et de la Protection de l'enfance
 - Politiques chargés de l'enfance dans les municipalités et les comités locaux de santé mentale
 - Education Nationale
 - PJJ, juges des enfants

- Sur les thèmes de la prévention, du repérage, des réseaux de soins, de la périnatalité, de l'adolescence et sur l'accompagnement thérapeutique des enfants et adolescents repérés...

- Ce travail collectif et reproduit sur une grande partie du territoire a permis d'établir un état des lieux et d'élaborer des pistes de travail en faveur des enfants, des adolescents et de leurs familles.

Etat des lieux de la pédopsychiatrie et de ses partenaires

Depuis 10 ans, les modifications législatives et sociétales ont bouleversé l'organisation antérieure :

- Modifications familiales et sociétales :
 - Aggravation de la précarité sociale et psychique
 - Recours spontané plus fréquent des familles aux consultations
 - Pertes de repères éducatifs et difficultés dans l'exercice de la fonction parentale et familiale.
 - Culte de la réussite et angoisse de l'avenir
 - Messages déstabilisants et désinhibants diffusés dans l'espace public par les médias.
- Modifications du cadre législatif et transfert de responsabilités et de financements :
 - Mise en tension financière des conseils généraux
 - Transfert de missions de l'Etat aux régions
 - Modification de la loi sur le handicap du 11 février 2005
 - Modification de la loi sur la protection de l'enfance du 5 mars 2007
 - Disparition du défenseur des enfants
 - Loi sur la scolarisation obligatoire, sans moyens alloués
 - Diminution des moyens alloués aux réseaux d'aide dans les écoles, difficultés à recruter des médecins de santé scolaire
 - Mise en place de centres régionaux de ressources autisme et de référence des troubles des apprentissages qui modifient les parcours, ces centres régionaux n'ayant pas vocation à organiser et à coordonner les soins au plus proche du domicile des enfants.
 - Mise en place de la loi sur la garde alternée et ses conséquences sur les enfants dans les situations conflictuelles
 - Désorganisation administrative et fonctionnelle des hôpitaux par la loi HPST

Au total, il existe une inadéquation des moyens alloués au regard des préconisations des nouvelles lois.

Les constats communs aux professionnels de l'enfance

● Difficultés sociales et psychiques qui s'aggravent pour de nombreux enfants : précarité, repères éducatifs, exigences scolaires...

● Désorganisation des parcours de soins somatiques et psychiques et grande complexité des organisations administratives rendant difficile le repérage des professionnels et des familles. Où faut-il adresser l'enfant ?

Perte de l'approche globale et généraliste de la symptomatologie présentée au profit d'un diagnostic rapide symptomatique et... déterminant parfois une orientation désordonnée qui va à l'encontre du résultat escompté de précocité de soins adaptés.

L'avis d'experts (centres de référence ou de diagnostic spécifique, neuropédiatrique) est pertinent mais il ne peut se passer d'une approche globale et contextuelle de l'enfant dans l'organisation des soins à mettre en œuvre.

On assiste à une juxtaposition d'avis et de mesures non articulés entre eux.

● Réajustement des modes d'action des services partenaires du fait de modifications législatives (informations préoccupantes, accueils modulés, handicap, scolarisation...).

● Déclinaison et application variables des derniers textes de loi laissant une grande part aux interprétations locales (MDPH, protection de l'enfance, scolarisation...), nécessitant des conventions négociées localement difficiles à mettre en œuvre.

● Surcharge et perte de l'efficacité du travail en raison des modifications de cadre et de multiplication des lieux de «négociations» partenariales complexes.

● Hétérogénéité territoriale (historique ?) des moyens destinés à l'enfance et à l'adolescence.

● Variabilité des modes de financement public (CPAM, DAF-ARS, Conseils généraux...) et des modes d'organisations administratifs.

Les constats spécifiques à la pédopsychiatrie qu'elle soit exercée dans les hôpitaux publics ou dans les CMPP

Plus de 0,5 Millions d'enfants et d'adolescents reçus par an par les différents secteurs et services de pédopsychiatrie et les CMPP.

● Une grande variété de situations pathologiques observées :

- de la simple difficulté de jeunes parents désorientés dans leurs repères éducatifs ou de troubles de l'adaptation simple de l'enfant à son environnement,

- aux situations de pathologies mentales avérées,

- ou aux situations sociales très dégradées et durables entraînant des troubles de l'attachement et du comportement à toutes les tranches d'âge.

● Une dégradation préoccupante de situations de plus en plus complexes intriquant des facteurs familiaux, sociaux et éducatifs et exposant les enfants et les adolescents à des décompensations graves. (Par ex : Les troubles psychopathologiques à expression comportementale bruyante, au collège notamment, sont mal repérés et il est de plus en plus fréquent que ces adolescents se retrouvent déscolarisés.)

● Une augmentation du recours spontané des familles à la consultation en pédopsychiatrie qui viennent demander de l'aide à donner du sens à ce qu'ils vivent, à se réapproprier leur parcours de vie et à faire face à la violence environnementale à laquelle elles sont soumises (rejet, exclusion, stigmatisation des troubles de leur enfant, renvoi d'un spécialiste à l'autre, avis expertal coupé de tout accompagnement soignant sur le terrain...)

● Une difficulté accrue à mettre en œuvre des moyens de protection efficace face aux négligences et aux maltraitances à enfants : services de protection de l'enfance débordés, diversement organisés selon les départements, disposant de moyens variables ne tenant compte ni de la démographie, ni de la situation de précarité régionale et ayant du mal à prendre en compte les besoins psychiques et psychologiques des enfants, de leurs parents et des liens entre eux (ex : déplacements répétés et multiples du fait d'une départementalisation de la réponse).

● Une grande hétérogénéité territoriale des moyens mis en œuvre pour les soins somatiques aux enfants et adolescents : service de pédiatrie, santé scolaire, PMI... et une difficulté pour se les représenter concrètement du fait de la multiplicité des constructions successives.

● Une grande hétérogénéité des moyens mis en œuvre en pédopsychiatrie (CMP, CMPP) selon les régions, les départements, les secteurs.

● La disqualification répétée des professionnels de la pédopsychiatrie, alors même que les demandes de consultations ne cessent d'augmenter («incapacité à faire des diagnostics», «mise

en doute de l'éthique des professionnels», «accusations d'incompétence»...)

● Une diminution du nombre de pédopsychiatres aggravée par un pic du nombre de retraités actuellement et dans les 5 années à venir (âge de la spécialité : CMPP et secteurs de pédopsychiatrie créés dans les années 70). Danger d'une médicalisation insuffisante des structures. Déjà les structures médico-sociales peinent à trouver des pédopsychiatres.

● Les effets de la disparition de la formation spécifique des infirmiers en psychiatrie : diminution de la qualité des soins en pédopsychiatrie, difficultés à recruter des personnels infirmiers formés, efforts accrus des services dans le domaine de la formation spécifique.

Les journées et les réunions régionales ont permis de mettre en lumière :

● La mobilisation de l'ensemble des professionnels de l'enfance tous en souffrance dans leurs missions.

● L'inventivité des collaborations partenariales qui ont pu être exposées lors des journées régionales (Montreuil, Lille, Toulouse, Marseille, Essonne...) et des carrefours de Montesson (février 2014), montre la dynamique dans la mise en place d'outils, de dispositifs et d'expériences locales réussies de mise en réseau, de solutions institutionnelles, de parcours de soins, de prise en charge partagée entre la psychiatrie et le médico-social... Malheureusement impossibles à reproduire sur tous les territoires, faute de moyens de déclinaison formalisés.

● La créativité et l'adaptabilité des services de pédopsychiatrie :

- D'un point de vue quantitatif, files actives multipliées par 3 entre 1995 et 2005 et multipliées par 2 ces 10 dernières années. Depuis, à moyens constants pour le soin ambulatoire nous gérons pour la plupart d'entre nous, ce que l'on appelle des listes d'attente et faire attendre des enfants entre 6 mois et 1 an est affligeant.

- D'un point de vue qualitatif, il a fallu s'investir dans de nombreuses créations :

- Hospitalisation temps plein,
- Réseau de santé pour adolescents difficiles,
- Equipes de périnatalité,
- Unité d'évaluation des troubles des apprentissages,
- Antennes du Centre de Ressources Autisme, ce qui a impliqué d'intégrer de nouvelles approches, de mettre en place des procédures d'Évaluation des Pratiques Professionnelles, de répondre à

des recommandations de l'HAS...

• Actions de transversalité : interventions dans les collèges

- Parallèlement nous devons être en capacité de répondre de plus en plus aux situations d'urgence, en particulier dans le champ de l'adolescence (crises suicidaires, phobies scolaires par exemple), mais aussi dans le champ des soins précoces ... le tout dans un contexte de baisse de la démographie médicale.

- Avec parfois des conséquences en terme d'accès aux soins : fermeture d'antennes de CMP, éloignements des lieux de consultations et difficultés de déplacement pour nos usagers.

● L'intégration des modifications législatives dans nos pratiques, mais la difficulté à les articuler avec les structures existantes sur l'ensemble du territoire français :

- Mise en place de conventions MDPH-pédopsychiatrie difficiles et fonction d'accords locaux.

- Difficultés d'articulation et d'ajustement face à la loi de protection de l'enfance de 2007 : positionnement des juges des enfants, des conseils généraux, des services de protection de l'enfance, des services de soins, rendant difficile leur coordination.

● La méconnaissance du travail effectif de la pédopsychiatrie

- au niveau national : non prise en compte du travail effectué par les équipes de pédopsychiatrie auprès des enfants autistes et TED non pris en

charge par le médico-social (jeunes enfants, enfants scolarisés sans déficits cognitifs...), non prise en compte de l'avis des pédopsychiatres dans les recommandations HAS sur l'autisme (démissions et refus de signer les conclusions par les pédopsychiatres participant à l'élaboration). Défaut d'impartialité des politiques.

- au niveau régional : les directeurs d'ARS négligent souvent les équipes de pédopsychiatrie et ne prennent pas en compte les besoins en pédopsychiatrie dans les conférences régionales de santé.

- au niveau territorial : les directeurs territoriaux ont une mauvaise connaissance du fonctionnement des secteurs de pédopsychiatrie et des CMPP.

- et enfin au niveau des directeurs d'hôpitaux : dans les hôpitaux généraux, la pédopsychiatrie est souvent oubliée car elle est hors T2A ; dans les CHS, elle est souvent écrasée par le poids de l'hospitalisation dans les services de psychiatrie adulte ; l'activité de pédopsychiatrie, essentiellement voire exclusivement ambulatoire, est souvent considérée comme quantité négligeable.

● L'absence de reconnaissance d'une spécificité de la pédopsychiatrie :

- Les postes de pédopsychiatrie n'apparaissent plus dans la parution CNG (Centre National de Gestion des postes hospitaliers)

- Mise en doute des compétences des services de pédopsychiatrie : incapacité à faire des diagnostics, mise en doute de l'éthique des professionnels, accusation

d'incompétence, menace de rétorsion.

- Les postes de PUPH (professeur universitaire) ne sont pas préservés pour l'enseignement de la pédopsychiatrie clinique (importance d'un ratio de postes de professeurs en rapport avec le nombre d'étudiants).

Au total, beaucoup d'inquiétudes

● Un sentiment d'énormes gâchis du fait d'un possible recours à des avis multiples et pertinents, sans que soit organisé l'accès (amont) et l'organisation de l'accompagnement (l'aval).

● Impression de moyens financiers conséquents mais dispersés et mal organisés entre eux, sans politique coordonnée : labyrinthe pour les professionnels et les familles.

● Une inquiétude marquée face aux dangers :

- de déserts médicaux et des difficultés à recruter d'autres professionnels formés (orthophonistes, psychomotriciens, infirmiers...)

- de la perte du savoir-faire transmis par nos aînés et enrichis de 50 ans de pratique clinique de la pédopsychiatrie française construite dans une dimension de co-construction dynamique dans les équipes et avec les partenaires.

- de la perte des financements de nos actions et de leur répartition hétérogène sur le territoire.

- de la perte d'une préoccupation éthique autour du développement global de l'enfant au profit d'une approche normalisatrice et symptomatique sans prise en compte du contexte de survenue du symptôme.

- de la méconnaissance du travail effectué chaque jour et en proximité par les équipes de pédopsychiatrie.

- de la fragilisation des dispositifs créés en co-construction avec le médico-social et les partenaires.

Pour garder le dynamisme des dispositifs déjà construits autour du soin aux enfants et aux adolescents, et permettre de continuer à en développer de façon pertinente, pour un égal accès aux soins sur tous les territoires, nous préconisons et proposons à la discussion nationale...

1. Organiser et penser un service articulé de l'enfance prenant en compte l'ensemble des besoins des enfants dans leur développement, tel que préconisé par le Collectif national CEPE – «Construire Ensemble la Politique de l'Enfance»



L'ORTHOPHONIE

PARIS.

E-G Pédopsy

Voir sur le site :

<http://www.pasde0deconduite.org/>
qui propose la création d'un dispositif combinant deux instances, un Conseil National de l'Enfance et une Instance Interministérielle à l'Enfance.

2. Réaffirmer les missions de la pédopsychiatrie (prévention, repérage, diagnostic et soins) au service de la famille et des enfants en articulation avec les autres services médicaux et les partenaires de l'enfance.

Dans le monde moderne mouvant, la psychiatrie peine à parvenir à circonscrire son objet. Il conviendrait donc de :

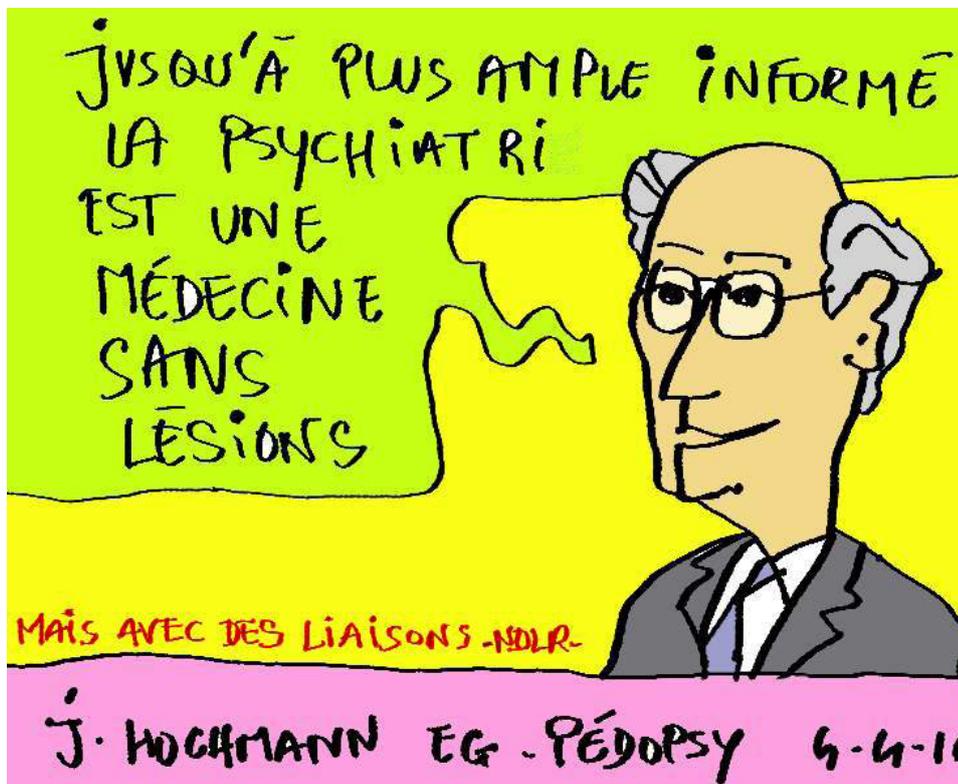
- Définir des parcours de soins
- Améliorer la « lisibilité » des structures de soins.
- Formaliser les recours aux centres de référence
- Développer une éthique de communication entre les différents partenaires

3. Repositionner les professionnels généralistes de l'enfance :

- Valoriser les postes de médecins spécifiques de l'enfance : médecins de santé scolaire et PMI, dans un rôle de première évaluation et d'articulation.
- Favoriser la mise en place de réflexion dans les établissements scolaires autour de la souffrance psychique des enfants, intégrer cette réflexion dans l'organisation scolaire.
- Formaliser le recours au service de pédopsychiatrie par des transmissions d'informations circonstanciées et transmises aux parents.
- Favoriser les formations mutuelles entre partenaires (PMI, Aide Sociale à l'Enfance, secteur médico-social, MDPH, généralistes...)

4. Garantir un financement spécifique à la pédopsychiatrie et répartir les moyens alloués sur le territoire : pour une meilleure visibilité des budgets

- Rééquilibrage des budgets régionaux afin de permettre un accès identique sur l'ensemble du territoire : quelle équité entre les régions ? entre les réponses sanitaires et médico-sociales ?
- Eviter le détournement des moyens vers d'autres spécialités
- Quelles règles ? Sur quels critères ? Données géo-populationnelles, pondération précarité, file active ?
- Financer de façon pérenne les dispositifs innovants (réseaux, évaluation autisme, équipes mobiles...).
- Financer et favoriser la recherche clinique.



- Financer les formations aux nouvelles connaissances et aux nouvelles approches (neurosciences, médiations, recommandations...).

5. Reconnaître une spécificité de la pédopsychiatrie et réaffirmer les éléments fondamentaux du travail en pédopsychiatrie.

La pédopsychiatrie est une spécialité médicale avec une éthique du soin qui n'ignore ni les aspects somatiques, ni la dimension humaine et dont le domaine d'élection est l'enfance, période de la vie la plus porteuse d'espoir, mais sensible et vulnérable et en devenir (danger des filières).

● En premier lieu le CMP doit rester le pivot du secteur en tant que pédopsychiatrie de proximité.

- Les CMP/CMPP permettent une évaluation clinique, un diagnostic multiaxial et des approches thérapeutiques diversifiées grâce à la richesse des équipes pluri-professionnelles au sein d'un même lieu favorisant la cohérence des soins.

- Ainsi peut être réalisée une évaluation globale de l'enfant, évaluation qui articule les différents champs du fonctionnement psychique, de la santé physique, du handicap, de l'inscription scolaire et sociale. L'évaluation tient compte aussi de la dynamique familiale.

- Un travail de coordination peut être mené tout au long de la trajectoire de soin ce qui inclue une écoute des parents et un accompagnement de l'enfant dans

un projet de vie au sein de sa famille.

- De plus, cette proximité permet la nécessaire adaptation au contexte local grâce à la connaissance des partenaires des champs médico-sociaux et sociaux. L'articulation avec ces partenaires est fondamentale et nous avons développé ces dernières années des collaborations très fructueuses qui nous ont permis d'améliorer nos pratiques.

- Nous réaffirmons aussi l'attachement à une cohérence de pensée du soin psychique au sein de nos structures, cohérence basée sur ce que l'on a l'habitude d'appeler le travail institutionnel (contenant, créateur d'expériences et suscitant la mise en narration).

● Maintenir la possibilité de soins intensifs ambulatoires et des dispositifs de soins semi-ambulatoires (hôpitaux de jour, CATTP, unités d'accueil familial thérapeutique), articulés aux structures ambulatoires (CMP/CMPP).

● Conserver un référent pédopsychiatrique de proximité garant de la coordination du suivi multidisciplinaire du patient tout au long de son développement.

● Reconnaître notre spécialité :

- qualification reconnue pour tous les professionnels de la pédopsychiatrie : psychiatres, IDE, psychomotriciens, orthophonistes...

- maintenir des postes de Professeurs d'université pour la formation des jeunes médecins en pédopsychiatrie clinique.

- Formation commune nationale des pédopsychiatres du secteur public.

- Postes ciblés par le CNG (et non confondus avec la psy adulte).
- Travail sur les classifications permettant d'intégrer la richesse évaluative de la CFTMEA à la CIM 10 (travail actuel autour de la CIM 11).

6. Reconnaissance et valorisation de l'ensemble du travail effectué en pédopsychiatrie :

- Actes de prévention, maintenus et différenciés du repérage précoce
- Actes de repérage précoce en collaboration avec nos partenaires
- Actes auprès du patient (réactualiser les budgets en fonction des files actives, multipliée par 2 en 10 ans ?)
- Actes indirects de coordination entre les acteurs présents autour de l'enfant (coordination des trajectoires, articulation des différents champs sanitaires, sociaux, scolaires, médico-sociaux...).
- Travail au service du soin à l'enfant dans sa « globalité », reconnu par le biais d'actes quantifiés dans nos files actives.

7. Organiser au niveau national la représentativité de la pédopsychiatrie dans les différentes instances traitant de l'enfance.

- ARS : disposer d'un référent ARS pour la pédopsychiatrie : sanitaire et médico-sociale
- MDPH : formaliser les conventions par un cadrage national
- Aide sociale à l'enfance : harmoniser les déclinaisons de la loi sur le territoire
- Améliorer le lien avec les structures médico-sociales
- Conseil de santé mentale
- PJJ

8. Plan autisme

- Concertation ayant pour but de réviser les recommandations de bonnes pratiques de mars 2012 : de nombreuses contributions ont mis en évidence les partis pris méthodologiques de leur analyse bibliographique.
- Prendre en compte les difficultés de terrain :
 - hétérogénéité des moyens mis en œuvre
 - absence de moyens pour la mise en œuvre de diagnostic d'évaluation
 - insuffisance des structures et équipements pour la prise en charge de ces enfants (variable en fonction des territoires)

En conclusion

La pédopsychiatrie publique est sollicitée le plus souvent, par ses partenaires sociaux, scolaires, judiciaires et médico-sociaux dans les situations les plus complexes ; elle est donc placée en position d'observatoire.

Nous voulons alerter :

- sur la dégradation de l'articulation des services spécifiquement destinés aux enfants et adolescents du fait des nouvelles lois depuis 10 ans et de l'absence de cadrage national de leur application.
- sur la complexité et la juxtaposition actuelle des modes de recours aux soins, sans articulation entre eux.
- sur la complexité des modes de financement.
- sur le danger de ne pas pouvoir offrir aux enfants et adolescents qui le nécessitent, des soins pédopsychiatriques attentifs et reconnus par les partenaires.

Et proposons comme mesure phare :

Une politique de l'enfance nationale prenant en compte l'articulation des différentes mesures destinées aux enfants et adolescents sur le territoire et la transparence des moyens alloués pour cette politique.

Il est de la responsabilité de l'Etat de garantir un cadre administratif et des moyens humains et organisationnels suffisants pour permettre aux professionnels d'exercer leurs missions.

Dix propositions pour la pédopsychiatrie

Etats généraux de la pédopsychiatrie, 4 avril 2014

La pédopsychiatrie est une discipline médicale à part entière, ouverte aux interrogations sociétales. Elle s'adresse au bébé, à l'enfant, à l'adolescent en difficulté psychique et à leur famille.

Elle exerce une mission de service public à travers une organisation territoriale originale, le secteur, articulant la prévention, le diagnostic et le soin. C'est un outil précieux, innovant, porté par la créativité de ses équipes.

La pédopsychiatrie reconnaît la place essentielle des parents dans les soins pédopsychiatriques et défend la nécessité de leur libre choix qui seule permet des alliances constructives. Les parents doivent trouver accompagnement, soutien et réponse à leurs attentes.

Elle s'attache à mieux transmettre aux familles ses procédures diagnostiques et ses stratégies thérapeutiques en les rendant compréhensibles, ainsi que les articulations respectives entre les différentes composantes du projet de soin.

1 L'accès à la pédopsychiatrie doit être garanti, pour tous et sur tout le territoire à travers des structures de soins ambulatoires de proximité CMP et CMPP.

Cela impose :

De la part des pouvoirs publics :

- de traiter les inégalités territoriales.
- d'envisager un réajustement des moyens là où le délai d'accès aux soins est trop long faute de moyens.

De la part des services de soins :

- d'évaluer de manière concertée les priorités et la réponse aux urgences.
- d'améliorer les coordinations secteurs-CMPP.

2 L'accès à des soins plus spécialisés portés par des équipes de pédopsychiatrie doit être également garanti.

Cela implique que les pouvoirs publics soutiennent le développement de dispositifs différenciés et spécialisés :

- Pour les bébés : des unités de psychiatrie périnatale en coordination avec toutes les maternités importantes et les services de PMI.
- Pour les adolescents : des consultations dédiées et des équipes mobiles d'intervention.
- Pour tous les enfants : des CATTP, des hôpitaux de jour, des unités d'hospitalisation intensive en nombre suffisant pour qu'il n'y ait plus d'hospitalisation par défaut en pédiatrie ou en psychiatrie adulte.

3 La pédopsychiatrie développe une approche multidimensionnelle prenant en compte l'enfant dans sa globalité, respectant son développement et ses potentialités évolutives.

Elle s'appuie sur une pluralité des modèles de compréhension. Elle demande une reconnaissance de ses compétences diagnostiques et s'inquiète du découpage symptomatique ainsi que de l'inflation du recours à des centres experts.

4 La pluridisciplinarité est un outil indispensable pour l'exercice de la pédopsychiatrie.

Cela impose la reconnaissance de la compétence de ses professionnels et la revalorisation de leur statut.

Cela nécessite l'ouverture urgente d'une concertation avec les pouvoirs publics sur la diminution prochaine du nombre de pédopsychiatres afin de maintenir la responsabilité médicale des équipes.

5 Reconnaître à l'équipe de pédopsychiatrie le rôle de coordonnateur du projet thérapeutique.

Cette coordination se fait en accord avec la famille pour garantir la cohérence du parcours de soin et en développant les complémentarités avec les autres services de l'enfance.

6 Reconnaître à l'équipe de pédopsychiatrie sa mission de prévention.

Cette prévention n'est ni prédictive, ni discriminante. Elle s'exerce en lien ou en direction des acteurs de première ligne ; elle s'appuie sur des dispositifs innovants (équipes mobiles, travail de liaison, maternité, pédiatrie, articulation avec l'école...).

7 Reconnaître et valoriser le travail de partenariat avec les acteurs des champs médical, scolaire, social et judiciaire, effectué par l'équipe de pédopsychiatrie.

8 La pédopsychiatrie nécessite des professionnels formés.

Cette formation différenciée doit prendre en compte tous les modèles et référentiels conceptuels. La clinique doit garder une place centrale ; le modèle de compréhension psychopathologique reste pertinent.

9 La pédopsychiatrie justifie la réalisation de recherches intégrées au travail de terrain en complément des recherches fondamentales.

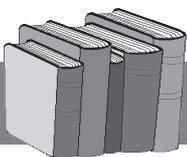
Les études de devenir et d'évaluation doivent s'élaborer à partir des équipes de pédopsychiatrie, en association avec les équipes de recherches pour la mise en place d'un état des connaissances qui ne doit pas se résumer aux données de l'«Evidence-Based Medicine». Ceci suppose que les professionnels de terrain aient la possibilité d'avoir une place spécifique de recherche.

10 Fédérant l'ensemble des acteurs du champ de la pédopsychiatrie, réunissant le sanitaire et le médico-social, les Etats Généraux vont poursuivre leur action

pour que la mobilisation des pédopsychiatres français aboutisse à de réelles mesures en accord avec les familles.

Pour cela le comité de pilotage des Etats Généraux demandent :

- un interlocuteur ministériel identifié au niveau de l'Etat,
- l'organisation pérenne d'instances de concertation nationales, régionales et territoriales pour l'élaboration de la politique de soin et de prévention psychologique des enfants et adolescents.



Guide pour prévenir la maltraitance

Marc Gérard

Ed. Yakapa.be

Coll. Temps d'arrêt



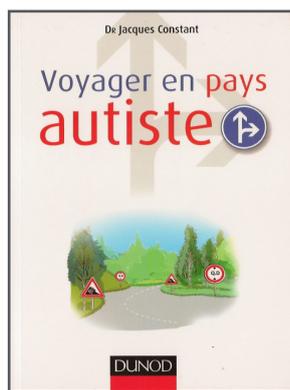
L'auteur, Marc Gérard est pédopsychiatre. Il a dès les années 1980 participé à la mise en place des équipes multidisciplinaires en charge des situations de maltraitance en Belgique. Il a également réalisé des travaux et recherches sur la communication avec les enfants présumés victimes.

Il propose ici un petit opuscule de 60 pages en format demi poche destiné à un large public, y compris les professionnels et acteurs associatifs dans le but annoncé d'attirer leur attention sur ce qui peut aider à voir, entendre et agir dans le domaine des maltraitances. La question de la prévention est également abordée.

Le corps du texte est fait de 5 chapitres où sont décrits la clinique des mauvais traitements physiques, des abus sexuels, des négligences, les maltraitances psychologiques et enfin les facteurs de vulnérabilité et indicateurs de risques.

Écrit en termes simples, ce document clair et concis de faible volume ne fait pas l'impasse sur les questions délicates telles que : le seuil tant pour les définitions que pour le déclenchement de l'alerte, le secret professionnel, la gestion des émotions... Enfin, il souligne l'importance du travail en équipe et en réseau pour tous ceux qui ont l'ambition d'apporter leur contribution à l'allègement de cette problématique.

En somme, il se présente comme un vade mecum que chacun gagnerait à pouvoir consulter à tout moment de sa pratique, civile ou professionnelle en contact avec des enfants et adolescents.



Voyager en pays autiste

Jacques Constant

Ed. Dunod, 2013

Voici le très beau livre, tant attendu de notre ami et collègue Jacques Constant. *Voyager en pays autiste* nous invite à revisiter un pays où nous allons souvent, un pays familier où nous nous sentons pourtant, la plupart du temps, étrangers. La présentation, métaphore d'un guide

du voyageur mâtiné d'un code de la route, «déroute» sans doute un peu au début et demande un petit effort d'adaptation à la forme. Mais très vite, ce voyage d'affaires devient un voyage culturel et d'agrément par la grâce de l'intelligence et de l'humour caractéristiques de l'auteur. Petit à petit, au cours de la visite dans l'univers des «indigènes» et de leur pays virtuel, Jacques Constant déconstruit nos outils de travail davantage que nos concepts, inadaptés à la structure et au fonctionnement autiste jusqu'à ce qui constitue le cœur de notre pratique, c'est-à-dire la relation empathique et le langage, « deux monnaies qui n'ont pas cours dans ce pays » et qui peuvent la plupart du temps brouiller le message, voire constituer une source supplémentaire de trouble.

Il passe en revue les dernières données sur l'autisme et les troubles envahissants du développement, dans les domaines neuro-développemental, cognitivo-comportemental, mais aussi psychanalytique et les tricote à l'aune de son expérience clinique personnelle, dans le contexte sociétal et politique d'aujourd'hui. Parfois à l'aide d'exemples vivants ou de témoignages, il nous introduit dans le fonctionnement, la mécanique autistique et nous suggère une manière de nous y adapter, d'établir aussi des passerelles, afin de surmonter les nombreux malentendus, source de majoration de l'angoisse des protagonistes, de «homo autisticus» (l'expression est de S. Berdah et non de J. Constant) bien sûr, mais aussi des parents, des travailleurs socio-éducatifs et thérapeutiques et éviter ou soigner ainsi les conduites destructrices ou d'épuisement. «Homo autisticus», car même si certains courants vont jusqu'à revendiquer l'identité d'autiste comme une variante de l'humanité – « la neuro-diversité » avec ses aspects positifs performatifs dans le domaine cognitif et ses aspects négatifs – le handicap de situation –, on sait bien que l'autisme, même sous sa forme non déficitaire, est un «handicap handicapant». Depuis quelques années, l'État a pris la direction des opérations : il y a belle lurette que ce ne sont plus les aliénistes, ni les psychanalystes qui organisent la politique éducative et de soins. Pour cela, l'État s'appuie sur des experts, ANESM et HAS, élabore des textes et des recommandations. Tous leurs biais sont abordés par l'auteur de même que la médecine par les preuves, «attitude plus scientifique que scientifique». Jacques Constant réintroduit alors la pratique, la globalité de la personne TED et les croyances de ceux qui l'accompagnent. Il réintroduit l'aspect singulier de chaque situation : «croire que seules les découvertes de la science vont influencer nos modalités d'accompagnement est une illusion». Cependant une meilleure compréhension du fonctionnement autistique permet de continuer, de manière plus adéquate, à aller vers l'autre, notre « semblable si différent », tranquillement, sans esprit de système, de manière pragmatique et éthique, en faisant du «cousu-main», ainsi que se font tous les actes cliniques. Ce livre, indispensable guide, riche également d'une bibliographie conséquente, permet à tous les intervenants dans ce domaine, de faire non seulement l'inventaire des connaissances actuelles, mais aussi de les passer au crible de l'analyse d'un psychiatre de secteur expérimenté, ouvert, et forgé à l'éthique du sujet humaniste. À lire d'urgence bien sûr, mais aussi à posséder impérativement dans sa bibliothèque personnelle, si ce n'est dans sa poche.

Yvonne Coinçon

Past présidente de l'API

Sylvain Berdah

ancien chef de pôle de pédopsychiatrie, secteur 93104

Nom et Prénom (en majuscules)

Fonction (rayer les mentions inutiles)

PH temps plein
Chef de service chef de pôle
PH temp partiel
Autre statut (préciser)
Retraité

Coordonnées professionnelles

Région
Département code secteur
Lieu principal d'exercice (adresse, téléphone, fax, email)



Coordonnées personnelles (si vous le souhaitez)

A quelle adresse souhaitez-vous recevoir La Lettre de l'API ?

Etes-vous intéressé par l'envoi d'informations et de la lettre de l'API par email ? oui non
Si oui, indiquer l'adresse email à utiliser :

Avez-vous déjà participé à des activités organisées par l'API ? oui non

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir des informations vous concernant, veuillez vous adresser au secrétariat de l'association.

Fiche à retourner accompagnée du chèque de 60 € au secrétariat de l'API :

Unité Ado 93, CHI André Grégoire • 56 Boulevard de Boissière • 93100 MONTREUIL

secretariat@api.asso.fr • www.api.asso.fr

REÇUS FISCAUX

Si vous souhaitez un reçu fiscal pour votre cotisation, n'attendez pas. Vous pouvez dès maintenant envoyer un mail à secretariat@api.asso.fr

Attention : bien préciser votre adresse postale actuelle.

Si vos coordonnées ont changé

- adresse postale
- adresse électronique

merci de nous adresser un courriel à adhesion@api.asso.fr

La lettre de l'API est une publication de l'Association des Psychiatres de Secteur Infanto-juvénile

Responsable de la Lettre Roger Teboul
Coordination Claire Puybaret-Bataille
Illustrations Pierre Sadoul
PAO Pierre Jacob

Imprimerie Ateliers Malécot, 59160 Lomme

La lettre de l'API

Unité Ado 93, CHI André Grégoire
56 Boulevard de Boissière
93100 MONTREUIL

Tel : 01 49 20 35 58 • Fax : 01 49 20 35 67