

- 1** Éditorial
- 4** Pétition de l'API concernant la réforme du DES
- 5** Histoire des soins, parcours de santé, l'avenir de la psychiatrie infanto-juvénile dans les territoires
- 11** Les centres médico-psychologiques, perspective historique
- 16** Journée d'hommage à Roger Mlsès
- 17** Réflexions autour des enjeux du dispositif d'action précoce en CAMSP
- 19** Les nouveautés du CNASM
- 20** Notes de lecture
- 24** Bulletin d'adhésion

En préambule de « En Afrique » (Paris, Seuil, 1996, 160p.), Raymond Depardon, son auteur, reprend cette formule utilisée comme une salutation en Afrique francophone : « Comment ça va avec la douleur ? »

La douleur en tant que «réaction de défense», «heureux avertissement», «délicate attention», comme nous l'expliquent nos médecins, est loin des préoccupations des Africains. S'il n'existe pas vraiment de mémoire de la douleur, si la douleur est étrangère à la pensée, elle reste toujours entre silence et cris. (p.7)

Comment ça va avec la douleur ?

L'éditorial de Roger Teboul


Je me sens aujourd'hui quelque peu Africain et vous salue donc ainsi, tant ce que nous avons à vivre dans notre univers professionnel devient de plus en plus étranger à la pensée et oscille entre silence et cris.

LA DOULEUR ? LA MÉMOIRE ?

LA mouche Tse-Tse : "Ça fait ouille et puis plus rien !"



P. GARDON 9-5-16



La loi de santé et l'installation des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) fait peser une menace certaine sur la psychiatrie et son financement. Il serait grand temps que le Ministère de la Santé et, à sa suite, les Agences Régionales de Santé (ARS) affirment clairement la nécessité de créer au sein des territoires des communautés psychiatriques au financement sanctuarisé, notamment pour les activités de secteur. Un certain nombre d'établissements publics de santé spécialisés en santé mentale et dont la taille et l'implantation territoriale sont conséquentes demandent à bénéficier de la dérogation prévue par la loi pour ne pas faire partie d'un GHT et travaillent sur un projet psychiatrique de territoire qui corresponde aux attentes des professionnels et des associations d'usagers. Ces dernières, ainsi qu'un certain nombre d'élus, ont bien conscience de la nécessité de sanctuariser les budgets de la psychiatrie qui est trop souvent une variable d'ajustement, eu égard à son financement par Dotation Annuelle de Fonctionnement (DAF), lorsqu'elle est gérée avec les spécialités de la Médecine – Chirurgie – Obstétrique (MCO) qui sont financées par la Tarification À l'Activité (T2A). Il serait grand temps aussi que la psychiatrie retrouve aux yeux des gestionnaires son statut de discipline à part entière de la médecine et non celui d'une simple spécialité d'organe (le cerveau), thèse que la vulgate scientifique tendrait de plus en plus à accréditer.

La réforme de la maquette du DES de psychiatrie va également dans le sens de la disparition de la psychiatrie comme discipline à part entière. En ne rendant plus obligatoire, le temps de l'internat, deux semestres dans des services de pédopsychiatrie, mais seulement un, la formation des psychiatres risque de ne plus être une formation complète. Avec l'apparition de la psychiatrie médico-légale, de la gérontopsychiatrie ou de l'addictologie, le risque est grand de créer des sur-spécialités de la psychiatrie qui viendront entamer un peu plus son statut de discipline médicale en dispersant sa formation de base. L'API s'est opposée à cette réforme et a lancé une pétition en ligne dont nous publions le texte dans cette lettre. Vous trouverez l'adresse du site pour la signer en page d'accueil de notre site : www.api.asso.fr.

Ça fait mal aussi sur le front de l'autisme. La dernière réunion du Conseil National de l'Autisme (CNA), le 21 avril 2016, auquel V. Chebat s'est rendue pour l'API, a montré une fois de plus la collusion entre le

Secrétariat d'État aux Personnes Handicapées et certaines associations de parents, particulièrement virulentes contre la pédopsychiatrie et ses hôpitaux de jour (cf. le discours de S. Neuville au congrès d'Autisme France) pour promouvoir uniquement les approches cognitivo-comportementales. Il faut dire que la communication de ces associations, au moment de la journée mondiale de l'autisme, est d'une efficacité redoutable pour faire entendre le prétendu retard de la France et l'inefficacité des prises en charge pédopsychiatriques, campagne qui, à bien des égards est diffamatoire envers le travail réalisé par nos équipes. Ce travail de lobbying porte ses fruits puisqu'une inspection nationale des hôpitaux de jour, via les ARS, a été ordonnée par le Ministère de la Santé. Dans ce contexte, l'API, la FFP par l'intermédiaire de son collègue de pédopsychiatrie, ainsi que les syndicats se sont mobilisés. Si vous rencontrez des problèmes dans vos services, n'hésitez pas à faire appel à nous. Des textes circulent pour préparer au mieux ces inspections et remplir les grilles qui vont être utilisées. Par ailleurs, il ne faut pas hésiter à faire appel au service juridique de votre hôpital ou même à vos Conseils de l'Ordre, pour s'assurer de la garantie du secret médical, notamment pour la lecture des dossiers. La question se pose aujourd'hui de recourir à la loi pour que des limites soient mises aux attaques de nos organisations de soins. La diffamation doit cesser !

Heureusement d'autres voix s'élèvent parmi d'autres associations de parents et même si ces voix ne sont pas encore entendues, il ne faut pas désespérer qu'elles le soient un jour. Le Rassemblement pour une Approche des Autismes Humaniste et Plurielle (RAAHP) et la Coordination Internationale entre Psychothérapeutes Psychanalystes s'occupant de personnes avec Autisme (CIPPA), après la journée qu'ils ont co-organisée le 2 avril dernier, ont écrit une lettre de protestation à M. Tourraine pour dénoncer l'attitude du président du Centre de Ressource Autismes d'Ile de France (CRAIF) qui a refusé de faire circuler l'information sur cette journée dans le cadre de la journée mondiale contre l'autisme, ce qui contrevient au cahier des charges qui précise les missions d'information d'un CRA. Pour sûr, ce qui a été vécu ce jour-là par les participants, professionnels et usagers, n'allait pas dans le sens de l'idéologie totalitaire qui prévaut aujourd'hui.

Pour aussivive que soit la douleur, nous nous efforçons, cependant, de continuer à penser. Cette présente lettre en atteste. Contre la « folie gestionnaire » des

ARS, nous opposons ce que nous faisons au quotidien et le montrons avec le résumé des rencontres annuelles de perfectionnement 2015 sur le thème « Histoires de soins, parcours de santé, l'avenir de la psychiatrie infanto-juvénile dans les territoires ». Rédigé à plusieurs voix par J. Chambry, C. Desobry, A. Pourrat, et C. Puybaret-Bataille, ce résumé tombe à pic pour montrer l'inanité des GHT pour la psychiatrie en général et la psychiatrie infantojuvénile en particulier, tant la logique de territoire et les organisations qui en découlent sont déjà inscrites dans les fondements mêmes de notre discipline. Ce que J. Hochmann confirme dans l'approche historique qu'il nous a livré lors des derniers Carrefours 2016 consacrés à l'accueil dans les CMP et dont nous publions le texte.

R. Misès est aussi présent dans cette lettre. Inspirateur de la circulaire de 1992 sur les missions de la psychiatrie infanto-juvénile, un hommage lui est rendu à la Fondation Vallée, chaque année depuis sa

mort en 2012, hommage auquel participe Y. Coinçon, au nom de l'API et dont elle nous rend compte ici. Nous avons également décidé de publier l'intervention de M. C. Fouquay-Picard aux journées de la délégation de la région centre de l'Association Nationale des Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (ANECAMSP), preuve, s'il en est, de l'articulation avec les acteurs du médico-social de la psychiatrie infanto-juvénile que son organisation territoriale rend naturelle et dont il faut, à tout prix, garantir la pérennité.

Enfin quatre notes de lectures, rédigées par M. C. Bossière, M. C. Fouquay-Picard, C. Guibert et moi-même, ainsi que l'actualité des films produits par le Centre National d'Audiovisuel en Santé Mentale (CNASM) devraient vous donner envie de penser... Un bon moyen de faire avec la douleur.



Pétition de l'API concernant la réforme du DES

L'API, l'Association des Psychiatres de secteur Infanto-juvénile, tient à réagir à la réforme du 3ème cycle des études médicales, qui menace gravement la place de la psychiatrie et la formation des futurs praticiens.

Depuis la disparition de la spécialité en neuropsychiatrie, la psychiatrie contemporaine s'est individualisée comme discipline médicale du sujet, et non comme une spécialité d'organe. Etre spécialisé(e) en psychiatrie, c'est, pour nous, développer une connaissance approfondie d'une psychopathologie générale, du développement psycho-affectif et de ses troubles. Dans cette perspective, le retour d'une psychiatrie à une « simple » spécialité médicale est une attaque évidente des courants théoriques spécifiques à notre discipline, courants qui inscrivent les troubles dans l'histoire développementale du sujet et de sa famille.

La psychiatrie est une discipline médicale ; c'est la discipline qui étudie les maladies mentales ; le psychiatre est un médecin. Revendiquer que la psychiatrie est une branche de la médecine, c'est considérer que toutes les souffrances, toutes les particularités, tous les comportements, ne sont pas des maladies. C'est distinguer le normal et le pathologique, la souffrance et la maladie. C'est, comme dans toute démarche médicale, recueillir les symptômes, les regrouper en syndromes, envisager un diagnostic, proposer une thérapie.

Par décision de son Conseil d'Administration du 6 février 2016, l'API s'oppose à la réforme du 3ème cycle des études médicales, qui fait disparaître notre discipline, au profit d'une sur-spécialité médicale.

De plus, l'API s'oppose à la réforme du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Psychiatrie Générale qui réduit le nombre de stages obligatoires en psychiatrie infanto-juvénile à 1 semestre, sur 4 ans de formation, au lieu de 2 semestres actuellement. Les raisons de notre opposition sont les suivantes :

**Si pour vous, la psychiatrie ne peut se résumer à une médecine du cerveau,
Si pour vous, la clinique du sujet et la prise en compte de la famille doivent primer,
Si pour vous, la manière dont une société traite ses enfants, ses malades mentaux et ses vieux, est un signe de l'état de santé de cette société,
Si vous appréciez l'adage de Tosquelles, qui dit avec humour : « la médecine est une branche de la psychiatrie »,
Signez cette pétition !**

Vous trouverez l'adresse du site pour la signer en page d'accueil de notre site : www.api.asso.fr

- En psychiatrie, le champ de l'enfance et de l'adolescence, est vaste et en même temps, spécifique. Y accorder un quart du temps de stages dans la formation obligatoire de tout psychiatre paraissait un minimum. Diviser par deux ce temps de formation est tout simplement indécent. C'est une erreur grave en terme de santé publique qui, au delà de concerner tous les psychiatres en formation, futurs psychiatres d'adultes et futurs psychiatres d'enfants, concerne toute la population.

- En effet, la formation au développement et à la psychopathologie de l'enfant est un prérequis indispensable à l'appréhension de la psychiatrie du sujet adulte.

- C'est bien souvent au travers de leurs stages en pédopsychiatrie que les psychiatres en formation sont initiés à la prise en compte des familles, leur accueil, leur écoute.

- La parentalité, et ses troubles, ne sauraient être prises en charge sans les apports de la clinique du bébé et du jeune enfant, clinique appréhendée par les psychiatres en formation au cours de leurs stages en pédopsychiatrie.

- La maquette actuelle du DES de Psychiatrie Générale, complétée par le DESC de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, permet aux psychiatres en formation de choisir leur orientation clinique au cours de

leur formation et au travers de leurs stages. C'est pendant leurs stages dans nos services, qu'ils décident de s'orienter vers la psychiatrie infanto-juvénile. 12 mois de formation est un minimum pour découvrir la diversité des pratiques en psychiatrie infanto-juvénile. Réduire de moitié, dans les quatre années du DES de psychiatrie générale, le temps de stage obligatoire en psychiatrie infanto-juvénile réduit, au moins d'autant, les possibilités de découvrir, d'investir ce large champs, et donc de s'orienter vers celui-ci.

- Enfin, la réforme accélère la crise démographique qui touche actuellement la psychiatrie et en particulier la pédopsychiatrie, et expose donc, nos concitoyens, à une évidente difficulté d'accès aux soins.



Histoires de soins, parcours de santé, l'avenir de la psychiatrie infanto-juvénile dans les territoires

Des journées sur ce thème se sont déroulées dans le cadre des 13èmes rencontres de perfectionnement des pédopsychiatres de service public au ministère de la santé les 23 et 24 mars 2015.

En voici un résumé rédigé à plusieurs voix.

● **Jean CHAMBRY,**
Chef du pôle adolescent,
Fondation Vallée (94)

● **Claudine DESOBRY,**
Chef de service, CH de Hénin
Beaumont (59)

● **Alain POURRAT,**
Chef de pôle, CH du Vinatier (69)

● **Claire PUYBARET-BATAILLE,**
PH, CH Maison-Blanche (75)

La loi de Santé nous conduit à repreciser les engagements de la pédopsychiatrie et à relancer sa dynamique et ses spécificités. Selon le projet de loi, celle-ci va s'intéresser aux « parcours de proximité » (devenus parcours de santé et non plus parcours de soins), à la prévention individuelle et collective, aux déterminants psychosociaux de santé, à l'accessibilité des soins, au soutien citoyen et à l'inclusion. Les Etats Généraux de la pédopsychiatrie de 2014, avec le socle des 10 propositions, ont rappelé tant les valeurs sur lesquelles repose notre discipline que ses concepts de base. Ils ont aussi été l'occasion d'analyser les modifications profondes de notre contexte d'exercice. Les bénéficiaires et usagers sont en position active et en attente de soins plus lisibles, plus accessibles dans leur représentation et plus pragmatiques dans leur application. Le contexte théorique évolue ; les classifications internationales, les recommandations et guides prétendent témoigner des données nouvelles de la science, en privilégiant une appréhension conceptuelle neuro-développementale. Le contexte économique fait pression pour modifier les dispositifs et les pratiques.

Les parcours de soins et le territoire

Les journées de perfectionnement ont permis d'étudier le changement apporté par la notion de territoire et les conditions d'une nouvelle dynamique de la psychiatrie infanto-juvénile dans ce contexte global, alors que son objet et ses objectifs ne sauraient être escamotés. L'objet de la pédopsychiatrie est le diagnostic dans toutes ses dimensions étiologiques et le traitement de la souffrance psychique lorsqu'elle revêt un caractère pathologique, son objectif une transformation des processus psychiques et une recherche d'évolution, un allègement des processus morbides handicapants. Les questions d'étayage, de prévention, d'accompagnement et de compensation sont subordonnées aux soins et en découlent, si leur finalité reste bien une réduction de la souffrance psychique à caractère pathogène.

Nous avons donc repris la notion de territoire qui fut un thème des Rencontres de Perfectionnement de 2011 et doit être absolument précisée aujourd'hui dans ses limites, ses équipements, sa gouvernance. Comment en faire un outil au service des usagers et des populations ? L'engagement dans la réflexion régionale sur l'organisation territoriale n'en est que plus urgent en reprecisant les partenariats indispensables.

Au fil des 2 journées, nous avons pris des exemples de parcours de soins selon les différentes étapes de développement concernées par la psychiatrie infanto-juvénile (périnatalité et petite enfance / enfance / adolescence) et à travers des pathologies emblématiques pour poser les questions actuelles : quels savoirs et compétences développer et privilégier, quelles pratiques modifier ou consolider,

quelles organisations reconfigurer, quels espaces investir, quelles articulations développer ? Nous nous sommes appuyés sur la problématique posée par le patient, la démarche diagnostique, le parcours de soins construit dans chaque situation, les effets du parcours de vie sur la prise en charge, l'inventivité des collaborations partenariales, la dynamique d'expériences réussies, l'accompagnement des familles. Ainsi, au-delà de la clinique individuelle, le dispositif institutionnel et sectoriel a été interrogé sur sa place et son engagement dans la politique de la cité.

Etat des lieux de la pédopsychiatrie de secteur

Nous avons commencé par rappeler par deux propositions concernant un état des lieux de la psychiatrie de secteur infanto-juvénile :

1. Un certain nombre de problématiques lourdes et actuelles de la pédopsychiatrie publique qui sont objectées comme des faiblesses du dispositif, peuvent être lues comme la rançon du succès de la psychiatrie de secteur. Ainsi il existe une offre de soins de proximité et gratuite, organisée autour des Centres Médico-Psychologiques, pivots de l'organisation sectorielle, offrant un maillage réparti sur l'ensemble du territoire français. Elle permet la mise en place de prises en charge à 97 % ambulatoires pour la PIJ, menées par une équipe pluri professionnelle, en assurant la continuité dans les champs de la prévention, des soins et de l'insertion du patient. Elle a pour fonction d'accueillir, sans exclusive, tout patient, quelle que soit la sévérité de sa pathologie. Mais il existe différentes difficultés :

● Tout d'abord, les problèmes de l'accessibilité et de la liste d'attente dans nos CMP. Ce questionnement sur la liste d'attente paraît légitime et doit être abordé en faisant la part entre la nécessité :

- d'une réflexion interne de la Pédopsychiatrie sur les organisations.

- d'objectiver par ailleurs ce phénomène qui ne donne lieu à aucun relevé systématique.

● La diminution significative des interventions à domicile.

● L'attribution au fil du temps de missions nouvelles.

2. Un certain nombre de problématiques de la pédopsychiatrie publique sont à entendre comme un phénomène d'inachèvement de la politique de secteur. En psychiatrie, de façon globale



au fil du temps se sont développés des dispositifs de soins sectoriels généralistes, intersectoriels plus spécifiques et supra sectoriels à vocation par exemple départementale ou régionale. En revanche, ce développement s'est fait de façon hétérogène aboutissant à une disparité territoriale d'offre et d'organisation des soins en France.

L'IRDES, Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé, a mené deux études en 2009 et 2014 sur les secteurs de psychiatrie en France et a rendu compte de la grande disparité des moyens en personnels, des équipements et de l'offre de soins (proposant 9, puis 5 profils de territoires de santé, suivant un certain nombre de critères). Or, cette étude portait exclusivement sur la population de la Psychiatrie Générale des plus de 16 ans. Une telle étude devrait être menée dans le champ de la pédopsychiatrie, pour que soit analysée cette réelle problématique.

La question spécifique des moyens de la pédopsychiatrie a été posée, tant dans le rapport d'Edouard Couty qui affirmait la nécessité d'un rapport en tant que tel sur la Pédopsychiatrie que dans celui de Denys Robiliard.

Missions, spécificités et limites de la pédopsychiatrie publique

1. Extension du champ des demandes et enjeux de priorisation
Outre l'aspect quantitatif déjà évoqué, il est à noter l'extension qualitative des demandes dans différentes dimensions :

celles issues directement des familles, non médiatisées par le médical allant dans le sens du développement d'un aspect plus consumériste de la pédopsychiatrie et celles des pouvoirs publics autour de la prise en compte de la souffrance psychique en lien avec des événements de vie dans le cadre d'une évolution vers la victimologie. Quelle possibilité pour le secteur de PIJ de rester présent dans tous les domaines de la prévention, des soins et de l'insertion ? Quelles articulations éventuelles avec d'autres partenaires, dans ces différents champs sur un territoire? Quelles missions sont prioritaires ? Suivant quels critères ?

2. Evolution de la démographie, tant qualitative que quantitative des personnels et des métiers.

- Baisse programmée du nombre de psychiatres en France.
- Réflexion sur l'évolution des métiers (psychologues, infirmiers...) : mission Laforcade
- Réflexion sur les prises en charge par l'assurance maladie d'intervenants d'amont (psychologues, psychomotriciens...)

3. Le poids, voire l'étau de l'évolution médico-économique.

4. Le poids des attentes et demandes des usagers et des familles

- Une meilleure lisibilité de l'offre de soins.
- Une meilleure information à propos des troubles psychiques.
- Une plus grande spécialisation des prises en charges de soins autour de troubles ou de pathologies ciblées.

- Une meilleure articulation avec l'ensemble des institutions sociales et médico- sociales, avec une définition plus précise du rôle des uns et des autres
- Favoriser le processus participatif des familles aux soins, inhérent à la pratique des soins en pédopsychiatrie.

5. Le positionnement des politiques (Tutelles et élus)

Les demandes des politiques et des élus adressées à la psychiatrie sont devenues complexes, oscillant d'une demande de fonctionnement de plus en plus sécuritaire à celle d'un florilège de missions nouvelles, au moment où, par ailleurs, il ne peut être octroyé de moyens nouveaux conséquents.

Cependant l'action en santé mentale avec ses composantes sociales, économiques et culturelles implique de fait une dimension politique. Le travail avec les élus est ainsi un enjeu capital (cf. pour exemple leur rôle déterminant dans le développement des Comités Locaux de Santé Mentale (CLSM)).

Le secteur dans la logique des territoires

Les anciens, fondateurs de la psychiatrie de secteur, rappelaient qu'un des enjeux majeurs de cette politique de soins, enjeu toujours d'une grande actualité, consistait à ce qu'il n'y ait pas de patient laissé pour compte quant à l'accessibilité aux soins, quelle que soit la sévérité de sa pathologie sur un territoire géo démographique donné. Dans ce principe fondateur, ils ne décrivaient pas que les soins aient été forcément menés par le secteur lui-même, mais proposaient de prendre en compte les potentialités du territoire.

Quelques enjeux autour de la Loi de Santé et de la politique territoriale :

- Le risque majeur d'instituer un clivage entre les soins extra-hospitaliers et les soins intra-hospitaliers, l'équipe pluri professionnelle de secteur devant en assurer la continuité.
- La dimension du territoire qui reste à préciser.
- Les enjeux autour du pilotage de la politique territoriale par l'ARS avec la place accordée aux élus et aux usagers.
- L'intérêt d'une instance spécifique de santé mentale au sein des conseils territoriaux de santé et la question de son articulation avec les CLSM.

Le projet de Loi de Santé

● Dans son article 13 sur l'organisation territoriale de la Santé Mentale, il propose sous la direction générale de l'ARS, que soient mis en œuvre des contrats territoriaux de santé, conclus entre l'ARS et les acteurs sanitaires, sociaux et médico sociaux, afin d'organiser des parcours en santé mentale et de mettre en œuvre des actions coordonnées dans le champ de la prévention des soins et de l'insertion. Il est demandé que la psychiatrie soit mieux articulée avec les acteurs libéraux, sociaux et médico-sociaux du territoire dans une logique transversale de promotion de la santé mentale, des soins et de l'insertion des malades psychiques.

● Après la proposition dans le cadre de l'article 12 d'un service territorial de santé au public, un amendement récent propose la constitution de communautés professionnelles de territoire de santé.

● Dans le cadre de l'article 13, les députés ont tout récemment adopté un amendement visant à préserver les CLSM et à prévoir la mise en place d'une commission spécialisée de santé mentale au sein des conseils territoriaux de santé, comme nous étions de nombreux professionnels à le demander.

Dans le cadre de cette politique territoriale, nous serons sans doute sollicités à :

- redéfinir et préciser les missions de secteur
- préciser des missions qui, jusqu'alors exercées par la PIJ pourraient éventuellement être exercées par d'autres acteurs sur le territoire (champ de la prévention, de l'insertion)
- définir auprès d'autres partenaires nos spécificités et aussi nos limites, en fonction des moyens dont nous disposons.

Continuer à promouvoir la psychiatrie de secteur et sa rénovation

Il ne s'agit en effet plus de défendre la psychiatrie de secteur en se rigidifiant sur ses dispositifs, ses institutions, ses pouvoirs, mais de continuer à la promouvoir, en acceptant et en élaborant un certain nombre de critiques qui lui sont adressées comme phénomène d'inachèvement de sa politique.

Il s'agit de réaffirmer avec force sa rénovation possible, ses potentialités

d'innovation, en acceptant de nouvelles déclinaisons au service d'un territoire à construire, compte tenu d'enjeux nouveaux.

Il est à noter que parallèlement, l'organisation des soins en MCO, en particulier en ce qui concerne les parcours de soins de patients présentant des maladies chroniques, tend de plus en plus vers les modélisations de la psychiatrie de secteur : développement des hôpitaux de jour, réseaux ville-hôpital avec décloisonnement entre l'intra et l'extra hospitalier, développement de maisons de santé avec constitution d'équipes pluri professionnelles, allant dans le sens du virage ambulatoire incité par le Ministère. L'organisation pour exemple des soins en gériatrie se révèle très proche de nos réalisations en psychiatrie de secteur.

La pédopsychiatrie publique a une formidable expérience depuis le début de son histoire de travailler avec des partenaires et peut être la promotrice de cette rénovation, comme c'est le cas dans le cadre de notre engagement au sein des conseils locaux de santé mentale.

Parcours de soins en périnatalité et chez le très jeune enfant

(Après-midi du lundi 23 mars 2015)

1. L'équipe de périnatalité de Créteil, représentée par Jacques Sarfaty et son équipe de Créteil, a évoqué les difficultés d'articulations des différents services intervenant précocement au cours de situations extrêmes en périnatalité, à travers l'illustration clinique de bébés jumeaux prématurés nés après une PMA chez une patiente schizophrène de 41 ans. Cette situation extrême a permis de montrer le travail de dentelle à mener pour soutenir une parentalité vulnérable, tout en préservant les parents et le devenir physique et psychique des bébés... Plus largement elle a soulevé la question éthique difficile des mères schizophrènes dont l'évolution et la capacité maternante est imprévisible.

2. Le Comité Lillois de Santé Mentale, sous la houlette de Patricia Do Dang et de Jérémie Crepel (conseiller municipal de Lille) nous a permis de découvrir une démarche territoriale pour prévenir et accompagner les femmes souffrant de dépression post-natale par les professionnels de premier recours. L'arbre décisionnel, réalisé par Marie Antoine dans le cadre de sa thèse de médecine

générale, aide le professionnel à repérer les signes de dépression chez la mère, les signes de souffrance chez le bébé et l'altération des interactions mère-enfant. Une évaluation de la gravité des signes, des facteurs de risque et du soutien environnemental est aussi résumée permettant à chaque professionnel d'être vigilant à l'évolution de la mère et du bébé. Ces éléments sont rassemblés sur une plaquette (double format A4) facile d'utilisation, résumant les différents points d'évaluation. En outre cette plaquette mentionne les coordonnées des lieux d'accompagnement de la petite enfance (PMI, CMP, CAMSP) et de soins pour adultes de la ville. Editée par la ville de Lille et diffusée aux professionnels de premier recours lors d'une journée de présentation, elle a d'ores et déjà rendu visible et plus opérationnel le réseau de soins.

3. La société Marcé, représentée par Anne-Laure Sutter, a illustré par une situation clinique heureuse la pertinence d'un suivi précoce et articulé des troubles de l'interaction néonatale. Elle a balayé les avantages et les inconvénients cliniques et économiques ; ainsi on note des disparités internationales sur l'intérêt du dépistage de la dépression du post-partum, mais la quasi unanimité sur la nécessité d'une évaluation psycho-sociale. La proposition de la « Marcé Society » est précisée en trois points : identifier les risques psychosociaux, adapter l'approche, cibler les bassins de population avec faibles ressources.

Enfin, elle nous a résumé l'analyse de la situation française : nous avons un système médico-social efficient, des réseaux de périnatalité en place, une clinique de la psychopathologie du bébé, parfois des équipes pluridisciplinaires de psychiatrie de liaison en maternité, souvent des psychologues esseulés, parfois une organisation de filière de soins de psychiatrie permettant des soins conjoints à la mère et au bébé. Il nous manque un parcours de soins gradués prenant en compte la fragilité émotionnelle, une meilleure coordination des services sociaux avec des équipes pluridisciplinaires de psychiatrie de liaison périnatales mobiles et réactives, ainsi qu'une évaluation de nos pratiques.

En conclusion la question d'une politique de prévention s'est posée : cette politique peut-elle se passer d'une évaluation psychosociale systématisée en aval et d'études à long terme ? Quels sont les avantages en terme de bien-être des mères, des nourrissons, des familles, de la société et quels sont les coûts de cette politique ?

4. Le Centre Nantais de la Parentalité (CNP), dirigé par Nicole Garret-Gloanec, nous a présenté au travers de 3 situations cliniques d'enfants de moins de 2 ans présentant des troubles de la relation et du développement comparables, la consultation d'une pédopsychiatre expérimentée et spécialement formée à l'observation des jeunes enfants, permettant d'établir 3 diagnostics distincts. Il a été retrouvé un diagnostic de négligence grave avec signes d'hospitalisme, un diagnostic de vulnérabilité dans un contexte de souffrance néonatale et un diagnostic d'autisme.

Au delà de ces 3 observations, a été souligné l'intérêt d'une observation clinique multidimensionnelle et pluri-professionnelle. Le CNP, co-construction innovante d'un secteur de pédopsychiatrie et de la PMI de Nantes, par le travail conjoint de puéricultrices, de psychomotriciens, de psychologues, de pédiatres et de pédopsychiatres, spécialement formés à l'observation des bébés et des très jeunes enfants permet un repérage précoce de la souffrance des enfants et un accompagnement thérapeutique au plus près de l'enfant et de sa famille.

L'analyse de la population reçue dans ce dispositif a permis de repérer combien étaient pertinents les « adressages » par les professionnels (évaluation de l'urgence et de la gravité de la situation), mais la moindre adéquation pour des consultations spontanées des parents pose la question de l'accès direct à la consultation.

Le repérage précoce réalisé par le centre permet cependant le suivi précoce des pathologies touchant des enfants très jeunes : signes fonctionnels du bébé, aigües et itératifs, provoquant de la souffrance chez les parents et l'enfant, pathologies parentales du post-partum retentissant sur le bébé, processus pathologiques émergents, troubles des enfants liés à l'environnement.

Au total, l'ensemble des interventions de l'après midi a permis de décliner une palette des dispositifs mis en place par les secteurs de pédopsychiatrie dans une démarche qui procède à la fois de la prévention précoce par la formation à l'observation des professionnels de premiers recours, du repérage, du dépistage, du diagnostic et des soins pluri-professionnels de pathologies de la petite enfance amenées à s'aggraver en l'absence de mesures et / ou de

soins adaptés. Chaque équipe cherche à concilier la préoccupation d'être présent précocement pour infléchir des évolutions développementales défavorables et la réalité des moyens disponibles en tentant d'améliorer l'ajustement de la réponse.

Parcours de soins chez l'enfant de 3 à 12 ans

(Matinée du mardi 24 mars)

1. Le Centre de Référence pour les Troubles du Langage et des Apprentissages (CRTLA) de l'hôpital Ste Anne à Paris, représenté par Evelyne Lenoble, a abordé la question des articulations des CRTLA avec les différents lieux de soins.

Quand le soutien pédagogique n'a pas suffi, on peut décrire 3 niveaux d'intervention:

- Le niveau 1 de dépistage est dévolu aux médecins de PMI, médecins et psychologues scolaires qui vont orienter vers un circuit de soins.

- Le niveau 2 est l'étape du diagnostic : plusieurs circuits de soins sont possibles dans le traitement de ces troubles en fonction de leur gravité :

- soit une prise en charge orthophonique simple suffit (en libéral ou en CMP / CMPP)

- soit les troubles dépassent une rééducation orthophonique simple et il faut évaluer et traiter les éventuelles comorbidités avec l'appui de différents professionnels (pédopsychiatres, psychologues, orthophonistes, psychomotriciens, psychopédagogues, avis neurologique si besoin...).

- Le niveau 3 est réalisé par les centres de référence dans les situations les plus compliquées et non résolues par les approches précédentes.

Le centre de référence a une fonction tierce, il permet souvent de dégager l'enfant et sa famille des conflits générés par le ressenti d'impuissance des professionnels engagés dans la prise en charge. Il n'est pas un centre expert, mais dans ses missions il peut développer un pôle recherche et formation, et proposer des outils d'évaluation originaux permettant d'explorer des aspects inédits du fonctionnement psychique et cognitif de l'enfant.

Difficultés rencontrées

- Les centres de référence dépendent de services de soins très divers : pédopsychiatrie, neuropédiatrie, rééducation fonctionnelle, ORL... avec des approches

théoriques et cliniques très différentes qui s'opposent souvent, ne cohabitent pas toujours bien et ont du mal à dialoguer entre elles.

Les dimensions psychopathologiques, neurologiques, cognitives, affectives s'intriquent dans les apprentissages, mais certains professionnels souhaiteraient en faire un trouble neuro-développemental (comme pour l'autisme) qui ne concernerait pas les pédopsychiatres.

- Les différents niveaux cités plus haut ne sont pas toujours bien coordonnés : défauts de repérage à l'école, listes d'attente pour la mise en route de soins en CMP / CMPP, adressage en CRTLA sans concertation entre les professionnels impliqués (parcours très désorganisés où les parents ont demandé de multiples avis et où les professionnels n'ont pas pu, su ou voulu communiquer entre eux), listes d'attente de 6 mois à 1 an pour accéder aux CRTLA, difficultés de mise en place des aides préconisées par les CRTLA par inadéquation ou défaut de moyens locaux (grande disparité selon les territoires).

Propositions

- Soutenir et développer les contacts entre l'Éducation Nationale, la médecine scolaire d'une part, et les structures de niveau 2, en particulier CMP et CMPP, d'autre part. Le guide de repérage des signes de souffrance psychique de l'enfant et de l'adolescent (FFP) peut s'avérer utile.

- Confirmer la place des CRTLA comme des centres de recours, en 2ème intention, dans une fonction tierce et éviter les courts circuits directs vers ces centres alors pris comme experts ou juges.

- Développer les échanges et les formations : la diversité des références théoriques entrave la bonne articulation entre les intervenants.

2. Un pôle de consultation conjoint CAMSP/CMP/CMPP

créé à Lunel (Hérault) a ensuite été décrit par Pierre Raysse et Anne Grolleau. Ce pôle permet une offre de soins coordonnés, des échanges de compétences, une élaboration commune et une potentialisation des moyens et des orientations.

Difficultés

- Les articulations sont limitées par les problèmes d'effectif et la saturation de chaque service, par les politiques institutionnelles divergentes (budget et gestion des dossiers différentes sur chaque unité par exemple) et l'écart persistant entre l'offre de soins et la demande.

● Les troubles du comportement de l'enfant (TDAH entre autre) et leur traitement par psychostimulants sont surmédiatisés et peuvent amener des professionnels insuffisamment formés à négliger d'autres aspects psychopathologiques, tels qu'une dépression sous-jacente.

Propositions

● La problématique des enfants de l'ASE pose la question de la discontinuité des parcours de vie et de soins. Des études rétrospectives pluridisciplinaires de ces parcours pourraient permettre de réunir les acteurs impliqués pour des formations communes et d'élaborer des référentiels communs pour une meilleure collaboration et un suivi plus ajusté des enfants confiés à l'ASE et à nos services de soins.

● Une plus grande souplesse des fonctionnements institutionnels pourrait permettre une mise en commun de certains personnels de différentes unités de soins quand ils sont réunis dans des locaux communs.

3. Parcours scolaires et de soins des enfants autistes

A partir d'observations cliniques, les différentes étapes qui surviennent au cours de la scolarité d'un enfant autiste ont été listés par Claire Puybaret-Bataille et Nicolas Hespel (référént scolaire MDPH) :

● Un cadre scolaire spécifiquement adapté peut permettre à l'enfant de rentrer dans les apprentissages et de supporter le groupe, mais les difficultés de socialisation et de comportement peuvent entraver son inclusion scolaire. Les problèmes de concentration et de mise en lien entre les sujets traités, d'accès au sens, à l'abstraction, peuvent gêner ses apprentissages.

● Les ESS (Equipes de Suivi de Scolarisation) sont souvent un véritable espace de parole où des propositions partagées par les professionnels dessinent un projet pour l'enfant et revitalisent les engagements de chacun des protagonistes. Mais l'organisation dépend beaucoup de l'implication personnelle du chef d'établissement scolaire qui devient souvent plus laborieuse au collège.

● Une orientation en CLIS, puis en ULIS est parfois préconisée, mais pas toujours concluante du fait de l'hétérogénéité des enfants accueillis qui peut rendre l'ambiance de la classe explosive et peu sécurisante. L'aide d'un SESSAD peut

permettre une prise en charge plus en lien avec les lieux de vie et de scolarisation de l'enfant.

● Quand les difficultés scolaires et/ou comportementales sont trop importantes, une orientation en IME est souvent préconisée mais peut être longue à mettre en place du fait du manque de place.

● La collaboration des IME et des SESSAD avec les CMP et les CMPP est parfois nécessaire pour la mise en place d'aides complémentaires (consultations, psychothérapies, groupes thérapeutiques...) et semble beaucoup plus aisée qu'auparavant.

Difficultés :

● La scolarisation inclusive des enfants autistes a suscité beaucoup d'espoirs mais suppose des adaptations majeures (pédagogie différenciée, programmes adaptés, modalités d'évaluation...) répondant à des besoins clairement identifiés d'enfants présentant des degrés d'autisme très variables, ce qui nécessite la construction d'un projet pédagogique cohérent avec un cadre temporel et spatial spécifique. Les professeurs-ressource de la MDPH, spécialisés dans ces troubles peuvent être d'une grande aide pour aider les enseignants à trouver des méthodes adaptées, mais ils sont trop peu nombreux.

● Le mode de communication et d'interaction sociale particulier de l'enfant autiste implique à l'enseignant de s'adapter à lui, avant même de pouvoir lui enseigner quelque chose. L'implication des enseignants est éminemment variable du fait de la charge supplémentaire de travail qu'elle implique.

● La formation et l'encadrement des enseignants et des AVS accueillant ces enfants à besoins particuliers est loin d'être efficiente. Des supervisions et des séminaires sont nécessaires ainsi que des contacts réguliers avec les soignants qui prennent en charge l'enfant (ESS plus fréquentes).

● Au collège, les difficultés sociales entraînent souvent une forme d'exclusion et l'intervention des AVS est souvent vécue comme stigmatisante.

● Les projets professionnels sont difficiles à construire dans le milieu du travail encore peu habitué à recevoir des jeunes en situation de handicap.

● Les listes d'attente pour les soins en CMP / CMPP, puis pour les SESSAD et les IME pénalisent de nombreux enfants et les privent d'une aide adaptée à leurs difficultés à un moment crucial de leur développement.

● Certains parents sont surinformés et font leur « marché » dans ce qui peut être proposé, parfois sans souci de mise en lien des professionnels entre eux.

● Des associations proposent des AVS privées et des prises en charge thérapeutiques et éducatives onéreuses, remboursées partiellement par la MDPH, ce qui constitue une médecine et une éducation à 2 vitesses en fonction des revenus des familles et de leurs capacités à se repérer dans le dédale des aides possibles. La MDPH a du mal à réguler ces enjeux déontologiques majeurs.

● Il y a un risque de robotisation de l'enfant (et de ses parents) quand le développement des apprentissages prend le pas, voire dénie les aspects relationnels et psychoaffectifs, notamment avec l'utilisation de certaines méthodes comportementales par des professionnels insuffisamment formés et peu supervisés, qui prennent alors une allure de « dressage ».

● La prise en charge des déplacements école / service de soins devrait être financée par la sécurité sociale. Actuellement seuls les déplacements domicile / école et domicile / service de soin sont pris en charge plus ou moins partiellement.

Propositions du « Réseau Autisme en Savoie » (Chambéry)

Stéphane Cabrol, pédopsychiatre responsable de ce réseau, a d'abord listé les partenaires impliqués dans le réseau : secteur sanitaire public et privé, l'EN et les écoles privées, le médico-social, les familles, les patients eux-mêmes, leurs familles et les associations, le conseil général et la MDPH, les collectivités territoriales, les entreprises adaptées ou non et... la société en général !!

● Il a rappelé l'hétérogénéité des sujets, des familles, des formes d'autisme, des expressions phénotypiques et des pathologies associées, ce qui explique les trajectoires développementales diverses impliquant une infinité de réponses et de parcours différents.

● Le diagnostic est porté par la neuropédiatrie, le CAMSP et le service de pédopsychiatrie qui ont des formations communes d'aide au diagnostic et à l'intervention précoce qui s'articulent avec le réseau mis en place et les associations de parents.

● Plusieurs dispositifs de soins spécifiques ont été créés avec des stratégies thérapeutiques différenciées, afin de stimuler les différents niveaux de communication et maintenir la scolarité en milieu ordinaire le plus

longtemps possible. Ont ainsi été créés : un CMP spécialisé, un SESSAD, des classes maternelles et primaires TED, une ULIS lycée, un IME avec des temps de scolarisation. Les partenariats sont bien sûr toujours fragiles et sans cesse à reconstruire avec les nouveaux professionnels.

- Des interventions dans les classes sont proposées en direction des enfants qui accueillent un enfant autiste dans leur classe.
- Une « aide aux aidants » et des formations ont été mises en place une demi-journée par semaine, en partenariat avec les associations de familles, pour les parents, enseignants, AVS, animateurs de centres de loisirs, professeurs de musique, de sport...
- L'enfant, puis l'adolescent reste toujours acteur de son projet.
- Un outil spécifique a été créé pour aider à l'orientation des 16 / 25 ans ainsi que de nouveaux dispositifs et des réseaux avec les entreprises pour préparer l'entrée dans la vie professionnelle. L'extension au secteur des patients adultes est à construire...

Parcours de soins des adolescents

(Après-midi du mardi 24 mars)

A travers trois expériences de secteurs pédopsychiatriques présentées par Catherine Zittoun (Paris 19^{ème}), Jean Chambry et Anne-Christine Thirolle-Jourdan, directrice de foyer ASE (Val de Marne) et Vincent Garcin (équipe mobile d'Armentières), différents axes ont pu se dégager :

- L'adolescence est une période maturative, source de réaménagements psychiques importants. C'est un processus qui peut révéler des fragilités psychologiques de l'enfance et se manifester sous formes de troubles plus ou moins sévères ; c'est aussi un moment fécond de reconstruction et de consolidation narcissique.
- La pédopsychiatrie a un rôle essentiel dans l'évaluation psychopathologique des troubles à l'adolescence, afin de repérer l'entrée dans une véritable pathologie psychiatrique, à différencier des difficultés contextuelles ou d'une fragilité psychologique sans gravité. Par son évaluation, elle offre des pistes qui pourront guider l'ensemble des partenaires du champ éducatif et scolaire.
- Cependant, nous remarquons que les adolescents qui cumulent des fragilités à la fois au niveau psychologique et au niveau social, ont plus de difficultés à accéder aux soins. Il est donc indispensable de

penser des dispositifs qui vont au-devant d'eux (offres de consultation à proximité des établissements scolaires, équipes mobiles...).

L'expérience de l'équipe mobile d'Armentières montre la pertinence de se déplacer à domicile pour des adolescents qui ne franchiraient pas spontanément la porte des CMP. Ce dispositif nécessite cependant une articulation avec l'ensemble de nos partenaires, et en particulier les acteurs de l'éducation nationale.

- Nous sommes par ailleurs de plus en plus confrontés au décrochage scolaire. C'est une notion complexe au niveau psychopathologique. Les adolescents décrocheurs présentent des problématiques extrêmement diverses allant du retard cognitif aux troubles sévères de la personnalité, en passant par les troubles anxieux, phobiques et dépressifs, dans des contextes familiaux souvent perturbés. Le rejet du plaisir à penser conduit au rejet d'un système qui a perdu son sens. Le dispositif mis en place dans le 19^{ème} arrondissement de Paris montre la nécessité d'interventions précoces face à l'absentéisme scolaire pour remobiliser l'adolescent et sa famille dans des projets adaptés au cas par cas.
- L'aide sociale à l'enfance accueille des adolescents qui présentent de plus en plus fréquemment des troubles comportementaux, très difficiles à contenir à partir des repères éducatifs. Le sentiment d'impuissance est alors majeur et se propage facilement dans les équipes. Sur le Val de Marne de nouvelles pratiques ont pu se développer, réunissant les professionnels du champ sanitaire et du champ de la protection de l'enfance, qui permettent de développer une fonction de contenance portée par les deux institutions au service des adolescents et de leurs familles.

Ainsi à travers ces trois expériences, il apparaît nécessaire que la pédopsychiatrie puisse proposer des outils pour permettre aux professionnels des champs éducatifs et scolaires de décoder le sens d'un comportement sans psychiatriser tout écart à la norme attendue. Pour cela il est aussi indispensable de penser des temps de formations partagés entre la pédopsychiatrie et les différents acteurs des champs scolaires, éducatifs et judiciaires, afin de permettre la co-construction d'un champ commun de représentations et d'un espace de dialogue permettant d'ouvrir des perspectives, sans renforcer les clivages identitaires.

Les difficultés d'articulation entre les services de soins et les services de protection de l'enfance ont pris une place importante au cours des débats de ces journées, au point d'envisager que les quatorzièmes Rencontres de perfectionnement qui auront lieu en avril 2016 soient consacrées à notre expertise dans la protection du développement de l'enfant et aux liens à réinventer avec les services éducatifs et juridiques prenant en charge ces enfants.

Les centres médico-psychologiques, perspective historique

Ce texte a été écrit pour les carrefours de la pédopsychiatrie qui ont eu lieu le 5 février 2016 à Paris, sur le thème de « L'accueil, un acte de soin ? Spécificités, modalités et limites de l'accueil en CMP infanto-juvénile ».

Pr Jacques HOCHMANN, professeur émérite de psychiatrie infanto-juvénile, CHU de Lyon

L'accueil en pédopsychiatrie publique a comme porte d'entrée le centre médico-psychologique, institué dans les textes officiels comme « pivot du secteur de psychiatrie infanto-juvénile ». Je voudrais esquisser ici l'histoire de cette institution, héritière du dispensaire d'hygiène mentale infantile, en montrant comment on est passé de l'hygiène aux soins, de la surveillance à l'accueil et dans une certaine mesure d'une gestion que je qualifierai de matriarcale à une gestion que j'appellerai patriarcale, avant de se diriger vers un véritable travail d'équipe.

Ce schéma, comme tout schéma, est simplificateur et vise seulement à dégager quelques grandes directions. Il ne faudrait pas en effet le prendre trop au sérieux. Dans la réalité, les différentes phases ne se succèdent pas de manière régulière. Il y a des coexistences, des retours en arrière ou, au contraire, des annonces du futur dans le présent. Il y a aussi d'un lieu à l'autre de grandes différences et c'est peut-être une des richesses de la pédopsychiatrie française, on nous l'a assez reproché, que d'avoir expérimenté des solutions très diverses, très polymorphes en réponse au problème de l'accueil des enfants et des adolescents en difficulté psychique.

Préhistoire

Comme toute histoire, celle-ci a une préhistoire, qui mériterait de plus longs développements. Je vais seulement la résumer. Pendant le 19^{ème} siècle et un bon premier tiers du 20^{ème}, ce qui ne

s'appelle pas encore la pédopsychiatrie a été dominé, pour dire les choses un peu vite, par deux grandes figures : celle de l'arriéré et celle du pervers (puisque à cette époque on ne pensait pas, généralement, qu'il puisse exister une folie chez l'enfant). Face à ces deux grandes figures, le mode d'intervention est essentiellement éducatif : une éducation pour perfectionner les capacités restantes de l'arriéré, une éducation (parfois musclée) pour corriger les déviations comportementales du pervers. Perfectionnement et correction sont ici les deux maîtres mots. L'accueil est plutôt un recueil : il s'agit de recueillir les enfants anormaux dans des lieux adaptés, généralement fermés, abris souvent caritatifs et religieux pour les arriérés, maisons de correction pour les pervers, enfin pour ceux dont on ne veut pas ailleurs, réclusion dans les bas-fonds des asiles d'aliénés où seuls quelques rares personnages, comme Bourneville, ont tenté d'apporter des réponses éducatives dites déjà « médico-pédagogiques ».

Ces deux figures, de l'arriéré et du pervers, se détachent sur un fond commun, celui de la dégénérescence qui est, comme chacun sait, la grande théorie psychopathologique de la deuxième moitié du 19^{ème} siècle. Elle met en cause dans l'éclosion et la prolifération des troubles mentaux des facteurs environnementaux :

- Certains sont physiques : l'intoxication alcoolique ou aux stupéfiants, les toxiques industriels, les aliments frelatés, mais aussi ce qu'on appelle d'un terme vague les miasmes, auxquels aujourd'hui l'épidémiologie des maladies microbiennes ou virales et l'analyse de la pollution atmosphérique essaient de donner une dimension moins métaphysique, sans toujours y parvenir, ou parfois en recourant à des mythes pseudo-scientifiques comme la toxicité des vaccins, relancée récemment par un candidat aux élections américaines, ou encore comme l'exagération du rôle pernicieux du gluten dans l'alimentation.

- D'autres sont, comme on dit à l'époque, « moraux », c'est-à-dire psychologiques (mais souvent avec une connotation moralisatrice) : la promiscuité dans des taudis surpeuplés, les mauvais exemples incitant à la débauche ou au crime. Sous l'influence de ces facteurs, un rameau de la

race humaine perd sa vitalité et dégénère, le dommage reçu étant intériorisé comme une tare et transmis à la descendance, en s'aggravant à chaque transmission.

Pour résumer : les déséquilibrés plus ou moins pervers parfois criminels engendrent des mélancoliques qui engendrent des déments précoces qui engendrent des débiles, des imbéciles et des idiots. D'où l'importance d'un dépistage précoce des premiers stigmates psychiques ou physiques pour éviter la propagation du mal en veillant sur les mariages, éventuellement en stérilisant les dégénérés. C'est l'origine de l'eugénisme, ce frère jumeau de l'hygiénisme.

De l'hygiène mentale aux soins

L'hygiène mentale est en effet née de la volonté sociale de surveiller les déviants pour les empêcher de se multiplier et de souiller la pureté du sang de la race. Sur le modèle de la lutte contre la tuberculose et contre les maladies vénériennes, il s'agit au départ de repérer le plus précocement possible les sujets qu'on peut, par analogie, considérer comme infectés par le mal afin d'éviter la contagion, donc de les mettre hors d'état de nuire.

Les critiques de la psychiatrie, comme le psychanalyste américain Thomas Szasz qui a écrit *Le mythe de la maladie mentale* ou, chez nous, Michel Foucault dans ses cours au Collège de France, n'ont vu que cette fonction de surveillance dans l'hygiène mentale. Ils ont passé sous silence l'autre objectif, qui est là dès l'origine, aussi bien dans le cas de la tuberculose que dans celui des troubles mentaux : la prophylaxie, la lutte contre les causes du mal. Améliorer l'alimentation, les conditions de travail et de logement des familles, lutter contre l'alcoolisme deviennent, dans les deux cas, tuberculose ou maladie mentale, un moyen de prévenir le mal lui-même.

Mais cette conception hygiéniste, dans le domaine qui nous occupe, celui de la santé mentale et plus particulièrement de la santé mentale des enfants, se focalise de moins en moins sur les facteurs physiques et de plus en plus sur les facteurs psychologiques. Le grand responsable de la déviance reste, comme dans la théorie de la dégénérescence, la tare du milieu familial,

mais celle-ci n'est plus d'ordre biologique et transmise génétiquement. Elle s'est psychologisée.

Du modèle bio-psycho-social à la psychanalyse

C'est net, dès le début du 20^{ème} siècle, aux États-Unis, sous la plume du psychiatre d'origine suisse, Adolf Meyer. Meyer est le tenant du concept de réaction. Pour lui, les troubles mentaux, contrairement à l'organicisme dominant de son époque, sont une réaction, certes au substrat organique, mais surtout aux conditions de vie. C'est le modèle dit bio-psycho-social ou le psychosocial l'emporte sur le bio. S'intéressant tout particulièrement aux conditions du développement affectif de l'enfant et à son environnement familial, il est, avec son épouse, Mary Potter Brooks, créatrice de la profession d'assistante sociale psychiatrique, à l'origine du mouvement de guidance familiale enrichi seulement secondairement par la pénétration des idées psychanalytiques et une lecture particulière des idées de Freud (en fait plus proche de Ferenczi que de Freud) qui insiste sur la notion de traumatisme précoce.

L'objectif est d'abord d'éviter l'évolution vers les troubles de l'adulte par le dépistage des enfants alors qualifiés de « nerveux » (et non plus seulement d'arriérés ou de pervers) et par la modification de l'environnement familial pour éliminer ce que cet environnement peut avoir de pathogène. Meyer remarque déjà que les parents n'aiment pas beaucoup cette intervention directe dans leur vie privée. Ils n'ont pas manqué depuis de nous le faire savoir, parfois avec violence, là encore limitant, dans leurs critiques, la pédopsychiatrie à un seul de ses aspects au départ et peut-être longtemps prévalent : l'évaluation et le traitement du milieu familial potentiellement toxique.

Ce qu'ils attribuent à la seule psychanalyse l'a donc largement précédée et témoigne plutôt d'une sourde rémanence dans notre culture de l'idée d'une transmission familiale du mal qui plonge ses racines dans la théorie de la dégénérescence et plus loin dans la doctrine judéo-chrétienne du péché originel et de la chute prêchée au 5^{ème} siècle par Saint Augustin et reprise avec vigueur par les philosophes catholiques contre-révolutionnaires au début du 19^{ème}.

Peu à peu cependant, grâce à l'affinement de l'observation clinique dans sa double dimension diagnostique et thérapeutique, une pathologie originale de l'enfant et de l'adolescent se précise, une pathologie qui n'est pas seulement transmise

comme l'effet presque mécanique d'un dysfonctionnement familial ou de carences éducatives, une pathologie qui a son histoire propre, en grande partie indépendante du contexte familial. Freud, dont on veut faire aujourd'hui l'accusateur premier des familles, est plus dans cette ligne de l'autonomie de la pathologie de l'enfant à laquelle un bon nombre de psychanalystes d'enfants (ceux de l'école kleinienne d'une part, Anna Freud et ses élèves d'autre part), ont apporté leur contribution.

On distingue ainsi peu à peu les troubles névrotiques spécifiques à l'enfance, la schizophrénie infantile apparue en 1932 avec Howard Potter (un diagnostic qui connaît très vite une extension comparable à celle de l'autisme aujourd'hui), l'autisme infantile précoce que son inventeur, Leo Kanner en 1943, estime une pathologie rare, enfin les psychoses infantiles en 1949, avec Margaret Mahler qui différencie les psychoses autistiques et les psychoses symbiotiques à partir de ses travaux à la fois de psychothérapie et de recherches sur le processus d'individuation poursuivis dans la crèche thérapeutique qu'elle a créée à New-York.

En même temps à Boston, Marian Putnam, la fille de James Putnam, le professeur de neurologie qui a invité Freud en 1909 aux États-Unis, et Beata Rank, l'épouse d'Otto Rank un des premiers disciples viennois de Freud, ont fondé le Putnam center pour étudier et soigner par des approches psychothérapeutiques les très jeunes enfants dits atypiques, mais aussi pour étudier le développement du bébé normal. (C'est là que, dans les années 1960, Brazelton a construit sa fameuse échelle.)

Développement de divers champs cliniques et d'approches différenciées

Cette complexité nouvelle du champ clinique s'accroît avec le concept de dépression de l'enfant et même du nourrisson et, en France, avec la contribution de Roger Misès qui décrit les dysharmonies d'évolution et les pathologies limites. Il s'y ajoute un intérêt pour les difficultés d'apprentissage verbal, moteur et scolaire qui entraînent la création de professions nouvelles : orthophonistes, psychomotriciens, psychopédagogues. Tout cela nécessite des outils diagnostiques spécifiques (une prise en compte meilleure, certes, de l'environnement familial et scolaire, mais aussi des instruments destinés à mieux évaluer l'enfant lui-même : des tests psychologiques psychométriques de plus en plus sophistiqués, des tests projectifs, des bilans orthophoniques, psychomoteurs

et psychopédagogiques). Dans les child guidance clinics, les consultations de guidance infantile, les enfants sont alors classiquement l'objet d'une évaluation multidisciplinaire à étages : celle de l'assistante sociale qui évalue le contexte familial par des entretiens, souvent par des visites à domicile, celle du ou de la psychologue qui pratique tests de niveau et tests projectifs, le bilan de l'orthophoniste et de la psychomotricienne, enfin l'examen du psychiatre (encore souvent neuropsychiatre) qui évalue l'état physique notamment neurologique et précise, s'il y a lieu, le diagnostic psychiatrique.

Ce modèle d'accueil systématisé à plusieurs niveaux aboutissant à une réunion de synthèse a longtemps prévalu. Il subsiste peut-être encore mais jette sans doute ses derniers feux pour des raisons essentiellement économiques qui n'ont rien à voir avec la technique ou avec l'éthique. Il conduisait à indiquer des prises en charge souvent localisées plus ou moins coordonnées : psychothérapies individuelles ou groupales, rééducations diverses. On a parlé parfois d'un saucissonnage de l'enfant mis en tranches et dont chaque tranche faisait l'objet d'un traitement particulier. Cela ne signifie pas qu'on se désintéressait des parents auxquels, à cette époque où la psychanalyse aux États-Unis est à la mode, on propose conjointement des traitements, alors semble-t-il bien acceptés et, dans les années 1950, des thérapies familiales.

En France, c'est le psychiatre Édouard Toulouse, créateur, en 1922 du premier service libre pour adultes et du premier dispensaire pour adultes à l'hôpital Henri Rousselle dans les locaux de Sainte Anne, qui se fait le héraut de l'hygiène mentale et crée une ligue du même nom sur le modèle de celle créée aux États-Unis par Clifford Beers, un ancien malade mental.

Apôtre des tests psychotechniques, du dépistage de ce qu'il appelle les « mieux doués » et pas encore les « surdoués », sensible aux difficultés des « débiles », il préconise une éducation individualisée au sein d'une école unique qui dépasserait les clivages entre primaire et secondaire et où serait appliquée de manière générale des méthodes actives, inspirées du Français Célestin Freinet, de l'Italienne Maria Montessori ou du Belge Ovide Decroly. Son projet s'inscrit dans le cadre de ce qu'il appelle une « hygiène intégrale », une sorte d'école de vie républicaine et laïque où chacun, bien orienté, trouverait à s'épanouir selon ses possibilités et son génie propre.

Création des premiers dispensaires d'hygiène mentale en 1937

C'est dans ce contexte idéologique qu'au moment du gouvernement du Front populaire, sous l'impulsion du ministre de la santé Henri Sellier et de son chef de cabinet, un médecin de santé publique épidémiologiste, le Docteur Robert Henri Hazeman, naissent, sur le modèle de la lutte contre la tuberculose, les premiers dispensaires d'hygiène mentale créés définitivement, en 1937, par une circulaire du successeur de Sellier au ministère de la santé, Marc Rucart. Ils seront regroupés à Paris dans l'Office public d'hygiène sociale (l'OPHS) financé en partie par les Allocations familiales et, en province, par les DASS départementales où ils sont financés par les crédits départementaux et, à partir du gouvernement Mendès France en 1954, pour 80%, par une subvention de la Sécurité sociale. La pédopsychiatrie y connaîtra sa première manifestation, sous le nom de neuropsychiatrie infantile.

CLIS et les ULIS). Dans une perspective qui reste dichotomique, il distingue ceux qu'il appelle « les instables », des simples retardés mentaux.

Ce sont ces instables qui vont devenir l'objet principal de la neuropsychiatrie infantile. Son fondateur, Georges Heuyer, médecin des hôpitaux de Paris, puis professeur à la faculté de médecine, a été appelé à s'installer dans une œuvre privée, le patronage Rollet, fondé en 1880 par l'avocat Henri Rollet, pour accueillir dans ses locaux de la rue de Vaugirard, des « enfants dévoyés, vagabonds ou coupables ». Nourris, souvent logés, affectés à de menus travaux, ces enfants sont ensuite orientés pour fournir des bras à l'industrie ou à l'agriculture.

En 1925, Georges Heuyer, y ouvre une consultation pour effectuer le tri et l'orientation d'abord des enfants délinquants, puis des enfants dits alors coléreux ou nerveux. Dans cette consultation, on ne se contente pas d'évaluer le milieu familial et de mesurer les capacités des enfants ; on commence aussi

Création des CMPP

Ce qu'on appelait l'enfance inadaptée était plutôt prise en charge, sur l'ensemble du territoire, d'abord, je l'ai dit, par des organisations caritatives souvent religieuses, puis par un dispositif associatif initié par les associations de sauvegarde de l'enfance créées pendant la guerre et par les associations de parents. Dans ce dispositif d'instituts médico-pédagogiques, le psychiatre trouve sa place comme conseiller de la direction pédagogique et comme consultant des enfants et de leur famille. Il faut mentionner ici les noms de Robert Lafon à Montpellier et de Claude Kohler à Lyon qui ont pris une part importante dans la mise en place de ces instituts.

C'est aussi dans ce cadre associatif, en lien avec l'Éducation nationale, que sont apparus, à la Libération, les CMPP, (appelés d'abord CPP, centres psychopédagogiques) à double direction médicale et pédagogique dont le premier, le centre Claude Bernard, où exerceront entre autres des personnalités comme Françoise Dolto, Didier Anzieu, Juliette Favez-Boutonnier et Maud Mannoni, est dirigé au départ par Georges Mauco pour la partie administrative et pédagogique et André Berge pour la partie médicale.

Les CMPP ont dès l'origine, officiellement, une vocation de soin et de rééducation alors que les dispensaires n'ont, toujours officiellement, qu'une vocation « de triage et de dépistage ». Je dis « officiellement », car dans la pratique de nombreux dispensaires ont, comme la consultation de Georges Heuyer, commencé à s'orienter vers un fonctionnement voisin de celui que j'ai décrit pour les child guidance clinics américaines, la psychanalyse y faisant une entrée de plus en plus remarquée.

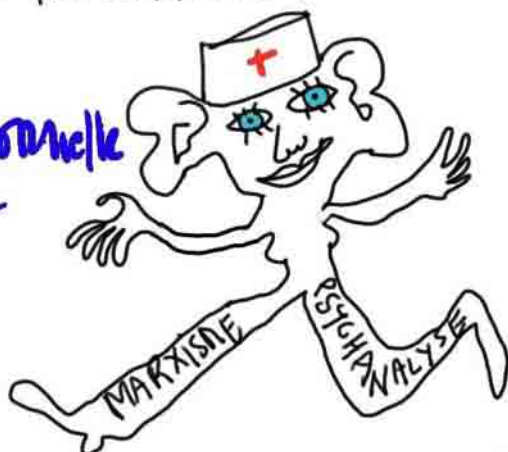
Matriarcat / Patriarcat

Comment étaient gérés ces dispensaires ? C'est ici que je voudrais m'attarder sur le passage du matriarcat au patriarcat. Je n'emploie pas ces mots de manière péjorative. Je veux simplement rappeler qu'au moment dont je parle, les dispensaires sont essentiellement gérés par des assistantes sociales et que cela traduit l'optique hygiéniste et de protection sociale qui domine.

Elles seules, avec leur secrétaire, sont à plein temps. Les autres professionnels, dans l'immense majorité des cas ne sont que des vacataires ; ils apportent ponctuellement leur compétence, mais n'ont pas de pouvoir sur l'orientation générale du dispositif qui est rattaché à la direction départementale de la santé confiée à un médecin de

NAISSANCE DE LA NEUROPSYCHIATRIE INFANTILE
1^{ère} classes DE PERFECTIONNEMENT

La ψ 0 θ
institutionnelle
pénètre
dans les
CMP



30 * J. HOCHMANN CIRCULAIRE RUCART OPHS 1937

Naissance de la neuropsychiatrie infantile

Celle-ci était née un peu plus tôt et je dois revenir en arrière. Depuis le début du 20^{ème} siècle, un psychopédagogue, Alfred Binet a mis au point avec Théodore Simon, un médecin, le premier test de mesure de l'intelligence, l'échelle métrique de l'intelligence dite de Binet et Simon. Ce test permet selon lui de séparer les enfants arriérés profonds, abandonnés souvent sans soins au fond des asiles d'aliénés et les débilés dits éducatibles pour lesquels il obtient, en 1909, la création des classes de perfectionnement, ancêtres au sein de l'Éducation nationale de nos actuelles classes d'inclusion scolaire (les

à développer des soins, notamment sous l'impulsion d'une psychanalyste, Sophie Morgenstern. En 1933, la consultation est rattachée à l'Assistance publique et devient une « Clinique de neuropsychiatrie infantile », annexe de la chaire de psychiatrie, avant d'acquiescer, en 1948, son autonomie à l'hôpital des Enfants malades puis à la Salpêtrière, Georges Heuyer étant nommé professeur de clinique, assisté de Serge Lebovici.

C'est là que les autres principaux fondateurs de la pédopsychiatrie française feront leurs premières armes : Jenny Aubry, René Diatkine, Jean-Louis Lang, Roger Misès. Mais cette Clinique de neuropsychiatrie infantile est longtemps restée unique.

santé publique (sauf peut-être à Paris où l'OPHS est, après l'ère Hazeman, dirigé par un psychiatre, Henri Duchêne, un des fondateurs de la politique de secteur, bientôt assisté par un autre psychiatre, Philippe Paumelle, le fondateur avec Serge Lebovici et René Diatkine de l'Association de santé mentale du 13ème arrondissement dont le département de l'enfance prend le nom d'Alfred Binet).

Dans les dispensaires, c'est l'assistante sociale qui distribue à son gré les vacations et engage les médecins, des médecins qui ont pour titre sur leur fiche de paie (et c'est tout un programme) « médecin des épidémies ». Cela n'empêche pas les soins de se développer à côté du simple dépistage, mais en jouant avec les textes et presque de manière clandestine. Les médecins ainsi n'ont en principe pas le droit de prescrire des médicaments et s'ils peuvent pratiquer des psychothérapies ou prescrire des rééducations orthophoniques ou psychomotrices, c'est que ces pratiques ne sont pas considérées tout à fait comme des soins.

Avec l'apparition du secteur, en 1960, et son développement, ainsi que son application aux enfants et aux adolescents à partir de 1972, sous l'impulsion de Roger Misès, la situation change du tout au tout, non, quelquefois, sans conflits et grincements de dents.

Dorénavant, c'est le chef de secteur qui est responsable de la gestion du dispensaire devenu CMP et rattaché, à partir des années 1980, à l'hôpital (le personnel vacataire départemental étant progressivement titularisé et intégré au personnel hospitalier). J'appelle cela, d'une manière très approximative et très discutable, passage au patriarcat, quel que soit le sexe, de plus en plus souvent féminin, du chef de secteur. Je veux dire par là qu'à une optique hygiéniste de protection du bien-être de base, fonction essentiellement maternelle, succède une dimension plus technique, plus interventionniste : le soin institutionnel que j'inscris, non sans approximation, du côté du paternel. Sans abandonner son héritage hygiéniste et prophylactique, le CMP devient un outil thérapeutique plus qu'un outil de prévention.

L'accueil et ses difficultés

Si des soins ou des rééducations localisées peuvent continuer à y trouver place, le CMP fonctionnant alors comme un cabinet de groupe où cohabitent psychiatres, psychologues, orthophonistes et psychomotriciens, le travail, inspiré des expériences de psychothérapie institutionnelle, y devient majoritairement

collectif et l'approche plus globale que dans le modèle initial des cliniques de guidance infantile. L'équipe est le maître mot.

En passant, je voudrais rappeler que les premiers psychothérapeutes institutionnels qui avaient jusque là développé leurs techniques et leurs théories dans des milieux résidentiels n'ont pas vu d'un très bon œil le développement de la psychiatrie de secteur souvent appelée communautaire. (Ce qualificatif insistait sur les liens du soin avec le milieu d'origine, la communauté à laquelle appartient le patient, le soin, comme disait Paumelle, se diluant dans cette communauté d'origine et, dans une certaine mesure la transformant tout entière en outil thérapeutique).

Peu à peu, on a compris que ce soin communautaire ou ambulatoire était lui aussi un soin institutionnel et que les grands principes de la psychothérapie institutionnelle n'étaient pas réservés aux institutions résidentielles mais s'appliquaient aux institutions à temps partiel et même à des institutions aussi légères que les CMP. Dans le CMP, en effet, c'est l'équipe multidisciplinaire qui accueille l'enfant dans sa singularité mais aussi dans sa globalité, en lien avec tout son contexte familial et scolaire, une famille et une école qui ne sont plus considérés d'abord comme des milieux pathogènes à transformer, mais comme des partenaires avec lesquels travailler au mieux-être et à la socialisation de l'enfant. Ce qui implique des processus de différenciation, d'articulation et de mise en récit analogues à ceux qui ont été expérimentés d'abord dans les institutions résidentielles. Chacun peut certes continuer à apporter sa technicité particulière portant sur des individus ou des fonctions particulières, et il importe que ces particularismes soient soulignés et

notifiés, mais c'est l'ensemble coordonné et articulé de l'équipe qui répond à un autre ensemble : l'enfant dans son milieu. Le soin émerge de l'histoire commune qui se constitue à travers les aléas qui traverse ces deux ensembles en interaction dans la vie quotidienne, une histoire que se raconte les uns aux autres chacun des intervenants et qui est restituée à l'enfant pour devenir sa propre histoire et remettre en œuvre chez lui un récit intime, une façon de mettre en mots et en histoire les événements qui l'affectent.

Traiter les maladies institutionnelles

Tout cela, du moins, en théorie, car les situations particulières et la pression sociale ou celle des tutelles peuvent entraîner des contre-attitudes que l'on peut considérer comme des maladies institutionnelles auxquelles personne n'échappe et que l'analyse institutionnelle a pour mission de traiter. J'en citerai quelques-unes :

- L'indifférenciation dans les équipes où, au nom d'idéologies prétendument démocratiques : tout le monde, de l'agent de service au médecin, en passant par la secrétaire, l'assistante sociale, l'éducatrice, l'infirmière, l'orthophoniste, la psychomotricienne, la psychologue ou la psychanalyste, est soignant au même titre et fait approximativement la même chose (en réaction à la différenciation parfois rigide des rôles dans la guidance infantile classique). Ce confusionnisme aboutit parfois ou aboutissait (car je ne crois pas que ce modèle soit aujourd'hui d'actualité) à un refus du diagnostic considéré comme inutilement objectivant. Plus généralement, sous prétexte que ce qui se vit ne se raconte pas et que l'expérience relationnelle

SOUFFRANCE DES ÉQUIPES MOBILES D'INTERVENTION



③ J. HOCHMANN "demande & bureaucratization"

singulière doit rester dans l'indicible pour être valable, on refusait de formaliser et de théoriser sa pratique.

- La fermeture de l'équipe sur elle-même, le CMP devenant un lieu sacré et opaque où l'on ne pénètre qu'après avoir montré patte blanche, dont les agents ne sortent jamais pour fréquenter ces allogènes que sont les enseignants ou les animateurs des centres sportifs ou culturels. Les pratiques doivent rester quasi secrètes, ne sont pas transmises aux parents qui reçoivent aussi peu d'informations que possible, sous prétexte de préserver un milieu intime dévolu au seul déploiement de la vie fantasmatique de l'enfant et d'éviter sa contamination par la famille ou la duplication à domicile de ce qui se fait au CMP. Cette transposition dans le fonctionnement des CMP du modèle de la cure psychanalytique des adultes a gravement nui à l'image de la pédopsychiatrie publique chez les usagers. Je caricature évidemment mais j'ai connu, y compris dans ma propre équipe, des fonctionnements pas très éloignés de cette caricature que je voudrais croire aujourd'hui hors de saison.

- La fermeture, le repli de l'équipe sur elle-même peuvent aussi se traduire par la mise en place de procédures extraordinairement complexes d'entrée dans le soin : multiplication des interlocuteurs intermédiaires pour explorer la motivation, réunions infinies entre eux de ces interlocuteurs pour analyser le résultat de ces explorations, tout cela aboutissant à l'allongement de listes d'attentes déjà surchargées par l'accumulation des demandes et la restriction des moyens. Peut-on alors parler d'accueil quand l'entrée dans un processus de soin devient plus difficile que l'entrée à Polytechnique et que le CMP donne l'impression de trier sa clientèle ?

- La fermeture peut se traduire également par la rémanence de l'idéologie de la tare, dont j'ai déjà parlé, sous la forme d'une mise en cause directe des familles et singulièrement de la mère et de son inconscient dans l'étiologie de certaines pathologies comme l'autisme infantile. Il est inutile de rappeler que cette idéologie est non scientifique et qu'elle trahit les principes mêmes de la psychanalyse : par définition l'inconscient maternel reste inconnu aux praticiens d'un CMP qui n'ont pas eu pendant des années la mère de l'autiste sur leur divan de psychanalyste, dans un setting qui permettrait seul de faire sur l'inconscient d'autrui, des hypothèses et seulement des hypothèses, non transposables en dehors du champ de la cure. Cette idéologie est de plus inutilement culpabilisatrice et nuit à l'établissement

d'une alliance thérapeutique avec les parents, indispensable au traitement de l'enfant. Elle s'explique au moins en partie par l'inévitable atmosphère de concurrence qui s'établit entre les soins maternels et les soins professionnels et aussi par la projection défensive sur la famille des éléments de contre-transfert négatif mal élaborés.

- Une autre maladie nous guette aujourd'hui c'est la bureaucratisation. Les impératifs économiques et financiers ont conduit les pouvoirs publics à modifier considérablement le fonctionnement des établissements de soins. Les CMP n'échappent pas à cette politique d'économie qui va de pair, je l'ai dit, avec une augmentation considérable de la demande. Elle est loin l'époque que j'ai connue où nous allions faire des réunions missionnaires dans les écoles et les centres sociaux pour nous faire connaître et faire naître la demande. Ce serait aujourd'hui le contraire, comment réduire ou tarir cette demande en nous démarquant de ce qui renaît aujourd'hui de l'hygiène mentale avec l'accent mis sur la santé mentale plus que sur la pathologie mentale et sur le souci de prévention dont témoigne la multiplication des cellules d'aide psychologique en tout genre. Répondre à des demandes en progression constante avec des moyens de plus en plus réduits tel est le défi de la pédopsychiatrie actuelle. D'où la tendance à adopter un modèle issu des entreprises de production de biens matériels : division et protocolisation du travail, mesure de la productivité, pouvoir croissant d'un management de plus en plus hiérarchisé et de moins en moins humanisé. Il s'y ajoute, dans un contexte général de judiciarisation de la société, le poids étouffant des impératifs de sécurité.

L'accueil, un idéal difficile à atteindre...

On pourrait multiplier l'analyse clinique de ces dérives. Je ne les mentionne pas pour faire un procès. Retiré des affaires et délivré des responsabilités, il me serait facile de critiquer. Je voulais simplement souligner que l'accueil est un idéal difficile à atteindre. Il ne va pas de soi et doit s'accompagner d'un travail constant d'analyse de notre fonctionnement institutionnel et des déviations qui guettent inévitablement ce fonctionnement. Certaines, comme les dernières que j'ai citées, échappent probablement en grande partie à notre champ d'action, mais on ne doit pas au départ, à moins de céder au désespoir, renoncer, même dans un contexte difficile, beaucoup moins porteur que celui que j'ai

connu, à penser, à créer et à se raconter des histoires intéressantes sur un accueil et des rencontres toujours riches d'imprévu et d'émotions.

Journée d'hommage à Roger Misès

Dr Yvonne COINÇON,
past-présidente de l'API

La quatrième journée scientifique organisée par la Fondation Vallée en janvier dernier s'est tenue en hommage à Roger Misès, disparu en juillet 2012, qui a joué un rôle majeur dans divers champs de la pédopsychiatrie.

Ce cycle de journées a débuté par la reprise de quelques-uns de ses thèmes de réflexion et d'élaboration clinique : les pathologies limites, l'autisme et les psychoses, les classifications, l'enseignement et la recherche.

« Les pathologies limites » et « les dysharmonies évolutives » ont été les thèmes des journées de 2014 et de 2015. Celle de 2016 avait pour thème les « liens entre émotions, cognitions et affects ».

Cette énumération non exhaustive indique assez ce qui le caractérisait, à savoir la dynamique sans cesse à l'œuvre dans son esprit. Elle se manifestait autant dans sa façon d'articuler les concepts et les pratiques que dans sa manière de s'entourer de personnes dont la diversité ne pouvait à ses yeux qu'enrichir les débats. Sa pensée, toujours en mouvement, bien que très organisée, se saisissait de tout ce qui allait contribuer à développer et soutenir sa conception du sujet et de sa souffrance psychique.

Car c'est bien la clinique du sujet souffrant qui fait le fil rouge de toute son œuvre, y compris quand il réfléchissait à la politique des soins et aux organisations vouées à les mettre en œuvre. Notre pratique quotidienne peut encore se saisir de son legs et l'articuler à tout ce que les recherches les plus récentes ouvrent comme opportunités pour accompagner nos jeunes patients vers une reprise plus ouverte et moins entravée de leur développement.

Historique de la Fondation Vallée

Roger Misès a pris ses fonctions de chef de service à la Fondation Vallée en 1957, presque un siècle après sa création par Hyppolite Vallée qui l'a voulue dédiée à l'éducation des enfants défavorisés et qualifiés d'idiots ou arriérés qu'il se refusait à abandonner à leur mauvais sort asilaire. Par la suite, Désiré Magloire Bourneville œuvre pour une éducation ouverte sur de multiples médiations et organise une prise en charge préfigurant l'action médicosociale à venir. Ces modalités d'éducation sont affirmées par Pierre Desclaux qui signe en 1947 - déjà - une convention avec l'éducation nationale.

Aussi quand il arrive en 1957, Roger Misès trouve un encadrement pédagogique solide sur lequel il pourra s'appuyer ; il mettra toute son énergie à construire une équipe soignante diversifiée dans sa composition et dont la qualité des liens et des échanges entre ses membres les rendaient aptes à établir des relations thérapeutiques individualisées avec chaque patient.

Aujourd'hui encore, on peut retrouver dans les présentations cliniques, telle celle présentée cette année par Véronique Chebat et son équipe, le trépied fondateur de la « Cure en institution »



selon Misès : approche conjointe thérapeutique, éducative et pédagogique. On est loin de la conception monolithique, exclusivement psychanalytique que d'aucuns s'acharnent à croire être le propre de la pédopsychiatrie de service public !

Les « Journées Misès »

Mais la Fondation Vallée n'était pas un village gaulois replié sur ses traditions et en lutte avec son environnement. Animé par la conviction qu'il ne suffit pas de savoir faire mais qu'il importe tout autant de le faire savoir, il a produit une longue liste de livres et d'articles, et surtout il a organisé de 1966 à 1998, soit pour toute une génération, des « Journées de perfectionnement des pédopsychiatres » sous l'égide du Ministère de la Santé, pendant une semaine par an à la Fondation Vallée dont les actuelles « Rencontres Annuelles de Perfectionnement » ont été voulues comme un prolongement grâce à l'opiniâtreté de notre collègue, co-fondateur de l'API Jacques Constant.

Grâce à ces « Journées Misès » les participants, un PH par secteur, c'était la règle, entendaient des interventions des meilleurs cliniciens et grands noms de l'histoire de notre spécialité, et repartaient sur leur lieu d'exercice portés par l'expérience vécue là, de faire partie d'un corps professionnel dont le corpus théorique partagé et les liens entretenus était un atout majeur pour le service public de la pédopsychiatrie française.

Tenir la barre...

Ayant eu l'insigne honneur et le grand plaisir de travailler avec lui au cours des dernières années de sa vie, je l'entendais me dire combien il tenait à ce que les pédopsychiatres s'expriment publiquement par leurs écrits, afin que la créativité et la souplesse de nos dispositifs soient reconnus bien au-delà des nos partenaires directs au premier rang desquels il plaçait les familles de patients dont l'engagement dans les soins lui importait tant.

A la lecture de ces quelques lignes, d'aucuns pourraient penser qu'entretenir le jardin qu'il a créé relève d'une nostalgie surannée. Je crois au contraire que, surtout dans les périodes difficiles de par l'environnement socio-économico-politique, nos jeunes patients sont les plus exposés aux turbulences et doivent pouvoir compter sur nous pour tenir la barre. Roger Misès l'a tenue, jusqu'aux dernières semaines de sa vie, toujours animé par la même flamme quasi militante pour une prise en charge pluridimensionnelle.

Les journées d'hommage que lui rend la Fondation Vallée sont de ce point de vue une ressource pour dynamiser les énergies.

Gageons que vous serez nombreux à y participer en janvier 2017 !

Réflexions autour des enjeux du dispositif d'action précoce en CAMSP

Ce texte présenté à l'occasion d'une journée de la délégation ANECAMSP de la région Centre le 30 septembre 2015, nous a paru intéressant à publier dans la Lettre de l'API car il aborde la question des liens avec les parents et les partenaires. Ce travail certes spécifique en CAMSP du fait du jeune âge des enfants et de leurs pathologies somato-psychiques souvent complexes, nous paraît tout à fait applicable en pédopsychiatrie de secteur avec des pathologies psychiatriques complexes.

**Dr Marie-Christine FOUQUAY-PICARD,
PH et médecin directeur du
CAMSP de Dreux (28)**

Soins et qualité des liens

Nous savons que les liens entre les professionnels vont avoir des répercussions, une incidence sur les liens parents/enfant, mais aussi que les liens parents/professionnels vont avoir une incidence sur les liens parents/enfant.

Qui dit incidence sur les liens parents/enfant dit incidence sur la construction même de l'enfant. L'enfant se construit à partir des liens ; la qualité des liens entre toutes les personnes concernées par la situation de l'enfant est importante.

Les parents sont nos premiers partenaires et nous sommes leurs partenaires (réciprocité). À partir de liens suffisamment solides où la confiance s'installe, nous pourrions avec les parents renforcer le réseau de partenaires. Parfois un réseau de partenaires existe déjà, comme dans les situations d'enfants confiés à l'ASE ou aux services sociaux ; nous aurons alors à prendre part au réseau existant.

La multiplicité des acteurs (nous ne les multiplions pas par plaisir) est garante de sécurité pour chacun des acteurs et aura une incidence sur le soin à condition de se parler, de se relier, de penser ensemble. Cette nécessité de penser ensemble implique des bases de connaissances théoriques communes au sujet du développement de l'enfant ; la théorie de l'attachement, même si simpliste, est audible de tous et peut permettre de joindre nos approches, nos éclairages. Si

on se parle, ça va beaucoup mieux ! Se coordonner, s'accorder évite la iatrogénie qui peut se décliner de multiples manières : cloisonnement, incohérence, superposition des soins, suivis parallèles, approches contradictoires...

Les liens entre les professionnels réalisent une économie de coût, de phénomènes iatrogènes, une économie d'énergie et améliorent les ajustements des professionnels aux besoins exprimés des parents et de l'enfant. Les liens des professionnels entre eux et avec les parents offrent sécurité à chaque acteur .

Co-construction, l'institution CAMSP au service des parents

Il est important d'adapter le système ou le dispositif aux parents !! Et pas le contraire : demander aux parents de se conformer aux attentes de l'institution... C'est le sens même du mot co-construction.

Les parents sont experts de leur expérience vécue. Nous pourrions nommer ce « travail ensemble » : « compagnonnage », dont l'objectif commun serait le développement de l'enfant, au mieux de ses compétences.

Ce qui arrive à cet enfant, à ce couple parental touché dans son parcours de vie, nous avons pour mission de le soutenir, ensemble et/ou individuellement. Les CAMSP sont là pour les familles. Ce compagnonnage s'alimente du réseau des partenaires pour constituer le « dispositif de soin » au service de l'action précoce.

Il faut de la confiance à tous les niveaux pour établir un tel projet. La confiance des parents envers les professionnels est essentielle, elle dépend de notre capacité à dire ce que l'on propose de faire et aussi ce que l'on ne peut pas faire avec eux, parents, ou avec l'enfant bien

sûr, ou encore avec nos partenaires. Un partenariat vivant nécessite que chacun dise ses différences, ses spécificités, le « consensus mou » ne profitera pas à l'œuvre commune à construire ! Le partenariat c'est « Creuser les différences » comme le dit Françoise Molénat.

Le dispositif d'action médico-sociale précoce (AMSP) nous confronte à des expériences singulières de parentalité où les parents sont confrontés à l'inimaginable, à l'impensable, à l'impossible...

L'AMSP que nous exerçons se décline au plus près de chacun des enfants, de chacun des parents, au plus près de leurs particularités, faisant que chaque projet de soin est un projet unique car il est le produit d'une co-construction avec les parents et l'ensemble des professionnels impliqués (CAMSP et hors du CAMSP).

La spécificité de notre travail est de prendre soin de Jules, Dylan ou Mélissa et non du syndrome qu'ils présentent. Il n'y a pas un enfant pareil, pas de parents semblables. Derrière le même diagnostic, nous avons à accueillir des enfants et des parents singuliers, une histoire inédite, et nous avons donc à co-crée un projet de soin sur mesure. Protocoles, recommandations, droit à compensation « généralisent », alors que nous spécifions, nous « personnalisons ».

Le « maillage » des soins

Cette personnalisation est une nécessité de ce type de soins spécifiques, elle est le fruit de l'intérêt que nous portons à la qualité des liens entre tous les acteurs du dispositif une incidence sur le déploiement des compétences de l'enfant, ainsi que sur le couple, la famille, la fratrie...

Jules a des parents aussi singuliers que lui, une famille particulière. Un projet de soin va se « tricoter » de façon singulière avec ses parents, au plus près de leurs attentes et de l'intérêt de leur enfant, au plus près du possible de chacun.

En CAMSP nous pouvons déployer notre créativité au service de la co-construction avec les parents : consultations individuelles ou conjointes à deux ou plusieurs professionnels, séances individuelles le plus souvent avec les parents ou séances groupales (apport de travail avec des pairs), entretiens familiaux, parents ensemble ou séparément, visites à domiciles possibles ponctuellement, soutien des partenaires sur les lieux de socialisation ou à partir de réunions de concertation pluri-partenariales... La diversité des modes d'approche et des

façons de recevoir tient à la spécificité même de chaque situation familiale, autant qu'à la singularité de chaque équipe et à sa capacité d'ajustement à la singularité de chaque histoire.

Les droits de l'enfant ne doivent pas occulter, à l'essentiel, un droit à l'enfance. Si l'enfant se construit à partir des liens, son droit à vivre une enfance, humainement digne de ce nom, devient un droit aux liens.

Le « maillage » des liens intrapsychiques (au-dedans) ont à voir avec les liens (au-dehors) qui articulent ou jointent les adultes concernés par l'enfant et reliés à lui. Ce véritable « bain interactif », inter-personnel, « intersubjectif » se doit d'apporter de la sécurité, du fiable, du prévisible.

Enjeux cliniques

Comment les institutions peuvent-elles travailler en « coïncidence » ? La coïncidence c'est l'incidence de chaque acteur sur l'autre ce qui sous-entend un travail de transformation réciproque et vivant. Quelles sont les conditions pour une mise en place de soin spécifique? Comment prendre soin du développement global de l'enfant avec les parents ?

La « clinique de la concertation », c'est la clinique de la réflexivité, de la réciprocité et de la confiance : soigner à partir de ceux qu'on soigne. Se réunir est un début, rester ensemble est un progrès, travailler conjointement est la réussite.

L'approche globale de la situation d'un enfant s'oppose à son « découpage » en tranches symptomatiques. Un enfant est plus que la somme de ses troubles, que l'addition de ses difficultés et symptômes. La clinique en approche globale est une clinique de la singularité, une clinique narrative, qui prend le temps d'écouter l'histoire globale de cet enfant, et nécessairement une « clinique de la complexité » qui ne peut pas accepter de « réduire » l'enfant à son « dysfonctionnement » apparent.

Pluridisciplinarité – interdisciplinarité – transdisciplinarité : l'enjeu est d'assurer le holding et la coordination de l'ensemble des personnes concernées par le projet de vie de l'enfant, à commencer par les parents qui sont notre force convocatrice. Il s'agit de faire circuler les ressources pour amener cohérence et coïncidence en partant de la famille, des parents avec le souci du respect des temporalités, de la qualité de vie, des possibles de chacun, pour apporter sécurité et confort au-delà de la technicité qui va de soi. Il s'agit de

marcher ensemble au rythme des parents, du « sur mesure, au fur et à mesure ».

Clin d'œil sur notre dernière rencontre équipe CAMSP / équipe SESSAD APF (Association des Paralysés de France)

Nous avons convenu ensemble de réfléchir autour de l'accompagnement des enfants et des familles lorsque la vie est empêchée, écourtée, incertaine. Accueillir l'autre avec le « tout de nous-mêmes et ce sans rien de préconçu » (D Marcelli, Lettre de l'API n°36), nous oblige à bien faire la part de ce qui est de soi et de ce qui est de l'autre. Il est important de veiller à nos projections ; nous ne sommes pas à leur place, nos « solutions » ne sont pas leurs solutions. Accueillir, partager, recueillir la question du sens de la vie qui nous renvoie à nos propres questionnements existentiels, à notre mort, à notre finitude requière recul et discrétion.

Selon l'âge de l'enfant nous avons pu mesurer que ces questions sont celles des parents, mais aussi des enfants : Pourquoi moi ? Qu'est ce j'ai fait ? Est-ce ma faute ? Papa a-t-il fait quelque chose de mal ? Maman s'est-elle mise debout trop vite quand j'étais dans son ventre ? Autant de questions et de quête de sens que nous avons à accueillir sans fermer le questionnement. Cette quête de sens est le signe de la vitalité de la pensée mais aussi de ce qui nous fait humain. C'est cela l'accompagnement, premiers pas des soins.

Nous avons convenu que nous apprenions beaucoup d'eux, de ces parents, de ces enfants, de ces familles. Ne sont-ils pas experts de leurs expériences de vie ?

Il a été question de faire « abstraction du jugement ». L'exemple est donné d'une famille qui a fait le choix de garder l'enfant au cours de la grossesse alors qu'une interruption de cette grossesse était proposée par le corps médical. Dans le suivi pluri-disciplinaire engagé auprès de cet enfant, les professionnels sentent que les parents s'interrogent toujours sur ce que nous pensons de leur choix. Ce ressenti est communément perçu et vécu par les deux équipes (situation connue des deux équipes puisque la prise en charge à l'APF s'est mise en place après celle du CAMSP). Nous mesurons combien les parents ont besoin d'une écoute bienveillante qui les respecte dans leur positionnement.

Mots clés de la plus-value du dispositif d'action précoce en CAMSP

- Projet de soin plutôt personnalisé qu'individualisé, qui relie les adultes entre eux dans l'intérêt de l'enfant
- Parcours de soin à organiser mais aussi à humaniser
- Besoin de confiance réciproque
- Dépassement des clivages
- Maintien et respect de la complexité
- Co-création – co-construction – innovation
- Evaluation des besoins de la famille, en ne perdant pas de vue les besoins fondamentaux de l'enfant
- Réfléchir au « comment » et non au « pourquoi »
- Du sur mesure, au fur et à mesure – Et comme l'écrit Horace : « Cueillir le jour »



De nouveaux « Entretiens avec... » sont disponibles à la vente au prix de 40 € et peuvent être commandés à l'adresse email suivante : cnasm@orange.fr

Réalisateur : Alain Bouvarel, Michael Spreng, Pierre H. Tremblay
Producteur : CNASM Lorquin, CECOM Montréal, Michael Spreng.

Ci-dessous une sélection de ceux qui sont en lien avec la pédopsychiatrie.

■ Mes parents se séparent,

un entretien avec Catherine Jousset. 29 mn

Devant la fréquence importante des consultations concernant les divorces des parents, Catherine Jousset nous invite à mieux comprendre les conséquences de cette séparation quelque soient les positions parentales. Ce moment difficile que vivent les enfants, se traduit toujours par une période de souffrance avec mésestime d'eux-mêmes qui dans les meilleures situations disparaît en quelques mois. La persistance du conflit parental, la souffrance parfois dépressive d'un des parents, peuvent cependant amener des perturbations psychiques chez l'enfant, variables suivant l'âge de celui-ci. Elle dresse ensuite les modalités de prise en charge variables et ciblées suivant les cas concernant les parents et l'enfant. Elle nous montre ensuite les écueils éventuels des modalités de la gare alternée.

■ L'anorexie chez le garçon,

un entretien avec Jean Chambry. 31mn
L'anorexie mentale chez le garçon, bien que relativement rare, est souvent mal connue ou mal reconnue. Jean Chambry nous donne dans cet entretien des clés pour mieux repérer les symptômes qui ne sont pas les mêmes que ceux des filles. La maîtrise de l'image du corps au regard des idéaux de la société est plus affichée que l'amaigrissement. Les conséquences somatiques sont cependant les mêmes que celles des filles. Il précisera sur le plan psychopathologique que les fragilités narcissiques et identitaires sont prévalentes. Il définira enfin les axes thérapeutiques qui doivent s'appuyer sur une approche multifocale associant le médecin somaticien et la famille.

■ Les troubles du sommeil chez l'enfant,

un entretien avec Sylvain Missonnier. 33 mn
Sylvain Missonnier actualise les

connaissances sur les troubles du sommeil chez l'enfant qui demeurent un motif fréquent de consultation. Après avoir cerné le problème du sommeil sur les plans anthropologique, neurophysiologique, psychanalytique et psychosomatique, il s'attache, après avoir illustré son propos par un exemple clinique, à donner des clés de réponse thérapeutique aux différentes formes d'expression clinique de ce symptôme.

■ La prise en charge des jeunes radicalisés,

un entretien avec Serge Hefez. 29 mn

Après avoir défini le processus de radicalisation des adolescents, Serge Hefez nous explique son mécanisme, proche de celui de la dérive sectaire, développant chez l'adolescent des croyances extrêmes et totalitaires justifiant le djihad et la violence comme moyens d'action. Il décrit ensuite les signes d'appel de cette radicalisation qui sont favorisés et entretenus par internet. Après avoir cerné globalement les profils des jeunes à risque de radicalisation, il nous montre, à travers un exemple clinique, comment un travail thérapeutique familial peut faire évoluer favorablement cette problématique. Il évoque enfin différentes perspectives de soin et de prévention possibles.

■ Les enfants face aux médias,

un entretien avec Catherine Jousset. 28 mn

Prenant acte des connaissances actuelles du développement cérébral, Catherine

Jousset nous montre comment les effets des écrans (télévision, ordinateur, Smartphone, tablette) jouent sur le développement cognitif, affectif et relationnel des enfants et des adolescents. Elle en montre les effets négatifs tout en donnant alors des conseils précis aux parents. Elle réhabilite en particulier les paroles, les discussions qui deviennent des atouts pour développer le sens critique des enfants. Elle donne enfin des règles en fonction de l'âge pour accompagner les enfants face à ce médium devenu actuellement incontournable.

■ L'hôte au portrait,

un entretien avec Pierre Sadoul
Pierre Sadoul nous explique comment sa trajectoire professionnelle l'a amené à être un caricaturiste du monde de la santé mentale. Une sélection de ses dessins, associée à ses commentaires nous fait apprécier son talent et nous invite à un regard critique sur la politique actuelle de santé mentale.

Sont également en cours de montage :

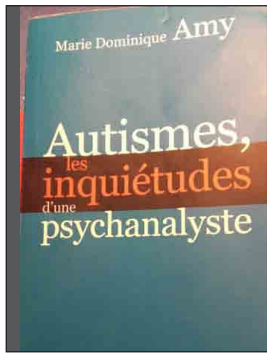
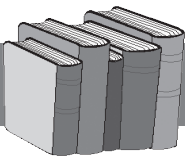
■ Radicalités : comprendre pour prévenir,

un entretien avec Cécile Rousseau

■ Neurobiologie : entre espoir et doute,

un entretien avec François Motron





Autismes, les inquiétudes d'une psychanalyste

de Marie-Dominique AMY
édition Erès, 2015

Christian GUIBERT
Pédopsychiatre, Uzès (30)

Marie Dominique AMY est bien connue pour ses ouvrages : Comment aider l'enfant autiste ? Approche psychothérapique et éducative, Dunod 2013, Autisme et Psychanalyse, Evolutions des pratiques, recherches et articulations (sous sa direction), Erès 2014, et bien d'autres...

Elle nous propose aujourd'hui une explicitation de sa pratique de psychanalyste, élaborée à la demande des familles avec lesquelles elle a travaillé dans le cadre de la CIPPA (Coordination Internationale de Psychothérapeutes Psychanalystes s'occupant de personnes avec Autisme, fondée avec Geneviève Haag et dont le président actuel est Bernard Golse). Ces parents disent combien le soutien apporté les a aidés à mieux comprendre et connaître la pathologie autistique de leur enfant et à mieux y réagir. Ils ont insisté auprès de M.D. Amy pour qu'elle le fasse savoir : «Vous les psychanalystes vous êtes de mauvais diffuseurs, vous ne savez pas dire pourquoi et comment vous travaillez avec nos enfants et comment vous nous soutenez. Et finalement, en continuant ainsi, vous n'aurez qu'à vous en prendre à vous-mêmes, face aux attaques et aux propos diffamatoires dont vous êtes l'objet. Et si à cause de cela, un jour, nous ne pouvons plus compter sur vous, sachez que nous vous en voudrions beaucoup.» M.D. Amy a pensé qu'ils avaient raison,

les a écoutés, et elle a parfaitement réussi à faire connaître son travail. Mais en précisant d'emblée, que s'il a été possible de les aider à mieux comprendre leur enfant, et à mieux faire face à des moments difficiles familiaux, c'était surtout grâce à eux. Sans leur confiance rien n'aurait été possible.

Il me paraît essentiel de souligner cette notion de confiance. Ethymologiquement confier vient de cum : avec, et fidere : se fier à. Remettre quelque chose de précieux à quelqu'un, se fiant à lui. La confiance relève de la capacité à créer des liens. Elle rend possible le développement de la socialité et de la démocratie. C'est cette confiance qui est au centre du travail avec cet enfant, les parents, les soignants ; cette confiance qui est nécessaire dans l'institution pour créer une enveloppe compréhensive, solide, rassurante, secourable.

Au préalable, je tiens à renvoyer le lecteur à la présentation faite par Pierre Delion, dans le carnet Psy d'avril 2016, revue que je recommande. Pierre Delion indique que M.D. Amy signe son grand œuvre en nous livrant un ouvrage puissant, argumenté, intelligent, mettant en évidence les outrances inacceptables des dernières années en matière d'autisme, tout en nous faisant part de sa colère d'avoir à affronter des méconnaissances inouïes de la pathologie autistique, des méconnaissances tout aussi consternantes de ce en quoi et sur quoi la psychanalyse intervient dans le champ de l'autisme et enfin de son inquiétude quand aux projets à venir, ceux dont les contours se dessinent et qui vont mettre en danger professionnels, parents et autistes eux mêmes. En effet, le plus récent des textes réglementaires des recommandations et autres plans autisme, relève plus d'une idéologie dominante que d'une proposition raisonnée d'approches complémentaires d'un phénomène extrêmement complexe tel que celui des autismes et autres TED et TSA.

Voilà le décor bien planté. Je vais maintenant développer l'idée essentielle de M.D. Amy, qui est partagée aussi par André Bullinger et bien d'autres, y compris des cognitivistes : « Il est impossible de séparer le cognitif du relationnel pour comprendre le développement de l'être humain. » (A. Bullinger Le développement

sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, Erès)

En effet l'enfant autiste est contraint de vivre toute réalité de façon morcelée du fait du clivage existant entre le cognitif, le relationnel et l'affectif, le condamnant à mal comprendre ou à ne rien comprendre aux situations auxquelles il est confronté. M.D. Amy prend comme exemple la co-modalité sensorielle souvent absente chez l'enfant autiste alors que la compréhension de la réalité suppose que les différentes modalités sensorielles s'articulent entre elles. Si l'enfant ne perçoit de ce qui lui est proposé, ou de ce qu'il observe, qu'une seule dimension à la fois (soit visuelle, soit tactile, soit gustative, soit olfactive), de ce fait sa compréhension restera partielle et tronquée.

Pour l'aider à dépasser ce vécu tellement fragmenté, il faudra lui proposer des approches intégratives pluridisciplinaires, transdisciplinaires. Pour qu'il en soit ainsi, orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes, enseignants, psychothérapeutes, éducateurs, infirmiers, auront à conjuguer leurs efforts et leurs compétences en permanence.

Elle souligne combien ces approches intégratives sont nécessaires et combien toute démarche isolée est inutile, voire négative, raison pour laquelle elle développe l'importance de ce trépied éducatif, pédagogique et thérapeutique, trépied qui lui paraît en grand danger avec le troisième plan Autisme.

S'étant formée aussi aux méthodes cognitivo-comportementales (TEACCH, ABA, PECS, Makaton), elle insiste pour que ces techniques introduisent du relationnel et de l'affectif dans les échanges avec l'enfant, ce qu'elle appelle le « commentaire émotionnel ».

Pour le travail psycho-éducatif, elle souligne l'importance des contacts et des échanges affectifs pendant les petites activités. Celles-ci doivent toujours être soutenues par des appuis dorsaux afin que s'associe le contact tonique et le plaisir d'être ensemble. Il convient d'être la colonne vertébrale cognitivo-affective pour amener la personne autiste à vivre des acquisitions dans un contexte émotionnel partagé.

Au niveau de l'institution, elle insiste sur la question du temps. En institution, tout doit être proposé, pour qu'absence et présence prennent une place significative

dans le quotidien de l'accueil. Par ailleurs pour déclencher les intérêts d'un enfant autiste, il faut savoir observer et prendre du temps. Lui donner du temps, c'est en quelque sorte gagner du temps, car c'est ainsi que naîtra la confiance réciproque. Il faut être vigilant à ne jamais brûler les étapes de ce parcours initiatique.

Le projet individualisé doit être conçu et accompagné avec les parents. Dans un partenariat chaleureux avec eux, ils pourront ressentir que nous nous ne sommes pas tout puissants, que nous avons aussi des moments de découragement, des sensations de vide et d'épuisement.

M.D. Amy nous transmet ici un outil de travail précieux, enrichi de nombreuses observations, illustrant bien les concepts de la clinique autistique. Espérons que ce livre soit lu par tous les acteurs, parents et professionnels et toutes les personnes concernées par l'autisme à un titre ou à un autre.



La dignité de penser

Roland GORI

La Liberté de Penser, 2011

**Marie-Christine FOUQUAY-PICARD
PH à Dreux (28)**

Roland Gori nous alerte sur l'urgence à retrouver notre dignité, par le courage de penser, alors que l'oppression sociale et culturelle nous la dérobe insidieusement. Le monde s'appréhende de plus au travers du prisme d'une « religion du marché ».

En effet la parole s'est réduite à sa fonction d'information et est devenue de plus en plus technique et épurée de sa dimension fabulatrice. Ainsi « la Langue anglaise n'est plus celle de Shakespeare mais plutôt

celle de Wall Street ». L'impérialisme de la langue technique attaquerait ainsi l'humanité dans l'homme qui se doit de résister pour continuer de dire, raconter et se raconter. Le monde numérique serait devenu « le nouveau conformisme auquel la pensée doit se plier ».

« Le connexionnisme, prolongeant le cognitivisme ordinaire, s'est mis à considérer le cerveau tout entier comme une machine déductive, encodant, traitant et mémorisant des informations sous des formes identiques aux symboles de la logique.(...) Les sciences cognitives sont une écriture du monde et non le monde lui-même ». L'information devient une valeur sûre. « C'est toute notre culture qui se met au culte de l'internète ».

« Cette transformation de la parole en information, qui fait fléchir le cours du récit et de l'histoire, correspond exactement aux besoins du capitalisme financier ».

Roland Gori évoque l'analyse d'Hanna Arendt sur l'aveuglement des spécialistes à propos de la guerre du Vietnam et comment l'appréciation dite objective de la décision d'entrer en guerre a mené à l'échec, à la défaite : « c'est bien le monde comme notre existence que nous risquons de perdre.(...) Les spécialistes de la solution des problèmes n'appréciaient pas, ils calculaient ».

Dans son chapitre « **De la psychiatrie à la santé mentale** », il nous montre que la transformation de nos sociétés de paroles en sociétés de l'information est au service d'une idéologie dominante, normée, standardisée et technique où « Le vrai n'est rien d'autre que ce qui marche et se vend ». « Dans une société de contrôle, l'orthopédie sociale tend à remplacer le soin. (...) Le jargon de compétences sociales et émotionnelles porte la marque de cette nouvelle santé sociale qui ne parle plus de relation à autrui mais d'habilités sociales. (...) On assiste toujours plus, dans le langage même qui les exprime, à un gommage anthropologique de la souffrance psychique, des conflits qui la motivent et des significations qui pourraient être les siennes ».

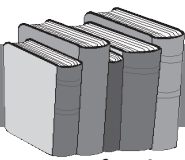
Ainsi notre politique de santé transforme « la psychiatrie en simple gestion sociale et en maintenance administrative des populations à risques dont le profil différentiel s'établit toujours davantage sur la base de critères neuro-génétiques

aux dépens du pathos de la souffrance psychique et sociale. (...) L'anomalie devient le signe d'une différence normative suspecte à dépister et à contrôler en permanence ».

Il développe le fait que la maladie psychiatrique se décline alors en facteurs de risque, la psychiatrie en santé mentale (et sous-spécialité de l'hygiène publique), le clinicien devient un expert codeur : « Ne pas s'occuper du sens et de l'histoire des symptômes, mais se centrer sur ce qui marche formellement et de manière pratique et instrumentale sans considération des personnes, de manière anonyme, dans le court terme, ce qui va de pair avec la primauté de la forme sur le fond. » Ainsi, l'évaluation standardisée en psychiatrie avec la construction de grilles « tendent toutes à réduire la parole du patient et celle du clinicien à un pur échange d'informations techniques ». R. Gori compare ce dispositif à une véritable « nasse » qui interdit de penser ! Le sujet malade comme le sujet soignant est perdu derrière les grilles, voire même sidéré par la rationalisation technique « morbide », tout comme un trauma sidère le sujet, d'où « cette crise du savoir narratif ».

« **Le nouveau genre du savoir** », titre d'un chapitre, met en lumière « le vide de la pensée au sein de la culture. Au moins une dévalorisation de la pensée en tant qu'instrument de civilisation des mœurs. » Il aborde les conséquences anthropologiques sur le monde du travail : « Cet instrumentalisme qui écrase la pensée tend aujourd'hui à occuper le vide tant éthique et politique qu'épistémologique... et voilà comment nos sociétés de paroles tendent à se transformer toujours plus en sociétés de l'information. » Ce qui se raconte, ce qui fait sens et histoire se dévalorisent au profit d'une parole qui se transforme en « marchandises informationnelles ». Dévalorisation du narratif au profit du non narratif et du technique qui expurge le récit.

Il explique ce phénomène par « la disparition des lucioles », phénomène social, politique et culturel décrit dans un texte de Pasolini datant de 1975. Ainsi l'avènement d'un conformisme de masse à partir d'un fascisme de consommation conduit à un totalitarisme au nom du progrès et du bien être que Pasolini nomme le « technofascisme » (nouveau capitalisme fondé sur le déni d'altérité).



« Du langage infecté par la technique et le marché où l'existence est réifié, quantifiée, faussement objective, sans histoire et sans valeur, monde « mathématisé », numérisé qui a aujourd'hui chassé « le récit clinique » de la scène psychiatrique ». Il cite André Bellon : « A partir du moment où la science, la connaissance, quittent le champ de la contestation démocratique, elles deviennent instruments d'oppression ». Il n'y aurait plus de lucioles si la parole et les récits n'alimentent plus le débat éthique.

Son chapitre « **Le récit : une forme de résistance ?** » est une alerte à nos consciences : « Peut-être la psychanalyse est-elle une des dernières grandes formes de ce « savoir narratif », de cet art de raconter des histoires, de transmettre par cette voie l'expérience, art qui est en train de se perdre parce qu'il s'oppose aux jeux de langage du pouvoir actuel ? (...) Au nom de l'information, le « scientifique » participe à une civilisation qui récuse le pouvoir de la parole. » Au nom de l'objectivité, du médiatique et du rationalisme, la pensée critique s'estompe et « le savoir narratif » tend à disparaître. Mais tout n'est peut-être pas perdu ! Comment redonner vie et place à la parole ? Comment faire reconsidérer l'expérience, l'art du récit ? Nous savons et constatons tous aujourd'hui combien l'information immédiate, et en prise directe avec la réalité, inonde nos vies et trouve toujours plus d'audience que tout autre débat, questionnement, voire même toute autre information venue de loin ! La société consomme de l'information au point de ne plus penser ; nous savons dans notre pratique que sous l'effet du trauma le sujet peut être sidéré et empêché de penser au point de se couper de lui-même et perdre l'expérience vécue.

R. Gori compare ce qui se passe aujourd'hui pour l'homme empêché de penser dans notre société à ceux qui ont vécu des traumatismes de guerre ou des abus sexuels dans l'enfance. R Gori cite Adnan Houballah qui a beaucoup écrit sur sa pratique psychanalytique durant la guerre civile du Liban. Le risque est de voir ces individus « s'instrumentaliser comme ils instrumentalisent les autres en se métamorphosant en système cognitivo-économiques dépourvus de subjectivité, réduits à l'excitation de performances de leurs comportements. » Nous assistons

alors au renoncement subjectif.

Il fait référence aux écrits de Férenczi et Winnicott sur la psychopathologie du traumatisme notamment chez l'enfant abusé par un adulte et montre comment ce traumatisme est délabrant pour la subjectivité de l'enfant amené à vivre une expérience au dessus de ses moyens psychiques, l'amenant à se soumettre dans « une aliénation passivante et annihilante ». Il écrit : « Férenczi comme Winnicott pourraient être les visionnaires d'une culture totalitaire qui se nourrit de la haine en obligeant les individus à se conformer à des prescriptions qui ne tiennent pas compte de leurs moyens psychiques réels et de leur besoin de rêver, besoin « éthico-poétique ». Le sujet amené à répondre aux exigences de l'environnement peut être amené à construire un faux self pour se conformer et ainsi se chosifier.

Le temps semble manquer pour se raconter, faire des liens avec le passé, le présent et le futur dans cette société de l'immédiateté, de la nouveauté et de l'objectivable. « Ce bonheur animal dont Nietzsche nous dit qu'il est « le cynique accompli », ce bonheur animal qui met l'homme sur le seuil de l'instant, c'est cela même que promeut notre culture de l'information, culture de l'actualité, et, que viennent heurter frontalement la psychanalyse et une certaine philosophie (...) L'arme de la vengeance ne peut tomber que si, et seulement si, une narration met en sépulture le trauma (...) Raconter, rêver, jouer c'est survivre aux traumatismes, c'est donner une sépulture » : faute de quoi c'est l'humanité dans l'homme qui disparaît.

Pour R. Gori, seule une lutte politique peut permettre de réintroduire le récit, le savoir narratif dans le savoir non narratif.

« Il s'agit de remettre la parole au centre de notre vie sociale « pour ne pas périr de la vérité » des sciences comme disait Nietzsche (...) Le courage de penser est ce qui vient faire objection à ce vertige collectif de l'abolition subjective. » Ce courage de penser serait indissociable d'une politique qui le permette et qui n'accepte pas « de disparaître dans une police des normes. » L'angoisse du manque, de la perte, de la pénurie seraient au fondement du déploiement de cette société du technique, de l'immédiateté, de l'objectivité à tout prix. La pensée de la

mort est exclue de la scène publique alors qu'elle constitue « l'ombilic de la parole » du fait de l'expérience du non savoir que constitue la mort. Il nous explique qu'en la fuyant, notre civilisation se tourne vers elle (références à Freud, Heidegger, Winnicott, Walter Benjamin, Fédida et d'autres encore).

L'unique, le singulier disparaît au profit de la standardisation, des protocoles, des séries. « De l'unicité de l'acte à l'unicité de l'humain il n'y a qu'un pas. » L'homme serait ainsi exproprié de sa dimension narrative, de son histoire, de son humanité.

Cet essai percutant permet une prise de recul qui conforte l'idée que, sans rejeter les sciences et la technique, il est nécessaire que nous gardions le goût du récit de nos passions et de nos expériences !



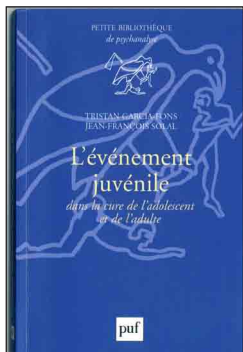
L'intérêt de l'enfant

Ian MAC EWAN
Gallimard, 2015

Marie-Claude BOSSIERE
PH, Ville Evrard (93)

Fiona Maye est magistrate anglaise, spécialiste du droit de la famille ; son travail auprès des enfants dont les parents se disputent la garde, dont la maltraitance par l'un des parents est avérée ou supposée, la succession de débats et de doutes concernant les meilleures décisions à prendre dans l'intérêt de l'enfant, sont le pendant judiciaire de ce qui traverse notre quotidien de psychiatres de l'enfant et de l'adolescent. Ces questions sont abordées de façon romancée mais aussi tout à fait précise et argumentée sur la jurisprudence.

Au fil du roman se dessine de façon complexe et parfois oppressante, autour de la question de la transfusion d'un adolescent témoin de Jéhovah, l'ambiguïté de la neutralité du juge, qu'on peut évidemment rapprocher de notre neutralité bienveillante. Parallèlement à son professionnalisme, la sensibilité de cette magistrate se révèle discrètement, subtilement, puis en crescendo, dans son attitude face à ses difficultés conjugales et sa capacité de pianiste à incarner la musique. La question de la supposée indépendance de l'individu, qui agite neurosciences et psychanalyse trouve dans les dernières pages une sorte de réponse en forme de sentence. C'est un magnifique condensé de tensions professionnelles et d'humanité.



L'événement juvénile dans la cure de l'adolescent et de l'adulte

Tristan GARCIA-FONS et Jean-François SOLAL
PUF, 2016

Roger TEBOUL PH, Ville Evrard (93)

L'engagement de l'analyste dans l'« aventure analytique » du transfert juvénile se manifeste alors par la traversée d'un trouble vécu de façon sensible, au présent et en présence : un trouble qui s'écrit avec le psychanalyste en une nouvelle version de l'amour et du sexe, du masculin et du féminin. (p. 99)

Si j'ai introduit cette note de lecture par une citation tirée de l'ouvrage, c'est qu'elle illustre parfaitement le courage des deux auteurs qui n'hésitent pas à « se mouiller » dans l'aventure transférentielle

d'une analyse ou d'une psychothérapie avec un adolescent. Cet engagement n'est pas de circonstance et montre à quel point il convient d'y souscrire si l'on veut réussir à « mettre au travail » l'adolescent qui s'engage dans cette voie. Cette mise au travail n'est pas sans conséquence sur l'analyste qui la soutient. Et l'on peut se demander si l'« événement juvénile », conceptualisé dans cet ouvrage non seulement à l'adolescence mais aussi tout au long de la vie, dans des moments où les cartes se rebattent pour un individu, ne traverserait pas nos deux auteurs lorsqu'ils se prêtent au jeu du transfert juvénile. Comme ils le soulignent à plusieurs reprises, ils représentent incontestablement des figures de pères pour les adolescents, mais des pères prêts à vivre eux-mêmes dans les cures qu'ils conduisent des moments où le juvénile se rappelle à eux. C'est du moins ce qu'on peut comprendre lorsqu'ils analysent leurs propres rêves en lien avec certaines de leurs cures. Cette franchise n'est pas si fréquente et mérite d'être saluée, tout comme le travail d'écriture dont la limpidité surprend pour un livre écrit à deux mains. Il est en effet difficile, pour qui ne les connaît pas un peu, de repérer par qui a été écrit tel ou tel chapitre, tant la complexité entre eux est flagrante.

Tristan Garcia-Fons et Jean-François Solal, tous deux pédopsychiatres et psychanalystes, s'appuient sur la théorie psychanalytique en dégagant le concept de « juvénile », pendant de celui d'« infantile » cher à Freud. Ils n'en font cependant pas un concept psychanalytique à part entière en se résolvant à lui conférer un statut « opératoire » dans la cure analytique. La proximité de Freud et de Lacan est inscrite dans les nombreuses références bibliographiques qui nourrissent leur réflexion, mais d'autres auteurs comme D. W. Winnicott ou H. Deutsch font références, de même que des auteurs plus récents comme J.J. Rassial ou D. Luru. Des philosophes sont aussi cités, comme Foucault, Agamben, Didi-Huberman ou encore Deleuze et Guattari dont les noms n'apparaissent pas expressément dans le texte, mais dont les concepts de « machines désirantes » ou de « déterritorialité » sont utilisés.

Je ne vais pas reprendre ici tous les développements qui enrichissent leur réflexion. J'invite le lecteur à s'y pencher avec toute l'attention que requiert la lecture de cet ouvrage. Certains sont

bien connus de ceux qui soignent des adolescents : puberté, première fois, honte, consommation excessive de produits, passage à l'acte, « après-coup », état limite, espace transitionnel... D'autres sont plus personnels comme celui de « confusion juvénile » qui n'empêche pas de penser, au contraire, et qui s'oppose en ce sens à la honte, à l'effet bien plus délétère, comme on peut le lire dans l'œuvre de Kafka. La richesse des cas cliniques, à l'appui de la réflexion des deux auteurs, est intéressante dans la façon très « vivante » dont ils sont relatés au sein de la relation transférentielle où les capacités à s'illusionner, à être surpris par le jeu, la « performance » mise en acte sur l'autre scène de la cure, ne demandent qu'à être analysées pour s'élaborer. La dimension du temps est aussi fondamentale. Anachronique est la pensée de l'adolescent. Et ces anachronismes juvéniles sont autant de potentialités qui favorisent la métamorphose et le passage à l'âge adulte. Le temps accordé à cette métamorphose vient aussi se heurter au temps social qui s'accélère et il est important que ce temps nécessaire soit pris en compte. De nombreuses analyses de films ou de romans émaillent le texte de l'ouvrage, ce qui en rend la lecture plus vivante encore. Parmi ces analyses, je retiens celle d'« Hamlet » où le héros représente pour les deux auteurs une figure du juvénile : « être ou ne pas être » est bien une question adolescente. L'analyse de la pièce de Shakespeare est intéressante lorsque le personnage d'Hamlet est décrit comme un « bouffon » qui ne parle jamais de lui mais qui ose dire leurs quatre vérités à ses interlocuteurs. Il deviendrait ainsi l'analyste des autres acteurs du drame. La leçon qu'en tirent les deux auteurs est que c'est en acceptant le risque de se trouver confrontée à une sorte de jeu de dupes que la cure analytique d'un adolescent (ou d'un adulte qui traverse un moment juvénile) a des chances d'être menée à bien. Et c'est aussi sans doute la raison pour laquelle peu de psychanalystes s'y risquent.

En guise de conclusion et pour saluer une nouvelle fois leur franchise, j'oserai taquiner les deux auteurs sur une erreur qui m'a surpris, eu égard à leur érudition. Comment se fait-il, à la page 52, à propos de l'histoire d'une jeune fille gênée par ses mains moites, que les trois fils de Noé (Sem, Cham et Japhet) soient devenus des filles ?

Nom et Prénom (en majuscules)

Fonction (rayer les mentions inutiles)

PH temps plein
Chef de service Chef de pôle
PH temps 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