

- 1** Editorial
- 3** Sur l'agenda
- 4** Vie de l'association
- 6** Un pédopsychiatre seul, ça n'existe pas
- 11** Verbatim du village gaulois
- 13** Le printemps de la psychiatrie : la lutte continue
- 14** Les «plateformes d'orientation et de coordination» (POC) pour les enfants avec «troubles du neurodéveloppement» : décryptage et réflexions
- 22** Réactions à l'article sur les POC
- 24** Bulletin d'adhésion

Le «dénominateur commun» des psychiatres de secteur infanto-juvénile est sans aucun doute d'être engagés dans un travail de terrain auprès des enfants et de leurs familles au plus près de leurs réalités quotidiennes. Ce travail ne néglige ni la question de l'unité somato-psychique de l'individu, ni l'importance à accorder à l'environnement et aux forces de liaisons en présence. La complexité qui en découle est nourrie par une donnée non moins fondamentale : le bébé, l'enfant, l'adolescent grandissent. C'est bien à partir de la spécificité d'avoir à soigner des êtres en construction que l'API a été créée il y a 35 ans. Je propose là un raccourci.

L'édito

Christophe LIBERT, président de l'API

Pour autant, il est primordial de réfléchir aujourd'hui, au-delà de la question de l'identité des pédopsychiatres, à ce qui spécifie nos tâches thérapeutiques auprès de ces personnes en construction et devenir. L'« autonomisation » de la psychiatrie infanto-juvénile est fermement souhaitée par les hospitalo-universitaires de

n°48
12/2019



pédopsychiatrie. La méconnaissance caractérisée de notre champ par nos politiques, comme en témoigne le dernier rapport parlementaire « Wonner-Fiat » est un des éléments qui alimentent cette volonté d'autonomisation.

La maigre place de la pédopsychiatrie dans la maquette actuelle de l'internat en est un autre. Pour l'API ce projet doit d'abord être formulé comme une question à travailler avec rigueur. L'idée de renforcer la différenciation des pratiques à partir des spécificités des personnes mineures constitue la base d'un premier front. Ce débat ne doit pas occulter un autre front, celui de la défense de l'existant : ce que la politique de secteur a permis de mettre en place comme outils thérapeutiques accessibles et pertinents.

Les dernières Journées Nationales de l'API organisées à Montreuil par Roger Teboul et un collectif très motivé, ont été l'occasion de montrer une nouvelle fois la qualité, la variété et la créativité des pratiques des équipes et leurs liens constructifs avec les partenaires de leur territoire. Vous aurez l'occasion dans cette lettre de lire les résumés des passionnantes interventions des professionnels et des équipes invitées.

Ces journées ont été aussi le moment d'un passage de relai de la part de Roger Teboul, qui a œuvré pendant neuf ans avec ardeur et efficacité pour la pédopsychiatrie de secteur, désormais Past Président de l'API, avec un renouvellement et un rajeunissement du Conseil d'Administration de notre association. Une chanson et des photos illustrent ce temps fort de passage.

Les actualités du samedi ont été, une fois de plus, l'occasion de discussions et débats nourris sur de nombreux thèmes, en particulier celui de l'avenir de la pédopsychiatrie. Sylvie Barreateau les présente dans un texte revu et corrigé de façon humoristique, comparant les échanges très animés de ce samedi matin au banquet du village gaulois d'Astérix. Il est vrai que les APIstes ne sont pas très disciplinés lors de leurs échanges passionnés, sans pour autant que ça finisse en bagarre cependant !

L'API défend des pratiques vivantes, donc évolutives, qui s'appuient sur un socle organisationnel qui a largement montré son efficacité, même si celui-ci souffre depuis longtemps maintenant d'un manque de moyens évident. La lisibilité des financements de nos pratiques et leur renforcement est un troisième front à ne pas lâcher.

C'est engagée dans ces différents débats et combats que l'API poursuivra son travail et ses actions dans les années à venir. La clé de voûte de cette mobilisation résidera sans aucun doute dans notre

capacité à communiquer et faire porter la voix de la pédopsychiatrie d'une façon tout à la fois claire, différenciée, et rassemblée.

Comme vous le savez, l'API a fait partie des signataires du manifeste du Printemps de la Psychiatrie en janvier dernier. Aujourd'hui, le Printemps est toujours aussi actif, et même si l'API se différencie de celui-ci par des modalités d'action et de communication différentes, notre association qui est attachée au contenu de ce texte fondateur défendant un renouveau de la psychiatrie, a souhaité défilé au côté du Printemps, le 14 novembre lors de la grande journée nationale pour la défense du soin et de l'hôpital. Saluons Martin Pavelka qui œuvre d'arrache-pied - et avec succès - depuis le début de la dynamique du Printemps pour une place logique de la pédopsychiatrie. Le Printemps organisera une journée nationale en 2020. L'API soutiendra cette initiative.

Ce numéro de la lettre aurait été incomplet s'il n'avait pas abordé la mise en place des « Plateformes d'orientation et de coordination » (PCO ou POC) qui concernent le traitement précoce des très controversés « Troubles du neuro-développement » (TND). Dans cet article Anne Delègue reprend avec une grande rigueur ces concepts et les textes réglementaires s'y rapportant. Cet article a déclenché un vif débat au sein du CA élargi de l'API, débat qu'Alice Maroufi nous présente dans ses grandes lignes. La question centrale posée est celle de la continuité de nos pratiques par l'arrivée de dispositifs niant pour beaucoup la longue histoire du secteur, et l'utilisation d'une terminologie problématique s'éloignant considérablement de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et qui pourrait faire penser que le développement de l'enfant n'est qu'une affaire de neurones. Ce dossier ne se referme pas avec cette lettre. Le débat reste ouvert mais nécessitera sans doute un positionnement clair de l'API dans les mois qui viennent. Dans le même temps, La dégradation de l'image de la psychiatrie dans notre société est très inquiétante.

Bien que tous « le nez dans le guidon », nous avons, chacun et collectivement à continuer à nous mobiliser, à transmettre aux plus jeunes et à communiquer sur nos pratiques. Je ne peux que vous encourager à vous fédérer, au besoin en organisant des temps de réflexion, une ou des journées de partage clinique, localement ou régionalement. L'API sera présente, d'une manière ou d'une autre pour vous accompagner dans vos initiatives.

L'API vous représente. Sa force de représentation vient de vous tous, de l'investissement de chacun. Je vous laisse découvrir cette 48ème lettre, dorénavant illustrée par Lise Nadereau : un régal !



LES CARREFOURS DE LA PEDOPSYCHIATRIE

Ils sont organisés par l'API et la SFPEADA et auront lieu le 7 février 2020 à la FIAP-Jean Monnet, 30 rue Cabanis, Paris 14ème, sur le thème « CMP : mission un possible... ».

► Extraits de l'argument

Les CMP ont été pensés comme le « pivot du secteur infanto-juvénile » depuis leur création à partir de 1972 : ils se sont institués comme lieu de prévention, d'accueil, de diagnostic et de soins précoces, au sein d'équipes pluridisciplinaires en assumant des missions « généralistes » et l'accueil de toutes les demandes. La loi de « modernisation de notre système de santé » (2018) énonce que doivent être garanties à l'ensemble de la population l'organisation des soins ambulatoires de proximité, l'accessibilité territoriale et financière et la continuité des soins psychiatriques. La pédopsychiatrie publique connaît un accroissement considérable de son activité, avec un doublement du nombre d'enfants suivis en 15 ans. Le CMP répond aux besoins des enfants et des familles ainsi qu'à ceux des nombreux professionnels de la petite enfance, de l'enfance et de l'adolescence. (...)

Les attentes de la société vis à vis de notre spécialité sont exponentielles et il nous est demandé de répondre à un nombre de plus en plus grand de sollicitations cliniques et sociétales.

Comment la pédopsychiatrie peut-elle rester un service public de qualité ?

Le nom des conférenciers ne peuvent vous être communiqués à l'heure où nous mettons sous presse.

► Les ateliers

- Trauma/Catastrophe
- Enfance en danger
- Enfants « sans repère et sans remère » : faire face aux dislocations familiales
- Précarité dans tous ses états

Les ateliers seront modérés sous le prisme de l'alliance/des divergences et des convergences concernant les missions de nos CMP.

Pour toute demande de renseignement s'adresser à : apiasso@yahoo.fr

LES JOURNEES DU COLLEGE DE PEDOPSYCHIATRIE DE LA FFP

(anciennement nommées « rencontres de perfectionnement des pédopsychiatres de service public »)

Elles auront lieu les 16, 17 et 18 mars 2020 à l'amphi Laroque, au ministère de la santé, 14 avenue Duquesne, Paris 7ème, sur le thème : « Pédopsychiatrie intégrative de 2020 : comment soigne-t-elle ? » Ses connaissances scientifiques et ses effets thérapeutiques.

► Extraits de l'argument

La pédopsychiatrie est aujourd'hui interpellée sur la pertinence des soins qu'elle apporte, leur intelligibilité, leur lisibilité.

Depuis son avènement il y a plus d'un siècle, des enjeux bien connus la traversent : quelle est la part prise dans le développement par le biologique et par l'environnement ? Quels liens entre le corps et le psychisme ? Les connaissances des neurosciences éclairant les bases cérébrales de la mémoire, des émotions, de la conscience, du langage, ... réactivent ces débats en faisant espérer chez certains un abord plus univoque.

Pourtant les références multiples de la pédopsychiatrie en font une discipline ouverte qui va des sciences humaines aux neurosciences. Sa complexité est probablement une des raisons de son procès en légitimité. La référence au neuro-développement, qui s'impose actuellement, peut inclure cette complexité.

Comment soignons-nous ? Alors que nous observons en pédopsychiatrie des effets thérapeutiques, pouvons-nous déterminer la cible de nos interventions et ce qui en a fait l'efficacité ?

La démarche diagnostique préalable s'inscrit dans une clinique du lien et de l'alliance thérapeutique, premier temps qui engage le clinicien dans une relation à la fois individuelle et familiale. Le diagnostic, d'autant moins fixé que l'enfant est jeune, va interroger la place de l'organique, du neuro-développement, de l'histoire présente et transgénérationnelle, mais aussi des interactions avec le milieu, la famille, les lieux de vie et d'apprentissage.

La pluralité des intervenants dans les équipes, à condition que leur formation soit ouverte aux différents champs concernés (ceux du développement, de la génétique et de l'épigénétique, des connaissances cognitives et psychologiques, mais aussi psychodynamiques, systémiques ou même sociales et anthropologiques) est le garant d'une approche thérapeutique ouverte, non dogmatique, centrée sur l'enfant.

Qui soignons nous et quels dispositifs mettre en place selon les cas ? En quoi une prise en charge du bébé, de l'enfant, de l'adolescent, portant sur ses relations aux autres, à sa famille, à lui-même, influence-t-elle le développement de son cerveau et de ses capacités fonctionnelles ? En quoi une thérapie ciblant spécifiquement un trouble fonctionnel a-t-elle une influence sur l'évolution globale, y compris psycho-affective, de l'enfant ? Comment, sans abdiquer sur la diversité des dimensions perçues, construire un projet cohérent, hiérarchisé, dont la famille puisse se saisir ? Les notions d'articulation et d'intégration sont en effet des caractéristiques de la pédopsychiatrie.

Le programme précis et les noms des intervenants de ces journées ne sont pas encore connus à l'heure où nous mettons sous presse.

Le mercredi matin sera consacré comme d'habitude aux questions d'actualité.

Pour tout renseignement, contacter la FFP : contact@fedepsychiatrie.fr

LES JOURNÉES DE L'API

Elles auront lieu à Lorquin, près de Sarrebourg (Moselle), les 11, 12 et 13 juin 2020, sur le thème de « L'enfant et son image ».

- Le jeudi 11 juin sera couplé avec le 40ème anniversaire du festival psy de Lorquin ; une sélection des meilleurs films de ce festival sera projetée.
- Vendredi 12 : 2 conférences plénières et 4 ateliers à thème.
- Samedi 13 : questions d'actualité.

L'assemblée générale annuelle de l'API aura lieu au cours de ces journées.

Pour toute demande de renseignement s'adresser à : apiasso@yahoo.fr

Lors de l'assemblée générale de notre association qui s'est tenue au cours des journées de l'API de juin 2019, un nouveau conseil d'administration a été élu.

De nombreux jeunes PH engagés dans la préparation de ces journées de l'API qui se sont tenues à Montreuil (93), se sont présentés aux élections, mais les adhérents votants ont choisi de mixer le CA entre 12 « anciens » du CA précédent se représentant et 4 nouvelles recrues, afin que ces jeunes PH puissent s'habituer progressivement au fonctionnement du CA et soient épaulés dans leurs nouvelles fonctions.

Les 16 élus au CA ont ensuite voté pour un bureau de 9 personnes.

Voici la composition du nouveau conseil d'administration :

- Christophe Libert (94) Président
- Claudine Desobry (62) Vice-Présidente
- Jérôme Pradère (95) Vice-Président
- Elsa Piot (13) Trésorière
- Véronique Chebat (75) Trésorière adjointe
- Claire Puybaret-Bataille (75) Secrétaire générale
- Alice Maroufi (75) Secrétaire adjointe
- Vincent Scherr (51) Secrétaire adjoint Webmaster
- Sylvie Barreteau (92) Chargée de communication

- Antonine Bouloy (17)
- Catherine Chollet Fouks (31)
- Virginie Cruveiller (93)
- Patricia Do Dang (59)
- Nathalie Gauffeny (17)
- Sarah Halimi (93)
- Martin Pavelka (91)



De gauche à droite : Sylvie Barreteau, Claire Puybaret-Bataille, Catherine Chollet-Fouks, Claudine Desobry, Patricia Do Dang, Christophe Libert, Véronique Chebat, Jérôme Pradère, Martin Pavelka, Alice Maroufi, Antonine Bouloy, Vincent Scherr, Virginie Cruveiller, Sarah Halimi. Sont absents de la photo : Nathalie Gauffeny et Elsa Piot

Secrétariat de l'association

Cette fonction salariée est assurée avec efficacité depuis un an par Véronique Puybaret, c'est elle qui répond à vos nombreux emails et vous envoie des informations. A ne pas confondre avec sa sœur Claire Puybaret-Bataille, secrétaire générale de l'association, élue au CA.

Véronique à gauche, Claire à droite.



Le nouveau président, Christophe Libert

Chanson pour Roger

(Sur l'air de « Marcelle » de Bobby Lapointe)

1. Il a l'œil vif, l'air toujours jeune et le ton arrogant
Quand l'ARS nous dit quoi faire, avec qui et comment
Avec lui, l'CA, ça cogne,
Ca déconne, ça ronchonne,
De l'aile droite à l'aile gauche,
Les esprits s'échauffent !

Président !
D'l'API pendant 9 ans
Tu tiens tête en souriant !
Tu nous r'donne !
De l'énergie quand
On nous rent' dedans
Cluzelles et Fondamental
Nous s'appent le moral
(A la manif !)

2. Enfant caché d'Yvonne Coinçon et de Lebovici
Il a rêvé d'être le chef de toute la pédopsy
Mais c'est moins facil' qu'on pense
En ces temps de neurosciences
Où à force d'être HAS
On est tous HS !

Président !
Des psy récalcitrants
Il a su prendre le tournant !
Des soins !
Intégratifs
Faut qu'on les kiffe
Il est même allé parler
A Macron à l'Élysée
(Et à Buzin !)

3. C'est pas facile de s'mettre d'accord avec le ministère
Et il faut aussi se les faire les universitaires
Mais bien qu'il soit bien caché
Roger veut croire en JC
Il répond pas aux emails
Est-il bien réel ?

Encadrer !
Les APistes déchainés
Qui débattent sans rien lâcher !
Négociateur !
Pour le secteur
En ch'mise à fleurs
Et promettre à nos ennemis
Doigt d'honneur ou pis
(Le cul !)

4. Il a mené avec brio les états généraux
Donné la parole aux parents d'autistes et aux ados
Pour une pédopsy qui bouge
Au rythm' de Montreuil la rouge
Exercer dans le 9-3
Ça forme aux combats !

Mais quand
Vient le temps de la fête
Tu chantes à tes fortes têtes !
Brassens !
Le grand Bobby
Et tu finis
En dansant le rock oriental
Jusqu'au bout du bal
(Tsoin ! Tsoin !)

5. Père optimiste, idéaliste et psychodramatiste
Paraît que t'es une vraie mère juive, ça doit pas être triste
Noé, Jonas garderont
La mer dans leurs deux prénoms
Avec Ernest et Nina
Te voilà gaga !

Roger !
Tu nous parles d'écrire
Dans ton palais de grand vizir !
Tes petits !
Et p't'être Marion
T'en empêch'ront
Nous on croit qu'tu vas plutôt
Jouer au Lego !
(Mazel Tov !)

Ces journées ont été l'occasion de remercier notre désormais Past-Président, Roger TEBOUL, qui a œuvré avec énergie pendant 9 ans aux manettes du CA de l'API et fini en beauté son mandat en organisant les journées de l'API dans son fief à Montreuil.
Une chanson écrite pour son départ a été chantée en chœur (et avec beaucoup de fausses notes), comme on aime le faire à l'API.



Notre past-président : Roger Teboul



Le chœur

Un pédopsychiatre seul, ça n'existe pas

Les dernières journées de l'API sur ce thème, ont été organisées sous la houlette de Roger TBOUL, notre désormais past président de l'API, à l'aide d'un collectif très motivé représentant les équipes de pédopsychiatrie de l'ensemble des secteurs de la Seine St Denis.

Ces journées se sont déroulées du 20 au 22 juin 2019 à la Maison de l'Arbre, à Montreuil (93), lieu associatif connu pour ses diverses manifestations culturelles et son ouverture aux débats qui animent notre société. Malgré le manque de moyens criants de notre discipline dans ce département confronté à une précarité grandissante des familles qui l'habitent, les présentations en conférence et en ateliers ont été d'une grande richesse, témoignant d'une créativité toujours à l'oeuvre, et ont suscité des débats animés.

Certaines interventions de ces journées ont été réécrites ou retravaillées grâce à la ténacité d'Emmanuelle Granier aidée de Virginie Cruveiller, afin de permettre leur publication dans La nouvelle revue de l'enfance et de l'adolescence N°2, aux éditions de l'Harmattan, à paraître fin 2019. Avec l'accord du comité de lecture de cette revue, nous vous proposons des résumés de ces textes, afin de vous donner envie de les lire dans leur intégralité dans cette nouvelle revue.

Les résumés de ces textes ont été rédigés par Marie-Claude Bossière, Claire Puybaret-Bataille et Anne-Marie Garnier.

Ci-dessous le comité d'organisation des journées

Le pédopsychiatre et la toxicité de l'omniprésence des écrans

Marie-Claude Bossière, psychiatre à la Maison Des Femmes de St Denis et auparavant PH en pédopsychiatrie à l'EPS Ville Evrard (93), reprend l'intitulé du colloque « Un pédopsychiatre seul, ça n'existe pas » et le met en lien avec la phrase de D. Winnicott : « un bébé seul ça n'existe pas ». Elle rappelle quelques-uns des thèmes chers à cet auteur : la préoccupation maternelle primaire, le visage de la mère comme miroir, la qualité incroyable d'échanges par le regard entre la mère et son bébé, les phénomènes transitionnels à l'origine de l'espace potentiel, lieu de la créativité et de l'expérience culturelle de l'enfant.

Les travaux de D. Stern concernant l'accordage affectif permettant la synchronisation interactive, puis ceux plus actuels issus de la psychologie cognitive et des neurosciences, ont mis en évidence la multimodalité sensorielle et son intégration cognitive qui est à la base de l'émergence des connaissances chez l'enfant. Enfin les travaux d'A. Bullinger ont montré l'importance de l'expérimentation sensori-motrice et du corps propre en lien avec autrui et son environnement.

Elle rappelle ces fondamentaux concernant le développement de l'enfant pour questionner ensuite les effets des technologies numériques sur l'interaction parent-enfant et le développement du nourrisson. La toxicité des écrans, défend-t-elle, c'est d'abord celle installée par les écrans à l'intérieur même de l'interaction, puis celle qui s'installe entre l'enfant et l'écran dès que celui-ci lui a été donné par son parent.

Elle s'interroge sur la fonction de miroir du visage de la mère s'il est capté par un écran et réactif à des messages qui ne viennent pas du bébé. Comment le parent peut-il donner l'illusion à son bébé qu'il est tout dévoué à lui si son attention est sans cesse portée sur son smartphone ? Plus tard, si l'enfant manipule un écran plutôt qu'un jouet, les stimulations exclusivement visuelles et sonores le





privent d'autres modalités sensorielles et motrices.

Marie-Claude Bossière constate chez les pédopsychiatres une forme de déni de cette addiction du 21^{ème} siècle et de la place qu'elle occupe dans l'environnement de l'enfant.

Elle rappelle les effets de l'Exposition Précoce et Excessive aux Écrans (syndrome EPEE décrit par Daniel Marcelli en mai 2018 ; voir aussi l'article de MC Bossière page 16 de la Lettre de l'API n° 47) et l'importance d'en chercher les symptômes lors de nos consultations car ces symptômes peuvent être proches cliniquement de ceux des TSA, mais sont réversibles si l'arrêt des écrans intervient suffisamment tôt.

Pédopsychiatrie en milieu pénitentiaire : un contexte spécifique pour une clinique particulière ?

Les auteurs de ce texte, les Dr Aurélien Varnoux et Guillaume Monod, sont tous les 2 pédopsychiatres à l'Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire (USMP) de la Maison d'arrêt de Villepinte (93) et PH à l'hôpital Robert Ballanger d'Aulnay-sous-bois.

Un rapide historique de la justice des mineurs des 19^{ème} et 20^{ème} siècles nous amène à la loi de 1945 : en raison de « l'excuse de minorité », avant 13 ans, le mineur n'encourt que des mesures éducatives ; entre 13 et 16 ans, des sanctions éducatives sont possibles. A partir de 13 ans, le mineur peut faire l'objet d'une condamnation pénale.

En 2018, 800 mineurs étaient incarcérés, placés sous la triple protection de la PJJ (Protection Judiciaire de la jeunesse, héritière en 1989 de l'Education Surveillée), de l'Administration Pénitentiaire et de l'Education Nationale. L'analyse de la santé mentale de la population détenue révèle 4 fois plus de schizophrénie, 5 fois plus de dépression, 11 fois plus de suicide qu'en population générale. En revanche, les soins psychologiques et psychiatriques s'organisent de la même manière pour les mineurs et les majeurs. L'USMP est responsable de l'offre de soins, mais n'impose pas la venue des patients.

On ne retrouve pas de pathologie spécifique, mais la détention concentre des mineurs qui partagent quelques éléments psychopathologiques dans le rapport au corps et au temps : une extrême sensibilité aux mouvements de l'environnement et l'usage du corps comme principal outil de communication. L'équipe éducative de la PJJ

propose des activités sportives intenses afin de contenir les pulsions auto et hétéroagressives.

Les personnalités limites étant régulièrement diagnostiquées, la problématique du lien est le cœur du travail éducatif et psychothérapique. La peau du détenu est surinvestie, le travail groupal peut être une bonne parade, et l'intervention d'un psychomotricien prend aussi tout son sens, ainsi que l'orthophonie et l'ergothérapie.

Dysharmonie cognitive (dans 9 cas sur 10) et rapport pathologique au temps expliquent l'incapacité à penser et à investir un objet en tenant compte de son caractère permanent dans le temps. La détention libère de la question épuisante : « comment poser un cadre contenant à ce jeune ? », pour amener un enjeu supplémentaire : « comment intérioriser des éléments apaisants et structurants ? ». La mission du pédopsychiatre est de saisir cette opportunité et de permettre à l'adolescent, quand c'est possible, de découvrir un plaisir de l'élaboration psychique de ses conflits internes ou externes, tout en s'abritant derrière l'illusion qu'il ne la demande pas.



Femmes enceintes, mères et bébés sans papiers, une clinique à l'épreuve de l'errance et de l'invisibilité

Christine Davoudian, médecin de PMI en charge du prénatal en Seine St Denis et psychothérapeute à Médecins du Monde, est engagée de longue date auprès des plus démunis. Elle fait le constat que nos lieux de soins sont confrontés à un nombre de plus en plus important de migrants primo arrivants, ayant fui des violences de toutes sortes, avec des parcours migratoires particulièrement longs, chaotiques, dangereux et occasionnant toutes sortes de maltraitements et outrages. Confrontés à des politiques migratoires de plus en plus restrictives et répressives, les migrants doivent vivre un présent très précaire et un futur peu lisible, avec la crainte permanente des arrestations.

Depuis 2009 la migration féminine augmente ; les violences subies dans les pays d'origine, les ruptures violentes dans leur histoire, l'exclusion ou le bannissement les forcent à l'exil. Sans oublier les guerres et conflits qui amènent leur lot d'exilées.

L'absence de droits et de réponses sociales (en dehors du droit aux soins et des propositions d'hébergement

temporaire du 115) organise des ruptures géographiques répétées dans les lieux d'hébergement, les lieux de soins et socio-éducatifs. Nous sommes donc confrontés à une clinique de traumatismes cumulatifs.

Ces situations viennent bousculer les équipes et les liens partenariaux, les exposent alors à des déliaisons et clivages, et les menacent d'épuisement et de découragement avec de possibles retours délétères pour les patients. Le désarroi, la difficulté des équipes de penser (panser ?) ces situations témoignent des effets contre-transférentiels d'une clinique traumatique souvent sous-estimée par nos institutions. Nous ne sommes pas à l'abri de la contamination des discours médiatico-politiques et de la tentation de passer d'une posture de soignant à celle de contrôleur de vérité.

Les femmes enceintes en situation de précarité sociale ou d'exclusion vivent comme un « moment de grâce » pendant ces mois de grossesse qui mobilisent l'attention des professionnels, déclenchent parfois des aides ponctuelles (hôtels du 115) et suscitent l'espoir d'une reconnaissance et d'une inclusion dans le corps social. Les institutions de soins offrent alors comme de nouveaux rituels séculiers au moment de la maternité. L'observance de rituels partagés par tous permet à ces mères d'être intégrées au « grand corps collectif des femmes enceintes et des jeunes mères ». Des objets vont faire sens : carnet de maternité, carnet de santé de l'enfant où les noms sont inscrits, documents de haute valeur symbolique dans ce contexte d'anomie et d'effacement des traces.

Ces personnes menacées de perte d'identité, exclues de la citoyenneté, dans une errance et une attente sans fin, nous obligent à mettre en place des espaces et des dispositifs pour être à leur écoute, permettre des points d'ancrage sécurisants et faire émerger une subjectivité qui peut se trouver menacée dans ces situations de détresse vitale et administrative.

Nous avons, nous, soignants, malgré l'angoisse et l'incertitude concernant le devenir des enfants, un rôle fondamental à jouer auprès de ces « invisibles » car nos lieux de soins et d'accueil restent les derniers lieux du service public autorisés avec l'école et il nous faudra bien être à la hauteur de ces nouveaux défis.

L'accompagnement des mères sans papiers et de leurs bébés à la Maison du Bébé de Saint-Denis

Contrepoint de l'article précédent, Gabrielle Lesvenan, PH en pédopsychiatrie à St Denis, nous donne un exemple du type d'accueil qui peut être proposé à ces femmes en exil et leurs bébés. Elle travaille à *La Maison du Bébé*, CATTTP rattaché à un secteur de pédopsychiatrie du 93 et situé à l'hôpital Delafontaine de Saint-Denis, à côté de la maternité et de la néonatalogie, partenaires privilégiés, mais non exclusifs. Ce CATTTP de périnatalité propose une prise en charge précoce en post-partum, pour des bébés de 0 à 18 mois ; consultations pluridisciplinaires et groupes de soins sont proposés : groupe d'accueil, groupe contes, comptines et groupe parents-enfants prématurés.

Les 3/4 des mères suivies sont issues de l'immigration, 70 % sont sans papiers. L'équipe et son cadre institutionnel tentent de servir de contenant psychique à ces mères et ces bébés, êtres désaffiliés qui portent l'espoir d'un avenir possible dans un espace protégé par nos valeurs des Droits de l'Homme.

L'observation de l'état psychique de ces mères, des bébés et des interactions dyadiques révèle des tableaux peu harmonieux. La dépression du post-partum touche la majorité de ces mères et on observe une pauvreté des interactions et des difficultés d'ajustement tonico-postural chez ces dyades.



Les bébés peuvent tenter de réanimer leur mère en souriant ou en se mobilisant de façon excessive. D'autres présentent un retrait relationnel de manière durable, signe d'alarme majeur.

Le travail de cette équipe consiste à tisser de la parole, du récit, du corps, faire en sorte que le lien qui unit le bébé et sa mère circule et soit humanisé. Comment inscrire un enfant dans un pays d'où on est soi-même exclu ? On est souvent dans un difficile entre-deux jonglant entre le psychisme et le social, et l'écoute de ces femmes nous fait travailler la question de la neutralité et de la juste distance. Une place est accordée avec tact et empathie au langage du bébé et au langage avec le bébé. Les dispositifs groupaux peuvent favoriser des relations de réciprocité et de solidarité entre femmes issues de cultures différentes et permettent la reconstruction d'un maillage groupal sur lequel les femmes peuvent s'appuyer, un espace de transition vers des espaces plus individualisés comme des consultations.

La mise en mots du récit ouvre une possibilité à ces femmes de se repositionner comme sujet de leur histoire, de repérer et soutenir ce qu'il y avait de désir d'affranchissement dans leur périple, jusqu'au désir aujourd'hui d'élever leur enfant, même seules.

Accueillir le bébé est un choix par définition clinique et politique. Il est important que les différentes instances gouvernementales soutiennent une réflexion sur la manière plurielle d'accueillir ces situations. Cela suppose des moyens financiers et matériels plus importants pour héberger ces femmes et leurs bébés et pour les services médico-sociaux qui les accompagnent dans l'acquisition

d'une identité sociale et psychique, ainsi que dans l'instauration d'un lien sécure avec leur bébé.

Au cœur des familles

Sarah Halimi et Hélène Droulin, PH en pédopsychiatrie à l'EPS Ville Evrard (93), décrivent un hôpital de jour, classique par son public (enfants de 2 à 10 ans présentant des TSA), mais novateur en terme d'accueil des familles.

Dès l'admission, chaque enfant bénéficie d'un bilan fonctionnel (évaluation cognitive et socio émotionnelle ou profil psycho-éducatif), d'un bilan psychomoteur et d'un bilan orthophonique, en présence des parents. Ceux-ci peuvent aussi être présents lors des transports ou d'une activité de groupe.

Les équipes de l'hôpital de jour ont élaboré trois questionnaires à destination des parents dans trois domaines essentiels : l'alimentation, la douleur et le sommeil. Cette possibilité de faire part de leur vie quotidienne avec leur enfant à l'équipe de l'HdJ, leur redonne une place essentielle et renforce leur demande de soins.

Le souhait d'impliquer les parents dans les soins se retrouve dans les réunions d'équipe pour le PPS (Projet Personnalisé de Soins) qui sont préparées au préalable avec eux, avec remise de documents écrits discutés avec les familles. Les rencontres avec les familles, autrefois informelles, aléatoires et peu investies, ont été modifiées quant à leur forme et leur fond, afin qu'elles deviennent des temps forts de la vie institutionnelle : la participation des familles a été alors de 80% !

Des rencontres sont proposées avec des «parents témoins», dont les enfants ont quitté l'hôpital de jour et qui viennent partager leur expérience avec les nouveaux parents, rentrant dans un dispositif de «thérapie multi-familles» (développé par Eia Asen à Londres, sous le terme «Multi Family-Therapy») où ce sont les familles qui aident les familles. 5 à 7 familles, sont réunies pour 4 à 5 séances rapprochées (une par semaine) afin de travailler sur un même problème ou un même objectif : les troubles de l'oralité, les sorties, les repas...

Comme pour les prises en charge des enfants, plusieurs modèles théoriques coexistent dans les propositions faites aux familles : le holding winnicottien, l'approche systémique, narrative, la psychoéducation, les outils éducatifs et comportementaux. Les parents deviennent de véritables partenaires de soin et souhaitent même créer un bureau de parents à l'hôpital de jour !

Innover ou revisiter la pédopsychiatrie ?

Noël Pommepuy est chef de pôle d'un secteur de pédopsychiatrie de l'EPS Ville Evrard en Seine St Denis. Il pointe les difficultés auxquelles est confrontée notre discipline :

- augmentation de la demande de soins et changements dans la forme des demandes
- saturation de l'offre de soins
- chute de la démographie médicale

- multiplication des courants théoriques induisant une compétitivité entre des soins vus comme « scientifiques donc efficaces » et des soins jugés « datés donc néfastes »
- dégradation du réseau partenarial
- crise de l'affiliation sociale responsable d'un désarroi familial

Trois solutions s'offrent alors à nous : arpenter le terrain pour activer le réseau, restreindre nos missions, ou bien, option choisie par notre collègue : pratiquer la co-intervention auprès des familles avec des partenaires de nos réseaux, créer des nouvelles pratiques du « faire ensemble ».

Sont cités plusieurs exemples de mise en œuvre :

- Création en 2018 d'un hôpital de jour en co-intervention avec la pédiatrie pour les troubles des conduites alimentaires, en y incluant la thérapie multifamiliale, mais ce dispositif innovant est menacé par les difficultés inhérentes à la comptabilité hospitalière basé sur le prix de journée...

- Projet de « classes parentales » en concertation avec l'éducation nationale, l'idée étant de « travailler avec » les familles, et non plus de les « soigner », face à la multiplication des troubles des conduites en milieu scolaire, aux limites du partenariat pour des familles précaires et stigmatisées, et aux allégations réciproques de responsabilité. Ce modèle s'inspire des travaux de Eia Asen et ses collègues sur la théorisation des communautés thérapeutiques et de la psychiatrie sociale ; ils ont mis en place à Londres en 2001 un modèle de prise en charge multifamiliale, associant parents, enfants, thérapeutes et enseignants dans une unité de lieu, constituant ainsi une « école familiale collaborative ».

- Projet d'équipe mobile mixte, sanitaire et médico-sociale pour proposer une complémentarité d'offre de soins aux enfants autistes avec déficit intellectuel et troubles du comportement. Une évaluation par l'équipe de pédopsychiatrie des enfants accueillis en établissement médico-social, sur site ou en HdJ, et un partenariat de soins pourraient être proposés, afin d'éviter les ruptures dans le parcours de soin d'un enfant. L'aide d'un parent expert pourrait permettre de consolider l'alliance avec les parents de l'enfant concerné. Mais le montage administratif d'un tel projet s'avère très compliqué...

Dans ses débuts la pédopsychiatrie a montré sa capacité à inventer des dispositifs de soins originaux qui ont structuré l'exercice de notre discipline et organisé progressivement un modèle de soins gradués. Ce modèle est sérieusement mis à mal du fait d'évolutions inhérentes à la société, et du non-renouvellement des générations de pédopsychiatres. Plus qu'innover, grand mot à la mode chez nos tutelles, notre collègue propose donc de réfléchir à une transformation de nos dispositifs de soin. Il pense que cette crise peut être propice à l'exercice de notre créativité afin de proposer des outils à la mesure des enjeux d'aujourd'hui. C'est à ce tournant que sont attendues les tutelles car il est plus que jamais nécessaire que se lèvent les barrières administratives à la mise en œuvre de tels projets.

La transition de l'adolescence à l'âge adulte, maillon faible des parcours de soin en psychiatrie ?

Jean-Pierre Benoît et Evelyne Lechner, chefs de pôle respectivement en pédopsychiatrie et en psychiatrie adulte en Seine St Denis, évoquent le passage de la pédopsychiatrie à la psychiatrie générale qui est un moment délicat dans le parcours de soin d'un adolescent. Certains patients, les troubles limites notamment, et en général ceux dont les troubles s'atténuent avec l'adolescence, devront plutôt rester en pédopsychiatrie. Pour les autres, ce passage, possible légalement à partir de 16 ans, doit être pensé au cas par cas.

Les auteurs rapportent le travail fait sur ce thème au sein de l'EPS Ville-Evrard, et étendu à l'ensemble du département dans un second temps.

Ce travail a associé secteurs de psychiatrie adulte et infanto-juvénile, et les partenaires présents autour de ces patients. Il a permis, après un état des lieux très complet, la mise en forme de propositions rassemblées au sein d'une « Charte du Continuum » validée par tous les acteurs pour améliorer ce passage.

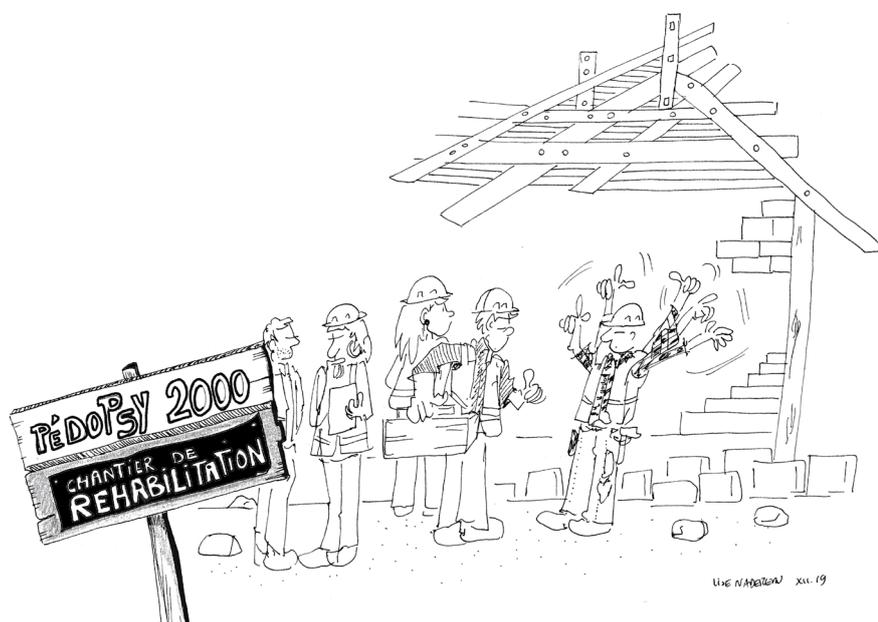
Cette charte préconise notamment pour les passages hors urgences, une synthèse commune et un tuilage des prises en charge. Elle insiste sur la place à donner aux parents. Elle propose la désignation de référents sur ces questions de passage dans chaque service adulte et enfant. Elle note l'utilité de rencontres régulières abordant les questions cliniques et institutionnelles entre les deux types de service. Elle souligne enfin la nécessité du renforcement des connaissances de l'ensemble des acteurs sur la psychiatrie des adolescents, et plus particulièrement concernant la prise en charge des autistes adolescents et adultes.

Un projet de création d'une "équipe ressource continuum" destinée à maintenir cet effort sur la durée, prolonge cette démarche rigoureuse et rassembleuse.

Et pourquoi un pédopsychiatre seul, ça n'existerait pas ?

Folaké-Anais Fadugba, psychologue clinicienne et David Frayssé, directeur adjoint de *La Métis Rencontre 93*, exposent leurs réflexions autour d'un dispositif expérimental innovant nommé en référence à Métis, figure mythologique dont le nom grec symbolise cette forme particulière d'intelligence, « rusée, assez prompte et souple, assez retorse et trompeuse pour faire face chaque fois à l'imprévu, parer aux circonstances les plus changeantes et l'emporter, dans des combats inégaux, sur les adversaires les mieux armés pour l'épreuve de force ». C'est bien ainsi que se situe la clinique et la pédagogie du déplacement, de la médiation, du mouvement, inscrites par *L'Association Vers la Vie et l'Éducation des Jeunes (AVVEJ)*, elle même née de la rencontre de l'Éducation populaire et de la Psychanalyse, dans un dispositif original de trois espaces différenciés mais intrinsèquement liés, dédié aux jeunes dits « incasables » : un espace d'accueil familial, un espace « d'accordage » grâce aux accordeurs (tiers médiateur entre les institutions, les jeunes et les familles) et un 3ème espace de médiation, composé d'artisans, sportifs et artistes.

Cette articulation du temps, de la pratique, de la souplesse et de la contenance permet de dépasser le conflit, de lutter contre la déliaison pathologique et de nourrir l'espoir. L'articulation permet la mobilisation des différents corps de professionnels en mesure de traiter les aspects de cette problématique relatifs à leur champ de compétence, et la mise en oeuvre de temps communs d'élaboration entre les institutions (comprenant CMP, Maison Des Adolescents et autres structures de pédopsychiatrie), afin de borner le registre des interventions respectives face à ces jeunes toujours en bordure des dispositifs.



Verbatim du village gaulois

Sylvie BARRETEAU,
PH, secteur 92 I 01

Nous sommes en 2019 après Jésus Christ, le 22 Juin précisément. Toute la Gaule dort. Toute ? Non! Un village peuplé d'irréductibles APIstes, ayant dansé jusque tard, résiste encore. En ce lendemain de fête de la musique, point de sangliers rôtis, Assurancetourix annonce : «Questions d'actualités !»

Autour de l'arbre de la dite « Maison de l'arbre », lieu où Armand Gatti (<https://www.armand-gatti.org/>) avait localisé ses activités et où est actuellement encore déposée une partie de ses archives, des APIstes plus ou moins réveillés contemplant trois générations de président. Le fantôme d'Armand se manifeste devant tant d'assiduité. Poum, un cadre tombe...

Dans sa chemise fleurie du jour, notre désormais past-président Roger Teboul répète à qui ne l'aurait entendu, qu'il est ravi de tirer sa révérence de 9 ans de mandat dans son cher 93...

«Un pédopsychiatre tout seul, ça n'existe pas! », les 34ème journées de l'API viennent de s'achever. Tout à chacun s'accorde : les échanges étaient stimulants. Le désespoir pointait parfois devant le manque de moyens, les délais absurdes de mise en place des prises en charge..., mais rattrapé par de belles présentations, vivantes et pleine humanité. La curiosité, la créativité et l'enthousiasme des participants étaient relancés.

Notre nouveau président, Christophe Libert, s'élançait dans une tentative d'ordre du jour : « Soyons offensifs ! Continuons la lutte ! ». Yvonne Coiçon, past-past présidente, souligne : « La Psychiatrie des petits n'est pas une petite Psychiatrie ! »

Dis Panoramix, je me sens un peu faible... Non, Obélix tu n'auras pas de potion magique ! Je t'ai dit mille fois que tu étais tombé dedans quand tu étais petit.

Et nous, les APIstes, on se sent aussi un peu faible avec notre démographie médicale fléchissante, l'élargissement et l'augmentation des demandes, les modifications des missions et de l'organisation de nos secteurs... Mais oui ! L'API possède la potion magique pour répondre aux défis !

Palabres et vifs échanges démarrèrent comme à l'accoutumée :

- *Libertix* : Définissons et communiquons notre idée de la pédopsychiatrie ! Elle n'est pas chirurgicale (soin d'un symptôme), mais intégrative, en articulation avec le tissu social et médico-social local ; elle s'inscrit dans le collectif et le partenariat. Nous coordonnons des projets médicaux individualisés et commandés par les impératifs cliniques, cohérents, inventifs, tout en étant pragmatiques.

- *ElèveDelix* : Pertinence médicale des soins + Pertinence financière des dépenses publiques = Efficacité des soins.

- *Linguistix* : Nos points forts sont une pratique ambulatoire à 98% ; grâce aux soins, les séquelles lourdement déficitaires ont quasiment disparues, autrefois ce n'était pas le cas.

- *Choucroutgarnix* : Il faudrait lister les organismes que nous évoquons régulièrement et leurs sigles, en indiquant nos liens avec eux ; ce sera présenté au CA du 6 septembre : SFPEADA, API, SIP, mais aussi FDCMPP, ANECAMSP... et aussi lors des questions d'actualités des journées du collège de pédopsychiatrie de la FFP le mercredi 11 septembre au matin.

- *Cétautomatix* : Une fois les objectifs définis, il est nécessaire de repérer quelles alliances sont possibles et souhaitables : les associations d'internes (AFFEP, PEPS), l'AJPJA, les pédiatres, l'ADESM, la FHF, la DGOS, le médico-social...

- *Ordralphabetix* : Faudrait-il modifier les statuts pour y inscrire le conseil scientifique ?

- Tiens donc, se lance alors *Abraracourcix*, si nous proposons une modification des statuts de l'association pour y inscrire le conseil scientifique, profitons-en pour clarifier la question de savoir quels pédopsychiatres peuvent adhérer à l'API : uniquement les psychiatres de secteur infanto-juvénile public ? Quid des psychiatres exerçant dans les CAMPS, les CMPP, le médico-social ? Quelles modalités de partenariat, voire d'adhésions de membres d'associations partenaires, des internes, des médecins thésés ou ayant validé le feu DESC ? Un texte serait le bienvenu !

- *Rezowifix* : Construisons une stratégie de communication ! Relançons une dynamique dans les secteurs de chaque région !

- *Lélosubmarine* : Faisons vivre le conseil scientifique, avec les retraités, oui, mais pas que ! Avec des membres de l'API intéressés, des personnalités extérieures invitées, des universitaires... Plusieurs besoins sont repérés : synthèses des divers rapports produits par des instances (HAS, sénat, assemblée nationale, ANAP, DRESS, Défenseur des droits...), soutien aux activités régionales de l'association. La présence de membres du conseil scientifique pourrait aider à des sessions de formations, de supervision, de colloques.

- *Plantaquatix* : Attention aux risques liés à l'hyperspécialisation : morcellement des pratiques et des financements.

- *Deboitementdumenix* : Et concernant l'exercice libéral de la pédopsychiatrie ? Doit-on mener un combat pour une

revalorisation du tarif de la consultation ? Doit-on réfléchir à d'autres financements de la pédopsychiatrie publique, ou en rester à la DAF ?

- *Keskonrix* : Que dire des conditions de l'attractivité de notre discipline ? Il faut prendre en compte les modifications sociologiques du corps professionnel (féminisation, travail à temps partiel...), des intérêts du salariat et du travail en équipe.

- *Assurancetourix* : Gardons en tête que l'API est un lieu de compagnonnage, de partage des pratiques et de réflexions cliniques, ce n'est ni un syndicat ni une société savante.

- *Blinix* : La présence de membres du conseil scientifique pourrait aider à des sessions de formations, de supervision, de colloques.

- *Allégorix* : Il nous faudrait élaborer un manifeste précisant ce qu'est la pédopsychiatrie, ce qu'est « être pédopsychiatre », et préciser ce que nous entendons par la notion de service public et de secteur, complète *Arrierboutix*.

- *Porquépix* : Donner notre définition du secteur, comment on le met en œuvre, quelles sont les valeurs qui en supposent l'organisation ?

- *Ophthalmologix* : Quelle serait une offre territoriale équitable ? L'offre de soins doit être corrélée à la population desservie.

- *Selfix* : Qui recense les signes d'alerte sur le démantèlement de la spécialité ?

- *Monosyllabix* : Quelle politique de santé pour la pédopsy ?

- *Ouiskix* : Quelle est la place de la psychiatrie infanto-juvénile française en Europe ?

- *Analgésix* : Il nous faut travailler sur les contradictions entre les textes officiels qui régissent notre pratique et ce qu'on fait au quotidien pour répondre aux besoins des populations.

- *En chœur* : Les membres du CA en charge de certaines missions (au CNPE, au collège de la FFP, ou autre) auraient besoin d'avoir recours à des collègues « avertis » sur des thématiques spécifiques.

- *Bellodalix* : Nous aurions besoins de fiches « cadres », sur les sujets récurrents, où seraient notés au fur et à mesure les différents apports et actions. Les collègues en charge de mandats pourraient s'y référer.

- *Tragicomix* : Par exemple concernant l'isolement et la contention des mineurs, quelle est la législation ? Quid du consentement du jeune, du rapport à la toute puissance de l'institution, du danger de l'attaque de l'autorité parentale ? Faut-il un recours au juge des libertés, au juge des enfants ?

- *Goudurix* : On pourrait mutualiser les outils conçus par les uns et les autres ? Par exemple, la fiche d'évaluation de l'isolement-contention élaborée par le service de Bertrand Welniarz.

- *Wifix* : Servons nous du site internet (<http://www.api.asso.fr>) tout beau, tout neuf, fonctionnel !

- *Cétaubofix* : On peut y créer des forums thématiques entre adhérents ! Le mode d'emploi est simple : un pilote propose un argument au CA (par mail, pas de compte twitter) et une fois le feu vert du CA obtenu, notre webmaster Vincent Scherr crée le forum. Le pilote officie alors comme modérateur : il reçoit les contributions et valide ou non leur diffusion sur le site.

Le mode de communication peut impulser une dynamique propice aux adhésions et peut déboucher sur la création de groupes de travail, avec l'aide du conseil scientifique pour transcrire les échanges et les rapporter au CA. Simple quoi !

- *Agecanonix* : Heureusement qu'il y a des jeunes qui ont été élus au CA car nous les plus âgés, c'est pas notre culture.

- *Selfservix* : Roger a été contacté par Anne-Catherine Rolland, PUPH de Reims, qui organise les prochaines journées de la SFPEADA, le mercredi 3 juin 2020 pour les internes et les 4 et 5 juin pour tous. L'API est sollicitée pour organiser un symposium.

- *Bonemine* : Quels sont nos liens avec la psychiatrie d'adultes dite générale ?

- *Obélix* (qui se réveille) : Les romains ?

- *Juskoboutix* : Mais non ! On se dispute pour les 16-18 ans, voir les 15-25, les financements, les majeurs, les mineurs...

- *Obélix* : Apportez-moi des menhirs !

- *Analgésix* : Calme-toi Obélix. Nous, pédopsychiatres hospitaliers, participons, sur l'hôpital, aux permanences des soins, souvent aux astreintes, et aux gardes aussi parfois. Les psychiatres d'adulte ont besoin de nous.

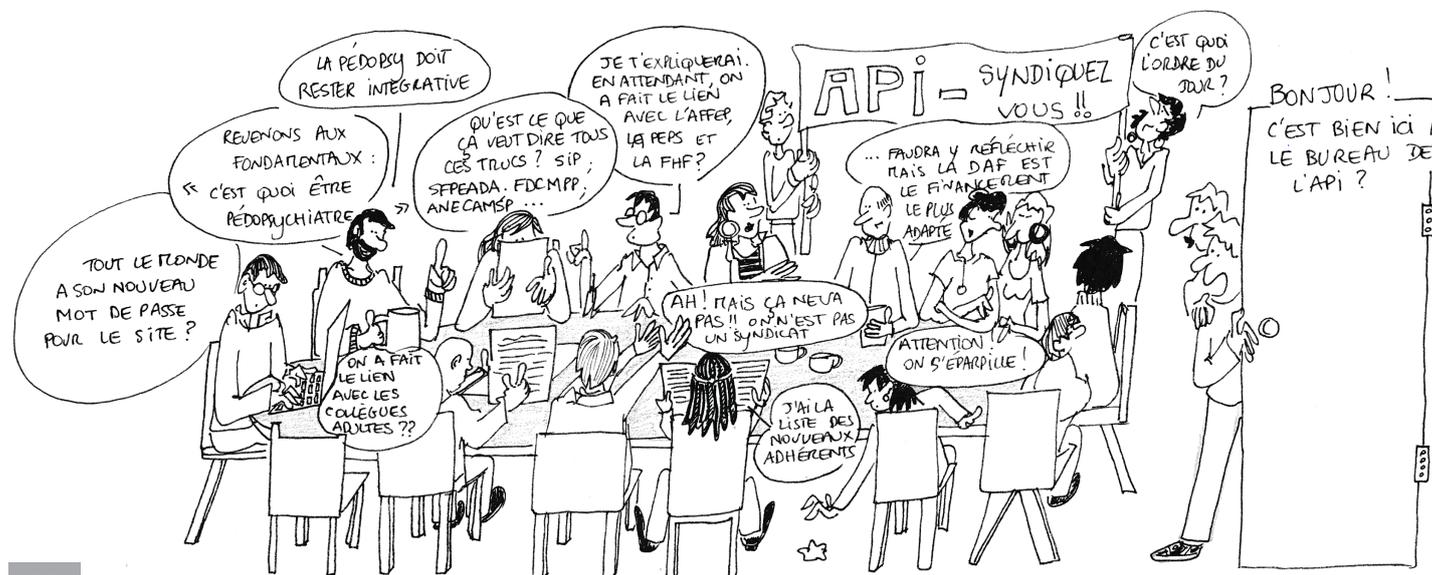
- *Agecanonix* : L'API a été fondée pour s'opposer à la disparition de la spécificité de la pédopsychiatrie au sein des départements de psychiatrie, envisagée dans les années 1980.

- *Adrénaline* : La pédopsychiatrie doit-elle devenir une spécialité indépendante? Les internes y seraient opposés. Peut-être faudrait-il écrire nos arguments et contre-arguments ?

- *Changéledix* : Et la SFPEADA, elle en pense quoi ?

- *Simplebasix* : Bref, l'API a de quoi taffer et le conseil scientifique pourrait commencer avant la modification des statuts !

Rendez vous au prochain banquet !



Printemps de la psychiatrie : la lutte continue



Le « Printemps de la psychiatrie », mouvement de professionnels de la psychiatrie (adulte et enfant) dont l'API a signé le Manifeste, reste fortement mobilisé dans les luttes actuelles pour une augmentation du budget de la psychiatrie publique et contre la déshumanisation des soins.

L'API a manifesté à Paris le jeudi 14 novembre sous la houlette de ce mouvement et avec l'ensemble des acteurs du système public de santé. Les réponses du gouvernement à cette grève et aux manifestations de grande ampleur ont été décevantes.

Le printemps de la psychiatrie organise une Assemblée Générale nationale le samedi 30 novembre à Gennevilliers (92). Martin Pavelka et Sylvie Barreteau, membres du CA de l'API, y représenteront notre association. Plusieurs enjeux structureront cette assemblée générale :

- Faire un état des lieux des

mobilisations de la pédopsychiatrie et de la psychiatrie publique qui, depuis un an et demi, luttent pour un accueil digne et humain des personnes en souffrance psychique et de leurs familles.

- Poursuivre la construction collective du Printemps de la psychiatrie, penser son fonctionnement pour les temps à venir en lien avec les autres secteurs.

- Lancer l'élaboration collective d'un programme alternatif pour l'ensemble de la Psychiatrie incluant la pédopsychiatrie et le travail social, qui ne soit ni celui des lobbys (FondaMental, Institut Montaigne, laboratoires pharmaceutiques, groupes privés lucratifs, assurances privées), ni celui des représentants gouvernementaux qui, sous couvert de « réorganisation », souhaitent remettre en question la politique du secteur qui a pourtant encore toute sa pertinence, mais n'a plus les moyens humains de répondre aux besoins d'une population de plus en plus précarisée. Il s'agira de déterminer les moyens nécessaires pour une psychiatrie et une pédopsychiatrie ouvertes et citoyennes, considérant

les patients dans leur singularité.

Pour plus d'information voir le site : <https://printempsdelapsychiatrie.org/>



Le Printemps de la Psychiatrie est aussi engagé auprès du **CIU (Collectif Inter-Urgences)** et du **CIH (Collectif Inter Hospitalier)**, nés des mouvements de grève des services d'urgence, mouvements qui se sont progressivement élargis à de nombreuses autres disciplines hospitalières et lutte pour :

- une augmentation du budget hospitalier (ONDAM) à hauteur des besoins et des charges.
- Une augmentation significative des salaires des personnels hospitaliers avec comme objectif la moyenne des salaires des pays de l'OCDE pour des postes équivalents.
- L'arrêt de la fermeture de lits d'hospitalisation et l'ouverture de lits dans les services où existent des besoins, notamment pour l'aval des urgences et l'aval des soins aigus, avec embauche des personnels nécessaires.
- L'intégration et l'association des usagers et des soignants, toute catégorie confondue. aux décisions et projets de soins, pour créer de réels partenariats.



Les « plateformes d'orientation et de coordination » (POC) pour les enfants avec « troubles du neurodéveloppement » : décryptage et réflexions

**Anne DELEGUE,
PH, secteur 74IO1 (Annecy)**

Plusieurs textes de lois sont parus récemment, d'abord une circulaire du 22 novembre 2018 (1), puis plusieurs textes (2, 3, 4), jusqu'à une instruction ministérielle en juillet 2019 (5), touchant de près notre discipline, tout en ne semblant pas avoir suscité beaucoup de réactions syndicales ou de réflexions critiques parmi les pédopsychiatres dans la presse médicale ou grand public. Ces textes sont relatifs à la mise en place des « plateformes d'orientation et de coordination » (« POC ») (1), dans le cadre d'un « parcours de bilan et d'intervention précoce pour les enfants avec des troubles du neurodéveloppement » (« TND »), parcours concernant les enfants de 0 à 7 ans.

Après avoir précisé ce que sont les « TND », nous rendrons compte de ces mesures et ferons quelques premiers constats sur leurs écueils.

Les « troubles neurodéveloppementaux » : définition dans le DSM

Dans les classifications, cette dénomination apparaît avec le DSM-5 (6), « classification de référence » selon la circulaire (1 p. 14). Contrairement à ce qui y est affirmé (1, p. 14), la dénomination TND n'existe pas dans la CIM-10 (CIM : classification internationale des maladies de l'OMS). Les termes « troubles neurodéveloppementaux » remplacent ceux de « troubles habituellement diagnostiqués pendant la première et la deuxième enfance, ou à l'adolescence » des DSM-IV et IV-TR (7, 8), et « troubles apparaissant habituellement durant la première et la deuxième enfance, ou à l'adolescence » des DSM III et III-R (9, 10). A l'occasion de ce changement, des sous-catégories appartenant à cette

rubrique sont déplacées ailleurs : les troubles des conduites, le « trouble oppositionnel avec provocation » et autres troubles du comportement non spécifiés, les troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires, du contrôle sphinctérien, l'anxiété de séparation, le mutisme sélectif, le « trouble réactionnel de l'attachement », et les troubles (de l'enfance et adolescence) « non spécifiés ». Pour finir, les « troubles neurodéveloppementaux » comportent :

- les handicaps intellectuels,
- les « troubles de la communication » (comprenant les difficultés de parole et langage),
- les « troubles du spectre de l'autisme » (TSA),
- le « déficit de l'attention/hyperactivité » (TDAH),
- les « troubles spécifiques des apprentissages »,
- les « troubles moteurs », dont les tics,
- les « autres troubles neurodéveloppementaux spécifiés et non spécifiés ».

Ils forment donc une grande partie des problématiques dont la pédopsychiatrie partage traditionnellement la charge, avec d'autres acteurs des domaines médico-social et sanitaire.

Il aurait pu s'agir de dénommer simplement ces troubles : « troubles du développement ». Mais l'accolement du préfixe « neuro » met l'accent sur les organisations neuronales et cérébrales, alors que leur développement va toujours de pair, dans une intrication étroite, avec le développement psychologique, prenant place au sein d'un contexte relationnel et social.

L'accent est donc mis sur ce développement cérébral : le neuro-développement « recouvre l'ensemble des mécanismes qui, dès le plus jeune âge, et même avant la naissance, structurent la mise en place des réseaux du cerveau impliqués dans la motricité, la vision, l'audition, le langage ou les interactions sociales. Quand le

fonctionnement d'un ou plusieurs de ces réseaux est altéré, certains troubles peuvent apparaître : troubles du langage, troubles des apprentissages, difficultés à communiquer ou à interagir avec l'entourage » (site handicap.gouv.fr, datant du 02.04.19 (11)).

Le DSM-5 quant à lui définit les troubles neurodéveloppementaux comme « un ensemble d'affections qui débutent durant la période du développement, souvent avant même que l'enfant n'entre à l'école primaire, caractérisés par des déficits du développement qui entraînent une altération du fonctionnement personnel, social, scolaire ou professionnel » (6, page 33).

Quelle est la validité de cette classification ?

En regroupant sous une même bannière des troubles dits du neurodéveloppement, séparés d'autres troubles ne portant pas ce nom alors qu'ils sont également le témoin d'un développement perturbé, le DSM semble invoquer pour les « TND » un état ou un mécanisme similaire, d'ordre principalement neurobiologique ou neurologique, et qui les rapprocherait spécifiquement. Il faut avoir à l'esprit ce qu'on nomme l'aspect « performatif » des notions et des mots : ceux-ci induisent la néo-réalité qui prévaudra, instituant de fait de nouvelles croyances.

Un travail personnel précédent, notamment à partir des argumentaires scientifiques de la HAS et/ou de l'INSERM concernant les différents TND, montre que cette dénomination ne peut constituer une formulation adéquate pour rendre compte de leur ensemble, et de leur séparation avec d'autres troubles (12). Car pour chacun des « TND » existe une grande hétérogénéité des tableaux cliniques, des facteurs de risque, des facteurs étiopathogéniques et psychopathologiques. Il y a ainsi une distribution différente et propre à chaque situation, entre des facteurs innés et acquis, en sachant que leur intrication peut rendre la délimitation des rôles respectifs difficilement discernable. La psychiatrie repose d'ailleurs traditionnellement sur son fameux « trépied bio-psycho-social », et il nous semble que cette vision large et ouverte de ces faits extrêmement complexes est la seule qui soit épistémologiquement et éthiquement défendable. L'enfant, être en développement, dans son « moment » de l'émergence des fonctions, a droit à cette prudence et à ces égards. Car le terme « trouble neurodéveloppemental »

inscrit « dans les neurones », donc dans l'organisation et l'être même de l'enfant les symptômes qu'il présente, donc ses « troubles », avec les conséquences néfastes que l'on peut en pressentir sur les plans de sa construction identitaire et narcissique.

Le DSM-5 (2013, traduit en français en 2015) est une classification très critiquée, même par ses premiers promoteurs (13). Cette classification est organisée d'après des regroupements seulement symptomatiques (et non selon au moins un minimum de compréhension psychopathologique) et elle est connue pour n'être pas scientifiquement valide (13), et pour effectuer des choix arbitraires de créations de nouveaux troubles, et de regroupements de troubles. A titre d'exemple, il nous est dit dans l'introduction du DSM-5 que le « TDAH » « pouvait tout aussi bien être placé dans les troubles disruptifs, les troubles du contrôle moteur ou les troubles des conduites » (6, p. 12).

Sont connus aussi les conflits d'intérêts de ses « experts » avec des groupes de pression, les puissantes associations de parents, d'usagers et les lobbies pharmaceutiques (14, 15). La revue Prescrire relevait déjà l'arbitraire et le manque de rigueur des différentes versions des DSM et conseillait aux praticiens de garder leurs distances avec le manuel (16, 17).

Or les recommandations de la HAS prennent toutes pour référence cette classification, et les textes de lois légifèrent à présent sur son fondement ; sa dénomination « TND », avec la vision réductrice des troubles à laquelle elle conduit, sous-tend donc les orientations actuelles, ce qui est très problématique et devrait faire réfléchir.

L'organisation de la politique de santé mentale pour l'enfant et l'adolescent, construite patiemment et avec cohérence depuis les années 1970, avait pourtant mis en avant une vision globale de l'enfant, comprenant les dimensions sociales, psychologiques et psychopathologiques, relationnelles et psychothérapeutiques, et les aspects médicaux, rééducatifs et éducatifs, dans ses bilans comme pour ses prises en charge.

En témoigne ce passage de la circulaire du 16 mars 1972 (« Programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents »), souvent considérée comme l'acte de naissance de la pédopsychiatrie publique : « La nosographie en psychiatrie infantile a dû

être remaniée par la prise de conscience de certaines évidences : 1) L'enfant est un être dont la personnalité est foncièrement différente de celle de l'adulte. Il possède une pathologie mentale propre. 2) La personnalité d'un enfant est soumise à une évolution. Elle est en perpétuel remaniement. Elle se modifie suivant son rythme particulier et sous l'action des influences extérieures, qu'elles soient fastes ou néfastes » (18, p. 3 et 4).

Grandes lignes des nouvelles mesures

L'instruction ministérielle (5) reprend l'ensemble des mesures : elles sont établies au sein de la stratégie nationale autisme pour 2018-2022 (1, p. 3, ou 5, p. 4) et élargies à l'ensemble des « TND ». Elles organisent la mise en place de « plateformes de coordination et d'orientation » destinées à coordonner les nouveaux « parcours de bilan et intervention précoce » « mis en œuvre pour « tous » (souligné par moi) les enfants de moins de 7 ans présentant des signes d'alerte évoquant un TND » (5, p. 4).

Ce parcours a pour but d'« accélérer l'accès à des bilans et favoriser, si nécessaire, des interventions précoces pour, sans attendre la stabilisation d'un diagnostic, réduire les risques de sur-handicap, conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles énoncées par la Haute autorité de santé (HAS). Il devrait également permettre d'étayer le diagnostic nosographique, d'accélérer sa réalisation, en répondant ainsi aux problèmes d'errance diagnostique préjudiciables, tant aux enfants qu'à leurs familles » (5, p. 4).

Le parcours coordonné « doit permettre d'organiser un parcours complet de bilan et d'intervention précoce, en libéral, en alternative à l'accueil dans une structure pluridisciplinaire de deuxième ligne » (1, p. 4).

Selon l'organisation des soins en trois niveaux qui prévaut pour les « troubles dys » et les « TSA » (voir 1, p 11-12 pour la description de ces niveaux), les troubles sont dépistés par des médecins de 1ère ligne (médecin traitant, médecin généraliste, pédiatre, médecin de PMI, médecin scolaire, etc.) (5, p. 4). Un outil d'aide au repérage précoce des signes d'alerte des TND chez les jeunes enfants est mis à la disposition de ces médecins (téléchargeable, voir (5), annexe 2 : « Repérage des troubles du neuro-développement (TND) chez les enfants de moins de 7 ans » (25)).

Le médecin de ligne 1 formule des préconisations qu'un médecin de la plateforme (POC) doit ensuite valider, dans les 15 jours suivant sa réception. « Cette validation n'implique pas nécessairement une rencontre avec l'enfant et sa famille, ni avec le médecin prescripteur » (5, p. 5), le « formulaire d'adressage permettant de recenser les informations utiles à la mise en œuvre du parcours » (5, p. 5). « Les modalités de mise en œuvre du parcours (parcours en libéral, au sein de structures de la plateforme ou parcours mixtes) sont établies par la plateforme selon les besoins de l'enfant et les souhaits de la famille » (5, p. 5).

« Les bilans et interventions précoces sont réalisés au sein de la structure désignée par l'ARS pour porter la plateforme, ou au sein d'une structure liée par convention avec la plateforme, ou par un ou plusieurs professionnels exerçant en dehors de ces structures. La validation de la prescription médicale initiale, faite par un médecin exerçant dans la structure désignée ou dans une structure liée à celle-ci par convention, précise les prestations incluses dans le parcours » (5, annexe 5 p. 3).

La plateforme doit s'assurer que l'enfant et sa famille soient reçus pour un premier rendez-vous contribuant au diagnostic dans les 3 mois suivant la validation de la prescription médicale initiale. La plateforme « coordonne les différentes séquences de bilans et d'interventions précoces, veille au respect des recommandations de bonnes pratiques, s'assure que les professionnels libéraux non conventionnés transmettent les comptes rendus quantitatifs et qualitatifs à la plateforme, selon les modèles fixés par arrêté, et organise les échanges pluridisciplinaires » (5, p. 5).

« Une première rencontre de synthèse est organisée au sein d'une des structures de la plateforme avec l'enfant et sa famille au plus tard 6 mois après la première rencontre avec un professionnel contribuant au diagnostic » (5, p. 5).

L'ensemble du parcours de bilan et intervention précoce est pris en charge par l'assurance maladie. Les bilans et interventions des professionnels libéraux non conventionnés (psychomotricien, ergothérapeute, psychologue) sont rémunérés par la plateforme sous la forme d'un « forfait précoce ». Les plateformes feront l'objet d'une dotation versée par les caisses (CPAM) destinée à couvrir le paiement de ce forfait précoce (1, p. 21).

Le parcours a une durée maximale d'un an, à compter du premier rendez-vous avec un professionnel contribuant au diagnostic.

Il peut être prolongé de 6 mois dans l'attente de la décision d'orientation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

En ce qui concerne les plateformes de coordination et d'orientation :

- « Il est souhaitable que chaque ARS ait constitué ou préfiguré au moins une plateforme dans un territoire à l'issue de l'année 2019 » (1, p. 3).

- Elles sont positionnées entre les lignes 1 et 3 (5, p. 3), « dans une logique de restructuration des lignes 2 et d'élargissement à l'ensemble du champ des TND » (5, p. 3).

- Elles peuvent être portées par des établissements ou services médico-sociaux (CAMSP, CMPP, SESSAD etc.) ou par des établissements sanitaires autorisés en psychiatrie (5, p. 6 et 10).

- « Cette structure désignée par l'ARS passe une convention avec les structures (établissements ou services) concourant au parcours » (5, p. 7) (donc avec les structures sanitaires et/ou médico-sociales).

- Elle contractualise avec les professionnels libéraux qui pourront bénéficier du forfait précoce. « Ce contrat fixe les modalités de collaboration du professionnel libéral au parcours de bilan et d'intervention précoce pour les TND organisé par la plateforme. Il fixe notamment les engagements respectifs de chaque partie et le montant des forfaits. La plateforme devra s'assurer du respect des recommandations de bonnes pratiques, de la mobilisation adéquate des outils et de l'appropriation des modèles de comptes rendus proposés, tels que mentionnés respectivement aux annexes 1, 2 et 3 de l'arrêté » (5, p. 7-8). « En outre, la plateforme peut aussi contractualiser avec d'autres professionnels libéraux et paramédicaux susceptibles de contribuer aux bilans et aux interventions (kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, etc.) » (5, p. 8).

- Il devrait à terme exister une plateforme par département, avec des relais infra-départementaux possibles (1, p. 7), créant un nouveau « maillage territorial » (1, p. 3).

- Leur création s'inscrit « dans le cadre des recommandations de bonnes pratiques propres à chacun des TND et à l'état des connaissances scientifiques, en privilégiant une approche coordonnée et pluridisciplinaire » (5, p. 4). La première circulaire (1, p. 4) donne la liste de ces recommandations (19, 20, 21, 22, 23, 24).



Lise WADREHEM XI-19

Constats et écueils

Ces mesures semblent bien prendre en compte l'importance d'une détection et d'une prise en charge précoce des premiers signes de difficultés développementales (fait évident et connu depuis longtemps) et permettent notamment le remboursement bienvenu de prises en charge non remboursées auparavant dans le domaine libéral.

Cependant nous voyons à ces mesures de nombreux écueils, que nous listerons en quelques points :

1. Le « forfait précoce »

A) Les forfaits d'intervention précoce dans le domaine libéral ont des montants faibles ; ils ne sont pas encore définis pour les prises en charge psychologiques.

Voici le tableau donnant les montants de ces bilans et prises en charge.

Bilans ou évaluations	Professionnel	Montant
Evaluation des besoins de l'enfant dans la réalisation des activités de la vie quotidienne en lien avec son développement sensori-moteur, sensoriel et cognitif	Ergothérapeute	140 €
Bilan psychomoteur comportant un examen du développement sensorimoteur	Psychomotricien	140 €
Evaluation qualitative et quantitative des compétences développementales	Psychologue	120 €
Evaluation qualitative et quantitative des compétences développementales incluant des tests neuropsychologiques complémentaires ciblant des secteurs spécifiques du développement cognitif et socio-communicationnel	Psychologue	300 €
Bilans + Interventions	Professionnel	Montant
Evaluation et séquence d'interventions précoces de 35 séances de 45 min	Ergothérapeute	1500 €
Bilan psychomoteur et séquence d'interventions précoces de 35 séances de 45 min	Psychomotricien	1500 €
Bilan et séquence d'interventions précoces par un psychologue	Non encore défini	
Le nombre, la durée et la fréquence des séances pourront varier pour s'adapter aux capacités de l'enfant et correspondre aux recommandations de bonnes pratiques. Dans ce cas, les comptes rendus spécifient à la plateforme la quotité de temps retenu et la fréquence des séances.		

Sachant qu'« il importe de rappeler que les forfaits s'entendent comme incluant la rédaction des comptes rendus de bilan et d'intervention, les temps de coordination avec la plateforme ainsi que les coûts de déplacement quel que soit le lieu d'exercice » (5, p. 8), les montants des remboursements pour la psychomotricité et l'ergothérapie ne sont pas élevés.

Concernant les psychologues, les seuls remboursements concernent leurs bilans, et ils sont également faibles. Pour les bilans psychologiques non pratiqués par des neuropsychologues, les 120 euros octroyés pour l'« évaluation qualitative et quantitative des compétences développementales » sont insuffisants et ne peuvent permettre au psychologue clinicien de prendre une connaissance globale de l'enfant dans ses dimensions psychologiques, relationnelles et sociales, au sein de son entourage.

L'évaluation neuropsychologique est également longue, comportant : anamnèse, tests, cotations, rédaction des comptes rendus, restitution à la famille, synthèse avec l'équipe, soit au total entre 10 et 15 heures/bilan. Celui-ci peut être facturé jusqu'à 800 à 900 euros en libéral. Les montants pour « le bilan et la séquence d'interventions précoces par un psychologue » ne sont pas encore définis dans la circulaire. La question d'un remboursement de la prise en charge psychologique en libéral ne semble donc pas encore à l'ordre du jour. Cette part du soin aurait-elle la portion congrue ?

Des psychologues cliniciens ont d'ailleurs protesté contre la « rémunération dérisoire » octroyée pour une évaluation ; mettant aussi en garde contre la systématisation « de la production d'évaluations normatives ainsi que la large diffusion de données chiffrées non pondérées par l'analyse psychologique, figeant précocement un diagnostic dont on ignore quelle sera l'utilisation ultérieure ». « Dans le passé, les psychologues ont maintes fois dénoncé les risques liés à l'usage des chiffres en psychologie, modèle aujourd'hui promu de manière exclusive par la Haute Autorité de Santé. Seule une approche psycho-éducative est préconisée alors que les modalités d'intervention psychologique sont multiples et que d'autres approches, psychothérapeutiques notamment, ont largement démontré leur efficacité et leur complémentarité ». Pour ces psychologues, « il y a lieu de s'inquiéter d'une telle vision de la santé mentale de l'enfant qui fait l'impasse sur la dimension globale, environnementale et psychique des troubles du développement comme

du soin ». Ils s'insurgent enfin du fait que « l'arrêté (4) détermine les tests à utiliser, sans concertation avec les représentants de la profession, en outrepassant les dispositions légales qui précisent que le psychologue choisit lui-même les outils dont il a besoin » (motion de la CGT/UFMICT de juin 2019).

B) La durée des interventions en libéral est courte : un an (éventuellement prolongeables durant 6 mois si une demande d'orientation à la CDAPH est faite), exposant l'enfant à des ruptures et discontinuités de prise en charge.

Il est possible que ce temps soit suffisant pour certains enfants aux troubles peu marqués, et il est bénéfique que cette aide donnée rapidement puisse permettre la résolution de leurs troubles.

Pourtant l'expérience montre que les enfants pris en soins de rééducation le sont en général pour des périodes plus longues. L'enfant est donc exposé à une rupture dommageable et/ou à un manque de continuité de soins si la famille ne peut continuer à assurer le coût des prises en charge non remboursées.

Le parcours coordonné est censé « permettre d'organiser un parcours complet de bilan et d'intervention précoce, en libéral, en alternative à l'accueil dans une structure pluridisciplinaire de deuxième ligne » (1, p. 4). Si toutefois un relais de soins est nécessaire, sollicité dans les structures de niveau 2 sanitaires ou médico-sociales, le problème de leur accès est alors seulement repoussé. La capacité de ces structures à donner une réponse rapide dépend de leurs moyens, et ceux-ci devraient être impérativement renforcés afin de raccourcir les délais pour les premiers rendez-vous et la mise en place des soins.

L'accueil dans une structure de niveau 2 évitant cette discontinuité des soins et assurant une prise en charge globale (cf. infra), il ne faudrait pas que ces mesures retardent ou remplacent trop aisément la mise en place des soins dans ces structures, et/ou compliquent l'approche de ces soins pour les familles, l'adressage par la POC n'ayant pas été prévu.

2. Les plateformes d'orientation et de coordination (POC)

A) Les POC génèrent des coûts non négligeables de mise en place et de maintien.

Chaque plateforme recevra en effet « une dotation pour couvrir son rôle d'information, coordination et orientation : la plateforme devra

être dotée d'un temps administratif (secrétariat et gestion) et d'un temps médical et paramédical relatif à la coordination de l'ensemble du parcours par la plateforme, dans un objectif d'appui à l'élaboration du diagnostic par le médecin de première ligne ou par la plateforme, et d'accompagnement des familles dans la mise en œuvre des interventions, voire dans la constitution du dossier MDPH » (1, p. 21).

B) Les POC organisent un nouveau « maillage territorial » (1, p. 3), alors que ce maillage existe déjà et aurait pu être activé et utilisé.

Un maillage territorial existe déjà par l'organisation des structures sanitaires et médico-sociales, et le réseau existant des premières lignes.

La mise en place des POC semble répondre au besoin d'organiser le remboursement du forfait précoce en libéral. On peut pourtant penser que ce remboursement pouvait être effectué -au même titre que les autres- à partir des préconisations des médecins de première et deuxième lignes, économisant des moyens précieux et utiles ailleurs.

Ceci d'autant que la réservation de ce forfait précoce pour une catégorie particulière d'enfants pose un grave problème éthique, ce que nous aborderons plus bas.

C) La mise en place des POC institue un nouveau niveau de passage pour l'accès aux soins de ligne 2, les médecins de niveau 1 ne semblant plus être en mesure de faire eux-mêmes leurs adressages.

Les « premières lignes » adressaient jusqu'alors directement les enfants aux niveaux 2 (structures ou libéral). Les médecins de première ligne sont invités à présent à effectuer un adressage à la POC, pour « tous » les enfants de 0-6 ans (5, p. 4) présentant des signes de « TND ».

C'est alors la POC qui établit « les modalités de mise en œuvre du parcours (parcours en libéral, au sein de structures de la plateforme ou parcours mixtes) » « selon les besoins de l'enfant et les souhaits de la famille » (5, p. 5), le « formulaire d'adressage permettant de recenser les informations utiles à la mise en œuvre du parcours » (5, p. 5). La validation des préconisations du médecin de ligne 1 « n'implique pas nécessairement une rencontre avec l'enfant et sa famille, ni avec le médecin prescripteur » (5, p. 5).

On note cependant que le « formulaire d'adressage » à la plateforme pour les médecins de niveau 1 (25) ne mentionne expressément que la prescription

3. Les enfants adressés

L'institution d'une filière de soins spécifique aux « TND » pose la question éthique d'une attribution d'un forfait précoce réservée seulement à certains enfants.

Ces mesures concernent donc « certains » enfants, alors que d'autres, en souffrance également, n'en bénéficient pas. Pourtant, l'enfant étant en développement, la fixation et l'enkystement des problèmes, donc les risques de « sur-handicaps » valent pour tous les enfants en difficultés. L'examen par exemple des troubles « ôtés » de la catégorie des TND (voir 1er paragraphe) montre à l'évidence que certains de ces enfants sont tout aussi concernés par des soins du forfait précoce.

D'un autre côté, le document « Repérage des troubles du neuro-développement (TND) chez les enfants de moins de 7 ans » (25) nous montre que les raisons ou les symptômes qui peuvent conduire à cet adressage sont nombreux et variés. De plus la rubrique « TND » comprend aussi les « autres troubles neurodéveloppementaux spécifiés et non spécifiés », possibles grands fourretouts répondant à de nombreux signes d'appels et symptômes non compris de l'enfant. Tous ces enfants en souffrance finiraient-ils par être « diagnostiqués » TND ?

De plus, et du fait de cet accès inégal aux soins, il se pourrait que des enfants soient adressés à la POC dans le seul but de l'obtention du forfait précoce ; ils seraient alors également diagnostiqués « TND », cette « catégorie » connaissant alors une inflation.

Un autre problème réside dans le fait que, devant répondre « dans les trois mois » à la sollicitation de la POC, les structures ou les libéraux risquent aussi de devoir « prioriser » les enfants qui leur sont ainsi adressés, au détriment d'autres enfants ayant tout autant besoin de soins.

Ce « choix » de certains enfants bénéficiant de mesures alors que d'autres ne le sont pas pose un grave problème éthique, et ne peut rester en l'état. Si le forfait doit être accordé également sur toute prescription médicale, minimum de justice, la légitimation des POC devient encore plus hasardeuse.

4. L'approche clinique et la « philosophie » du soin

Deux philosophies différentes de l'approche clinique et du soin se dessinent.

La conception sous-tendant les TND, « des *déficits* (souligné par moi) du développement » (cf. supra, et 6, p. 33), désordres considérés comme à primauté neurobiologique ou neurologique, mène logiquement et très naturellement à cette démarche « médicale » visant à faire des examens (bilans) pour objectiver, mesurer les troubles et faire le diagnostic, afin d'en déduire un programme de soins (éducatifs, rééducatifs, médicaux et médicamenteux) visant à restaurer et développer les fonctions défailtantes. Les troubles affectifs (dépression, angoisse etc.), qui sont souvent considérés comme « comorbides », et peuvent être également mesurés avec des échelles grâce à des questionnaires, devraient faire alors l'objet de soins associés. Le bilan neuropsychologique est de plus en plus systématiquement demandé, et tient une grande place. Principalement axé sur l'évaluation du fonctionnement neurocognitif, ce bilan comporte l'évaluation du QI et souvent des « fonctions attentionnelles et exécutives » et, selon les situations, « des secteurs spécifiques du développement socio-communicationnel » (5, p. 12, et 5, annexe 5 p. 3), également établies à l'aide d'épreuves et de tests. Ce bilan sert de support aux diagnostics établis et repris par les médecins.

Or les bilans ou autres évaluations (traditionnellement psychomoteurs et orthophoniques, mais aussi psychologiques) et les rééducations ont été de tout temps pratiqués dans les structures sanitaires et médico-sociales. De nouvelles modalités de rééducations ont été intégrées aux soins (ergothérapie, orthopsie, neuromédiation etc.), mais elles n'ont le plus souvent pas été mises en place dans les équipes pluridisciplinaires par faute de moyens.

Ce n'est donc pas l'usage de bilans et de rééducations qui distingue le mieux ces deux approches cliniques, mais plutôt l'ordre et la façon dont ils sont administrés. Car cette autre approche, traditionnellement pratiquée dans les structures, notamment de psychiatrie infanto-juvénile (PIJ), est différente d'un accueil médical par un médecin somaticien, et de la passation directe de bilans, dans ce qu'elle propose d'abord une rencontre approfondie de l'enfant et sa famille.

La rencontre avec l'enfant lui donne la latitude d'exprimer d'abord spontanément et librement avec les moyens qui sont les siens (jeu, dessin, parole et tous autres moyens d'expression) une communication personnelle, et souvent centralement ce qui le préoccupe. Cette communication, outre qu'elle donne au « psy » de nombreuses informations sur son vécu et son monde intra-psychique (ses représentations et ses sentiments), l'informe en outre déjà assez finement de ses capacités relationnelles, cognitives, attentionnelles, instrumentales (langage, motricité), et de l'ensemble des symptômes présentés. Les « psy » sont les pédopsychiatres ou les psychologues cliniciens ; ce premier accueil peut toutefois être également assuré selon les situations par un(e) infirmier(e), un(e) éducateur(trice) ou un binôme de soignants au sein d'une équipe, avant la rencontre avec le « psy », la réunion de synthèse faisant notamment lien. Il existe cependant une disparité des pratiques des « psys » : ceux « formés avec le DSM » ont adopté sa vision surtout « médicale » plus que psychopathologique, et leur pratique pourra devenir similaire à la première approche clinique que nous avons décrite.

Les parents livrent quant à eux la connaissance qu'ils ont de leur enfant, de son histoire et de ses symptômes. Ils ont aussi leurs idées et leurs interprétations des difficultés de l'enfant, qu'il faut recueillir etc. Les relations dans la famille, les modes éducatifs, peuvent aussi être appréhendés. La scolarité fait systématiquement partie de l'évaluation, ainsi que la relation de l'enfant avec ses pairs. Des aides pédagogiques peuvent aussi être apportées par la présence possible d'enseignants dans les équipes. Ces rencontres cliniques permettent d'acquérir une connaissance de l'enfant dans sa globalité, et déjà une compréhension de certaines de ses difficultés, l'ensemble concourant à l'évaluation diagnostique.

Mais on peut dire que le soin est déjà contemporain à ces rencontres : cet effort de compréhension des symptômes, resitués dans leur environnement donnent l'occasion d'un début d'élaboration de certaines difficultés, donc de leur transformation. L'état de l'enfant connaît d'ailleurs souvent des améliorations très significatives lors de ce processus. L'enfant apprécie, et comprend très rapidement le sens de cet espace ménagé aussi pour lui, et sait l'utiliser lorsque cela lui est nécessaire.

Une guidance parentale peut être associée au besoin, l'assistante sociale pouvant aussi participer à ces guidances et/ou être sollicitée lorsqu'il s'avère que l'environnement ne semble pas adéquat. Il n'y a pas de bilan systématiquement pratiqué. Les bilans et autres évaluations (instrumentaux, intellectuels ou de personnalité, médicaux etc.) sont demandés selon les symptômes présentés, pour affiner leur connaissance et établir les soins nécessaires, conjointement avec la poursuite des investigations et aides psychologiques si celles-ci s'imposent. Les soins organisés au sein de l'équipe pluridisciplinaire sont déterminés en fonction de la pathologie et des besoins de l'enfant (poursuite des « consultations thérapeutiques », aides psychothérapeutiques, rééducatives, éducatives, soins infirmiers, en individuel et/ou en groupes, etc. s'aidant de nombreuses médiations, dans ce qu'on appelle à présent les « prises en charge intégratives »). Deux études récentes montrent d'ailleurs l'efficacité dans l'autisme des méthodes psychothérapeutiques, et des prises en charge intégratives, notamment celles pratiquées dans les structures de soins de PIJ (26, 27).

L'enfant en développement est un être en changement permanent, changement que les soins activent. A ce titre, un diagnostic devrait toujours être considéré comme une photographie instantanée, à reconsidérer en permanence. Il peut y avoir plusieurs risques aux diagnostics trop prématurément ou rapidement établis : celui des effets Pygmalion ou Golem de prophétie autoréalisatrice, et leur impact sur les processus identitaires et narcissiques des enfants. Les rencontres cliniques décrites, laissant à l'enfant une possibilité de changement et de mutation par le fait de sa considération et de la compréhension de ses difficultés, s'assortissent de cette prudence diagnostique. En ce qui concerne les TSA, les recommandations (19) évoquent elles aussi le « caractère potentiellement dynamique et non fixé du TSA » et la nécessité de « réinterroger le diagnostic » (19, p. 22).

Il faut souligner qu'une addition simple de prises en charge médicales, rééducatives et/ou éducatives peut manquer son but s'il y manque l'appréhension du vécu et de la psychologie de l'enfant dans une approche globale. Les « TND » appartiennent à ces dimensions, qui nécessitent d'être évaluées ; le risque en leur absence étant de passer à côté ou à l'écart de données essentielles dont la

prise en compte permet, avec le reste des soins, l'amélioration approfondie de l'état de l'enfant.

Il faut dire pour finir que la première « philosophie » du soin que nous avons décrite est à présent le seul modèle promu par la HAS et les recommandations de bonne pratique (18, 19, 20, 21, 22). Les dernières mesures invitent tous les acteurs à adopter ces modes de faire. Ainsi par exemple les principaux éléments à définir dans la convention constitutive des plateformes (5, annexe 4, p. 2) comportent, dans le « contrôle qualité » de leur fonctionnement, les « modalités de contrôle du cadre d'exercice et des engagements à respecter les bonnes pratiques professionnelles de tous les intervenants ».

Conclusion : inquiétudes concernant le diagnostic de « TND » et son « traitement »

Ayant pris le temps d'examiner dans le détail ces nouvelles mesures, nous ne pouvons qu'exprimer nos profondes inquiétudes :

- Elles fondent leurs présupposés et leur organisation sur des données épistémologiquement douteuses, et scientifiquement non valides.
- Elles constituent avec la mise en place des POC une nouvelle strate administrativo-médicale coûteuse.
- Elles organisent un tri éthiquement condamnable entre les enfants,
- Elles semblent avoir le projet de généraliser une approche clinique et du soin de type « médical » selon la chaîne bilans-diagnostics-prises en charge, au détriment de l'approche psychologique globale de l'enfant dans son environnement.

Concernant le « forfait précoce », seule mesure intéressante de ce dispositif permettant le remboursement de soins auparavant non remboursés en libéral, le montant des remboursements est faible, et sa durée, déterminée, est courte, exposant les enfants à des ruptures dommageable des soins. Les montants des prises en charge psychologiques ne sont pas encore prévus dans le forfait, cette part du soin aura-t-elle encore la portion congrue ?

La philosophie de l'approche clinique et du soin appliquée, et semblant dorénavant devoir s'imposer comme seul mode d'appréhension de ces difficultés nous semble très inquiétante. Dorénavant un nombre considérable

d'enfants devront « passer » par ces nouvelles plateformes ; ils seront invités à être soumis, de plus en plus souvent directement à des bilans, épreuves et tests visant à mesurer et chiffrer leurs symptômes et leurs troubles pour faire les diagnostics, sans que la connaissance de leur vécu et de leur psychologie au sein de leur entourage ait pu être véritablement pris en compte, ainsi que l'effet de ces bilans quant à leur ressenti. Ils risquent de fait d'être stigmatisés et fragilisés par cette première dénomination arbitraire (TND), mais aussi par certains diagnostics (parfois trop rapidement établis, et dont les critères et modes d'établissement sont aussi questionnables). Les soins découlant de cette vision parcellisée de l'enfant sont surtout d'ordre rééducatifs, éducatifs et médicamenteux et omettent également la part essentielle de sa psychologie.

Dans le contexte actuel de grave pénurie de moyens, il aurait été plus réfléchi de considérer le sens et l'organisation des soins déjà mis en place pour l'ensemble des troubles de l'enfance, les structures sanitaires et médico-sociales en ayant la mission de longue date. Les structures de soins notamment sont organisées pour favoriser une prise en compte de l'enfant dans sa globalité au sein de son entourage, et pour offrir un ensemble de soins, comprenant aussi des prises en charge rééducatives, éducatives et médicales. Plutôt que de consacrer des moyens pour la création de ces coûteuses POC, il aurait été judicieux de renforcer les structures directement dévolues aux soins (souvent surchargées, les temps d'attente pour leur accès étant trop longs) leur permettant par exemple d'ouvrir des postes pour des rééducations qu'elles ne possèdent pas encore, mieux payer les orthophonistes afin qu'elles trouvent intérêt à revenir y travailler, et recruter d'autres personnels afin de mieux répondre aux besoins existants.

Bibliographie

- 1) Circulaire N O SG/2018/256 du 22 novembre 2018 relative à la mise en place des plateformes d'orientation et de coordination dans le cadre du parcours de bilan et d'intervention précoce pour les enfants avec des troubles du neurodéveloppement. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTTEXT000038423672&categorieLien=id>
- 2) LOI n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTTEXT000037847585&categorieLien=id>
- 3) Décret no 2018-1297 du 28 décembre 2018 relatif au parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neurodéveloppement. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTTEXT000037879879&categorieLien=id>
- 4) Arrêté du 16 avril 2019 relatif au contrat type pour les professionnels de santé mentionnés aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 du code de la santé publique et les psychologues pris en application de l'article L. 2135-1 du code de la santé publique <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTTEXT000038423672&categorieLien=id>
- 5) INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGCS/SD3B/DGOS/DSS/DIA/2019/179 du 19 juillet 2019 relative à la mise en œuvre des plateformes de coordination et d'orientation dans le cadre des parcours de bilan et intervention précoce des enfants de moins de 7 ans présentant des troubles du neurodéveloppement. http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2019/08/cir_44837.pdf
- 6) DSM-5, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. American Psychiatric Association. Traduction française par P. Boyer, J-D. Guelfi et al, Elsevier-Masson, 2015, 1115 pages.
- 7) Mini DSM-IV, *Critères Diagnostiques* (Washington DC, 1994). American Psychiatric Association. Traduction française par J.-D. Guelfi, et al, Masson, Paris, 1996, 384 pages.
- 8) Mini DSM-IV-TR, *Critères Diagnostiques* (Washington DC, 2000). American Psychiatric Association. Traduction française par J.-D. Guelfi, et al, Masson, Paris, 2004, 384 pages.
- 9) Mini DSM-III, *Critères Diagnostiques*. American Psychiatric Association. Traduction française par J-D. Guelfi, P. Boyer et al ; Ed Masson ; 1984, 286 pages.
- 10) Mini DSM-III-R, *Critères Diagnostiques* (Washington DC, 1987). American Psychiatric Association. Traduction française par J.-D. Guelfi, et al, Masson, Paris, 1990, 373 pages.
- 11) <https://handicap.gouv.fr/autisme-et-troubles-du-neuro-developpement/comprendre-l-autisme-au-sein-des-troubles-du-neuro-developpement/que-sont-les-troubles-du-neuro-developpement-91/article/que-sont-les-troubles-du-neuro-developpement>
- 12) Delègue A., Les « troubles neurodéveloppementaux » : analyse critique, *Site de l'Association des Psychiatres de secteur Infanto-juvénile* : <http://www.api.asso.fr/octobre 2019>.
- 13) Gonon F. « Quel avenir pour les classifications des maladies mentales ? Une synthèse des critiques anglo-saxonnes les plus récentes ». *L'information psychiatrique* 2013/4 (Volume 89)
- 14) Demazeux S. « L'échec du DSM-5, ou la victoire du principe de conservatisme ». *L'information psychiatrique* 2013/4 (Volume 89)
- 15) Bercherie P. « Pourquoi le DSM ? L'obsolescence des fondements du diagnostic psychiatrique » ; *L'information psychiatrique* 2010/7 (Volume 86)
- 16) Éditorial. *La revue Prescrire* ; septembre 2010/TOME 30 N° 323 • PAGE 699. *DSM-V : au fou* <https://www.prescrire.org/Fr/1CAA72ABD35B3A85426665D7B21A6BBE/Download.aspx>
- 17) « Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions » *Rev Prescrire* 2010 ; 30 (317) : 230. <https://www.prescrire.org/Fr/3/31/46525/0/NewsDetails.aspx?page=1>
- 18) Circulaire n° 72-443 du 16 mars 1972. Programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents.
- 19) « Troubles du spectre de l'autisme - signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent » - Haute autorité de santé (HAS) ; février 2018
- 20) « Troubles Dys : comment mieux organiser le parcours de santé d'un enfant avec des troubles DYS ? » ; HAS ; janvier 2018.
- 21) « Déficiences intellectuelles - Expertise collective de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale » Synthèse et recommandations - INSERM - 2016 (téléchargeable)
- 22) « Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Méthode Recommandations pour la pratique clinique ». HAS. Décembre 2014 (téléchargeable)
- 23) « Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent ». HAS – ANESM, mars 2012.
- 24) « L'orthophonie dans les troubles spécifiques du langage oral » — Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), 2001.
- 25) « Repérer des troubles du neuro-développement (TND) chez les enfants de moins de 7 ans ». Document téléchargeable au lien suivant : <https://handicap.gouv.fr/autisme-et-troubles-du-neuro-developpement/comprendre-l-autisme-au-sein-des-troubles-du-neuro-developpement/du-reperage-au-diagnostic/plateformes-tnd>
Version incluant le formulaire d'adressage à la plateforme.
- 26) Thurin J.-M., Thurin M., Cohen D., Falissard B. « Approches psychothérapeutiques de l'autisme. Résultats préliminaires à partir de 50 études intensives de cas ». *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 62, 2014, p. 102-118 <http://www.isir.upmc.fr/files/2014ACLN3103.pdf>
- 27) Constant J. « Compte rendu de la Journée de présentation de la recherche Epigram », *L'information psychiatrique* 2019 ; 95 (6), pages 375 à 377.

Réactions à l'article sur les POC

Alice MAROUFI,
PH, secteur 75109

L'analyse de cet article fort détaillé sur la nouvelle nomenclature des TND, associée à la création des POC, a soulevé de nombreux mouvements chez les APIstes. Les avis « contre » et « pour » et les réflexions que cet article a suscité vis à vis du positionnement de l'auteur, sont résumés dans cet article.

Pour ou contre les TND ?

Revenons sur la dénomination de TND issue du DSM 5. Pour certains, l'emploi du terme « neurodéveloppemental » n'est pas forcément à remettre en cause. En effet, à côté du préfixe « neuro » nous retrouvons « développemental », dont la définition dans la recommandation autisme de l'HAS, évoque également les facteurs affectifs et environnementaux ayant une influence sur le développement des différentes fonctions du cerveau. Le « neurodéveloppement », pourrait être ainsi pris dans sa définition complète et interactive. De ce fait, nous pourrions tenter de nous approprier ce concept plutôt que de le remettre en cause de façon défensive. Il est également à noter que ce concept nosographique aura sa place dans la CIM 11 par l'emploi du même terme et des mêmes regroupements (version validée par l'OMS), qui paraîtra en français début 2020. Mais cela signifierait-il que nous devrions forcément nous y adapter ? Pour d'autres, la création de cette nouvelle entité nosographique est source de colère et de confusion pour les professionnels, et source de tension avec les familles pour différentes raisons.

Maintenir la complexité

Revenons sur le terme de « développemental ». Celui-ci semble être considéré dans les TND comme l'ensemble des agents d'altération exposomique du développement des neurones et de leurs circuits, ne prenant pas en compte leurs effets négatifs sur le développement du psychisme humain. L'environnement serait repéré comme ayant un impact mais sans sa dimension relationnelle. De fait, l'action intersubjective des liens parents-enfants serait niée. Réduire la clinique de l'humain et sa nosographie à la qualité et aux aléas de la constitution des circuits neuronaux et/ou à la dynamique biochimique du cerveau - organe support des phénomènes psychiques - pourrait s'avérer dangereux. De plus, les TND viennent recouvrir de nombreux champs diagnostiques et écrasent singularité, histoire et approche globale. Ne risquons-nous pas de tomber dans un simplisme déshumanisant ?

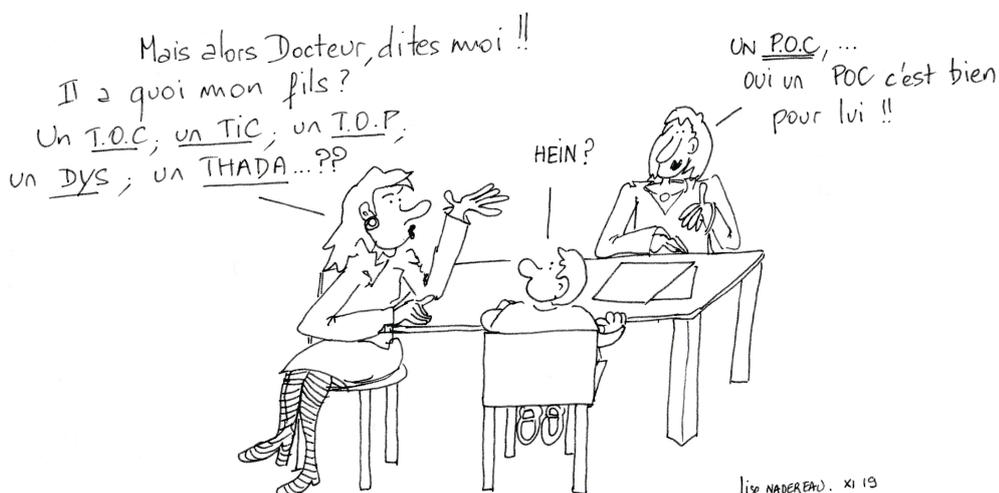
Face à ce risque, les arguments développés par Anne Delègue pourraient inciter plutôt à maintenir le cap de la complexité et, ainsi, à la prudence pour éviter de nouvelles errances nosographiques, comme celle, par exemple, de la disparition, puis du retour, de la notion de « psychose » dans la dernière version du DSM.

Confusion pour les familles

Lors d'échanges entre APIstes, nous avons pu remarquer que ce diagnostic suscitait beaucoup de confusion dans la tête des parents. Voici l'exemple d'une consœur :

« Je reçois depuis 3 ans un enfant âgé maintenant de 8 ans. A 5 ans il souffrait de troubles relationnels majeurs, son langage était balbutiant et la relation avec sa mère était fusionnelle. A une autre époque nous aurions parlé de « psychose symbiotique » mais puisque ce temps est révolu, nous avons parlé de TSA. Cet enfant a bénéficié de 3 prises en charge par semaine, dont une en orthophonie dans le privé du fait de son retard de langage (accentué par un bilinguisme et une difficulté importante de sa mère malentendante à parler le français). Au bout de 2 ans de prise en charge, les troubles relationnels s'améliorent et nous pouvons lui faire passer des bilans pour réfléchir à une orientation scolaire. Ces bilans révèlent un QI dans la norme et des troubles dysphasiques.

Entretemps les parents avaient insisté pour obtenir un rdv en neuropédiatrie. J'ai accompagné cette demande avec un courrier pour maintenir une alliance thérapeutique fragile avec eux. Ils ont été reçus un an après la demande par un neuropédiatre d'un CHU. Celui-ci me répond : « Cet enfant n'a pas de TSA, mais des TND et des troubles dysexécutifs » et les parents me disent : « vous voyez



bien que c'est neurologique et pas psychologique ! ».

Cette vignette clinique explicite bien ce qui est avancé dans l'article de l'auteure et souligne le désarroi des professionnels et des familles face à cette nouvelle nomenclature.

Organicité et neurodéveloppement

Dans notre pratique clinique quotidienne, nous avons tous observé qu'une pathologie intersubjective sévère de la construction des liens humains perturbant le développement psychique du bébé, édifie également l'organisation matérielle du câblage neuronal, des dynamiques biochimiques et de l'histologie du cerveau (son neurodéveloppement). Pour exemple l'effet toxique des taux élevés de cortisol endogène sur la croissance du cerveau du bébé, mis en évidence dans la relation dysfonctionnelle parent-bébé. Mais penser à réduire la pathologie du bébé à cette perturbation neurodéveloppementale constituerait un scotome des phénomènes psychiques à l'œuvre – véritable régression. En revanche, si un fœtus (ou bébé) est exposé à une substance neurotoxique exogène (alcool, acide valproïque...), le terme de troubles du neurodéveloppement sera bien à propos, même s'ils s'expriment par un développement psychique altéré (p.ex. Fœtopathie alcoolique). Mais sans preuve d'une neurotoxicité exogène ou de perturbation génétique, déclarer à priori que les problématiques telles que l'autisme, les inattentions graves ou hyperkinésies débordantes sont des troubles du neurodéveloppement, écrase la complexité et la spécificité de l'humain.

Définition des TND

Voici la définition des troubles neurodéveloppementaux dans la CIM 11 : « Les troubles neurodéveloppementaux sont des troubles comportementaux et cognitifs apparaissant durant la période de développement qui impliquent

des difficultés significatives dans l'acquisition et l'exécution des fonctions spécifiques intellectuelles, motrices ou sociales. Bien que les déficits comportementaux et cognitifs sont présents dans de nombreux troubles mentaux et du comportement qui peuvent apparaître durant la période du développement (p.ex. Schizophrénie, Trouble bipolaire), seuls les troubles dont les symptômes de base sont neurodéveloppementaux sont à inclure dans ce regroupement. L'étiologie présumée des troubles neurodéveloppementaux est complexe, et dans de nombreux cas particuliers est inconnue. » Les inquiétudes formulées précédemment semblent bien résumées dans cette définition.

Les POC : retours du terrain

Concernant la création des POC, ces plateformes déjà mises en place dans certaines régions de France ont comme intérêt d'organiser le parcours d'accès aux « Forfait Précoce » fort attendu. Cette nouvelle organisation d'accès aux soins que certains décrivent comme une « usine à gaz » est déjà mise en place, ainsi serait-il pertinent stratégiquement de nous opposer à ce « rouleau compresseur » ? Ne serions-nous pas plutôt tentés de dévier sa route ? Mais comment ? Si interdire et condamner par frilosité technophobe ne serait pas la meilleure direction à suivre, comment ne pas tomber dans un optimisme béat tenant d'un refus de voir le problème en face ?

Les retours du terrain de confrères sur la mise en place des POC sont peu rassurants. Certaines associations de parents d'enfants avec TSA seraient montées au créneau revendiquant que l'argent mis dans ces POC était de l'argent pour l'autisme. Partout en France les POC se mettent en place, elles ont toutes des noms et montages différents. Certaines sont combinées avec les plateformes pour TSA. De nombreuses réunions avec les ARS s'organisent afin de réunir les acteurs, mais les réponses à l'Appel à Manifestation d'Intérêt

(AMI) doivent être rendues dans des délais très courts (2 mois). Au final, beaucoup de plateformes seraient formalisées (très beaux PowerPoint) mais ne marcheraient pas. Dans de nombreuses régions il n'y aurait pas de thérapeutes libéraux et leurs syndicats les soutiendraient à ne pas signer de conventions avec les plateformes. Il règnerait une certaine confusion au niveau ministériel. Enfin, des médecins généralistes seraient recrutés sur des postes de pédiatre, psychiatre et pédopsychiatre, et formés à la hâte sur les TND et le traitement symptomatique qui va avec.

Risque de pression idéologique ?

Ainsi, l'usage dénoncé par l'auteure, de la notion de TND dans les orientations politiques, opérant une dépossession de notre savoir-faire et des moyens dont nous disposons au profit de pratiques libéralisées en grande partie (= les POC) prend sens. L'opposition de la majorité d'entre nous face à ces nouvelles nomenclatures et organisations serait-elle uniquement défensive ou s'agirait-il d'une réaction immunitaire salvatrice contre un mouvement régressif d'« anti-psychisme » ? Nous pensons plutôt que le fondement de ce positionnement vise à nous prémunir d'une pression idéologique qui remettrait en cause l'approche psychopathologique à la base de notre discipline.

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 :

nouvelle adresse : API, chez Véronique PUYBARET, Le Chauzanel, 19600 Chateaux

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 adhésion@api.asso.fr

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

Responsable de la Lettre Christophe Libert
Coordination Claire Puybaret-Bataille
PAO Pierre Jacob
Imprimerie Ateliers Malécot, 59160 Lomme

La lettre de l'API

CATTP

La maison thérapeutique des Bordières
1 allée des boutons d'or
94000 CRETEIL
Tel : 01 57 02 24 02