

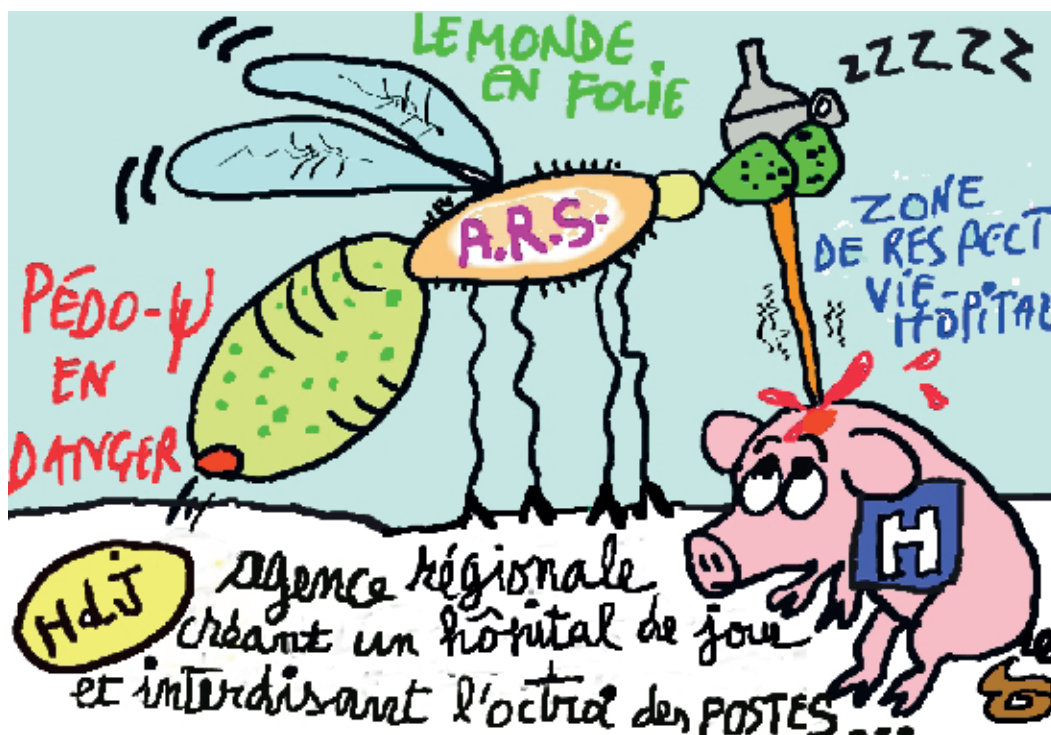
- 1** Editorial
- 3** Sur l'agenda
- 4** Quel modèle pour la pédopsychiatrie de demain ? Fiction et réalité.
- 7** L'avenir du secteur de psychiatrie infanto-juvénile
- 10** La disparition
- 12** Prévenir et accompagner la dépression post-natale
- 16** Les parents experts
- 18** Surexposition aux écrans : un débat conflictuel
- 20** Participation de l'API au Conseil National de la Protection de l'Enfance
- 23** Les nouveautés du CNASM
- 24** Bulletin d'adhésion

Le 16 mars dernier se tenait à Paris, à l'initiative de l'Association Française de Psychiatrie (AFP), un colloque intitulé « Quel avenir pour la pédopsychiatrie de demain : fiction et réalité ». Ses organisateurs m'ont demandé d'y intervenir afin de représenter le point de vue de notre association sur l'avenir du secteur de psychiatrie infanto-juvénile. Claire Puybaret-Bataille rend compte dans ce numéro des différentes interventions faites et vous pourrez lire l'intégralité de la mienne.

Avenir...

L'éditorial de Roger Teboul

Si j'introduis cet éditorial par la question de notre avenir, c'est bien parce que cette question se pose avec une acuité particulière : avenir de notre profession, avenir de nos organisations de soins bien mises à mal. Voilà plusieurs lettres de l'API, depuis les Etats Généraux de la pédopsychiatrie en avril 2014, que nous faisons le constat d'un décalage entre les demandes faites à la pédopsychiatrie et aux pédopsychiatres, et les moyens qui lui sont alloués.





Nous avons eu un espoir d'être entendus, lorsque notre ministre, Mme Agnès Buzyn, a reçu une vingtaine de représentants de la psychiatrie française afin de nous faire part de son souhait d'inscrire notre spécialité comme une priorité de la stratégie nationale de santé et, au sein de la psychiatrie, la pédopsychiatrie comme la priorité des priorités. Force est de constater, avec la reprise en main par le Premier Ministre de l'élaboration de cette stratégie nationale et avec les économies demandées aux hôpitaux, que la psychiatrie va continuer à se paupériser et que la question des inégalités territoriales risque d'être réglée uniquement à la marge.

De même, les préconisations de la mission de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) sur les CMP, CMPP et CAMSP qui doit rendre ses conclusions en juillet, risque de ne pas être suivie d'effets, faute de moyens. Le problème peut être retourné dans tous les sens, si la question des moyens de la pédopsychiatrie n'est pas abordée, nous aurons bien du mal à faire face à nos missions. Peut-on miser sur notre disparition, avec la réalité de la démographie médicale et le départ à la retraite de bon nombre d'entre nous ? La tentation est bien grande. Mais cela sera-t-il possible si l'on prend en considération ce qui existe dans l'espace européen où, dans bon nombre de pays, la pédopsychiatrie est une spécialité à part entière ? Il semble que nos collègues hospitalo-universitaires ont fait cette même analyse en proposant une réforme du DES qui prévoit une 5ème année pour devenir pédopsychiatre, ce qui est une étape vers la reconnaissance de la pédopsychiatrie comme une spécialité à part entière. Mais comment s'exercera notre métier dans l'avenir ? Quelle place sera réservée aux pédopsychiatres dans le parcours de santé d'un enfant ? Comment sera élaborée la grille des indicateurs qui décrira notre activité ? Plus que jamais nous avons à rassembler notre profession quel que soit son mode d'exercice, hospitalo-universitaire, public, médico-social ou privé. Comment l'API peut prendre part à ce nécessaire mouvement ? Toutes ces questions devront être éclaircies dans l'année qui vient, année qui verra pour moi la fin de mon deuxième mandat de président et le moment de passer la main. C'est pourquoi j'incite fortement nos jeunes collègues à prendre le relais pour continuer à défendre les valeurs qui sont les nôtres.

Cette lettre reprend ce thème de l'avenir. Pour Thierry Fouque, cet avenir risque d'être sombre lorsqu'il nous raconte un mauvais rêve, celui de la disparition d'un CMP. Mais l'optimisme reste encore d'actualité, même s'il est tempéré.

Patricia Do Dang nous expose une action innovante, la mise en œuvre de deux démarches artistiques par le Conseil Lillois de Santé Mentale pour prévenir et

accompagner la dépression post-natale.

Lilliana Monheit et Nicole Steinberg mettent en évidence la place d'expert de la maladie de leur enfant qu'occupent de plus en plus les parents, ce qui doit nous faire réfléchir sur nos pratiques.

Marie-Claude Bossière nous parle d'un sujet qui fait polémique, la surexposition aux écrans des tous-petits que nous devons faire connaître à partir de l'expérience clinique que nous commençons à acquérir sur le sujet.

Claudine Desobry qui, avec Béatrice Bennevault sa suppléante, est membre du Conseil National de Protection de l'Enfance (CNPE) où elles portent la voix des pédopsychiatres et la pédopsychiatrie, nous fait part de ce remarquable travail et des perspectives de recherche pour nos services qui ont à cœur de considérer les besoins de l'enfant pour un développement harmonieux. C'est aussi pour soutenir ce travail que, les 17, 18 et 19 septembre prochain, les rencontres annuelles de perfectionnement auront pour thème « Développement, environnement, besoins fondamentaux de l'enfant. Quelle place pour la pédopsychiatrie ? », thème choisi en lien avec le rapport « Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance », rapport remis en février 2017 par le Dr Marie-Paule Martin-Blachais, avec l'appui de la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS), à Laurence Rossignol qui était alors Ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes.

Enfin, les dernières interviews du Centre National d'Audiovisuel en Santé Mentale (CNASM) vous sont présentées. N'hésitez pas à consulter leur tout nouveau site pour accéder à l'ensemble de leur collection.

L'avenir était aussi le thème de nos 33èmes journées nationales à La Rochelle les 17-18 et 19 mai derniers, à partir d'un sujet particulier, « Les séparations, vers un meilleur ... à venir ». Faut-il y voir un signe lorsqu'il est question, pour continuer d'exister, que la pédopsychiatrie s'émancipe du giron de la psychiatrie générale et devienne une spécialité à part entière ? Je vous laisse y penser.

Bonne lecture !



LES RENCONTRES ANNUELLES DE PERFECTIONNEMENT

Elles n'ont pas pu avoir lieu en mars 2018, comme prévu initialement, car le ministère de la santé qui nous prête l'amphi Laroque, n'a finalement pas pu nous le réserver aux dates prévues.

Nous avons donc été obligés de nous adapter aux disponibilités de la salle et ces journées sont finalement programmées **les 17, 18 et 19 septembre 2018** sur le thème : **Développement, environnement et besoins fondamentaux de l'enfant : quelle place pour la pédopsychiatrie ?**

Nous avons bien conscience que ces dates ne sont pas idéales, après la rentrée scolaire et au moment des fêtes juives de Yom Kippour, mais nous n'avons pas eu le choix.

Ce thème a été choisi en lien avec le rapport « *Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance* », rapport remis en février 2017 par le Dr Martin Blachais, avec l'appui de la DGCS, à Laurence Rossignol qui était à cette époque ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes. De nombreux pédopsychiatres ont été entendus pour la rédaction de ce rapport très intéressant.

► Extrait de l'argument

On sait maintenant que les événements de vie survenant avant ou après la naissance connaissent un impact sur l'enfant qui peut aller jusqu'à leur inscription biologique ; celle-ci pourra à son tour avoir des effets dans différentes dimensions qui se transmettront. Les recherches en épigénétique, sur la construction de l'architecture cérébrale ou encore dans le domaine du psychotraumatisme et de la régulation émotionnelle apportent de nouveaux modèles qui complexifient et renouvellent les modes de compréhension de la construction du monde interne.

Comment penser la question des "besoins" aux différents âges, du bébé à l'adolescent ? Quels sont les facteurs déterminants de la construction psychique ? Quelles sont les nouvelles données cliniques, de recherche, épidémiologiques, en matière de développement ? Quelles conséquences pour les priorités de santé publique ? Quelle est la place et l'action de la pédopsychiatrie dans la prévention précoce ? Quelles sont les articulations pertinentes avec les partenaires, ceux qui sont chargés de la protection de l'enfance, de l'instruction, de l'éducation ? Quelles sont les missions de la pédopsychiatrie pour former, informer ces partenaires ? Qu'est-ce qui fait la spécificité de la pédopsychiatrie ? Comment repère-t-elle la souffrance du bébé, de l'enfant, de l'adolescent et comment travaille-t-elle avec les familles ? Comment traite-t-elle les effets délétères de l'environnement (violences, négligences, traumatismes, pathologies du lien résultant des difficultés psychiques parentales et intra-familiales) et leurs conséquences aux différentes étapes de la grossesse, de la petite enfance, de l'enfance et de l'adolescence ?

Ces réflexions quant à l'impact de la rencontre enfant/environnement sur le développement nous conduiront, de manière plus large, à la place que doit occuper la pédopsychiatrie aujourd'hui.

► Programme

- **Le lundi 17 septembre** ce rapport sera donc présenté par le Dr Martin-Blachais, puis il y aura différentes interventions de David Cohen, Catherine Gueguen, Bernard Golse, Marie-Rose Moro et Sarah Bydlowski concernant les aspects théoriques du développement de l'enfant en lien avec son entourage familial et environnemental.

- **La journée du mardi 18 septembre** sera plus clinique et abordera le travail à tisser entre les professionnels du soin, les parents et aussi l'école autour des besoins de l'enfant, avec des interventions de Daniel Marcelli, Enguerrand du Roscoat, Nicole Garret-Gloanec, Priscille Girardin, Bertrand Welniarz, Abdelassem Yahyaoui, Sabine Duflo, Michel Warwzyniak et Bérangère Beauquier-Macotta.

- **Le mercredi 19** sera comme d'habitude l'occasion d'échanger autour des sujets d'actualité et de visionner un film du CNASM en lien avec le thème.

► Pour toute demande de renseignement, s'adresser à ffpsychiatrie@wanadoo.fr

LES CARREFOURS DE LA PEDOPSYCHIATRIE

Ils auront lieu **le vendredi 8 février 2019**, à la FIAP Jean Monnet à Paris, sur le thème de **la prise en charge des troubles des apprentissages en CMP**.

► Pour toute demande de renseignement s'adresser à : sfpeada@gmail.fr

Quel modèle pour la pédopsychiatrie de demain ?

Fiction et réalité

Claire PUYBARET-BATAILLE
PH en CMP
Paris

Une journée de formation sur ce thème a été organisée par l'Association Française de Psychiatrie le 16 mars 2018 à Paris. En voici un résumé.

Divisions internes

Michel BOTBOL, initiateur de cette journée, l'a introduite en listant les divisions internes de notre profession :

- l'éducation spécialisée : troubles processuels versus troubles fixés
- la justice des mineurs : enfants dangereux versus enfants en danger (questions réveillées par le mouvement « pas de zéro de conduite »)
- les troubles du spectre autistique : arriération versus carences et troubles de l'attachement
- la psychanalyse : psychogénèse versus neurogénèse, (même si la pensée et la pratique analytiques se sont adaptées aux bébés et aux ados et que le terme de « neuropsychanalyse » est apparu)
- les sciences cognitives et les neurosciences : troubles psychiques versus pathologies neurodéveloppementales.

La pédopsychiatrie est par ailleurs confrontée et sommée de se justifier face à :

- un « grand frère exigeant » : la psychiatrie générale qui oppose l'adultomorphisme aux mouvances inhérentes au développement de l'enfant et les « troubles de l'adaptation » qui s'opposent aux troubles neuro-développementaux.
- la neuropédiatrie : discipline traversée par la question du diagnostic et des traitements étiologiques (Psychostimulants entre autres).
- le champ du handicap et du médico-social qui interrogent la pédopsychiatrie sur la question du handicap psychique évolutif, sa prise en charge et sa compensation.
- le judiciaire qui voudrait lui refiler ces enfants de l'ASE devenus « incasables ».
- l'école qui semble considérer l'insertion comme une fin en soi mais est confrontée aux limites de l'inclusion sans moyens réels.

Perspectives

Face à nos listes d'attente qui s'allongent (malgré diverses tentatives de « gestion des flux » plus ou moins imposées par nos gestionnaires), 2 modèles se dessinent :

- une organisation pyramidale en 3 niveaux : niveau 1 de repérage de troubles légers (avec accompagnement possible par médecins généralistes, scolaires, RASED...), niveau 2 plus spécialisé avec des soins plus techniques (CMP, CMPP,

pédopsychiatres et psychologues libéraux), niveau 3 très spécialisé pour les cas les plus complexes (secteurs de pédopsy, centres de référence...).

- la poursuite d'une organisation sectorielle associant prévention, soins et réhabilitation.

Quel dépassement ?

Le développement des neurosciences « appliquées à la personne » avec son inhérente complexité et subjectivité, permettront-elles un dépassement du dualisme défensif neurogénèse/ psychogénèse ?

Des modalités alternatives sont-elles possibles ? Par exemple des échelons plus ou moins spécialisés dans les modalités de prise en charge ?

Quels changements dans la formation du pédopsychiatre de demain ?

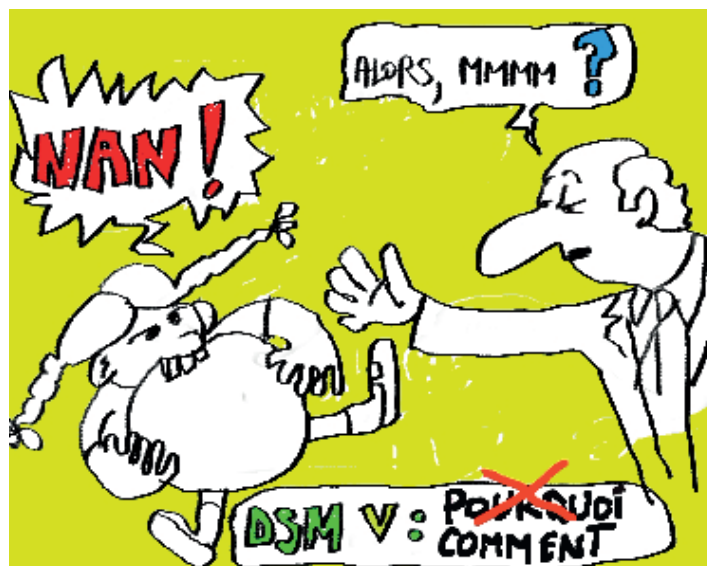
David COHEN (Paris), président de la sous-section pédopsychiatrie du CNUP (Collège National des Universitaires en Psychiatrie) a abordé la question de la formation du pédopsychiatre de demain, question cruciale du fait de la baisse du nombre de PH en pédopsychiatrie, de la carence de formation de certains professionnels et de l'exigence légitime des usagers et des politiques.

La réforme actuelle du DES se heurte à l'absence de professeur de pédopsychiatrie dans certaines régions et au nombre insuffisant de services formateurs agréés.

Pour lui, le concept de dysharmonie est toujours pertinent, (contrairement à celui de psychose) parce qu'il propose un abord dimensionnel. Le DSM V propose aussi de considérer les troubles du spectre autistique sous l'angle dimensionnel : niveau de langage, niveau cognitif, niveau de sévérité, troubles somatiques associés... Le diagnostic fonctionnel prime donc sur le diagnostic étiologique dans beaucoup de pathologies.

Il pense que la pédopsychiatrie de demain sera une « médecine du risque » avec une nosographie moins fixée. En effet la médecine actuelle introduit de nouveaux risques développementaux ; il en a cité quelques exemples :

- la médecine génétique (qui défend un continuum moins dichotomique qu'auparavant) avec des pronostics qui dépendent de nombreux facteurs.
- les nouveaux modes de procréation qui bouleversent les concepts de parentalité.



Les pédopsychiatres sont donc encore plus qu'avant des médecins de la complexité qui doivent être en prise avec l'actualité : s'informer sur les recherches et en faire eux-mêmes, ainsi que sur les phénomènes nouveaux dont les adolescents se font l'écho : radicalisation, PMA, outils numériques...

Les « disciplines associées » de la pédopsychiatrie doivent aussi évoluer dans leurs formations : psychologues du développement avec des temps de stages plus conséquents, infirmiers spécialisés, ergothérapeutes....

La pédopsychiatrie dans le monde

Bruno FALISSARD, grand voyageur et observateur de la pédopsychiatrie dans le monde nous a rappelé la réalité épidémiologique actuelle concernant le poids important de la pédopsychiatrie dans la « morbi-mortalité » (nouveaux indices concernant la baisse de la qualité de la vie).

On a maintenant une cartographie mondiale qui montre que plus le PIB augmente, plus les pathologies pédopsychiatriques sont importantes (probablement aussi parce qu'elles sont mieux repérées). Il y a une prise de conscience politique concernant la santé mentale des enfants et leur devenir. Le paradigme neurobiologique est de plus en plus prégnant dans tous les pays.

Quelques chiffres concernant le nombre de pédopsychiatres par pays : 10000 aux USA, 600 en Chine, 60 en Inde, 0 au Libéria....

La France est le seul pays qui a une classification alternative et reste une des pionnières avec l'Angleterre à avoir développé la spécificité de l'abord psychopathologique. En France on aime conceptualiser et réfléchir au sens des symptômes. La France est aussi le seul pays à avoir développé des établissements médico-sociaux, ce qui complexifie les modes de financements et les parcours de soins.

La circulaire de 1972 créant les intersecteurs de pédopsychiatrie est remarquable mais la façon de penser les troubles psychiques des enfants a évolué depuis : la diversité et l'hyperspécialisation conduisent à une trop grande dispersion. Qui et comment doit-on soigner ?

La formation des pédopsychiatres serait trop chère et il faudrait déléguer certaines tâches à des personnels moins formés : infirmiers, éducateurs, psychologues, médecins généralistes, scolaires, pharmaciens...

Le débat qui a suivi a montré qu'on observe cependant en pédopsychiatrie un continuum entre prévention et réhabilitation, entre souffrance psychique, symptômes, maladie et handicap. L'articulation entre les niveaux 1, 2 et 3 est donc difficile à planifier. Pour ne citer qu'un exemple : l'ado qui ne réclame rien et s'enferme chez lui va souvent plus mal que celui qui a des comportements externalisés bruyants...

Comment communiquer sur notre profession ?

Daniel MARCELLI avec sa verve habituelle pense qu'il faut trouver des éléments de langage pour mieux communiquer, pour construire un discours sur notre profession, sans perdre nos valeurs.

Quels sont nos socles communs au milieu de la dispersion et du manque de cohérence de notre profession ?

Le terme de troubles « neuro-développementaux » masque une réalité : en pédopsychiatrie c'est 90 % de développement et 10 % de neuro. En neuropédiatrie c'est schématiquement l'inverse.

Il faut tenir compte du développement dans tous ses aspects et de l'épigénèse dans toutes ses composantes biologiques, psychologiques et développementales.

Daniel Marcelli a listé ce qui, selon son analyse, nous empêche de construire un discours commun :

- Il n'y a pas de théorie, de modèle unifié du développement de l'enfant. Il regrette notamment que le jeu de l'enfant ne soit plus un objet d'étude. Il est en effet difficilement paramétrable et reproductible. Il est pourtant essentiel car le « je » arrive après les jeux de « faire-semblant ».

- Il y a une confusion entre le modèle lésionnel et le modèle émergentiel. Le déficit de l'attention est-il un modèle lésionnel ou une construction ?

- La pédopsychiatrie a une position idéologique à l'encontre des valeurs de la société, comme la compétence et l'individualité. Le bébé compétent est transformé en « machine à apprendre ». Les compétences se transforment en « savoirs » par l'éducation.

- Il n'y a pas de signe pathognomonique en pédopsychiatrie. L'indice de qualité est remplacé par un indice de quantité. Même dans les troubles du spectre autistique, les troubles ne sont pas catégoriels mais dimensionnels.

- L'enjeu du psychisme est essentiel en pédopsychiatrie, même s'il existe un « précablage » à la naissance. Comment émerge la subjectivité à travers le premier « je » ? Quel parent se rappelle quand son enfant a prononcé pour la première fois « je » ? Il y a une transfusion des émotions entre le parent et le bébé, un partage d'intention : le parent nomme le désir par le pointage. On dit qu'un cerveau lésé conduit à un psychisme lésé, mais l'inverse est vrai aussi.

Au XXème siècle les pathologies du refoulement et de l'inhibition étaient fréquentes car la relation à autrui était essentielle. Au XXIème siècle ce sont les pathologies narcissiques qui priment car la relation à soi est devenue prépondérante. Immaturité et dépendance ont été remplacées par individualité et autonomie.

Et le secteur ? Quel est son avenir ?

Roger TEBOUL, notre cher président de l'API, a quant à lui rappelé le contexte politique de la création des secteurs de psychiatrie, leur vocation d'institution soignante, les évolutions dont il faut prendre compte et la façon de nous y adapter. Son texte est publié dans son intégralité à la suite de ce texte.

Place de la pédopsychiatrie dans le champ du handicap

Concernant la place de la pédopsychiatrie dans le champ du handicap et dans le contexte sociétal actuel, Bernard DURAND constate que :

- On parle beaucoup de cerveau et peu de psychisme.
- Le handicap est passé d'un modèle médical de normalisation à un modèle social de compensation (« situation de handicap »).
- L'école est de plus en plus inclusive.
- Le parcours de soin passe par la MDPH presque systématiquement.
- Les IME n'accueillent plus seulement le handicap mental mais aussi le handicap psychique.
- La politique du handicap évolue vers la nécessité de « 0 enfant sans solution », avec une harmonisation des fonctionnements des MDPH.
- Le « new management » conduit à des protocoles, des déplacements et des regroupements des structures de soin qui épuisent les professionnels non concertés.

Il s'interroge sur les solutions à trouver : faut-il regrouper les CMP et les CMPP ? Harmoniser les financements entre structures sanitaires et médico-sociales ? Avec les mêmes psychiatres pour les 2 types de structures ?

Avenir de la psychanalyse en pédopsychiatrie

Jean-Michel THURIN considère que la psychanalyse au fil de ces dernières années a développé des liens étroits avec la biologie et les neurosciences du fait de nombreux points de convergence autour notamment du fonctionnement de la mémoire, du déterminisme psychologique et de l'importance d'un environnement prévisible.

De nombreux autres domaines sont à l'étude concernant les processus mentaux inconscients, la vulnérabilité, la causalité psychologique, les résultats des thérapies sur le cerveau, les liens avec la pharmacologie...

Il est donc important de développer la recherche fondamentale et d'y participer pour prouver que certains concepts psychanalytiques ont des fondements organiques et que les thérapies peuvent avoir des effets objectivables sur le cerveau.

Interventions plus cliniques de l'après-midi

Les dernières interventions de l'AM étaient plus cliniques et ont montré l'évolution de notre profession dans différents champs et comment les liens avec d'autres disciplines la font évoluer. L'évolution dans les demandes qui nous sont faites nous oblige à nous adapter en permanence et à aider les parents à faire le tri dans ce qu'ils voient dans le comportement de leurs enfants et dans ce qu'ils lisent et entendent sur internet et ailleurs.

Sylvie TORDJMAN nous a parlé des mécanismes de l'épigénétique qui ne peuvent que nous rendre plus humbles quant au soit-disant déterminisme génétique des maladies en général et de l'autisme en particulier.

Des études de chronobiologie montrent aussi que la mélatonine et le cortisol jouent un rôle dans la communication et pourraient donc avoir un intérêt dans le traitement de l'autisme.

Dans un autre domaine l'intérêt des équipes mobiles dans les soins aux adolescents a fait l'objet d'une recherche sur 580 jeunes et montré que la mobilisation physique entraîne un engagement dans les soins différent.

Nicole GARRET-GLOANEC s'interroge sur la façon dont le bébé noue des liens entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte. A travers son expérience de la présence d'un psychiatre d'adulte 2 heures par semaine dans une unité d'accueil de jour parents-bébés à Nantes, elle constate que la temporalité et l'alliance thérapeutique diffèrent et que la souffrance psychique du bébé n'est souvent pas reconnue par les psychiatres d'adulte. Les patients de psy adulte ont souvent été des bébés négligés et le partage de nos observations du bébé avec les psychiatres d'adulte ne peut que conduire à une meilleure compréhension de nos modes de travail respectifs et à une meilleure prise en compte de l'importance des interactions précoces.

Enfin Isabelle NICOLAS qui travaille dans un service pour jeunes anorexiques à l'Institut Mutualiste Montsouris nous a parlé de situations très complexes où la pathologie des liens familiaux résiste à différents modes d'approche. Les services spécialisés

dans ces prises en charge collaborent entre eux pour mettre en commun leurs connaissances respectives et rédiger des recommandations avec la HAS.

Quelles conclusions tirer de cette journée ?

Des exposés brillants et des débats passionnés ont émaillé cette journée. Notre discipline traverse une crise liée à son succès et aux demandes multiples qui lui sont faites, entraînant une diversité de pratiques de plus en plus étendue, mais pas toujours aisément lisibles pour les familles, nos partenaires et nos tutelles.

Cette crise est doublée de problèmes de démographie médicale et d'une gestion hospitalière bien peu à l'écoute des médecins, pour ceux qui travaillent dans le service public.

La complexité de notre travail liée aux aléas du développement de l'enfant en interaction avec son environnement, soulève de nombreuses questions que nous partageons avec d'autres disciplines et qui sont réactualisées avec le développement des neurosciences et de l'épigénétique.

Les solutions à trouver entre différents modes d'organisation des soins divisent notre profession et brouillent les messages en direction de nos tutelles et de notre public. Ces modes d'organisation renvoient aussi souvent à des modèles théoriques différents sur le fonctionnement psychique de l'enfant et sur la signification de ses symptômes en lien avec la dynamique familiale et sociale.

L'avenir de notre pratique professionnelle reste donc en débat et la question de sa démographie devra être ajustée, ce à quoi notre ministre actuelle semble s'atteler. Comment attirer les jeunes internes ? Comment leur transmettre nos valeurs dans un paysage aussi confus ?

L'avenir du secteur de psychiatrie infanto-juvénile

Roger TEBoul
Président de l'API

Ce texte a été présenté à la journée organisée par la Société Française de Psychiatrie, sur le thème « Quel avenir pour la pédopsychiatrie de demain : fiction et réalité », le 16 mars 2018 à Paris.

Reprenons l'argument de cette journée : « Deux tendances contradictoires (qui) concernent la pédopsychiatrie de demain :

- Un modèle qui, autour de la notion de secteur, charge la psychiatrie d'être au centre de la lutte pour la santé mentale des populations desservies, de la prévention à la réhabilitation, autour des soins spécialisés qu'elle propose.
- Un autre modèle qui s'attache au contraire à réduire au maximum le recours à la psychiatrie en donnant à la prévention la tâche prioritaire de prévenir le recours à la psychiatrie et à l'inclusion psychosociale celle de raccourcir le plus possible la durée de ce recours... »

Je comprends la nécessité d'opposer les deux modèles afin de provoquer notre réflexion. Mais est-il encore possible de dire aujourd'hui que la psychiatrie serait « *le centre de la lutte pour la santé mentale des populations desservies, de la prévention à la réhabilitation, autour des soins spécialisés qu'elle propose* » ? Ce qui pose problème dans cette formulation est le terme « centre » que je vais donc interroger. La première critique qui vient autour de ce terme est qu'il induit une vision ringardisante du secteur qui court le grand risque de n'être plus qu'une institution totalisante, voire totalitaire. Cette façon de voir a bien évidemment des fondements politiques que je vais décrire dans la suite de mon propos, mais ne correspond pas, loin s'en faut, à la réalité du terrain.

La mise en place de la sectorisation en psychiatrie infanto-juvénile date du milieu des années soixante-dix, soit d'une quarantaine d'années. Cette organisation territoriale des soins conserve toute sa pertinence aujourd'hui et montre sa capacité à innover, comme le souligne le dernier rapport de l'IGAS rédigé par Alain Lopez et Gaëlle Turan-Pelletier qui date de novembre 2017 : « *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960* » (1).

Depuis la loi de santé de janvier 2016, le secteur de psychiatrie est devenu une mission qui doit être financée. Un rapport de la cour des comptes qui faisait le bilan du plan « Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 »

recommandait en effet de créer une mission de service public qui reprendrait les principes de la sectorisation, un territoire, une population, une équipe pluri-professionnelle qui assure un parcours de soins coordonné dans lequel soin et prévention sont étroitement mêlés. Dès 1992 et la circulaire rédigée par R. Misès, apparaît la notion de service public de psychiatrie infanto-juvénile au travers de ses missions et de son organisation. Et depuis 25 ans ces missions et cette organisation n'ont fait qu'évoluer.

Le secteur : une institution soignante

L'histoire est toujours intéressante à interroger lorsqu'on ne renie pas ses origines. Je me souviens de L. Bonnafé, en 1992, à Ville Evrard où venait de se tourner un documentaire fleuve « *Histoires autour de la Folie* ». Il avait été invité par G. Baillon pour un débat sur ce film et avait proféré cet aphorisme qui me trotte souvent dans la tête : « Les novateurs sont les historiens ! ».

L. Bonnafé est un des artisans de la circulaire du 15 mars 1960 qui a vu la naissance du secteur. Cette aventure est très bien racontée dans « *Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible ?* » (2). Des psychiatres politisés, sous l'impulsion du groupe de Sèvres, L. Bonnafé, G. Daumezon, L. Le Guillant, J. Oury, F. Tosquelles, rencontrent une administration attentive à la maladie mentale, E. Aujaleu (le Directeur Général de la Santé) et ses collaborateurs M. R. Mamelet et P. Jean pour prôner la fin de l'asile, univers concentrationnaire et faire naître ainsi le secteur. Cette naissance est accompagnée par ses fondateurs d'une réflexion sur l'institution soignante en mettant en pratique une méthode, la psychothérapie institutionnelle, chère à ce fameux groupe de Sèvres.

Dans la suite de cette circulaire, différents textes administratifs ont précisé les missions et les dispositifs de soins du secteur : L'arrêté du 14 mars 1986, fruit du travail de la commission J. Demay, dont G. Baillon a été un des acteurs, propose une définition large des soins ambulatoires qui fait du CMP le pivot du secteur et qui permet la création des structures d'accueil dont les Centres d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel. Pour la psychiatrie infanto-juvénile c'est la circulaire du 11 décembre 1992 sur « les orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents » et rédigée par R. Mises qui fixe les grandes lignes de la sectorisation en pédopsychiatrie avec notamment les nouveaux sujets que sont la psychiatrie périnatale et la psychiatrie de l'adolescent.

La recommandation de bonnes pratiques sur la prise en charge des enfants et adolescents autistes de 2012 nous a tous obligés à réfléchir sur la signification de ce que la HAS rendait « non recommandés » : la psychanalyse et les soins institutionnels dans cette prise en charge. C'est pourquoi, dans le conflit extrêmement rude engagé par certaines associations de parents d'enfants autistes contre la pédopsychiatrie, il me semble important

de rappeler que le secteur est avant tout une institution soignante qui a pour fondement les principes de la psychothérapie institutionnelle, laquelle repose sur trois jambes :

- La jambe politique
- La jambe sociale
- La jambe psychanalytique

La préservation de nos valeurs

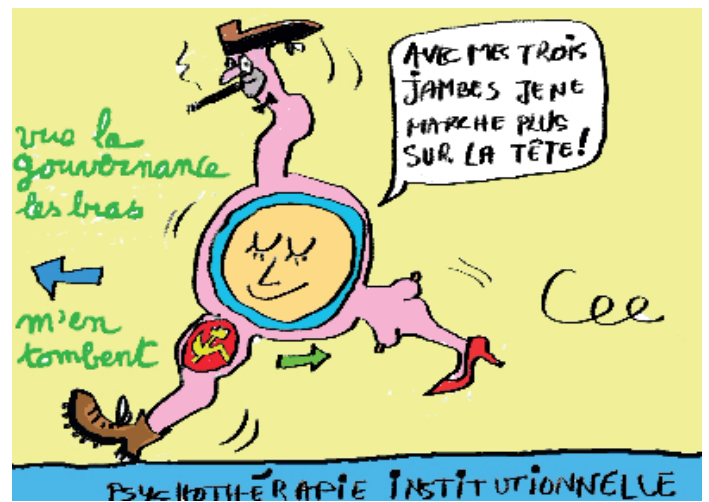
La dimension d'institution soignante du secteur est donc, à mon sens, la valeur fondamentale à défendre. Elle se trouve en butte à des évolutions qui nécessitent des réaménagements. Mais il n'empêche, la dimension collective des soins s'avère incontournable à penser, quel que soit le modèle auquel on se réfère. Elle doit être élargie aujourd'hui à tous les partenaires de la psychiatrie infanto-juvénile, y compris la famille, au-delà des frontières du secteur pour rejoindre ce que M. Mannoni a pu appeler l'institution éclatée (3). Et dans cette institution éclatée, les mieux à-même de s'intéresser aux questions de transfert/contre transfert et à leur analyse, sont sans nulle doute les équipes de psychiatrie infanto-juvénile qui conduisent et coordonnent les soins.

Et il n'est pas question ici d'en être au centre, mais bien de remplir la mission de soins qui nous est demandée. Or, il se trouve que les organisations de soins ont de plus en plus tendance à évacuer le collectif au profit de la responsabilité individuelle. Cette nouvelle organisation des soins, dénoncée de plus en plus douloureusement, accomplit le paradoxe de cloisonner alors que tout est censé y être transparent, que les open-spaces se multiplient et que le secret des soins est mis à l'épreuve du partage d'informations et de l'informatisation des dossiers.

Le métier de pédopsychiatre d'exercice public, tel que nous le concevons à l'API, ne peut pas s'exonérer de la question du lien, lien à instituer avec l'enfant, sa famille et nos différents partenaires sur le terrain. C'est un des fondements de notre identité.

Les évolutions à prendre en compte

- Pour ce qui est de la psychanalyse, la question du transfert/contre transfert est incontournable dans la pratique de la psychothérapie institutionnelle, à condition que l'on sorte de la caricature du dispositif « divan/fauteuil » si facilement alléguée par ses détracteurs. En 1970, déjà, P. C. Racamier publiait avec la collaboration de R. Diatkine, S. Lebovici et P. Paumelle « *Le psychanalyste sans divan* » (4), afin de montrer comment la psychanalyse pouvait être utilisée dans les institutions de soins psychiatriques. Et, de fait, la pratique de la psychanalyse s'est largement transformée depuis lors : thérapies brèves dans le travail de crise, thérapies familiales, thérapies du lien parents/bébé, thérapies de l'adolescent, thérapies de groupe.



- Pour ce qui est de la politique, il faudrait être fou aujourd'hui pour ne pas voir dans quel monde s'exerce notre pratique de secteur. La tension entre communisme et capitalisme qui prévalait dans les années 50 a vu l'effondrement du bloc de l'Est et l'avènement du libéralisme dont nous commençons à percevoir la dimension hégémonique, voire totalitaire. Le temps est à la rentabilité, au bench-marking et à la concurrence, loin de l'utopie collective de l'immédiat après-guerre. Et finalement l'alliance actuelle des politiques avec le comportementalisme et la neurobiologie apparaît plus naturelle dans la mesure où le but est de remettre au plus vite les malades au travail ou bien alors de compenser leur handicap. Il n'empêche que la dimension collective des soins a toujours une pertinence et une efficacité que le pouvoir politique ne peut pas ignorer.

- Pour ce qui est du social, enfin, à l'instar du politique qui voit la victoire du capitalisme sur le communisme, l'organisation actuelle voit l'avènement de l'individualisme où l'individu devient le vecteur du lien social et où la société devient avant tout une société de services. L'institution soignante doit donc intégrer dans son analyse les notions de panier de soins, de responsabilité individuelle et de contractualisation. La psychanalyse a longtemps été un des leviers du libéralisme et de l'avènement de l'individu (cf. le manifeste rédigé en 1949 : *La psychanalyse : une idéologie réactionnaire* (5)) qui a vu l'appropriation par les média du vocabulaire « psy » dans un mouvement très actuel de psychologisation des rapports sociaux très compréhensible car le mieux à même de définir un individu en lien avec les autres est bien sa psychologie. Dans le même temps, ce que J. Hochmann appelle « les antipsychiatries » (6), se développent dans les mêmes média et tendent à discréditer l'institution psychiatrique dans son ensemble, dialectique permanente entre soins et coercition qu'il convient sans cesse d'analyser dans le métier que nous faisons. Il est en effet paradoxal d'essuyer des critiques très vives du corps social alors que nos files actives progressent considérablement (355 000 enfants suivis au moment de l'élaboration de la circulaire Mises et 600 000 enfants quelques 20 ans plus tard en 2014, chiffre avancé au moment des Etats Généraux de la pédopsychiatrie). Sous la pression de cette individualisation de la société se développe de nouveaux concepts, comme

celui d'empowerment où c'est à l'individu de trouver en lui les ressources qui lui permettent de réintégrer la société. La réhabilitation telle que pouvait la penser P. Sivadon par exemple doit donc évoluer avec la prise en compte de cette nouvelle conception sociale qui oppose société concurrentielle et société solidaire. C'est aussi dans ce même ordre d'idée qu'une place différente doit être faite aux usagers, dans le même temps où l'individu reconnu handicapé a le droit d'obtenir une compensation par la société. La communication est aussi un outil de la modernité qu'il nous faut sans doute aujourd'hui mieux maîtriser. Notre combat, à armes très inégales, autour de l'autisme et de sa prise en charge est là pour en attester.

Les éléments de langage et les mots-clé de la modernité

On pourrait retenir, de façon non exhaustive, les éléments suivants entendus aujourd'hui dans les discours politiques et/ou administratifs et qui concernent les soins en général et les soins psychiatriques en particulier : Innovation, Mobilité, Parcours de soin coordonné, Niveau de recours, Accueil et Urgences, Pratiques avancées, Prévention, Communication et élaboration de chartes (charte des CMP infanto-juvéniles parisiens, notamment sur les délais d'attente).

En conclusion

Comme le mentionne très justement le rapport d'A. Lopez et de G. Turan-Pelletier, les différents strates qui administrent et planifient les soins tant à l'échelle territoriale que régionale ou plus largement nationale, de même que la reconnaissance de la particularité de la pédopsychiatrie au sein même de la psychiatrie rendent la tâche plus compliquée et viennent accentuer des inégalités territoriales de plus en plus criantes. Par ailleurs les files actives ont considérablement augmenté et les demandes de soins, tant au niveau individuel des familles qu'à celui plus social des différentes institutions de l'enfance, ont beaucoup évolué avec notamment un recours aux dispositifs d'urgence beaucoup plus fréquent. Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile a donc un avenir pour offrir des services de qualité à la population dont il a la charge, pour peu qu'il perçoive tous ces enjeux et fasse reconnaître ses spécificités.

Pour finir sur une note provocatrice, tout en allant vers un avenir radieux, je propose l'exercice suivant d'articuler les mots-clé de la modernité sans perdre de vue la dimension institutionnelle des soins, ce qui pourrait se formuler ainsi : « *promouvoir des actions innovantes en ayant notamment recours à des pratiques avancées qui reconnaissent la nécessité de la mobilité des équipes afin de rendre lisible un parcours de soins coordonné entre l'ambulatoire et les diverses modalités d'hospitalisation où l'accueil et la prise en compte des urgences sont à inclure et où la précocité de nos interventions permet des actions de prévention centrée sur l'enfant et sa famille, le tout en rendant des services à la population contractualisés dans l'élaboration de chartes.* »

Bibliographie

1. www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-064R : lire notamment les pages 7, 72 et 73 qui concernent la pédopsychiatrie : ce rapport propose de donner un « nouvel élan » à la sectorisation en l'inscrivant dans une CPT (Communauté Psychiatrique de Territoire) pour redéfinir ses partenariats et en favorisant les complémentarités public/privé, ainsi que la recherche en santé mentale. La pédopsychiatrie pourrait se voir attribuer des moyens financiers supplémentaires, notamment pour renforcer la première ligne spécialisée (CMP et CMPP), la formation des pédopsychiatres et élargir les possibilités de prise en charge libérale avec des remboursements plus importants par la CPAM.
2. *Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible ?*, in Recherches n° 17, mars 1975, revue du Cerfi, 612 p.
3. Mannoni Maud, *Education impossible*, Ed Seuil, 1973, 320 p.
4. Racamier Paul-Claude, *Le psychanalyste sans divan*, 1970, Ed Payot 1983, 440 p.
5. *La psychanalyse : une idéologie réactionnaire*, in Ornica ?, revue du Champ Freudien, supplément au n°7, 1976, p. 17-28.
6. Hochmann Jacques, *Les antipsychiatries : Une histoire*, Ed Odile Jacob, 2015.

La disparition

Thierry FOUQUE
PH, CH d'Uzès (Gard)

Ce texte a été présenté à la journée départementale de santé mentale infanto-juvénile sur le thème « Comment nos institutions s'articulent-elles pour prendre soin de la santé psychique des enfants et des adolescents », le 22 novembre 2017, à Nîmes.

J'ai fait un rêve...

Enfin... Ne vous emballez pas, un mauvais rêve, du genre qui nous met la tête à l'envers pour le reste de la journée. J'ai rêvé que j'allais comme tous les jours au travail et là plus de CMPEA, plus d'hôpital de jour. A la place une agence bancaire et un City Market !!! Et chacun de soutenir qu'il n'y avait jamais eu là un quelconque CMP et encore moins d'hôpital de Jour. Une histoire de fou où visiblement le fou c'était moi pour tous ces gens.

Devant tant d'adversité et d'absurdité, je fonçai au centre hospitalier pour obtenir quelques explications. Et là encore le même discours : « Non, non, Monsieur, il n'y a pas de service de pédopsychiatrie et d'ailleurs il n'y en a jamais eu ». « Vous dites... CMPEA, c'est quoi ça ?... Non, non, il n'y a pas de service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ». Devant mon désarroi et face à mon insistance on me proposa fort gentiment de peut-être aller voir le responsable du service de pédiatrie, ou peut-être celui de psychiatrie générale. J'étais totalement déboussolé, désespéré ; la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent avait disparu !!! Ou plutôt, si je comprenais bien ce qu'on me disait, n'avait jamais existé, en dehors peut-être de mon imagination.

Au regard de mon statut de médecin, que je pus quand même prouver, on me proposa de rencontrer un des directeurs adjoints de l'établissement. Je fus donc reçu par un jeune directeur charmant, poli, très élégant dans son uniforme de jeune manager. Le ton était posé mais ferme, la parole concise et le discours pragmatique. Il répondit sans marquer aucun agacement à toutes mes questions qui devaient pourtant lui paraître un peu absurdes.

J'attaquai d'emblée : « mais qui s'occupe des enfants présentant des troubles psychiques ? ». Ses réponses furent claires, sans hésitation et montrèrent qu'il maîtrisait parfaitement la question de l'organisation de l'offre de soin. Il m'expliqua qu'il y avait sur le site universitaire 2 centres référents/expert, un dédié aux troubles précoces du développement et à l'autisme et un autre consacré aux troubles des apprentissages, du langage et du comportement, ces deux centres étant animés par des équipes très pointues de neuropédiatres et de neurologues. Sur le site universitaire voisin, un autre centre expert permettait d'évaluer les troubles affectifs et thymiques et il était, lui, animé par une équipe de psychiatres. Il me précisa que ces centres intervenaient aussi bien auprès des enfants que des adultes. Ils ne faisaient que des évaluations standardisées permettant de définir un diagnostic et un plan de soin. Ensuite les soins et rééducations étaient dispensés en libéral pour les situations qui le permettaient et dans les cas les plus difficiles par le médico-social quelque soit l'âge. Il souligna que la plupart des enfants étaient scolarisés, mais bénéficiaient de l'accompagnement de tels services médico-sociaux en ambulatoire.

Je l'interrogeai alors sur le soin aux adolescents. Sa réponse ne me surprit qu'à moitié : « mais la psychiatrie générale voyons, elle est là pour ça. Il n'y a guère de différence, vous en conviendrez, entre un adolescent et un jeune adulte et la réponse aux traitements psychotropes est très similaire ».

« Mais quand même tous ces enfants qui sont dans le mal être, qui ont des peurs, des angoisses, des troubles du sommeil ou

de l'appétit, de l'énurésie, des troubles de la relation... je ne sais quoi encore ? »

J'aurai pu m'attendre à sa réponse : « Mais le secteur libéral voyons, vous le reconnaissez, c'est de la petite pathologie et encore le mot pathologie est sans doute un peu excessif ».

Il ajouta qu'il existait des centres d'évaluation et d'orientation, gérés conjointement par le médico-social et l'éducation nationale, mais associant aussi certains généralistes volontaires, dont la tâche était d'évaluer ces situations et de les orienter ensuite en fonction des besoins vers des professionnels libéraux conventionnés, psychologues, psychothérapeutes, rééducateurs... dont les interventions étaient remboursées dans ce cadre sous réserve d'une réévaluation de la pertinence tous les 6 mois.

Voilà, tout était dit : des neuropédiatres, des pédiatres, des neuropsychologues, des psychologues, des psychiatres, mais point de pédopsychiatres !!! Nous avions disparu ou peut-être pas même existé et le monde continuait à tourner... RUDE ! Ma gorge s'asséchait, la sueur perlait sur mon front et ma nuque, des mouches passaient devant mes yeux... De l'air, vite de l'air...

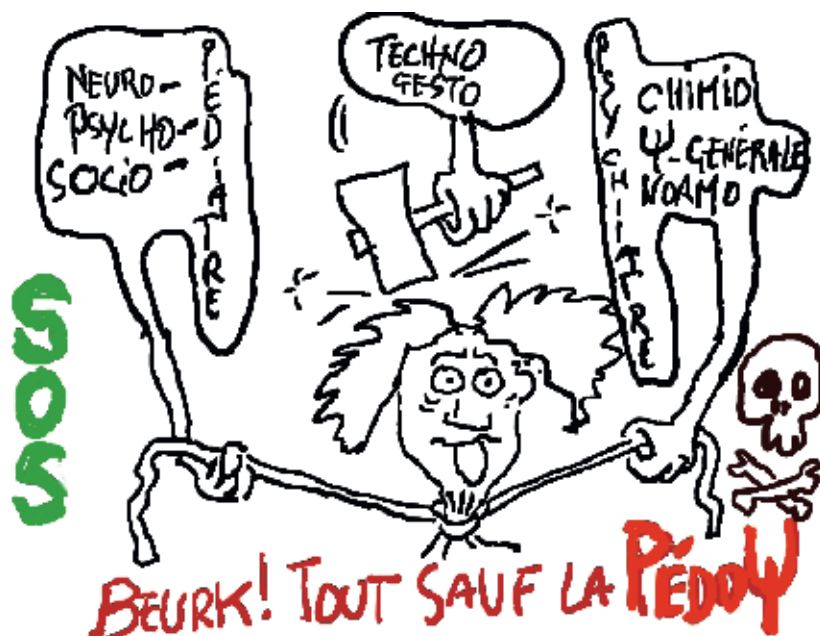
C'est à ce moment-là que je me suis réveillé, à moitié suffoquant.

Toute ressemblance avec la réalité n'est pas fortuite...

Ah ! Quel rêve !

On ne sait pas où l'on va chercher tout cela et pourtant...

On sait bien que les rêves sont tissés à partir d'éléments pris à la réalité, et dans la réalité la pédopsychiatrie ne va pas si bien que cela, certains commencent à s'en inquiéter, à mon sens à juste raison.



Ainsi dans une tribune au « Monde » de mars 2017, le professeur Bruno Falissard (pédopsychiatre, professeur de bio statistique à la faculté de médecine Paris-Sud, directeur de l'unité Inserm « santé mentale et santé publique ») estime que nous assistons en ce moment à la disparition programmée de la pédopsychiatrie. Il rejoint en cela les propos du Pr Pierre Delion dans son dernier livre (*Mon combat pour une psychiatrie humaine*, écrit avec Patrick Coupechoux), qui peut affirmer « *La pédopsychiatrie est en voie de disparition. Les politiques n'ont pas joué leur rôle, ils nous ont laissé tomber, ils n'ont pas tenu bon* ».

Bruno Falissard, se demandant comment on en est arrivé là, propose quelques pistes de réponses :

« *Parce que nous ne voulons pas voir que les enfants peuvent avoir des problèmes psychiatriques. Nous acceptons de voir d'un côté des enfants en souffrance, et d'un autre côté des enfants présentant des dysfonctionnements cérébraux, mais penser un enfant malade mental est terriblement difficile. Et pourtant, ils existent. Or, depuis le début des années 2000, la pédopsychiatrie est victime d'assauts d'une violence sans précédent. Assauts venant de certains collègues psychiatres pour adultes ou de certains neuropédiatres, qui voient là une possibilité d'élargir leurs prérogatives ; assauts venant de l'intelligentsia du monde universitaire et de la recherche, qui pense trop souvent que les neurosciences à elles seules apporteront une solution à tous les problèmes psychiatriques ; assauts de certains politiques (enfin)...* ».

Par-delà ces considérations il y aussi de façon prégnante la question de la démographie et de l'activité. En 10 ans le nombre de pédopsychiatres a été divisé par deux et dans les 10 ans qui viennent il sera encore divisé par deux.

Interrogée dans le cadre de la mission sénatoriale sur la psychiatrie des Mineurs, Mme Anne-Marie Armanteras de Saxcé, directrice générale de la Direction Générale de l'Offre de Soins peut explicitement dire que la démographie des pédopsychiatres est très défavorable et que la formation sera sans doute insuffisante à compenser les départs puisqu'on forme actuellement moins d'une centaine de pédopsychiatres par an (80/an).

Dans le même temps l'activité des secteurs de pédopsychiatrie n'a cessé de croître de façon très importante et c'est ainsi que la file active a connu une augmentation

de 82 % entre 1991 et 2003 et cette augmentation s'est poursuivie entre 2007 et 2014, à + 22 %, pour s'atténuer ensuite.

Récemment quatre organisations de psychiatres se sont émues de la situation de la pédopsychiatrie :

C'est ainsi que les pédopsychiatres réunis au sein de la Fédération Française de Psychiatrie (FFP-CNPP), du Collège National des Universitaires de Psychiatrie (CNUP), de la Société de l'Information Psychiatrique (SIP), et du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux (SPH) ont, dans un communiqué commun, tenu à alerter le ministère « sur la fragilité et le risque réel actuel de disparition de leur discipline, et avec elle, des capacités de notre société à prendre soin de ceux qui constituent son avenir. »

Le pire à notre porte ?

Mais le pire est sans doute là, à notre porte, et c'est l'attaque de notre identité professionnelle au travers de nos missions, de nos outils, de nos concepts :

- Il y a d'abord l'effacement de la psychopathologie au profit d'outils évaluatifs, d'échelles, tests et questionnaires divers à visée d'objectivation des symptômes plus que de compréhension d'un sujet inscrit dans une histoire, un environnement. De ce fait, sur certains troubles, le risque est que nous ne nous différencions plus que très peu d'autres spécialités et en particulier de la neuropédiatrie par exemple.

- Il y a ensuite la remise en question de nos outils et l'injonction d'utiliser des outils dûment validés, reconnus.

- Nous voilà insensiblement déportés du soin vers l'éducatif et le risque alors c'est que nos méthodes et actions ne se différencient plus de ce qui se pratique dans le médico-social à moindre frais.

- Il y a encore la remise en question de la pertinence de nos actions sur certaines populations d'enfants que nous accueillons pourtant depuis longtemps dans nos dispositifs de soin. Nous voilà alors incertains, hésitants ne sachant plus si on doit ou pas.

- Et enfin il y a le handicap, la reconnaissance du handicap qui a fini par presque tout recouvrir. Chaque enfant que nous suivons devient très vite, dès qu'il y un retentissement scolaire ou le besoin d'aide humaine ou matérielle, un enfant handicapé ; là où nous n'avons, nous vocation qu'à nous occuper d'enfants avec des difficultés, des troubles, une maladie.

Il me revient alors cette phrase de J.Oury qui m'a servi de guide sur bien des projets : « *Modeste contribution à ce qui devrait être le souci majeur de tout praticien : tracer chaque jour son champ d'action, redéfinir ses outils, ses concepts, lutter contre sa propre nocivité afin de préserver ce domaine toujours menacé : l'Éthique.* » (Jean Oury, *Création et Schizophrénie*, Ed. Galilée)

Nous différencier pour ne pas disparaître

De fait, aujourd'hui, nous sommes déboussolés et si nous avons perdu le nord je ne suis pas sûr que nos partenaires s'y retrouvent eux aussi.

Alors oui, nous serons en risque de disparaître si nous ne précisons pas de façon ferme nos spécificités, si nous ne nous différencions pas très clairement de ce que fait la psychiatrie adulte, de ce que fait la neuropédiatrie, et de ce que peut faire le médico-social.

Mais pourquoi vous parler de la disparition de la pédopsychiatrie alors que la thématique de la journée porte sur l'articulation avec nos partenaires ?

D'abord parce que pour s'articuler, il faut qu'il y ait quelque chose à articuler avec autre chose, un segment avec un autre. Il faut aussi que ces segments soient différenciés et complémentaires : le convexe d'une extrémité doit venir s'enchâsser dans le concave de l'autre extrémité. Il y faut par ailleurs quelques liens, ligaments et un peu d'huile pour le rouage. Au final quand tout est bien en place, on arrive à avancer. Mais tout est différent si un segment manque ; pour autant, même amputé, on peut faire pleins de choses....

J'ai intitulé mon intervention « La Disparition » en référence au livre de Georges Perec. Dans ce livre une lettre alphabétique a disparu, le « e », et tout le roman est écrit sans jamais utiliser ce « e ». C'est un exercice d'écriture, avec une contrainte majeur qu'a choisie l'auteur et au final ça donne un roman, une vraie histoire.

De la même manière, une vraie histoire peut donc s'écrire demain sans pédopsychiatres et sans pédopsychiatrie. Ce sera sans doute une vraie et forte contrainte, mais ça peut s'écrire. Est-ce que pour autant ce sera une belle histoire, je n'en suis pas sûr car je doute que ceux qui vont l'écrire aient le talent d'un G. Perec.

Prévenir et accompagner la dépression post-natale :

mise en œuvre de deux démarches artistiques par le Conseil Lillois de Santé Mentale

Patricia DO DANG

PH, Cheffe de Pôle secteur 59/04

Depuis sa création en 2011 par la Ville de Lille et l'Etablissement Public de Santé Mentale de l'Agglomération Lilloise (EPSMAL), le Conseil Lillois de Santé Mentale (CLSM) s'est fixé parmi ses priorités de « prévenir et accompagner la dépression post-natale ».

Co-piloté par Jérémie Crépel, délégué à la Santé de la Ville de Lille, et moi, en tant que cheffe de pôle, un groupe de travail réunissant différents acteurs (1) s'est fédéré pour mener un ensemble d'actions à la fois en direction des professionnels et de la population.

C'est dans ce dernier cas qu'est née l'idée de mettre en œuvre deux projets artistiques participatifs avec les habitants de Lille : une exposition photographique « six semaines après » réalisée par la photographe Delphine Chenu et une pièce de Théâtre « Don't cry baby » mise en scène par Maxime Séchaud de la compagnie du Théâtre de l'Ordinaire. Ces deux projets ont été coordonnés et portés conjointement par le CLSM et l'EPSMAL (2)

Nous nous inscrivons ainsi dans les missions du CLSM mais aussi dans celles du secteur : prévention, proximité avec les habitants, co-construction de projets soutenue par un important travail de réseau.

Le Conseil Lillois de Santé Mentale (CLSM), c'est quoi ?

Le CLSM est le conseil de santé mentale de la ville de Lille : c'est une instance d'information et de concertation sur un territoire donné qui réunit des élus et des professionnels de différents horizons autour des questions de psychiatrie et de santé mentale. La création en 2011 du CLSM témoigne de la sensibilité forte de la Ville de Lille aux questions de santé

mentale.

Le territoire du CLSM est celui de la ville de Lille intra-muros, il concerne une grande partie du secteur de pédopsychiatrie 59104 qui est rattaché à l'Etablissement de Santé Mentale de l'Agglomération Lilloise (EPSMAL). Cela représente 10 quartiers lillois pour 200 000 habitants.

Dans ces objectifs, le CLSM souhaite constituer un véritable maillage en santé mentale, améliorer la réponse faite à l'usager ainsi qu'apprécier la pertinence et l'efficacité des dispositifs. Le CLSM vise à créer une proximité avec la population, à rendre compte de la complexité de ses besoins et informer clairement des moyens mis en œuvre pour ses actions. Au final, le CLSM a plusieurs fonctions : une fonction de proposition, une fonction d'expertise, une fonction de mobilisation des dispositifs, une fonction d'information et de concertation, une fonction de coordination et enfin une fonction d'observatoire, de veille sanitaire et sociale.

Le CLSM est constitué de trois collèges, un collège municipal, un collège médical et un collège social et associatif.

Dans ce contexte, trois groupes de travail spécifiques ont été constitués : deux groupes traitants des questions de psychiatrie générale (un groupe sur la santé mentale et l'habitat et un groupe sur la prévention du suicide) et un groupe relatif à la pédopsychiatrie : « prévenir et accompagner la dépression post-natale ».

Le groupe de travail « Prévenir et accompagner la dépression post-natale »

Pourquoi le choix de la dépression post-natale ? Ce choix a été motivé par un ensemble de constats. Tout d'abord parce qu'il s'agit d'un problème de santé publique, ensuite parce que sa survenue est fortement influencée par des aspects psycho-sociaux et enfin, parce que son mode de prise en charge relève en premier lieu de l'entourage et des professionnels de premier recours.

1. Un problème de santé publique : incidence élevée, souffrance psychique intense des mères, conséquences sur le bébé.

La dépression post-natale est un problème de santé publique par sa fréquence d'une part, avec une incidence très élevée de 10 à 20 %, ce qui représente pour la seule ville de Lille entre 1000 à 2000 femmes par an susceptibles d'être touchées par cette affection. Problème de santé publique d'autre part, par l'importance de la souffrance psychique des patientes, marquée notamment par une importante culpabilité avec le sentiment d'être une mauvaise mère. Problème de santé publique enfin, par les conséquences de la dépression post-natale, à long terme sur la santé mentale de la mère, mais aussi sur la vie de couple, sur la santé psychique du partenaire, et pour finir, sur le développement social et cognitif de l'enfant. Rappelons que les troubles psychiatriques périnataux sont la plus grande cause de morbidité maternelle.

2. Un problème de société : pressions et dépression

Malgré sa fréquence, la dépression post-natale est une affection qui reste méconnue, tant des professionnels que des femmes elles-mêmes. Car c'est un sujet tabou dans notre société occidentale contemporaine où la notion d'instinct maternel est encore très présente et où l'on se représente les maternités comme obligatoirement heureuses. Egalement, devenir mère est souvent considéré comme la plus importante réalisation de la femme et comme son rôle « naturel ». Ces croyances et représentations sont en partie à l'origine de la dépression post-natale. Car si la dépression post-natale résulte d'une intrication de différents phénomènes, en particulier biologiques et psychologiques, elle est aussi très influencée par des facteurs socio culturels. En effet, les mères sont soumises à d'importantes pressions sociétales qui leur imposent à la fois des devoirs grandissants vis-à-vis de leur bébé tout en prônant la liberté et l'épanouissement individuel. La sociologue Michèle Stanworth nous dit que « les devoirs

maternels ne se réduisent plus seulement aux soins corporels et affectifs, mais qu'ils impliquent aussi une attention scrupuleuse au développement psychologique, social et intellectuel de l'enfant. La maternité, plus que dans le passé, représente un travail à plein temps. On attend aujourd'hui des mères qu'elles consacrent autant de soins à deux enfants que jadis à six ».

En plus d'être une mère irréprochable, la société actuelle idéalise la femme épanouie sexuellement, séduisante et féminine, ambitieuse, hyper compétente au niveau professionnel. Une « superwoman », qui doit assurer sur tous les plans. Celle-là se retrouve de la sorte coincée entre deux mouvements distincts. Comme nous le dit Elisabeth Badinter dans son livre « le conflit », « dans une civilisation où le « moi d'abord » est érigé en principe, la maternité est un défi, voir une contradiction ». Pour elle, la contradiction la plus douloureuse naît du conflit entre la femme et la mère. Car ce qui est légitime pour une femme qui n'est pas mère, ne l'est plus quand l'enfant paraît. « Le souci de soi » doit céder la place à « l'oubli de soi » et au « je veux tout » succède le : « je lui dois tout ». L'enfant ayant été réfléchi, programmé et désiré grâce à la contraception, la société accroît les devoirs de la mère à l'égard de son enfant et renforce l'idée que la femme doit être heureuse à la naissance de son bébé. Finalement, l'enfant qui est censé réaliser l'épanouissement de la femme, en devient un obstacle.

Par ailleurs, alors qu'elles sont supposées suivre leur instinct et assumer leur rôle « naturel », les mères sont perdues au milieu des conseils multiples et contradictoires des spécialistes de l'enfance qui dictent comment bien s'occuper du bébé. Empêchées de se fier à leur ressenti propres, elles sont alors au cœur d'une contradiction essentielle : devenir mère est leur rôle naturel mais elles ont besoin des conseils des experts pour assumer leurs fonctions.

Selon Patrizia Romito, professeur en psychologie sociale, il existerait « un décalage entre l'expérience que vivent réellement les femmes en devenant mères et le discours populaire et des experts qui fournit une image toute positive et par cela, mythifiée. Derrière le mythe culturel se cache une autre réalité dont peu de femmes osent parler, parce que ne pas baigner dans le bonheur après la naissance de son enfant n'est pas socialement acceptable et contredit l'idéal de la mère parfaite et comblée ».

Ne pas arriver à être cette bonne mère,

qui prend forcément du plaisir avec son enfant et qui du fait de l'instinct maternel répond naturellement à ses besoins, imposerait une pression telle, que les mères auraient tendance à démontrer des symptômes de dépression. De ce fait, honte, sentiment de culpabilité, auto dévalorisation deviennent quotidiens chez la mère et renforcent progressivement la problématique dépressive.

Parallèlement, les mères, comme les pères, sont fragilisés par une société en pleine mutation, où le rôle de chacun est moins bien défini, où l'accès à la parentalité n'échappe pas au désir de performance, et où des croyances anciennes en matière de puériculture sont bousculées par des avancées « scientifiques ». Cela concerne particulièrement les mères migrantes tiraillées entre tradition et modernité.

Pour nous occidentaux, la grossesse, l'accouchement et les premiers instants de la vie d'un enfant s'effectuent dans un cadre fortement médicalisé. Mais pendant longtemps en France et encore aujourd'hui dans certaines ethnies, les réflexes ancestraux n'ont toujours pas cédé la place aux acquis scientifiques. Si des croyances et des pratiques millénaires liées à la maternité peuvent paraître caduques au monde moderne, elles peuvent apporter à la mère une importante sécurité psychique. Même si depuis le début du XX^{ème} siècle nous faisons face à l'objectivation croissante de la médecine, plus le savoir avance, plus il suscite d'adhésion, parfois religieuse. Il laisse des places vacantes permettant aux croyances et aux mythes de s'infiltrer. Nous sommes tous, en particuliers les professionnels, pénétrés par des convictions, souvent inébranlables, à l'origine de nombreux dictats qui laissent peu de place à la créativité des mères.

Face au bébé d'hier peu digne d'intérêt, nous vénérions depuis plus de deux décennies, un nouveau bébé doté de multiples « compétences » : il entendrait tout, reconnaîtrait l'odeur et percevrait les émotions maternelles dès sa vie fœtale, il serait un génie en puissance qu'il faudrait stimuler dès la salle d'accouchement, un bébé Einstein dont il ne faudrait pas rater la période sensible au risque de lui infliger une perte de chance. Baromètre des émotions maternelles, il serait une véritable éponge psychique à risque de traumatismes. Les psychologues n'ont pas échappé à ce mode de pensée. Comme le rappelle la psychanalyste Bianca Lechevalier, « des croyances idéalisantes ont laissé espérer des guérisons magiques de nourrissons par des

explications adressées autour du berceau sur les secrets familiaux, grâce à la parole des bonnes fées psychanalystes ».

Les pleurs du bébé sont assez significatifs dans ce domaine. Il y a cinquante ans les cris du bébé étaient présentés comme de simples exercices respiratoires, comme des cris physiologiques et même obligatoires auxquels il n'y avait pas lieu de répondre sous peine de risque d'esclavage pour la mère et de maladies pour le bébé. Aujourd'hui, si la mère doit être obligatoirement heureuse, le bébé ne doit pas apparaître en détresse non plus, dans une société hédonique, un bébé épanoui ne doit pas pleurer. Ces pleurs sont à l'origine d'angoisses particulièrement intenses chez les mères souffrant de dépression post-natale. On peut se demander si les recherches sur les compétences des bébés, qui ont un intérêt indéniable, ne subissent pas les effets pervers de leur vulgarisation. Le bébé hyper compétent, dont chaque besoin doit être immédiatement compris, dont les moindres désirs doivent être assouvis, devient pour de nombreuses mères un tyran persécuteur qui les précipite dans la dépression.

Les populations immigrées, de plus en plus nombreuses sur notre commune, sont particulièrement exposées à ces problèmes. Incompréhension dans leurs croyances et leurs pratiques, plongées dans un véritable conflit de maternage, elles sont très fragilisées quand il s'agit de mettre au monde un enfant, dans un contexte d'exil et d'acculturation.

Pour terminer, les femmes dans la précarité socio-économique sont particulièrement exposées au risque de dépression post-natale. Nombreuses sur certains quartiers de notre commune, elles représentent une préoccupation majeure au niveau du CLSM et nous sommes soucieux de leur permettre un accès à l'information et aux soins.

3. Des particularités de dépistage et de prise en charge : importance de l'entourage et des professionnels de premier recours

Si nous avons fait le choix de la dépression postnatale, c'est aussi en raison des particularités de son dépistage et de sa prise en charge. Les deux ne peuvent s'envisager en dehors d'un partenariat très étroit entre tous les professionnels présents autour de la mère de l'enfant. Choisir ce sujet répondait donc aux objectifs du CLSM qui sont de fédérer, articuler, valoriser l'ensemble des actions des acteurs de la ville de Lille en matière

de santé mentale. Par ailleurs, il est démontré que la place de l'entourage et des professionnels de premier recours est primordiale dans les soins à de cette affection.

Le rôle de chacun est indispensable en ce qui concerne le dépistage, car ce dépistage est difficile. Les femmes sont en grande difficulté pour demander de l'aide, du fait de leur pathologie même, ensuite parce que ces femmes éprouvent une intense culpabilité avec le sentiment d'être une mauvaise mère. Par ailleurs, les symptômes sont généralement mis sur le compte de la fatigue et les femmes ne pensent pas qu'elles sont en souffrance. Egalement, ces mères n'ont pas d'interlocuteur médical tant que l'enfant n'est pas malade. Enfin, nous l'avons déjà souligné, cette pathologie affecte principalement les femmes touchées par la précarité socio-économique et nous savons combien cette population est en difficulté pour accéder aux soins.

Du côté de la prise en charge, il est admis que l'écoute bienveillante et le soutien émotionnel simple suffisent à amender les troubles. La dépression postnatale ne relève donc pas de première intention de soins psychiatriques. Par ailleurs, la dépression post-natale n'est pas appréhendée par les femmes comme une maladie. Il ressort de nombreuses études internationales réalisées sur ce sujet que les femmes attribuent l'origine de leur trouble à la fatigue, à un manque de soutien émotionnel (en particulier du conjoint) et à des problèmes matériels. Ainsi, soigner la dépression post-natale, c'est prendre soin des mères et prendre soin d'elles, c'est l'affaire de tous. Le psychiatre n'est pas l'unique spécialiste de la relation, son implication ne doit pas désengager les autres professionnels du soutien relationnel simple.

Le CLSM souhaite donc mettre en synergie tous les acteurs de la cité, chacun de la place qu'il occupe. Et que chacun de ces professionnels puisse de cette place, retrouver confiance dans sa capacité soignante. C'est dans cette optique que nous avons réalisé en particulier un arbre décisionnel à l'intention des professionnels de premier recours.

Quelles actions ont été mises en place ?

Forts de tous ces constats, nous nous sommes donné plusieurs objectifs avec pour souci d'informer de façon large sur cette problématique et l'idée que pour venir en aide aux mères souffrant de dépression post-natale, il est nécessaire

de rompre avec les images stéréotypées de la femme et de la mère et de déculpabiliser celles qui ne vivraient pas la maternité de façon idyllique.

Après avoir mis en œuvre différentes actions à destination des professionnels (journées scientifiques, informations et formations au sein des quartiers dans les commissions petite enfance et dans les pôles ressources santé, recherche dans le cadre d'une thèse, réalisation d'un arbre décisionnel à l'intention des professionnels de premier recours...), plusieurs actions ont été réalisées en faveur de la population (forum citoyen, soirée ciné débat, journées portes ouvertes dans tous les lieux d'accueil et de soin des mères et des bébés...).

Plusieurs journées scientifiques ont été l'occasion de présenter notre travail, notamment lors des Etats régionaux de la pédopsychiatrie à Lille en janvier 2014 et lors des journées de perfectionnement des pédopsychiatres en mars 2015.

C'est dans le cadre des actions à destination du grand public que nous avons accompagné la réalisation de deux projets artistiques : une exposition photographique « Six semaines après » réalisée par la photographe Delphine Chenu et une pièce de Théâtre « Don't cry baby » mise en scène par Maxime Séchaud de la compagnie du Théâtre de l'Ordinaire. Nous avons choisi de positionner ces deux événements lors des SISM (Semaine d'information en Santé Mentale du 14 au 24/03/18) dont le thème de cette année était consacrée à la parentalité et à l'enfance.

1. Les projets artistiques : rompre avec les stéréotypes, un autre regard

L'idée générale était d'utiliser l'expression artistique pour déconstruire des stéréotypes et permettre de déstigmatiser les femmes les plus fragiles qui ne se reconnaîtraient pas dans des images toutes positives de la maternité. La culture est un puissant vecteur qui permet de changer des représentations erronées en proposant d'autres regards. Il s'agissait également d'offrir un format attractif pour intéresser le grand public sur un sujet à priori peu accrocheur. Avec ces deux projets, nous souhaitons amorcer des débats et des réflexions avec le grand public et nous inscrire dans une démarche préventive par leur dimension d'information et d'échange.

Ces deux démarches ont été des projets participatifs avec les habitants de la Ville de Lille avec la volonté du CLSM d'être au plus près de leurs préoccupations.

2. « Six semaines après » : montrer les mères dans leur réalité quotidienne

Ce projet a été porté conjointement par le CLSM et l'EPSMAL dans le cadre de sa commission culturelle. Le choix du titre de cette exposition est en lien avec la date du pic de survenue de la dépression postnatale qui a lieu généralement entre la 6ème et 12ème semaine après l'accouchement.

Il s'agit d'un projet participatif qui a impliqué 20 mamans et leur bébé, habitant Lille et ses environs. Ces femmes ont spontanément répondu à un appel à modèle.

Comme nous l'avons vu, la dépression post-natale résulterait en partie du décalage entre l'expérience propre des mères et leurs supposés rôles, décalage à l'origine d'anxiété profonde et de sentiment d'incapacité. C'est pourquoi l'objectif principal de cette exposition est de montrer les mères dans leur réalité quotidienne, loin des clichés aseptisés et idéalisés de la maternité véhiculés par la société et les médias habituels. Elle cherche ainsi à bousculer les fausses représentations et à permettre aux mères de s'identifier à d'autres qui leur ressemblent. Elle vise à déculpabiliser celles qui souffriraient de ne pas se retrouver dans les images lisses et mythifiées de la maternité, très éloignées de leurs vécus. Cette exposition se veut témoin de la vie ordinaire des mères d'aujourd'hui, dans leur diversité, sociale et culturelle et proche de leurs préoccupations.

Après un vernissage qui a eu lieu à la Mairie de Lille le 15 mars 2018, pendant les SISM, en présence des participantes, l'exposition « 6 semaines après » sera accrochée au mois de juin en grand format sur les grilles du parc Jean Baptiste Lebas, haut lieu de fréquentation des familles lilloises.



6 SEMAINES APRES

EXPOSITION REALISEE PAR LA PHOTOGRAPHE DELPHINE CHENU

Vernissage le jeudi 15 mars à 18h30
À l'hôtel de ville de Lille,
place Augustin Laurent, Salle Erro
Exposition du 20 juin au 22 juillet
Sur les grilles du Parc
Jean-Baptiste Lebas à Lille

epsm

Elle a aussi pour destinée d'être mobile dans différents endroits (comme les mairies de quartiers, les centres sociaux, les cafés de parents-enfants, les antennes de PMI, les maternités etc.) et de servir de support d'échanges et de discussion autour de la parentalité en général, et de la dépression post-natale en particulier.

3. La pièce de théâtre « Don't cry baby »

Le spectacle théâtral « Don't cry Baby », porté par la compagnie du Théâtre de l'Ordinaire et mis en scène par Maxime Séchaud s'adresse au grand public qu'il cherche à sensibiliser sur le sujet de la dépression post-natale en particulier et plus généralement, sur la parentalité. Ce projet a été porté conjointement par CLSM et l'EPSMAL.

« Don't cry baby », titre également d'une chanson rock, est un clin d'œil au « blues » de la dépression post-natale. Il sonne à la fois comme une parole de consolation mais aussi d'injonction qui s'adresseraient à la mère comme au bébé.

« C'est un spectacle choral.

Un spectacle qui a réuni une quinzaine de femmes sur le sujet de la parentalité et de la naissance du bébé.

Aucune ne sont des professionnelles de théâtre.

Certaines sont mères, d'autres ne le sont pas.

Certaines souhaitent le devenir, d'autres revendiquent leur refus catégorique de faire des enfants.

Ce n'est pas une histoire, ce sont des histoires.

Car c'est bien le mot qui ressort de nos échanges et de notre rencontre. Plurielles.

C'est donc la pluralité de ces parcours, avec humour et finesse que nous voulons offrir au spectateur.

Ces parcours, ce sont les leurs, ou celles de rencontres qu'a pu faire la compagnie.

Ce sont des parcours de vie.

C'est l'histoire du premier sourire, ou des premiers pleurs.

Une histoire de peurs et d'injonctions.

Une histoire de pression.

Une histoire de dépression.

Une histoire d'une mère qui traverse la mer.

Une histoire de père sans mère ou de mère sans père.

C'est peut-être la vôtre d'histoire... ».

Maxime Séchaud

Il s'agit là aussi d'un projet participatif dont l'écriture s'est appuyée sur une collecte de témoignages recueillis auprès d'habitants, mais aussi de professionnels de la mère et de l'enfance de la ville de Lille. L'idée était de donner la parole à la population et en particulier aux femmes afin de témoigner de leur parentalité

propre. Il n'y a pas une façon d'être mère, père, mais des mères et des pères, à la fois pluriels et singuliers. Encore une fois, il s'agissait de démythifier les maternités idylliques et de parler des aléas dans l'accès à la parentalité.

« Don't cry Baby » met en scène quinze femmes et deux hommes, aucun n'étant un professionnel de théâtre. Ils ont également répondu à un appel à participation. Ces participants ont enrichi l'écriture de la pièce.

La première de cette pièce a eu lieu le 24 mars 2018 au Théâtre de la Verrière à Lille, pour clôturer les SISM. La salle était comble et de très nombreuses inscriptions ont été refusées. Le spectacle a rencontré un franc succès, tant du côté des professionnels que du grand public. Il a été suivi d'un débat qui a été très riche avec la salle.

D'autres représentations sont prévues et en attente de financement.

Conclusion

Contrairement à nos craintes, nous n'avons eu aucun problème à recruter des modèles pour l'exposition photo. Nous n'étions pas certains que les mères accepteraient de se laisser photographier sans fard, en situation naturelle et qu'elles nous fassent confiance, selon ce qui était établi, pour nous laisser choisir leur image sans qu'elles n'en aient un droit de regard. L'accueil réservée à la photographe a été particulièrement bienveillant et les échanges entre elles et les mères, émotionnellement riches. Les femmes ont exposé sans crainte leur intimité. Au travers de leurs motivations, nous avons décelé un important élan de générosité et de solidarité vis-à-vis des autres mères à qui l'exposition serait destinée. Il y avait un véritable souci de créer des liens et

d'offrir des appuis pour l'ensemble des femmes et les plus fragiles en particulier. Le metteur en scène, de son côté, a été surpris de la facilité avec laquelle les habitants se sont confiés à lui lors du recueil de témoignages. La portée émotionnelle était également très forte et il a été plongé rapidement dans une intimité sans réserve, avec le sentiment d'être en position de « psy ». Le groupe des habitants impliqué directement dans le spectacle s'est rapidement fédéré et une « alchimie particulière » s'est instaurée entre les membres. Les échanges lors des répétitions ont été passionnés et aussi riches d'émotions. L'intérêt du sujet, l'envie d'en débattre ont été particulièrement intenses.

L'implication forte des habitants nous a confortés dans nos choix : celui de la dépression post-natale d'une part et de la création artistique comme support d'information et de débat d'autre part. Nous avons pu constater que la parentalité et les difficultés d'y accéder sont des sujets qui touchent et concernent très fortement la population.

Par ses deux projets artistiques nous avons répondu aux objectifs généraux du CLSM et à nos missions de secteur qui sont prévention, proximité avec les habitants, co-construction de projets soutenues par un important travail de réseau.

(1) Département, Réseau de périnatalité OMBREL, services de pédopsychiatrie de l'EPSMAL, du GHICL et du CHRU de Lille, CMPP Decroly, EPDSAE, l'Associations Mamans blues

(2) Coordinatrice du CLSM : Marina Lazzari ; Responsable de la communication et de la commission culturelle de l'EPSMAL : Maud Piontek ; responsable du service santé à la mairie de Lille : Hélène Pauchet

Bibliographie et liens

● Lecompte-Antoine Marie : *Etats des lieux de la prise en charge de la Dépression Postnatale par les professionnels de premier recours sur la ville de Lille*. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, année 2015, Université Lille 2 droit et santé, faculté de médecine Henri Warembourg

● Théâtre de l'ordinaire - Accueil | Facebook
<https://fr-fr.facebook.com/Théâtre-de-lordinaire-173064892723521>

● 28 portraits | Delphine Chenu – Photographe www.28portraits.com/

● <http://www.epsm-al.fr/content/interview-crois%C3%A9%A9%C2%A0-dr-patricia-do-dang-et-delphine-chenu>

● <http://www.weo.fr/video/95246/>

Les parents experts

Liliana MONHEIT, psychologue
Nicole STEINBERG, PH
Pôle Psychiatrie Enfant
Adolescent
67150 Erstein

Un colloque organisé en 2017 à Strasbourg par l'association « Eurocos, humanisme et santé » (<http://eurocos.u-strasbg.fr/>) sur le thème des « patients experts » nous a permis d'interroger une configuration nouvelle de nos rencontres avec les parents dans notre consultation : celle de la rencontre avec des parents « experts » de la maladie de leur enfant. Cette position nous semble modifier ce qui s'instaure de singulier dans la relation entre patient et consultant.

Cette configuration se trouve particulièrement illustrée devant des pathologies sévères comme les troubles graves du développement connues sous le nom générique et polémique de troubles du spectre autistique, mais également dans d'autres domaines. Nous prenons l'autisme pour sa valeur exemplaire, en espérant éviter les polémiques actuelles et sans qu'il s'agisse aucunement de contester toute l'importance de partager savoir et expérience avec les familles.

En parallèle, nous observons un mode particulier de relation que nous ce parent en position d'« expert » avec son enfant, qui ouvre une autre question ; on peut la formuler ainsi : la position d'expertise du parent impacte-t-elle parallèlement la relation avec le thérapeute et avec l'enfant ?

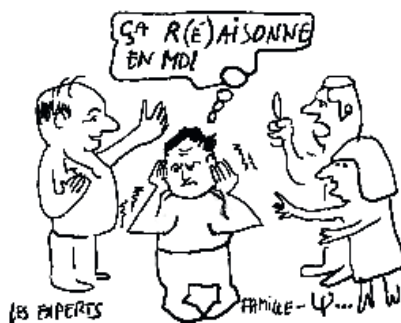
Relation parent/psy

Comme nous le constatons tous, certains parents - de plus en plus nombreux - arrivent en ayant consulté une pléthore d'informations (campagnes d'informations diverses, réseaux sociaux, sites internet) ; ils se positionnent dès la première rencontre comme « experts »

du trouble de leur enfant. Leur savoir s'accompagne en même temps d'une très grande anxiété, les parents cherchant auprès du spécialiste confirmation ou infirmation de ce que les symptômes de l'enfant laissent présager.

Les rencontres s'instaurent sur un mode paradoxal et inconfortable : leur savoir et leurs informations d'un côté, leur anxiété de l'autre s'entrecroisent avec à la fois la projection sur le thérapeute qu'il possède un savoir plus assuré que le leur, et en même temps et avec la même force, un doute sur ce savoir.

Un exemple est cette maman qui vient



exiger dès la première consultation l'ensemble des examens complémentaires (y compris des examens invasifs) qu'elle pense indispensables au diagnostic et qui n'ont pas de légitimité à ce stade.

Ce qui se construit habituellement et qui est la base de l'alliance thérapeutique est ici mis à mal. La tentative de prendre avec les parents la mesure du trouble et de ses effets est remplacée par une demande que nous répondions « tel un prestataire de service » à une exigence fléchée d'avance.

Historiciser le début des troubles, leurs premières observations, semble faire courir le risque de culpabiliser ; problématiser et complexifier les échanges semble inutile au profit d'une position qu'on peut appeler « opératoire ».

Le fonctionnement opératoire

Nous utilisons ici un concept qui décrit comme traits les plus caractéristiques un « discours dépourvu d'émotions, ou une grande difficulté à mettre ces émotions en mots, un discours factuel, collé à la réalité, une priorité accordée à l'action » (Pierre Marty, 1962). L'apparente pauvreté de la vie fantasmatique faisant croire à une pauvreté de mentalisation, doit être considérée comme un mécanisme de défense.

Ce mode opératoire inaugure un dialogue particulier et se fait au détriment du temps nécessaire pour construire une

compréhension globale et partagée du trouble, et la relation d'aide qui peut en découler.

S'agit-il dans le malaise que nous ressentons d'une menace sur une position médicale indiscutablement toute puissante ? Défendons-nous nos habitudes ou notre narcissisme ? Sûrement un peu..., mais cela attaque de façon beaucoup plus profonde la particularité de notre approche de « psy / psychothérapeute » devant une pathologie.

Comment continuer à être « psy d'enfant » quand la demande d'aide voudrait faire l'impasse sur l'histoire et l'impact des émotions, des relations précoces et comment s'engagera le travail thérapeutique sur ces bases ? Sommes-nous condamnés à naviguer entre des protocoles pré-écrits ?

Méfiance et évitement de la complexité

Les professionnels de la pédopsychiatrie sont rendus nécessaires par les textes pour poser des diagnostics et obtenir les aides indispensables (les compensations du handicap) ; en même temps ces mêmes professionnels sont parfois contestés dans les soins qu'ils proposent. Dès la première rencontre, le tiraillement entre la position de « parent expert » et l'adresse à un spécialiste indispensable est perceptible ; une tonalité de méfiance est sensible, les parents s'interrogent sur les références théoriques que nous allons utiliser : allons-nous - comme tous ces « méchants pys » - les rendre coupables de la pathologie ? Allons-nous savoir appliquer les protocoles qu'ils connaissent ?

D'ailleurs cette question de l'application des protocoles va se rencontrer chaque fois que nous faisons notre travail de soignant, c'est-à-dire quand nous voulons adapter nos propositions à la singularité du cas.

Le travail de guidance que nous avons toujours mis en œuvre pour aider ces parents vivant un quotidien si difficile est aussi mis à mal ; le souci de maintenir le parent en tant que parent plutôt que quasi « professionnel » rencontre le désir de certains parents d'être reconnus comme professionnels...

On comprendra ici combien la relation transférentielle médecin/parent peut être mise à mal dans ces rencontres et combien un « psy » habitué à trouver son efficacité dans la mobilisation des représentations de chacun se trouve

piégé par l'uniformisation exigée des réponses et le savoir préétabli sur ce que nous « devons » apporter.

Il nous semble nous trouver devant un terrible appauvrissement de la relation thérapeutique... qui risque fort de ne plus être thérapeutique, sauf à reconstruire lentement un rapport différent.

Effets de la position expertale sur la relation avec l'enfant-patient

Nous avons attiré l'attention sur les effets de la position expertale sur la pratique. Il convient d'en interroger aussi les effets sur la position de certains parents dans leurs relations avec l'enfant-patient.

Un détour est nécessaire :

Trois perspectives concourent à la construction de cette position, nous allons les développer brièvement :

- la première est la prééminence et la valorisation de « modes d'emploi », voire de protocoles, y compris dans la littérature de conseils aux parents en général.

- une autre s'inscrit dans un discours collectif concernant l'enfance, discours lui-même appuyé sur une logique de « pragmatisme et d'efficacité » : l'exemple qui nous semble l'illustrer est celui du succès récent de la mode du langage des signes pour de très jeunes enfants (4 mois) auprès des parents et des crèches.

- la dernière, plus individuelle, concerne la position subjective du parent confronté aux troubles graves de son enfant.

C'est sur celle-ci que nous insisterons, la position d'expert apparaissant comme réponse possible face aux difficultés rencontrées.

« Position subjective » du parent d'enfant ayant des troubles graves

Le retrait relationnel chez un très jeune enfant, caractéristique d'un risque de troubles autistiques a des effets sur les relations avec l'entourage et oblige celui-ci à trouver des aménagements particuliers. Nous savons que « l'enfant donne naissance à la mère comme la mère donne naissance à l'enfant » ; cela passe par des regards, des rythmes, des habitudes qui se prennent et donnent au parent le sentiment de « comprendre son enfant ». Peut-on se représenter l'expérience très déstabilisante que vit un jeune parent dont l'enfant ne le regarde pas, qui peut rester des heures sans se manifester, ou dont on n'arrive pas à

calmer des colères incompréhensibles et bien d'autres manifestations mettant à mal les tentatives d'entrer en relation ?

Ces relations précoces induisent en réaction chez le parent des modalités particulières de relation avec cet enfant, modalités qui vont imprimer leurs singularités de façon durable. Pensons à ces mères qui racontent par exemple comment elles en sont venues à réduire les interactions avec leur jeune enfant, pour éviter à la fois ses réactions inadéquates, mais aussi pour se protéger des émotions négatives ressenties à cette occasion. Plus tard, l'étrangeté se confirme et les situations de désarroi du parent se multiplient dans la vie quotidienne.

Comment faire face à un quotidien angoissant comme ces réactions incompréhensibles de l'enfant, qui ne sont pas accessibles aux réponses habituelles d'un parent ? Comment rendre la relation supportable ? Comment accepter un diagnostic très difficile ? Comment faire face au sentiment de culpabilité souvent présent comme souvent devant les malheurs ?

Chacun va trouver en lui-même ou dans son entourage les ressources pour faire face, et ces réponses sont forcément infiltrées de la personnalité et des mécanismes de défense propres à chacun.

Devenir expert est sans doute une des manières de répondre à ces questions, comme dans d'autres situations extrêmes. Cela pourrait représenter une tentative de retrouver une position de maîtrise face à la maladie, occasion de devenir acteur et d'élaborer le traumatisme de la maladie.

Dans la situation des troubles du spectre autistique, cette position expertale a sans aucun doute ces vertus. Pourtant nous y voyons un risque souvent observé : la relation parent-enfant s'y appauvrit dans son déploiement global ; elle se rétrécit à un positionnement d'apprentissage et de renforcement. L'intérêt porté à un « entraînement » de l'enfant (à ce qu'il réponde à une question simple de façon répétitive, par exemple) peut entraver, nous semble-t-il, de possibles ouvertures relationnelles.

Du côté de l'enfant le défaut de lien entre expériences et émotions, et ses difficultés à les partager font partie du tableau clinique ; ils rencontrent chez le « parent-expert » une réaction en miroir qui renforce cet apprentissage en secteur et laisse de côté l'appréhension de la globalité de la vie psychique de l'enfant. Cela maintient sans doute l'espoir que quelque chose puisse être appris de

l'extérieur, ou encore que dans un secteur l'enfant puisse montrer des performances « comme les autres », ce qui laisse espérer une perméabilité entre lui et le monde qui l'environne. Mais cette attitude est grandement renforcée au nom de ce qu'ils ont appris ou compris des besoins de la symptomatologie tels que les méthodes d'apprentissage les enseignent.

Cela renvoie à une appréhension simplifiée de l'enfant comme ayant une succession de « comportements » inadéquates dont la fonction du parent expert est de les « corriger » ; cette posture laisse de côté la complexité de tout sujet humain et l'extrême variabilité clinique de chacun des enfants concernés par un diagnostic trop largement employé.

Risque d'appauvrissement relationnel

On voit que la position d'expertise parentale fait courir le risque d'appauvrir la relation, de réduire les échanges langagiers ; ceci se rajoutant aux effets de la pathologie elle-même, transforme l'échange entre un parent et un petit en sollicitations à visée de stimulation et d'apprentissage.

Si on mesure un certain intérêt d'une position expertale d'un parent, on voit également les risques qu'elle fait courir autant à la relation parent/professionnel qu'à la relation parent/enfant.

La pratique des pédopsychiatres doit certes s'adapter à ces transformations, mais celles-ci ouvrent des questions plus larges : elles contribuent, nous semble-t-il, à la création d'un discours collectif, d'une vulgate généralisante qui, dans notre discipline, touche particulièrement le domaine des troubles graves du développement de l'enfant, ouvrant le chemin d'une conception rétrécie et opératoire des relations humaines.

Surexposition aux écrans : un débat conflictuel

Marie-Claude BOSSIERE
PH, Ville Evrard (93)

Il était une fois...

En février 2017, le Dr Ducanda, médecin de PMI de l'Essonne, bricole une vidéo qu'elle poste sur Youtube, témoignant de son expérience clinique chez les jeunes enfants : elle repère la coexistence de signes autistiques et d'un temps très excessif d'exposition aux écrans ; elle constate fréquemment la diminution des troubles si la surexposition aux écrans est stoppée.

Des cliniciens (pédopsychiatres, psychologues, orthophonistes) témoignent du même constat ; rejoints par un professeur de lettres, ils créent le Collectif Surexposition Ecrans (CoSE) et rédigent une charte qu'on peut lire sur leur site internet surexpositionecrans.org. Actuellement, plus de 3000 personnes, essentiellement médecins et enseignants, ont signé cette charte.

Cette vidéo a déclenché une campagne extrêmement violente de dénigrement par des médecins sur les réseaux sociaux (Dr F. Ramus, directeur de recherches au CNRS : « Sciences et pseudosciences », n°323, janvier 2018, Dr H. Peyre, médecin pédopsychiatre à l'hôpital Robert Debré et hypnologue : <https://www.gynger.fr/ecrans-et-tsa-les-elements-du-debat>, Dr S. Tisseron : « Avant les écrans, on laissait les enfants devant la fenêtre », Dr Pelloux, urgentiste, sur handicap.fr : « Autisme lié aux écrans, la « fake news », 2/2/2018) et également par des médias : Huffington Post, Nouvel Obs, Rue89....

Suivent des attaques par certains parents d'enfants présentant un TSA, qui voient dans cette vidéo une culpabilisation et demandent même réparation pour préjudice, avec plainte au Conseil de l'Ordre des Médecins de l'Essonne, annulation de conférences du Dr Ducanda sous la menace... Lors de la conciliation au Conseil de l'Ordre, ces plaignants ont demandé au Dr Ducanda de ne plus jamais utiliser le mot « autisme », ni le mot « autistique », de retirer ses vidéos de YouTube et de faire des excuses publiques.... Ces procédés ne sont pas sans rappeler ceux utilisés par certaines associations de parents d'enfants autistes contre le packing, contre la psychanalyse, contre les pédopsychiatres et en première ligne notre collègue Pierre Delion.

Puis une tribune du Monde, initiée par M.N. Clément et S. Tisseron, le 14 février 2018, proteste contre le message du Dr Ducanda : « Enfants face aux écrans, ne cédon pas à la démagogie ».

La tribune est signée par un certain nombre d'associations professionnelles, mais ni par l'API, ni par la SFPEADA, qui

ont peut-être cherché à s'informer plus objectivement avant de signer « par amitié ».

Les faits

En effet, de quoi s'agit-il?

- d'abord, cette vidéo est un constat clinique, que beaucoup de pédopsychiatres partagent sur l'ensemble du territoire : les tableaux de TSA ont une prévalence multipliée depuis quelques années, et les diagnostics de TSA sont parfois un peu rapides dans les services dits « spécialisés ».
- il s'agit d'une demande de faire réaliser des études sur les effets de la surexposition aux écrans chez les jeunes enfants, inexistantes en France et en Europe.
- il s'agit de conseiller dans un premier temps, en attendant un rdv auprès d'un CRA, la limitation des temps d'exposition aux écrans et d'observer cliniquement si se produit une diminution de la symptomatologie.
- c'est donc une demande d'application d'un principe de précaution appliqué à nos enfants, en diminuant le temps d'écrans.

Le tableau clinique observé

Ces enfants de 3-4 ans sont "dans leur monde", ils ne regardent pas toujours l'adulte, semblent absents de la relation à l'autre, ne répondent pas à l'appel de leur prénom et présentent d'importants retards de langage : ils ne parlent pas ou s'expriment dans un pseudo-langage (qui peut faire illusion et même rassurer quant à leurs compétences), répétant en écho, sans les comprendre, des mots en anglais et des chiffres, des comptines et des phrases, avec les mêmes intonations que celles des applications numériques. Leurs jeux sont pauvres et répétitifs : ils alignent des petites voitures, placent longuement des objets devant leurs yeux, les jeux de construction ne les intéressent pas, ils n'inventent pas de scénarios... Ils ont peu d'échanges avec leurs parents, eux-mêmes plongés dans la consultation de leur smartphone, ce superbe médicament aux effets tellement indésirables : à la fois sédatif et addictif, antistress et toxique, qui donne l'illusion de la relation permanente et isole en même temps.

D'un point de vue clinique, chez ces enfants de 3-4 ans surexposés aux écrans, on repère des invariants:

- retard de langage,
- prosodie mécanique du langage,
- retrait relationnel,
- développement psychomoteur bi-dimensionnel, et non accession à la tridimensionnalité,
- structuration du temps sur un mode d'immédiateté et d'intolérance à l'attente.

Pour chaque clinicien, cette alerte peut amener à des questions nouvelles dans « l'interrogatoire », temps de l'examen médical indispensable à toute élaboration du protocole de soin :

- La TV est-elle allumée en permanence? Les repas sont-ils pris devant les écrans ?
- Les écrans sont-ils utilisés en cas de conflit avec l'enfant ?
- L'enfant va-t-il chercher lui-même sur YouTube les vidéos qu'il affectionne et qu'il regarde en boucle ?
- Fait-il des crises quand le parent reprend la tablette ou le portable ?

Contexte sociétal

Les technologies numériques ont envahi les relations sociales. Les appareils nomades se sont rapidement multipliés après l'apparition en 2007 du premier iPhone. Les études de Linda Pagani, qui n'évoquent pas de signes autistiques en cas d'exposition à la TV avant 2 ans, semblent obsolètes ; on brandit ces études comme on le ferait d'un bouclier face à la Méduse. Pourtant en 1998, les enfants n'étaient pas soumis à ce phénomène des écrans nomades ; les situations ne peuvent être comparés.

Un organisme américain indépendant, *Common Sense Media*, a quantifié la prolifération des écrans nomades entre 2013 et 2017 dans 1400 foyers comprenant au moins un enfant de moins de 8 ans, et l'augmentation du temps passé devant ces écrans ; malheureusement, il n'y a pas d'étude en France. Les USA ont été impactés plus rapidement que l'Europe et les pédiatres américains recommandent maintenant une prudence que n'ont pas encore intégrée les pédiatres français. Seule nouveauté : l'introduction en avril 2018 dans les carnets de santé d'une recommandation de non exposition aux écrans pour les moins de 3 ans.

En ce qui concerne cette alerte aux écrans, les réseaux sociaux et les médias reprennent des bribes d'information détachées de leur contexte et cherchent à créer le buzz. Il est important dans le contexte sociétal actuel d'attaque des liens et de la pensée, de rester le plus objectif possible face aux constats cliniques. Une façon de discréditer une information comme celle du Dr Ducanda est de la traiter de « fake news » : mécanisme projectif rapide, court-circuitant toute possibilité d'analyse. Avec pour risque de se couper de ses amis pour se retrouver alliés avec ses

ennemis. Réfléchissons à ce risque d'adhésion au discours de l'agresseur !

Les études publiées

Rappelons donc quelques données objectives, en regrettant que les études disponibles soient essentiellement américaines, et qu'aucune étude d'envergure n'ait été faite en France.

- une étude roumaine, par M. Zamfir : cette étude comparative sur des enfants entre 0 et 3 ans, de 2012 à 2017, exposés ou non à plus de 4h d'écrans par jour, conclut à la production pour ceux-là de comportements et symptômes équivalents à ceux rencontrés dans l'autisme, appelés « virtual autism », *Journal of Romanian Literary Studies*, n°13-2018, https://www.researchgate.net/publication/323748812_THE_CONSUMPTION_OF_VIRTUAL_ENVIRONMENT_MORE_THAN_4_HOURS_DAY_IN_THE_CHILDREN_BETWEEN_0-3_YEARS_OLD_CAN_CAUSE_A_SYNDROME_SIMILAR_WITH_THE_AUTISM_SPECTRUM_DISORDER

- une étude australienne, R. Sharman, (Brisbane), montrant que trop surfer sur les réseaux sociaux entame la capacité de l'enfant à lire les expressions faciales : <http://www.abc.net.au/news/2017-09-26/screen-time-could-hamper-ability-to-read-facial-emotions-study/8987512>

- et une série d'articles disponibles sur ce lien édité par CoSE :

<http://www.surexpositionecrans.org/project/bibliographie/>

- Common Sense Média : <https://www.common Sense Media.org/research/the-common-sense-census-media-use-by-kids-age-zero-to-eight-2017>

Conclusion

Connaitre le climat conflictuel autour de la question des technologies numériques nomades est important pour les professionnels de terrain que sont les pédopsychiatres, au contact de la population la plus fragile : les très jeunes enfants. Le souci de protection des tout-petits est pourtant très présent dans d'autres domaines : on les emmène chez le médecin, on les vaccine, on surveille de près leur alimentation, on se soucie de leur mode de garde... Mais, malheureusement, on prête moins attention à leurs interactions. Or, les enfants ne sont pas des adultes en miniature, ils ont des besoins spécifiques, notamment affectifs et relationnels. Au moment où s'élabore le programme de nos prochaines journées de perfectionnement en septembre au ministère sur le thème des besoins fondamentaux de l'enfant, rappelons le besoin fondamental de sécurité et de protection des jeunes enfants par des adultes informés.



Participation de l'API au CNPE (Conseil National de la Protection de l'Enfance) : perspectives et contributions

Claudine DESOBRY
PH, cheffe de service
Henin-Beaumont (62)

Un peu plus d'un an après son installation, le CNPE, chargé de faire des propositions au gouvernement sur les orientations nationales de la protection de l'enfance, a remis une première série d'avis et de propositions.

Le lien ci-dessous vous permet de prendre connaissance de la totalité du rapport d'activité 2017 (80 pages) :

<http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/conseil-national-de-la-protection-de-l-enfance-cnpe/article/rapports-d-activite-du-cnpe>

Voici quelques extraits et résumés des principales propositions de ses 5 commissions.

1. La commission « Adoption et suppléances parentales longues » a opté pour 3 axes :

- Préparer, informer, accompagner les candidats à l'adoption en rendant obligatoire pour ces candidats de participer aux réunions d'information pendant et après l'agrément.
- Améliorer le projet de vie des enfants pupilles en rendant obligatoire le bilan d'adoptabilité, quand le projet de vie de l'enfant est l'adoption.
- En 2018, la question de l'accès aux origines sera travaillée (PMA, ASE, enfance en danger).

2. La commission « Prévention et repérage précoce » préconise :

- Une campagne d'information et de sensibilisation annuelle grand public contre les violences faites aux enfants. Des messages devront être ciblés pour les enfants et les adolescents sur le 119.
- Amélioration des partenariats et mise en cohérence de tous les dispositifs de gouvernance/de partenariat existants sur un territoire.
- Actions récurrentes d'informations de tous les acteurs de terrain (professionnels scolaires, départementaux, municipaux, hospitaliers, médecins libéraux, avocats, associatifs...) sur le dispositif départemental de recueil des informations préoccupantes (CRIP).
- Mise en place ou repérage des dispositifs d'aide à la rédaction d'information préoccupante, existant sur le territoire.

● En 2018 les projets sont :

- Amélioration des repérages précoces et indicateurs de vulnérabilité (des enfants et des familles), notamment en prenant en compte la durée et l'importance de l'exposition (cf. études de Daniel Rousseau). Les réponses seront diversifiées : des dispositifs d'aide aux familles pour s'adapter aux besoins de l'enfant, des actions de prévention, jusqu'aux décisions formelles de protection et notamment le placement de l'enfant si nécessaire.
- Les travaux concerneront également les outils d'aide à la mise en place des protocoles permettant de proposer des éléments de guidances pour leur élaboration en priorisant les actions au regard : des besoins de l'enfant, de son âge, du territoire, de la population sur ce territoire, des thématiques à aborder.

3. La commission « Adaptation des interventions aux besoins de l'enfant en Protection de l'Enfance » :

● Le CNPE suit de façon pluriannuelle la mise en œuvre de la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant et ses 15 décrets d'application (suivi réalisé par la DGCS et l'ANDASS). Un premier bilan sera présenté au premier trimestre 2018 sur l'entrée dans l'âge adulte et l'accompagnement des jeunes majeurs, l'entrée en famille d'accueil, le groupe sur la santé.

● Pour l'évaluation de la situation de l'enfant au regard de son « besoin de sécurité » (cf rapport du docteur Marie-Paule Martin-Blachais), le CNPE préconise que l'évaluation des informations préoccupantes et de la situation des enfants pris en charge, soit formulée et organisée dans un référentiel national harmonisé.

● Le CNPE recommande que chaque cadre de référence d'évaluation des situations des enfants et des jeunes (à partir d'une information préoccupante et/ou au moment de leur prise en charge par l'ASE) ait les caractéristiques suivantes :

- prendre en compte les besoins de l'enfant, au regard de son âge, de son développement et de sa singularité ;
- permettre un continuum dans les actions mises en place auprès de l'enfant et du jeune de l'adolescent ;
- identifier les capacités des figures parentales et les ressources de l'environnement de l'enfant et de l'adolescent pour les mobiliser dans le projet d'accompagnement ;
- connaître et analyser les données du contexte familial, social et culturel susceptibles d'influer sur les réponses à ces besoins (facteurs de risque et de protection) ;
- assurer une implication participative des acteurs (enfants et parents), pour une confrontation des points de vue tout au long du processus.

● Sur la difficile question des Mineurs Non Accompagnés (MNA) Le CNPE s'est longuement interrogé en 2017 sur ce sujet qui réunit des enjeux politiques, financiers et d'ordre public. Les chiffres concernant le nombre de MNA accueillis sont éloquentes : 10000 en 2015, 13000 en 2016, près de 25000 en 2017.

Le CNPE préconise que soit réglementé et soutenu financièrement :

- la phase de mise à l'abri et d'évaluation de la minorité et de l'isolement des jeunes se déclarant mineurs et isolés, ce qui nécessite : une mise à l'abri, donc hébergement immédiat et adapté, une prise en charge des soins et des dépistages médicaux, un accompagnement linguistique dans la langue parlée et comprise, la représentation légale dans toutes les procédures, l'information sur les voies de recours contre la décision.
- dès lors que la minorité est reconnue, les droits des MNA doivent être garantis au même titre que pour tous les mineurs sur le territoire, notamment :



- les besoins spécifiques (soins, apprentissage de la langue, octroi d'un titre de séjour ou d'une autorisation de travailler).
- le statut des mineurs doit garantir leur représentation : effectivité de la tutelle ou de la délégation d'autorité parentale.
- la sortie du dispositif de protection doit être préparée en amont, en particulier la régularisation du droit au séjour sur le territoire national qui devrait pouvoir être facilitée pour ces jeunes accompagnés dans leur projet de vie par l'Aide Sociale à l'Enfance.
- intervention auprès des autorités des pays d'origine pour maintenir autant que faire se peut, dans le respect de la sécurité du mineur, notamment s'il bénéficie du statut de demandeur d'asile puis de réfugié, les liens avec sa famille restée au pays d'origine.
- faciliter si la personne le souhaite la construction d'un projet de vie dans son pays d'origine ou dans un autre pays, des réponses de retour accompagné. Cela implique un renforcement des coopérations entre les Etats, piste jusqu'alors insuffisamment explorée.

4. La commission : « Connaissance et Recherche en Protection de l'Enfance » :

Le CNPE s'est donné comme mission de diffuser des données prioritaires chaque année :

- 299 600 mineurs, 20 900 jeunes majeurs sont concernés par une prestation ou une mesure de protection de l'enfance en 2016.
- 92 639 mineurs ont fait l'objet d'une saisine du juge des enfants en assistance éducative en 2016 (SDSE-justice).
- Estimation des dépenses de l'ASE pour 2016 (DREES) : 7,825 milliards d'euros. Il est rappelé que les dépenses départementales de l'ASE sont définies hors dépenses de personnels des conseils départementaux, à l'exception des assistants familiaux. En effet, les dépenses de personnels départementaux sont parfois difficiles à flécher selon le domaine d'intervention.
- En 2016, 131 mineurs sont décédés de mort violente au sein de leur famille dont 67 en intrafamilial (père, mère, grands-parents, beaux-parents). Cet indicateur a été construit au terme des travaux menés dans le cadre du plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants (2017-2019).
- En 2018 : l'objectif est de poursuivre les études en population générale.

5. La Commission « Formations en Protection de l'Enfance »

Le CNPE estime que La formation est un des leviers essentiels de l'évolution des pratiques en protection de l'enfance. En 2017, Le CNPE s'est saisi de l'opportunité des travaux en cours menés dans le cadre du plan d'action interministériel en faveur du travail social et du développement social, et a adressé à la commission professionnelle consultative (CPC) ainsi qu'au Haut conseil du travail social la recommandation suivante en matière de formations initiales et continues des travailleurs sociaux :

- Développer dans les formations initiales des travailleurs sociaux des connaissances partagées et régulièrement actualisées sur :

- le développement affectif, cognitif et psychomoteur de l'enfant
- les conséquences des violences et négligences sur le développement de ses capacités
- les freins au repérage des maltraitances faites aux enfants.

- Veiller, dans les diplômes de niveau 3, (assistant(e)s de services sociaux, éducateurs spécialisés, éducateurs jeunes enfants et conseillers en économie sociale et familiale) à :

- Développer les approches par les droits et les besoins des enfants.
- Transmettre les enjeux de l'attachement
- Mieux prendre en compte les conséquences des traumatismes
- Former à l'évaluation des situations en protection de l'enfance (analyse des besoins de l'enfant, des capacités parentales, des ressources mobilisables...)

- Travailler les spécificités de l'accompagnement des enfants vulnérables (construction d'une relation sécurisée, approches pluri professionnelles...)
- S'inspirer de ces recommandations sur le contenu de la formation des travailleurs sociaux pour la formation de l'ensemble des professionnels mobilisés dans l'exercice des missions de protection de l'enfance comme les assistants familiaux et les techniciens de l'intervention sociale et familiale.
- Favoriser les formations croisées entre professionnels de métiers et d'institutions différentes.
- Organiser pour tous les cadres en protection de l'enfance une formation spécialisée d'adaptation à l'emploi ou d'accompagnement à la prise de fonction dans les deux années suivant leur prise de fonction et concernant les aspects cliniques, sociologiques, juridiques, stratégiques et managériaux de la fonction en protection de l'enfance.
- Favoriser un parcours de formation tout au long de la vie professionnelle des cadres et la formation aux processus de prise de décision dans des contextes souvent d'une grande complexité.
- Inscrire ces formations dans une démarche institutionnelle de soutien aux pratiques et d'amélioration des fonctionnements des dispositifs de protection de l'enfance.
- Proposer des formations croisées avec les magistrats dans le cadre d'un module dédié à la prise de décision en protection de l'enfance.

Le CNPE a émis aussi d'autres avis motivés par l'actualité :

- Avis au gouvernement visant à encourager le dépôt d'un projet de loi interdisant toutes formes de violences à l'encontre des enfants dans le cadre de la campagne de lutte contre la violence faite aux enfants.
- Avis sur la résidence alternée : éviter la systématisation de la résidence alternée en cas de séparation des parents. La résidence en alternance est souvent une bonne réponse à la séparation parentale, mais elle ne saurait être systématisée au regard des

besoins et des droits des enfants. Réponse concrète au respect du droit de l'enfant au maintien des liens avec ses deux parents, elle a été dévoyée par les parents qui placent le débat sur le plan de l'égalité de leurs droits au lieu de celui des besoins de l'enfant.

● Avis pour le maintien du pécule des jeunes sortant de l'ASE : cette mesure vise à permettre aux enfants accueillis en protection de l'enfance de se constituer un pécule certes modeste, grâce au versement jusqu'à leur 18 ans de l'allocation de rentrée scolaire sur un compte bloqué dont ils perçoivent le contenu à leur majorité.

Contribution de l'API au CNPE

Les rencontres de perfectionnement (qui réunissent API, SFPEADA, SIP pour l'organisation, sous l'égide de la FFP) auront lieu les 17, 18, 19 septembre au ministère sur le thème : Développement, environnement, besoins fondamentaux de l'enfant. Quelle place pour la pédopsychiatrie ? Certaines conclusions ou communications de ces journées seront, nous l'espérons, contributives pour les travaux du CNPE.

En 2017 j'ai participé, au nom de l'API, à 3 commissions (prévention, adaptation des outils et recherches) et au bureau (1 réunion par trimestre pour chaque groupe de travail).

En 2018, nous faisons le choix de répartir les participations. Ainsi en fonction de nos disponibilités, Béatrice Bennevault prendra en charge la commission « adaptations des outils », je resterai référente de la commission « prévention et repérage » et « études et recherches ». Nous avons le projet de participer ensemble aux réunions du bureau et plénières qui nous donnent une vision globale des propositions et des 2 autres commissions « adoption » et « formation ».

Pour soutenir ce travail au sein du CNPE, un groupe de réflexion API « CNPE 2ème ligne » va se charger de réagir aux différents écrits et propositions du CNPE et de transmettre des écrits argumentés sur les thèmes qui nous préoccupent. Ce groupe communiquera par mail et se réunira si besoin. Il est actuellement constitué de membres du conseil d'administration (CA), du conseil scientifique (CS) ou de correspondants régionaux (CR). Il est ouvert aux membres de l'API qui souhaiteraient s'y joindre. Les membres actuels sont Béatrice Bennevault (suppléante au CNPE et CA) Yvonne Coinçon (CS), Claudine Desobry (titulaire CNPE et CA), Muriel Duranton (CS), Christian Guibert (CS), Martin Pavelka (CA), Nicole Steinberg (CA).

Comment se faire entendre : quelques pistes

Un groupe de travail « santé des enfants pris en charge en protection de l'enfance », a été constitué. Piloté par le Dr Céline Gréco (membre du CNPE), il comprend Delphine Bernaudeau (sage-femme, maternité des Lilas Paris), Eric Ghozlan (psychologue OSE) et les Drs Martine Balençon (pédiatre légiste, Rennes), Daniel Rousseau (pédopsychiatre, Angers), Virginie Capitaine (médecin référent ASE Paris), Roselyne Masson (médecin PMI 93), Véronique Martin (médecin PMI, Paris), Anne Claire Stona (médecin santé publique DGCS, chargée de mission santé mentale et santé des jeunes), Nathalie Vabres (pédiatre Nantes, société française de la pédiatrie médico-légale). Ce groupe s'est construit sur le constat que les enfants confiés à l'ASE ne bénéficient pas toujours d'une prise en charge médicale, psychologique et éducative adaptée et coordonnée dans un réel projet de vie et de soins.

Il est chargé de proposer une organisation pour le repérage des troubles, l'organisation de parcours de soins, la création de réseau de soins pour les enfants accueillis et une réflexion sur

le mode de financement des soins nécessaires (ALD spécifique, forfait de remboursement de séances, suivis en libéral, fond d'indemnisation des victimes de maltraitance ?). Il auditionnera des « experts ».

L'amélioration du repérage précoce passerait par un référentiel national pour l'évaluation de la situation des enfants sur la base d'un modèle commun à tous les Conseils Départementaux et analysant les 4 axes suivants : besoins de l'enfant, capacités des figures parentales, ressources de l'environnement, participation de l'enfant et des parents. Dans le cadre de ce référentiel, des indicateurs de vulnérabilité seront définis.

Actuellement, le CNPE a retenu comme méthodologie, l'audition d'acteurs ayant développé des expériences ou des dispositifs spécifiques. Si vous pensez pouvoir apporter des éléments à cette élaboration, faites vous connaître...

L'API soutiendra les auditions qui pourront notamment témoigner de :

- L'importance de la continuité des suivis, du maintien du lien thérapeutique.
- De l'existence de chartes de fonctionnement entre les services de soins et l'ASE.
- De dispositifs spécifiques de prise en charge de troubles graves de l'attachement.
- De tout autre initiative que vous avez soutenue ou dont vous avez connaissance qui pourrait s'avérer pertinente.

Le CNPE, dans son ensemble, fait preuve d'une oreille attentive aux différents points de vue.

Nous gagnerions à développer des recherches de pédopsychiatrie sur les effets des carences et des négligences, des maltraitements et des abus.

En Hauts de France, nous avons pour projet avec le soutien de la F2RSM (Fédération de Recherche en Santé Mentale des Hauts de France) de mener une étude régionale sur la population des enfants suivis en pédopsychiatrie et accompagnés par une mesure de protection de l'enfance. A suivre...

Comme vous pouvez le constater le CNPE est ambitieux. Il bénéficie du soutien et de la vigilance de sa présidente, Agnès Buzyn, des compétences de sa vice-présidente Michèle Créoff et de sa secrétaire générale, Marie Derain. Il tire sa richesse de sa composition pluri professionnelle (politique, administratif, judiciaire, éducatif, médical, psychologique et social). Engageons-nous et œuvrons pour un meilleur accompagnement des enfants et des adolescents en protection de l'enfance.



Le CNASM produit tous les ans de nouvelles interviews dans la série « Un entretien avec... » sur de nombreux sujets qui peuvent intéresser les pédopsychiatres et être l'occasion d'ouvrir un débat entre professionnels ou avec des parents.

Ces DVD sont en vente au prix de 40 € et sont à commander sur le tout nouveau site : www.cnasm-lorquin.fr. Vous y trouverez également les autres titres de la collection de cette année et des années précédentes.

Le métier de pédopsychiatre, un entretien avec Jean-Philippe Raynaud.

JP Raynaud évoque la place importante de la consultation, la notion d'équipe multidisciplinaire qui se doit d'être respectueuse de la parole de chacun, et la nécessité d'intégrer les différentes théories et découvertes des neurosciences en gardant un esprit critique. Il défend avec enthousiasme notre profession à la croisée des chemins de la médecine, de la psychologie, des neurosciences, de la psychanalyse et du social.

Articuler les pratiques entre médicosocial et sanitaire, un entretien avec Jacques Constant.

Sa longue expérience et pratique de terrain permettent à J. Constant de faire une analyse fine et historique des rapports entre ces 2 champs à travers les lois successives sur la notion de handicap et les modifications du statut de patient-acteur des soins. Il évoque la métaphore de l'arthrose dans ces articulations, en explique les mécanismes et la façon de la traiter.

L'accompagnement des situations complexes dans l'autisme, un entretien avec Moïse Assouline

Après avoir défini la notion de « situation complexe », M. Assouline évoque les difficultés à les prendre en charge dans les différents dispositifs sanitaires, médico-sociaux, associatifs

et familiaux. Le dispositif d'équipe mobile mis en place en Ile de France permet de redynamiser les soins et l'accompagnement, en tenant compte des différentes problématiques, ainsi que des comorbidités et des problèmes somatiques. Une unité sanitaire d'urgence et d'accueil temporaire est venue récemment compléter ce dispositif.

Le diagnostic génétique dans l'autisme,

un entretien avec Caroline Demilly

Spécialiste des maladies rares, C. Demilly explique comment les avancées scientifiques ont permis de mieux cibler la place de la génétique dans le modèle polygénique du spectre autistique. Le caryotype moléculaire ou le séquençage nouvelle génération donnent des réponses particulièrement pertinentes dans les formes d'autisme déficitaire. Elle défend une prise en charge individualisée des TSA en fonction d'un diagnostic précis et des facteurs environnementaux.

Les addictions : leurs dimensions sociales, culturelles et politiques,

un entretien avec Jean-Pierre Couteron

JPCouteron nous explique comment la notion moderne d'addiction se trouve en lien avec l'évolution sociétale au travers de 4 grands axes : dissolution du lien social, intensification des réponses et accélération des réponses, compétition autour des marchandises et accroissement de l'écart des richesses. Il préconise des réponses de santé publique articulées sur une politique de régulation de l'information de l'enfant jusqu'à l'adulte.

La rencontre avec l'enfant, un entretien avec Philippe Duverger

Des auteurs de différentes disciplines ont théorisé la rencontre que P. Duverger décline avec finesse pour nous expliquer ce qui se joue dans la rencontre qui est l'inverse d'un

protocole. Malgré les difficultés à lui donner forme, elle est essentielle comme 1ère phase du soin ; il l'illustre à travers des exemples cliniques.

Du besoin de créer à l'envie de détruire...,

un entretien avec Daniel Marcelli

La rage, signifiant actuel utilisé par les adolescents est le fil conducteur de cet échange. Elle peut se transformer en créativité ou en colère vis-à-vis de l'objet. Elle est chez l'adolescent l'expression de la crise identitaire et de la vulnérabilité narcissique. A travers une approche psychopathologique, le Pr Marcelli nous aide à mieux comprendre le processus de radicalisation des adolescents enrôlés par l'islam radical et donne des conseils aux parents et aux professionnels pour une prévention précoce.

Le burn out, un diagnostic ?

un entretien avec Jean-Pierre Olié

Après avoir rappelé l'historique de cette notion, le Pr Olié explique les difficultés nosographiques de ce syndrome et son articulation avec les maladies dépressives. Il évoque les facteurs de risque personnels et environnementaux et s'attache aux questions de prévention à travers ses acteurs : management des entreprises, DRH, médecine du travail...

Nom et Prénom (en majuscules)

Fonction (rayer les mentions inutiles)

PH temps plein

Chef de service

Chef de pôle

PH temps partiel

Autre statut (préciser)

Retraité

Coordonnées professionnelles

Région

Département

code secteur

Lieu principal d'exercice (adresse, téléphone, fax, email)



Coordonnées personnelles (si vous le souhaitez)

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

Etes-vous intéressé par l'envoi d'informations et de la lettre de l'API par email ? oui ☐ non ☐

Si oui, indiquer l'adresse email à utiliser :

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

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

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

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

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

REÇUS FISCAUX

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

Attention : bien préciser votre adresse postale actuelle.

Si vos coordonnées ont changé

- adresse postale

- adresse électronique

merci de nous adresser un courriel à 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

Roger Teboul

Coordination

Claire Puybaret-Bataille

Illustrations

Pierre Sadoul

PAO

Pierre Jacob

Imprimerie Ateliers Malécot, 59160 Lomme

La lettre de l'API

Unité Ado 93, CHI André Grégoire

56 Boulevard de Boissière

93100 MONTREUIL

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