

- 1** Editorial
- 3** Etat des lieux de la pédopsychiatrie en France
- 5** Du nouveau en protection de l'enfance : appel à contribution
- 6** Peut-on partager toutes nos évaluations entre partenaires ?
- 9** Un groupe d'observation comme support à l'évaluation
- 15** Psychiatrie adulte, pédopsychiatrie et CAMSP conjointement au service d'une clinique de la co-incidence
- 19** Le CAPAS, lieu d'accueil pour les adolescents en souffrance
- 20** Les nouveautés du CNASM
- 22** Notes de lecture
- 24** Bulletin d'adhésion

C'est fait ! La France a un nouveau président de la République à qui nous souhaitons bonne chance. Espérons que l'esprit d'entreprise qu'il incarne avec autant de vigueur et de jeunesse serve notre vieux pays et les valeurs que je défends à longueur d'éditoriaux : humanisme et souci des bébés, des enfants et des jeunes.

Parmi les annonces faites par Emmanuel

## Et les enfants dans tout ça ?

L'éditorial de Roger Teboul

Macron, candidat à l'élection présidentielle, il en est une qui a retenu mon attention : la création de classes de 12 élèves, en primaire, dans les zones d'éducation prioritaire. Lorsqu'on sait combien la précarité a des répercussions sur la santé mentale des enfants qui, elle-même, a des répercussions sur leur scolarité, lorsqu'on sait combien l'école demande de plus en plus, avec la disparition effective des réseaux d'aide, à la pédopsychiatrie qui, restrictions budgétaires obligent, peut de moins en moins, ce plan en faveur des

n°43  
06/2017



zones d'éducation prioritaire serait donc bien inspiré de prendre la mesure de tous les déterminants du problème à traiter afin d'y apporter les solutions qui conviennent dans la «vraie» vie. De même, il convient de mettre en garde notre Président devant sa volonté de ne plus mettre le Secrétariat d'État aux handicapés sous la tutelle du Ministère de la Santé, mais directement sous celle du Premier Ministre. Il ne faudrait pas, Brigitte Macron ayant annoncé sa volonté de s'investir, comme Première Dame de France, dans la cause de l'autisme, se retrouver de nouveau dans la situation où, affranchie totalement de la tutelle du Ministère de la Santé, la politique publique en faveur de l'autisme soit directement pilotée par l'Élysée. Cela risquerait de raviver des querelles bien vaines entre associations de parents constituées en lobbies et les professionnels de la pédopsychiatrie bien trop souvent déconsidérés.

Car si l'on veut véritablement aider les enfants de notre beau pays, il serait grand temps, tous audits confondus, et tous clivages réduits (entre public et privé ou sanitaire et médico-social), de corriger les inégalités territoriales et de donner les moyens qui s'imposent, ne serait-ce que pour diminuer les délais d'attente intolérables pour une première consultation dans un Centre Médico-Psychologique (CMP), sans parler des parcours de soins en aval de cette première consultation. Mais la santé des enfants sera-t-elle une priorité pour le quinquennat à venir ?

La situation de la psychiatrie des mineurs en France a fait l'objet d'une mission sénatoriale d'information qui, dans la suite du rapport commandé par notre précédent Président à Marie-Rose Moro et Jean-Louis Brison sur le bien-être et la santé des jeunes, a élaboré 52 propositions visibles sur le site du Sénat ([www.senat.fr/commission/missions/psychiatrie\\_des\\_mineurs/](http://www.senat.fr/commission/missions/psychiatrie_des_mineurs/)). La question des inégalités territoriales et celle des moyens de la pédopsychiatrie y sont clairement abordées, de même que celle de la formation et de l'attractivité de la carrière de pédopsychiatre. Rappelons que François Hollande lors de son discours de présentation du rapport Moro-Brison, le 29 novembre dernier, avait clairement indiqué que la France souffrait d'un manque de pédopsychiatres en comparaison des autres pays européens.

Dans la suite de la création du Conseil National de Santé Mentale, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a créé un comité de pilotage de la psychiatrie, présidé par notre collègue Yvan Halimi, afin de faire des préconisations, notamment sur la question de la pédopsychiatrie. Le comité de pilotage a décidé de procéder à plusieurs auditions de représentants de la profession, dont l'API, sur 5 thèmes : la formation,

l'attractivité des carrières et la démographie médicale – les CMP, l'accès aux soins, l'articulation avec nos partenaires – la gestion de la crise et de l'urgence – la transition infanto-juvénile et adulte – la coordination avec la protection de l'enfance. Lors de la première audition qui a eu lieu le 17 mai dernier, j'ai pu annoncer que l'API avait entrepris de faire le recensement de toutes les structures et activités qui ferment sur tout le territoire national, soit faute de postes pourvus, soit du fait des contraintes budgétaires actuelles. Le comité de pilotage s'est avéré preneur de ce travail. Cette lettre devrait donc servir !

L'un des articles écrit par Jérôme Pradère commence ce recensement au fur et à mesure du dépouillement des questionnaires que nous avons fait circuler via nos correspondants régionaux.

Il se trouve également que l'API a été partie prenante des réflexions du précédent gouvernement sur la protection de l'enfance et qu'à ce titre Claudine Desobry siège pour notre association au tout nouveau Conseil National de Protection de l'Enfance (CNPE) dont elle rend compte du fonctionnement tout en appelant chacun de vous à contribuer à ses travaux.

La question de l'évaluation en CMP a été traitée lors des carrefours de la pédopsychiatrie en février 2017. Les textes de deux interventions en ateliers figurent dans cette lettre, celui de Véronique Chebat & coll. sur le travail avec les partenaires et celui de Claire Puybaret-Bataille & coll sur l'évaluation pluridisciplinaire.

Dans ce même souci de réfléchir sur nos échanges avec nos partenaires, tant du sanitaire que du médico-social, Marie-Christine Fouquay-Picard propose une réflexion sur l'articulation entre psychiatrie adulte, pédopsychiatrie et Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) et plaide pour une clinique de la co-incidence.

La question des territoires préoccupe l'API, y compris ceux ultra-marins. Nous publions une contribution de Christian Simon sur une structure pour adolescents à la Réunion, le CAPAS.

Avec les nouveaux entretiens du CNASM, trois notes de lecture concluront ce numéro, celle de Françoise Faucher-Haloua sur le livre d'Annick Simon *La psy qui murmurait à l'oreille des bébés*, celle sur le livre de Martine Fourré, en collaboration avec Florent Bessière, Muriel Duranton, Christine Persyn, Anne-Laure Le Pocréau et Y.R., *Incasables, Parents et praticiens racontent et analysent leurs vies avec leurs enfants dits «incassables»* et enfin celle de Christian Guibert sur *La barbarie* de Michel Henry, sujet d'actualité s'il en est.

Bonne lecture !



# Etat des lieux de la pédopsychiatrie publique en France

## Episode 1 – mai 2017

**Jérôme PRADERE**  
**PH, SUP'ADO, Argenteuil 95 (IdF)**

C'est l'histoire d'un homme qui tombe d'un immeuble de cinquante étages.

Le mec, au fur et à mesure de sa chute il se répète sans cesse pour se rassurer : « jusqu'ici tout va bien, jusqu'ici tout va bien, jusqu'ici tout va bien »

Mais l'important n'est pas la chute, c'est l'atterrissage.

(M. Kassovitz, *La Haine*, 1995)

L'API, grâce à son implantation dans les différentes régions de France, a débuté un travail d'évaluation de la situation actuelle de la pédopsychiatrie de secteur public, selon deux angles complémentaires :

- la fermeture de structures de soins,
- la réduction de personnel (y compris les postes vacants et «gelés»).

L'email envoyé en février 2017 aux correspondants régionaux était le suivant :

*L'API voudrait essayer de faire une ébauche de recensement concernant les structures de soins qui ferment un peu partout en France faute de moyens en personnel ou suite à des réductions de budgets, et également de celles qui sont obligées de réduire leur activité pour les mêmes raisons.*

*Pourriez-vous répondre à un questionnaire succinct en fonction de ce qui se passe dans vos secteurs et si possible dans ceux de vos voisins si vous en avez connaissance ?*

*- Des structures de soins ont-elles fermé dans votre secteur ou dans des secteurs proches du vôtre ? CMP, HJ, CATTP, services d'hospitalisation temps plein, accueils familiaux thérapeutiques...*

*- Des structures de soins ont-elle été obligées de diminuer leur nombre de places d'accueil ?*

*- Pour quelles raisons ? (réduction de budgets hospitaliers, postes supprimés, difficultés de recrutement de certains personnels ?)*

*- Quelles ont été les conséquences de ces fermetures ou réductions d'activité dans vos secteurs ?*

Nous vous présentons les données reçues jusqu'à aujourd'hui, et vous donnerons bien sûr des nouvelles dans la prochaine Lettre, grâce aux réponses que vous aurez la gentillesse de nous adresser (en n'oubliant pas de préciser les références des secteurs concernés par vos données).

Ces données sont à consommer avec modération pour garder le moral en ces temps de pénurie, de regroupement des hôpitaux en GHT bien loin de nos préoccupations, de manque de PH dans les secteurs éloignés des grandes villes, d'orthophonistes (pour ne citer que les manques les plus criants)... La souffrance des collègues et des équipes est de plus en plus manifeste, souffrance éthique de ne plus pouvoir exercer notre métier

comme nous le souhaiterions et comme il nous a été enseigné, de ne plus pouvoir proposer les prises en charge nécessaires aux enfants que nous recevons.

Le rapport de la mission sénatoriale sur la psychiatrie des mineurs menée par les sénateurs Alain Million et Michel Amiel, pour lequel le président de l'API a été auditionné, peut nous donner quelques espoirs s'il ne reste pas lettre morte dans un tiroir !

([http://www.senat.fr/commission/missions/psychiatrie\\_des\\_mineurs](http://www.senat.fr/commission/missions/psychiatrie_des_mineurs))

Pour être force de propositions, de contestations, l'API a besoin de réponses pragmatiques, intangibles, justes ; nous remercions les Drs Véronique Blois (59, Hauts de France), Catherine Chauvin (69, Auvergne-Rhône-Alpes), Catherine Chollet (31, Occitanie), Claire De Lorme (76, Normandie), Claudine Desobry (62, Hauts de France), Patricia Do Dang (59, Hauts de France), Thomas Dutoit (56, Bretagne), Marie-Claire Fouquay-Picard (28, Centre-Val de Loire), Nathalie Gauffeny (17, Nouvelle Aquitaine), Rebecca Hassapi-Chartier (45, Centre-Val de Loire), Anne Juteau (19, Nouvelle Aquitaine), Jean-Loup Lebreton (03, Auvergne-Rhône-Alpes), Geraldine Ledorze (37, Centre-Val de Loire), Laurence Mayer (44, Pays de la Loire), Isabelle Monneau (49, Pays de la Loire), Philippe Neu (57, Lorraine), Martin Pavelka (91, IdF), Nicole Steinberg (67, Grand Est), Corinne Vaillant (18, Centre-Val de Loire), d'avoir pris ce temps de nous répondre.

### **Petit glossaire à l'usage des distrait(e)s**

AFT : accueil familial thérapeutique ; AsMat : assistante-maternelle ; ASoc : assistante sociale ; CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel ; CMP : centre médico-psychologique ; ETP : équivalent temps plein ; HDS : hospitalisation de semaine ; HALT : hospitalisation alternative (ex : AFT) ; HDJ : hôpital de jour ; HTP : hospitalisation temps plein ; IDE : infirmier(e) diplômé(e) d'état ; PIJ : psychiatrie infanto-juvénile.

### ■ **Auvergne-Rhône-Alpes**

#### **Allier**

• 03 I (Montluçon) : suppression 1/2 ETP PH sur 3, d'1 ETP ortho avec 2 ETP ortho vacants, d'1/2 ETP éduc (2015) ; non remplacement d'1 ETP éduc spé + 1 ETP psycho en ALD.

• 03 I (Moulins) : RAS

#### **Puy de Dôme**

• 63 I (Clermont CHU) : suppression d'1 ETP cadre.

#### **Rhône**

• 69 I 03, I04, I05, I013 & Z50 (Le Vinatier) : suppression de 12,5 ETP ; projet de fermetures de plusieurs CMP (2 pour 2017).

### ■ **Bretagne**

#### **Morbihan**

• 56 I : suppression de 3 ETP paramédicaux (2013-2015)... plutôt 6 en réalité. «Procédures dégradées» : arrêt groupe thérapeutique pdt 3 mois ou réduction des horaires d'accueil en HDJ. Fermeture d'1 CMP (2015), réduction du temps d'ouverture d'1 CMP (de 5 à 3 jours). 2 ETP de PH vacants.

### ■ **Centre-Val de Loire**

#### **Cher**

• 18 I02 (Bourges) : 1 ETP médical vacant.

#### **Indre et Loire**

• 37 I (Chinon) : fermeture d'1 antenne de CMP (2009),

mutualisation avec le médico-social (CAMPS/CMPP) sans création de poste. Suppression d'1 ETP secrétaire + 1 ETP Agent d'entretien (2011) + ½ ETP ASH + 2 ETP cadre/cadre sup + 1 ETP ASoc (2015).

#### **Loiret**

• 45 I (Orléans) : RAS

#### **Eure et Loir**

• 28 I01, I02 & I03 (Eure et Loir) : création d'une filière périnatalité par redéploiement des CMP. Consultations brèves en CMP dites «gares de triages». Postes de PH vacants.

#### **Grand Est**

##### **Alsace**

• 67 I : effectifs cibles maintenus (combien de temps ?).

##### **Lorraine**

• 57 I03 : suppression d'1 ETP psycho + 3 ETP IDE + 0,4 ETP psychomot + 1 ETP secrétaire + 1,5 ETP cadre/cadre sup. Suppression à court terme de 20 à 22 % des effectifs du pôle.

#### **Hauts de France**

##### **Nord**

«Effectifs cibles» en place = Pas de recrutement + pas de remplacements !

• 59 I01 (Dunkerque) : 4 ETP «gelés»+ suppression d'1 ETP «programmée» ; fermeture d'1 CMP «envisagée».

• depuis août 2014, HDJ ado intersectoriel (59 I04, I06, I07 & I13) «suspendu» avec 10 ETP supprimés (IDE, éduc, psychomot, psycho).

• 59 I04 : suppression d'1 ETP de secrétaire et d'1 ETP d'ortho. 1 ETP ortho vacant pendant presque un an, transformé en 1 ETP IDE (juillet 2016).

• 59 I05 (CHU Lille) : stabilité des effectifs mais «énorme» pression sur l'activité.

• 59 I07 : ½ ETP secrétaire + ½ ETP psycho + 1 ETP IDE non pourvus = suppression.

• GHICL Saint Vincent, pôle universitaire de la Catho Lille (ESPIC non sectorisé) :

«gel» depuis 9 ans, des projets d'extension de l'HDJ mère-bébé (de 2 à 3 jours/sem) et de l'HDJ 3/6ans (+1 jour/sem).

• 59 I08 (Douai)

• réseau périnatalité (5 secteurs de PIJ + obsté + pédiat + PMI + lib + sages-femmes + cliniq) : mis en danger par nouveau découpage territorial (élargissement de région).

• HTP ados «autorisée» mais non financée.

• 59 I09 (Valenciennes) : 1 ETP médical vacant

• 59 I11 (Cambrai) : HDS ados maintenue. Pas de diminution d'effectifs. Création d'1 CMPP + 1 clinique 5 places (15-25 ans).

##### **Pas de Calais**

• 62 I04 (Béthune-Bruay-Noeux les Mines) : Fermeture de 8/16 lits d'HTP ; 2 ETP médicaux vacants.

• 62 I05 (Lens) : 6/8 ETP médicaux vacants ; 1 ETP d'assistant partagé créé.

• 62 I06 (Hénin-Beaumont) : 1 ETP IDE périnat «gelé» jusqu'à la suppression ; 1 ETP PH liaison vacant.

• 62 I07 (Arras) : 3 lits HTP ados (extension CAC adulte) : autorisée mais non financée ; L'hospit ado intersectorielle est passée de 10 lits HTP à 6 lits HDS + 5 HDJ.

#### **Ile de France**

##### **Essonne**

• 91 I (Etampes) : 5 UF menacées de déplacement/regroupement ; suppression de 26/70 places d'AFT (en 15 ans) ; fermeture HALT en lieu de vie (2000).

Ouverture 10 lits HTP ado + CATT/HDJ ado.

##### **Val d'Oise**

• 95 I01 : fermeture d'1 CMP sur 4.

#### **Normandie**

• 76 I05 & I06 (Le Havre) : AFT, perte d'1 place ; CMP fermé (2012) + CMP/CATT (2014) ; suppression 3 ETP ortho vacants.

Création d'1 poste de PU-PH.

• 76 I01, I02 & I03 (Rouen) : en AFT 10 places d'accueil supprimés, 3/54 AsMat supprimés ; suppression de respectivement 4 et 7 places dans deux HDJ ; fermeture d'1 CMP + 1 antenne de CMP ; transformation de 2 CMP en 2 antennes de CMP

1 ETP de PH + 2 ETP d'assistants vacants.

Création de 2 ETP de PH dans le service universitaire et création du service adolescent par recrutement + redéploiement.

#### **Nouvelle Aquitaine**

##### **Charentes maritimes**

• 17 I01 & Intersecteur Ado (La Rochelle) : d'ici septembre, suppression 1,5 ETP IDE

• 17 I02 (Jonzac) : 1,5 ETP médical vacant sur 3,5.

• 17 I03 (Saintes) : Fermeture des 5 lits d'HTP ado (ouverts il y a 2 ans !). 4,5 ETP médicaux vacants sur 5,5.

##### **Charente**

Angoulême : 4 ETP médicaux vacants sur 6.

##### **Deux-Sèvres**

Niort : 1 ETP médical vacant sur 6.

##### **Corrèze**

• 19 I : déménagement d'un HDJ (ex-CATT) pour se mutualiser avec l'HDJ de Brive. Projet de création d'une «plate-forme», guichet unique de la pédopsy. Création d'une équipe mobile AFT par redéploiement. 5,5/9 ETP médicaux vacants.

#### **Occitanie**

##### **Haute Garonne**

• 31 I 02 : fermeture de 2 CMP (2015 et 2016) ; fermeture 6/24 places HDJ pour création CATT ; fermeture 4 places HDJ pour création Antenne d'Évaluation de l'Autisme ; fermeture du Centre d'aide à la parentalité par suppression d'1 ETP d'éducateur. 3 ETP médicaux non pourvus, dont 2 PH.

#### **Pays de la Loire**

##### **Loire atlantique**

• 44 I05 (Nantes) : fermeture d'1 CMP/CATT (2012) pour préserver 3 structures associant CMP/CATT/HDJ. Projet d'HDJ/CATT ados depuis 2013 : l'enveloppe est «gelée» jusqu'au printemps 2017. 1/6,5 ETP PH vacant + 0,6 ETP PH «gelé».

##### **Maine et Loire**

• 49 I01 & I02 (Angers) : suppression d'1 ETP cadre sup ; structure ados en cours de réflexion, sans moyen supplémentaire (mutualisation PIJ + psy adulte).

**Si vous souhaitez participer à notre évaluation ou nous donner des éléments complémentaires concernant vos secteurs, merci d'envoyer vos réponses à [jerome.pradere@ch-argenteuil.fr](mailto:jerome.pradere@ch-argenteuil.fr) et [claire.puybat@gmail.com](mailto:claire.puybat@gmail.com)**

# Du nouveau en protection de l'enfance : appel à contributions

**Claudine DESOBRY**  
**PH, Hénin Beaumont (62106)**

La loi de Protection de l'Enfance du 14 mars 2016 ([http://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/20160315\\_notedactu\\_loipe.pdf](http://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/20160315_notedactu_loipe.pdf)) a redéfini les missions de la protection de l'enfance pour recentrer les interventions sur les besoins de l'enfant : soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social, préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation dans le respect de ses droits.

Cette loi concerne donc les actions de prévention en faveur de l'enfant et de ses parents, l'organisation du repérage et du traitement des situations de danger ou de risque de danger pour l'enfant, ainsi que les décisions administratives et judiciaires prises pour sa protection.

Pour cela la loi comporte 3 axes :

- Améliorer la gouvernance de la protection de l'enfance : fonction du Conseil National de la Protection de l'Enfance (CNPE)
- Sécuriser le parcours des enfants pris en charge
- Adapter le statut de l'enfant placé sur le long terme (<http://www.familles-enfance-droitsdesfemmes.gouv.fr/> : dans l'onglet «Enfance», vous trouverez l'ensemble des documents pour aller plus loin)

## **Fonctionnement du CNPE**

Madame L. Rossignol, ministre de la famille, de l'enfance et de l'âge, a installé le CNPE le 12 décembre 2016. Ce conseil comprend 82 membres recouvrant l'ensemble des protagonistes du champ de la protection de l'enfance. Un bureau élu est chargé de coordonner et de piloter le travail des 5 commissions permanentes créées pour réfléchir et faire des propositions concernant les 5 axes prioritaires retenues par l'Assemblée plénière du CNPE.

Il existe donc 5 commissions permanentes :

1. Comment améliorer la connaissance en protection de l'enfance et développer la recherche ?
2. Comment renforcer la prévention et le repérage précoce ?
3. Comment adapter les réponses aux besoins de l'enfant ?
4. Commission adoption
5. Formation des professionnels

## **Les enjeux du CNPE**

Sur la base du rapport sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance, remis à la ministre par Mme M-P Martin-Blachais en février 2017, qui souligne particulièrement le besoin de sécurité des enfants comme «méta-besoin», le CNPE est chargé de faire des propositions au gouvernement à partir des 38 recommandations réparties en 7 axes que comporte ce rapport pour fin 2017. (<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/174000173.pdf>)

## **L'API au CNPE**

L'API a été retenue comme l'association professionnelle représentante des psychiatres dans le CNPE. Béatrice Bennevault, suppléante, et moi-même en tant que titulaire, avons été désignées pour y siéger. Elue au bureau, j'ai aussi choisi de participer à 3 des 5 commissions : connaissance et recherche, prévention et repérage précoce, adaptation des réponses aux besoins des enfants. Néanmoins il nous est aussi possible de rejoindre les autres commissions en fonction des besoins.

## **Contribution à ce travail**

Nous attendons des collègues pédopsychiatres une aide active et constructive :

- Nous transmettre des noms de professionnels de la pédopsychiatrie dont le travail et l'expérience pourraient les désigner comme des interlocuteurs privilégiés pour les questions qui occupent le CNPE (chaque commission peut auditionner des «experts»).
- Nous transmettre vos propres réflexions argumentées et utilisables sur le sujet.
- Nous communiquer les articles, travaux, livres, tout ce que vous estimeriez utile de porter à notre connaissance.

Nous sembleraient pertinents :

- des avis sur les études épidémiologiques qu'il serait intéressant de soutenir (sujet de la commission «connaissance») et faciles à mettre en œuvre à partir de données déjà existantes (ex : nombre d'enfants de l'ASE reçus par les secteurs de pédopsychiatrie, hospitalisation des enfants bénéficiant de mesures de protection...).
- les dispositifs, conventions ou autres modes organisationnels dont vous auriez connaissance et qui soutiennent la prévention ou les adaptations.

Concernant les points que j'ai exposés comme prioritaires lors de l'installation du CNPE :

- une vigilance sur le développement psychique des enfants de moins de 3 ans et le repérage précoce (dès le début du placement ou dès la petite enfance) des troubles de l'attachement, ainsi que leur prise en compte dans les moyens spécifiques à mettre en œuvre pour accueillir ces enfants et pour accompagner les familles d'accueil ou les établissements qui les accueillent.
- les dispositifs permettant de prévenir les risques de rupture à l'adolescence.
- les réflexions sur des moyens conséquents pour les enfants en risque de trajectoires chaotiques (ex AFT ou autres).
- les dispositifs d'accompagnement des parents en incapacité d'être parents à temps plein.
- le développement des moyens de traitements spécifiques des conséquences des violences vécues ou subies, physiques et/ou sexuelles.

**Merci d'adresser vos contributions, remarques, écrits à [claudine.desobry@gmail.com](mailto:claudine.desobry@gmail.com)**

# Peut-on partager toutes nos évaluations entre partenaires ?

**Stéphane LAUDRIN (psychologue),  
Monique GOSSET (assistante  
sociale), Véronique CHEBAT (PH)**

**Service de psychiatrie de l'enfant et  
de l'adolescent, Fondation Vallée  
(Gentilly 94)**

**Ce texte a fait l'objet d'une  
présentation dans l'atelier  
«Place des partenaires dans  
l'évaluation» aux «Carrefours de la  
pédopsychiatrie» qui ont eu lieu à  
Paris le 3 février 2017 sur le thème  
«Evaluer en CMP, un acte de soin ?».**

La clinique actuelle nous amène à percevoir le soin en pédopsychiatrie à l'aune d'un regard plurifocal, en lien avec les interventions de multiples professionnels auprès des adolescents. En effet, si quelques années encore auparavant la frontière entre l'éducatif et le soin psychiatrique avait un sens relativement fort, actuellement les professionnels de santé sont de plus en plus confrontés à des adolescents en souffrance psychique qui ne présentent pas de pathologie psychiatrique décompensée et très peu de symptômes. Cette souffrance s'exprime principalement à travers le corps, par des conduites auto et/ou hétéro agressives associées à des relations passionnelles souvent conflictuelles voire violentes comme autant de traces externalisées de ce mal être psychique.

La prise en charge de ce type d'adolescents amène l'équipe de pédopsychiatrie à restaurer le lien à l'autre, aux autres mis à mal par ces adolescents : famille, école, milieux éducatifs divers. Ici se trouve donc une grande partie de l'acte de

soin : travailler les clivages, retisser une trame narrative malmenée par les attaques et les ruptures, les discontinuités. Cependant il faut se garder de verser dans une position omnipotente au travers de laquelle le soin aurait réponse à tout, occuperait toutes les places et deviendrait par là même persécutant.

Cet acte psychothérapeutique, ce soin du lien doit absolument respecter le cadre législatif, souvent méconnu, pour faire effectivement soin. Peut-on tout partager avec nos partenaires ? Quelles sont les limites entre une porosité complète des lieux de prise en charge et un hermétisme absolu pouvant contribuer parfois à la mise en danger de ces adolescents ?

## **Illustration clinique**

A la «consultation ado» du CMP, la situation de Malo et ce qu'elle nous a fait vivre institutionnellement, nous est apparue comme représentative des attaques des liens et des conflits institutionnels en référence au partage des informations et de ses limites.

Nous recevons Malo et sa mère à la «consultation ado», lieu d'évaluation, de soin et d'orientation pour adolescents. Malo a 15 ans, de présentation banale, bon élève de quatrième, il vient pour une malhabileté praxique autour de l'écriture et une difficulté à respecter les règles sociales. Il s'échappe parfois par la fenêtre de sa chambre pour aller fumer du cannabis avec un copain en face de sa maison. Un bilan psychomoteur n'objectivera aucun problème et nous décidons de recevoir ce jeune et sa famille de loin en loin pour travailler leur position

éducative face aux limites, aucune pathologie psychiatrique n'ayant été décelée.

Six mois après cette première consultation, c'est le père de Malo qui accompagne son fils. Il nous apprend que sa femme vient d'être hospitalisée en psychiatrie adulte pour un état de grande agitation, qui semblerait être un épisode maniaque. Il explique que c'est en fait une troisième hospitalisation, sa femme sortant à chaque fois de l'hôpital plus ou moins stabilisée, arrêtant immédiatement son traitement avec une reprise de l'agitation dans l'année. Monsieur se dit fatigué et envisage une séparation en cas de non évolution de la situation de sa femme. Malo se présente toujours très neutre, expliquant que pour lui «tout va bien», «j'ai l'habitude». Il ne viendra pas aux consultations suivantes alors que les intervenants extérieurs (collège, centre médical de santé) sont très inquiets de la situation de cet adolescent qui se détériore de façon brutale : chute des résultats scolaires, école buissonnière, consommation d'alcool et de cannabis....

Suite à nos sollicitations, elle-même sortie de l'hôpital, Madame vient seule. Dans un état somatique inquiétant, nous ne la reconnaissons pas, elle a en effet perdu énormément de poids. Elle est agitée, tendue, présente un syndrome dissociatif, se sent très persécutée par nous : «Malo va très bien, il n'a pas besoin de prise en charge», elle dénie aussi bien ses propres troubles psychiques que les problèmes de comportement de son fils. Circulez, il n'y a rien à voir !

Le couple s'est séparé ce qui n'empêche pas de nombreuses violences conjugales, rapportées par les deux parents, dont Malo et ses frères cadets sont témoins.

Les semaines suivantes sont marquées par la dégradation de la situation... Malo ne va plus au collège, ses deux petits frères de moins en moins. L'école décrit ces derniers comme fatigués, souffreteux.

Nous considérons Malo en danger et nous décidons donc de signaler la situation de cet adolescent au procureur. Nous informons le père directement, la mère par courrier car elle refuse de nous voir. Avec elle nos échanges sont uniquement téléphoniques ou épistolaires et à son initiative. Son discours est alors logorrhéique, à sens unique et à thèmes persécutifs.

Le collège de Malo s'alarme. Les parents nous ayant donné leur accord, nous avons régulièrement des liens téléphoniques avec l'établissement scolaire via les assistantes sociales. Les demandes d'éléments cliniques et de diagnostic de l'école et du service de l'Aide Sociale à l'Enfance, chargé de l'investigation suite à notre signalement, sont récurrentes et insistantes.

Nous n'y répondons pas et, préservant le secret professionnel, «nous échangeons les informations

strictement nécessaires à la prévention et à la coordination des soins» selon le décret n°2016-1349 (1).

Les violences entre les parents s'intensifient devant les enfants selon Malo et son père. La consommation de cannabis de l'adolescent serait financée par Madame. Cette dernière se retranche chez elle ; ses enfants ne vont plus beaucoup à l'école, elle demande à Malo de rester à la maison, elle a coupé les liens avec tout son entourage ; les repères (heures de repas, de coucher,...) sont anarchiques selon Malo. L'investigation ASE se poursuit à son rythme.

Madame nous interdit maintenant tout lien avec les partenaires extérieurs au moment même où nous pensons que le signalement peut aboutir à un placement des enfants (au moins des deux plus jeunes), que nous espérons chez les grands-parents paternels. Madame semble

s'accrocher à ses enfants dans un lien de survie et nous envisageons la possibilité d'un passage à l'acte grave, un risque de suicide altruiste au moment de la décision judiciaire de placement des enfants.

Les services sociaux, à distance dans un premier temps, finissent par s'affoler... Bien que mandatés pour une investigation au domicile, ils ne s'y déplacent pas immédiatement et nous demandent un écrit supplémentaire en urgence, un vendredi soir, à utiliser lorsque le père récupérera ses enfants pour le week-end. Le service d'investigation attend de cet écrit des éléments cliniques concernant la mère nous plaçant en première ligne dans la justification de ce placement et de ses éventuelles conséquences. Nous ne ferons pas ce complément d'information préoccupante compte tenu de nos précédents écrits décrivant à plusieurs reprises les éléments inquiétants évalués lors de nos consultations ...



La situation de Malo et de sa famille ne bouge pas.

A ce moment nous pensons à nous mettre en lien avec le service de psychiatrie adulte du secteur, ayant à l'esprit que pourraient se mettre en place des visites à domicile afin d'évaluer l'état psychiatrique de la mère. Mais un désaccord advient au sein de notre équipe : doit-on et peut-on faire le lien avec les services de psychiatrie adulte outrepassant le désaccord de Madame quant aux liens avec les partenaires ?

Cette situation nous a donc amené à questionner les textes concernant l'enfance en danger, qui faisaient finalement consensus, mais surtout la législation sur le partage des informations entre les partenaires. Le décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 (2) nous a réinscrits dans un cadre juridique.

Dans la situation de cette famille la notion d'urgence était partagée par les professionnels, ce qui nous permettait de faire immédiatement le lien avec les collègues psychiatres adultes.

Par ailleurs, cette question finalement se posait d'autant moins que nous faisons partie, depuis peu, du même Groupement Hospitalier de Territoire. Selon la loi, appartenir au même GHT nous donne les mêmes droits que si nous faisons partie du même service. Ce décret légifère la transmission « d'informations strictement nécessaires à la coordination des soins ou au suivi médico-social et social » d'une même personne à « la même équipe de soins » qui englobe GHT, fédération médicales inter-hospitalières, et même maisons et centres de santé, exercice libéral..., y compris lorsqu'un membre de la famille notifie son désaccord.

Nous avons donc partagé les informations strictement nécessaires concernant la famille avec les services adultes. A cette occasion, nous apprenons que Madame y est de

nouveau hospitalisée.

Dans le cadre de la procédure de divorce, le Juge des affaires familiales a entre-temps attribué le domicile au père avec la garde des enfants. De fait, Madame n'a plus de domicile en sortant de son hospitalisation... Nous avons maintenu les liens avec les services adultes afin d'échanger les informations dans l'intérêt de la famille.

Aujourd'hui Malo semble un peu plus serein. Une mesure éducative a été décidée, elle est exercée depuis peu. Madame est de nouveau au domicile familial, elle semble prendre son traitement, reste discrète sur son suivi. Le couple paraît se séparer concrètement dans un calme relatif, ils s'organisent au quotidien. Les deux cadets ne manquent plus l'école. Malo reprend difficilement sa scolarité mais répond à nos rendez-vous, tout comme ses parents qui viennent cette fois ci ensemble.

### ***Connaître les lois pour garantir les effets thérapeutiques***

Il nous incombe donc d'être non seulement cliniciens mais également, en parallèle de notre travail de consultant, différent d'une place de psychothérapeute, de connaître la législation concernant le partage des informations en lien avec l'enfance en danger afin de garantir les effets thérapeutiques de nos interventions. Ces effets se nourrissent effectivement de notre propre inscription dans les lois en vigueur, et ce d'autant plus à une époque troublée par des faits de société nouveaux (radicalisation, harcèlement...) où le travail clinique se doit de répondre à l'attaque des liens et de la loi par le renforcement et l'unité des relations interprofessionnelles.

(1) Décret n° 2016-1349 du 10 octobre 2016 relatif au consentement préalable au partage d'informations entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins

(2) Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel

# Un groupe d'observation comme support à l'évaluation

**Héloïse BERTRAND orthophoniste**  
**Adeline DUPIN-HAMDI,**  
**psychomotricienne**  
**Claire PUYBARET-BATAILLE, PH**

**CMP du 9ème arrondissement de  
Paris,**  
**EPS Maison Blanche**

**Ce texte a fait l'objet d'une  
présentation dans l'atelier  
«Pluridisciplinarité au CMP et  
évaluation» aux «Carrefours de la  
pédopsychiatrie» qui ont eu lieu à  
Paris le 3 février 2017 sur le thème  
«Evaluer en CMP, un acte de soin ? ».**

## ■ **Présentation du CMP**

Dans notre CMP sectorisé sur le 9ème arrondissement de Paris, accueillant des enfants âgés de 3 à 18 ans (nous avons un CMP spécifique pour les enfants de 0 à 3 ans), nous sommes confrontés, comme dans la grande majorité des CMP, à un nombre de nouvelles demandes conséquent : pour une file active d'environ 380 enfants sur une année, le taux de renouvellement est d'un tiers par année, donc environ 125 nouvelles demandes par an, pour un temps de consultations (médecins et psychologues) de 2 équivalents temps plein environ, répartis sur 4 médecins et 1 psychologue, tous à temps partiel.

La spécificité parisienne est qu'il y a beaucoup de professionnels libéraux et que les situations adressées aux CMP sont en général les plus complexes sur le plan psychopathologique et/ ou sur le plan social. Ayant travaillé auparavant en province et en banlieue, cet état de fait m'a frappée et le nombre important de diagnostics lourds et de dossiers MDPH (entre 1/4 et 1/3 de la FA) l'atteste.

## ■ **Gestion des premières demandes**

La gestion des premières demandes est faite par le cadre infirmier, la secrétaire et le PH responsable de l'unité. Pour éviter la saturation psychique, nous essayons de limiter le nombre de nouveaux cas à un par semaine au maximum pour les deux médecins à mi-temps et entre un à deux par mois pour les autres consultants moins présents.

- Une évaluation téléphonique par une infirmière est faite pour les situations dites «urgentes », pour évaluer le degré d'urgence, et nous essayons de rester à un temps d'attente entre 2 et 3 mois pour les premiers RV, sauf pour les urgences bien sûr qui sont reçues dans le mois, voire dans les jours suivant la demande.

- Il existe aussi un créneau spécifique d'évaluation urgente pluridisciplinaire une fois par semaine, sur 2 ou 3 semaines, avec un pédopsychiatre, une assistante sociale et une infirmière pour certains cas particuliers qui sont ensuite, si nécessaire, redispachés sur d'autres membres de l'équipe.

- Enfin il existe une consultation spécifique d'évaluation des «troubles du langage sévères» par un pédopsychiatre et une orthophoniste. J'explique tout cela pour montrer en préalable que l'évaluation et les prises en charge pluridisciplinaires font largement partie de la «culture» de notre CMP.

Nous avons aussi beaucoup de groupes avec diverses médiations. Tous les rééducateurs, infirmiers et éducateurs encadrent chacun entre 2 et 4 groupes par semaine, ce qui permet des regards cliniques complémentaires et évite un épuisement des professionnels face à des pathologies lourdes. Certains enfants sont aussi pris en charge

en binôme avec un autre enfant présentant une pathologie semblable et un binôme de professionnelles, en fonction des disponibilités. Nous essayons, autant que faire se peut, de garder une grande souplesse dans l'organisation des prises en charge groupales. Un groupe peut être créé pour une année puis s'arrêter, mais il existe aussi de nombreux groupes pérennes.

Pour aider les consultants quelque peu débordés, un groupe d'observation appelé «A la découverte» a été mis en place depuis plusieurs années. Il est encadré par 3 professionnelles de formation différente (infirmière, orthophoniste et psychomotricienne) qui ont l'habitude de travailler ensemble. Ce groupe a été mis en place pour l'aide au diagnostic et à l'indication d'une prise en charge. Il accueille 4 à 5 enfants pour 5 séances.

## ■ **Les indications**

Les indications pour ce groupe sont discutées en réunion d'équipe une fois par trimestre environ et le retour des observations du groupe se fait également en réunion d'équipe, avant d'être transmis aux parents. Cela permet que l'ensemble de l'équipe se sente concernée par les nouvelles demandes les plus complexes concernant les jeunes enfants.

En général le groupe d'observation est sollicité, après quelques consultations, pour des enfants âgés de 4 à 7 ans, présentant des pathologies difficiles à évaluer en quelques consultations : troubles de la relation et de la communication, mutisme extra familial, retards de développement et des apprentissages.... Nous constatons qu'il est nécessaire que le consultant ait été suffisamment investi par la famille, qu'un début d'alliance thérapeutique ait pu se construire, pour que l'enfant vienne régulièrement au groupe.

Quand ce n'est pas le cas, quand la famille, envoyée par l'école, ne s'est pas approprié la demande de soin, nous observons que l'enfant ne vient pas régulièrement au groupe sur les 5 séances et il arrive même que les parents ne viennent même pas à la restitution des observations faites

par les professionnelles encadrant le groupe. L'enfant semble alors pris dans un conflit de loyauté complexe à l'égard de ses parents et ne peut investir le groupe de façon apaisée.

Environ 70 % des enfants de notre file active sont adressés par les écoles, avec souvent une demande rééducative, et le groupe d'observation nous permet de nous décaler par rapport à la demande initiale et de proposer une observation plus globale du développement de l'enfant.

Les professionnelles qui encadrent le groupe ne rencontrent pas les parents avant le démarrage du groupe, mais elles sont bien sûr attentives à ce qu'ils peuvent dire quand ils accompagnent leur enfant.

## ■ **Présentation du fonctionnement du groupe par l'orthophoniste et la psychomotricienne**

### 1 ) **Bref historique de la genèse du groupe**

Un prototype de ce groupe a vu le jour il y a près de 5 ans ; il était né de la rencontre entre les besoins exprimés par les consultants et l'envie de 3 professionnelles de travailler ensemble. Une orthophoniste, une éducatrice et une infirmière avaient accueilli 3 enfants dans un proto groupe d'observation improvisé pour répondre à une demande des consultants recevant à cette période là un afflux d'enfants d'âge maternelle. Au terme de la première session du groupe, une grande partie des enfants avait été adressée ensuite dans un groupe que nous avons bâti sur mesure, accueillant de jeunes enfants associant des troubles du comportement et de la relation à d'importantes difficultés de langage. Ce groupe s'est arrêté du fait du départ de l'éducatrice.

Lors de la création du groupe «A la découverte», une psychomotricienne, une infirmière et une orthophoniste se sont proposées pour travailler ensemble. Nous trouvons très bénéfique le fait d'avoir à la fois des formations initiales différentes et une grande habitude de travailler ensemble.

Ce changement nous a conduites

à reconsidérer le cadre du groupe d'observation et à en fixer les principales modalités, qui pour un grand nombre d'entre elles, ont été modifiées en fonction des enfants accueillis et des solutions apportées à des difficultés que nous avons pu rencontrer.

### 2 ) **Pourquoi un groupe «A la découverte» ?**

Ce groupe s'appelle «à la découverte» car :

- Nous allons à la découverte de chaque enfant avec curiosité et sans préjugés et par des regards et des compréhensions croisées.

- Nous proposons aussi aux enfants d'aller à la découverte d'eux mêmes, des autres et des médiations.

Notre but est d'observer l'enfant au sein d'un petit groupe pour en avoir une représentation globale, tant sur le plan de ses compétences que de ses difficultés, mais aussi pour identifier les médiations dont il va se saisir pour s'exprimer.

### 3 ) **La mise en place du groupe**

Le cadre et le contenu de ce groupe tiennent compte des contraintes organisationnelles (un créneau horaire limité pour chacune de nous) et de l'expérience des premières séances qui nous a amenées in situ à faire des propositions, des ajustements que nous avons conservés pour les sessions ultérieures.

Lors de la réflexion préalable, nous avons envisagé de nous appuyer sur des grilles de lecture et d'évaluation notamment concernant les différents niveaux de jeux. Après les avoir étudiées, nous avons choisi de mettre de côté la cotation mais de garder en tête les différents types de jeu.

L'importance d'être 3

- Pour pouvoir être en même temps dans l'observation de chaque enfant et dans la participation au groupe : Il arrive que l'une d'entre nous lors d'une séance prenne la fonction d'étayage ou de contenance d'un enfant plus spécifiquement, les autres continuant à être disponibles pour les autres enfants.

- Pour pouvoir utiliser la psychodramatisation, la fonction du tiers.

- Pour pouvoir partager des regards croisés grâce à des compétences spécifiques à la profession (ex : difficulté de d'articulation pour l'orthophoniste, l'organisation autour de l'axe du corps pour la psychomotricienne), grâce à l'expérience et les formations de chacune (trouble autistique, expérience en hôpital de jour pour notre collègue infirmière) qui nous amène à des compréhensions différentes d'une même chose qui a été observée.

- Pour analyser les attitudes et contre-attitudes : le ressenti de chacune d'entre nous nous éclaire sur le lien que peut nouer un enfant, sur son positionnement. Par ex un enfant mutique, nous le comprendrons différemment (agressivité passive, difficulté d'audition, inhibition...).

### 4 ) **Comment se déroule le groupe et quelles sont les propositions ?**

Le groupe dure 45 minutes (nous avons ensuite 25 minutes de prise de notes systématique après la séance) avec 5 séances si possible consécutives. Nous nous sommes aperçues qu'au-delà de 5 séances nous nous installons dans un travail qui n'est plus de l'évaluation, ni de l'observation. En dessous de 5 séances c'est un peu court pour avoir une vision et une compréhension fine de l'enfant dans un groupe (d'autant plus si l'enfant manque une séance).

Pour vous permettre de vous représenter le groupe voici quelques supports que nous utilisons :

- Des activités de découvertes sensorielles autour de divers matériaux (semoule, pâte à modeler).

- Des jeux moteurs : d'imitation, échange de ballon, ruban...

- Des jeux symboliques (marionnettes, jeu de faire semblant, psychodramatisation).

- Des moments corporels : massages, portages...

- Des jeux de société (loto, dobble) autour de la table.

- Des moments de langage autour de dessins, de récits plus personnels.

Malgré un cadre et des propositions précises en tête, nous restons assez souples pour être à l'écoute de ce qu'amènent les enfants et de ce qui circule dans le groupe. Nous observons ! Il nous est arrivé de passer presque une séance autour de dessins avec les enfants, nous avons pu utiliser des percussions pour répondre à un besoin exprimé. C'est possible car nous nous connaissons bien et nous faisons confiance.

### Exemples de propositions originales :

- **Le bac de semoule** est une proposition que nous faisons souvent lors de la première séance. Elle nous permet de proposer des relations groupales (nous sommes tous autour du bac), tout en respectant les défenses, les distances.

Une première approche de la matière est proposée : l'enfant va-t-il pouvoir la toucher, à quel rythme, va-t-il se montrer réticent ou au contraire être débordé par son excitation ? Accompagne-t-il sa découverte de mots, d'association d'idées ?

Nous soutenons les enfants par notre présence. Certains ont besoin d'un étayage corporel, d'autres s'appuient sur notre verbalisation.

Nous proposons ensuite des contenants (type dinette). L'enfant peut-il demander du matériel, prend-il des mains sans mot ?

Quels jeux peuvent s'amorcer ? L'enfant reste-t-il dans la manipulation, le sensoriel ? Peut-il imiter ? Peut-il initier des jeux de faire semblant ou s'intégrer dans ceux des autres ?

Corporellement, nous pouvons observer comment l'enfant s'organise. Quels sont ses appuis au sol, peut-il les moduler ? Certains enfants qui ont des limites corporelles floues viennent dans ce dispositif au contact de l'autre sans en avoir conscience pouvant même écraser le pied de l'adulte.

Comment l'enfant entre-t-il en contact avec les autres ? Par la parole, par le jeu ? Tient-il compte de l'autre ? Comment réagit-il aux comportements des autres enfants ? Peuvent-ils s'arrêter ? Participent-ils volontiers au rangement ? De manière

brusque ou méticuleuse ?

- **Les portages** : C'est une proposition qui me tient à cœur en tant que psychomotricienne. Nous la proposons souvent à la troisième et quatrième séance quand un sentiment de sécurité relatif et de familiarité a pu s'instaurer. Elle met en jeu la contenance, les enveloppes.

Nous pouvons observer si l'enfant se jette dans la couverture en allant au contact du sol dur sans précaution. Nous observons l'intérêt de l'enfant : est-il enthousiaste, en retrait ? Se laisse-t-il aller ou pas ? Comment s'installe-t-il ? Est-il confortable ? Se regroupe-t-il pour profiter au maximum de la contenance ? Regarde-t-il les porteurs ? Peut-il fermer les yeux ? Exprime-t-il une gêne ? Quel type d'étayage le soutient le plus ? L'enfant demande-t-il ou accepte-t-il une chanson, une berceuse ?

Par ex : une petite fille adoptée avait eu beaucoup de mal à investir le groupe à la première séance. Elle accepte spontanément le portage. Je remarque son rire en disant que parfois, lorsque l'on est gêné, on s'exprime par le rire. Elle s'autorise alors à se laisser aller et porter. C'est la description verbale de ce qui se passait qui a pu le lui permettre.

### ■ Cas clinique

Pour certains enfants le groupe peut être une amorce de relation thérapeutique, pour d'autres un moment fécond, véritable levier thérapeutique, qui a permis à Mohamed d'exprimer de vives émotions qui ont pu être contenues dans le groupe d'observation.

#### 1) Présentation de Mohamed

Mohamed nous a été adressé au CMP, en fin de grande section de maternelle, à l'âge de 5 ans ½ par l'école pour des troubles du comportement et un refus face aux acquisitions scolaires.

Il est né en Tunisie et est arrivé en France à l'âge de 1 an avec sa sœur aînée. Les 2 autres enfants plus jeunes de la fratrie sont nés en France. Mme a eu 4 enfants en 6 ans.

La sœur aînée de Mohamed était déjà

suivie au CMP pour des difficultés d'apprentissage.

Les difficultés de Mohamed se sont exprimées plus particulièrement en grande section : il ne voulait plus aller à l'école, se cachait dans l'école et se montrait turbulent en classe. Les petite et moyenne sections se seraient bien passées selon Mme.

La famille vit dans un très petit logement et les parents ont du mal à s'accorder sur des règles éducatives cohérentes. Mme est plus ferme que Mr et fait beaucoup de reproches à son mari. Mme n'a pas de carte de séjour, ainsi que les 2 enfants aînés, alors que Mr retourne régulièrement en Tunisie.

Mr a été suivi en psychiatrie (hospitalisations et suivi en CMP) pour des troubles anxio-dépressifs qui se seraient déclenchés à la naissance de Mohamed, son premier fils. Mr contrôle mal son impulsivité et supporte mal le bruit des 4 enfants en bas âge. Il dit avoir dormi avec son fils jusqu'à l'âge de 5 ans et a beaucoup de mal à lui fixer des limites.

La famille a beaucoup déménagé depuis son arrivée en France : ils ont vécu à Nice, puis à 2 endroits différents en banlieue parisienne. Ils sont à Paris depuis 2 ans quand le suivi démarre au CMP.

Mohamed se montre très agité en consultation, mais peut se poser si on s'intéresse à lui et s'il est valorisé dans ses productions. Il présente un retard dans les acquisitions scolaires en graphisme, dans la reconnaissance des lettres et un retard de langage.

En CP des difficultés importantes de comportement amènent l'école à nous solliciter dès septembre : il est agité en classe, a des difficultés à accepter les contraintes et refuse de travailler. Il se bagarre en cours de récréation.

Un groupe d'observation est proposé au CMP. L'école va beaucoup nous interpeller, le temps scolaire sera diminué et un dossier MDPH sera fait pour l'obtention d'une AVS.

#### 2) Déroulé du groupe

- Première séance : Quand nous le rencontrons, dans la salle d'attente, c'est un enfant qui se présente avec un

visage fermé, boudeur. Il montre par des mimiques qu'il ne veut pas venir. Il dira même d'emblée «je déteste le bonheur, la fleur, j'aime le foot et les armes en vrai ».

Mohamed est très dispersé, il n'écoute pas les autres et s'agite. Il déchire une feuille et la jette, tellement il est débordé par des émotions qu'il ne peut pas mettre en mots.

Autour du bac à semoule, Mohamed participe à l'exploration mais l'excitation monte très vite. Il va jusqu'à s'allonger sur le bac. A la fin, au moment de faire semblant de goûter avec la dinette, il mange pour de vrai la semoule et crache. Nous nous posons alors la question de ses capacités de symbolisation, de son accès au faire semblant. Il a par contre pris du plaisir à cacher des objets dans la semoule.

Mohamed a du mal à s'arrêter. Il fait le geste de taper un autre enfant, qui prend lui aussi beaucoup de place dans le groupe.

Mohamed est très expressif sur le plan des mimiques mais son langage est rudimentaire ; il confond beaucoup les sons.

Ainsi, la première séance est très difficile mais aussi très riche. En groupe il a pu exprimer des émotions qu'il n'aurait pas forcément montrées de manière aussi vive en individuel ou en présence de ses parents. Nous ne sommes pas trop de trois pour accueillir et laisser s'exprimer les mouvements physiques et psychiques dans le groupe.

Par la suite Mohamed participera à 3 autres séances ; il va beaucoup évoluer au sein du groupe. Les autres enfants du groupe lui nommeront ce changement. Ca sera très touchant et valorisant pour Mohamed.

- Au niveau corporel, nous repérons que Mohamed qui pourrait sembler à l'aise car il bouge beaucoup, est en réalité bien en difficulté. Lors des activités debout il se désorganise, il peine à trouver de bons appuis. Au sol, Mohamed est en difficulté pour trouver une position confortable, efficace. Il a souvent une partie du corps en contact avec l'adulte placé à côté de lui. L'agir, les gestes brusques, l'impulsivité sont au premier plan lors

des premières séances. Mohamed a des gestes violents envers les autres ou envers lui-même. Il évoque son père qui tape, il dit de manière non adressée «je vais t'éclater la tête» et se tape lui-même le crâne.

Nous repérons que dans les moments où il se montre débordé par l'excitation ou l'émotion, il n'est pas sensible à notre verbalisation, mais il peut être contenu corporellement. Cela l'apaise d'ailleurs beaucoup quand nous l'entourons de nos bras et respirons.

Lors de la proposition des portages, Mohamed a besoin d'être accompagné. En position foetale, le corps rassemblé, il peut se relâcher.

- Sur le plan du langage, Mohamed, quand il est étayé, peut utiliser les mots pour nommer son ressenti et se représenter son vécu. Ainsi lors d'un jeu debout en cercle, il va boudier et pourra dire «ça me rend timide ».

- Concernant le jeu, progressivement, Mohamed peut utiliser le faire semblant et montre des capacités de jeux symboliques. Par exemple, lors de l'avant-dernière séance, il choisit une marionnette oiseau (corbeau). Il présente son personnage en disant «cassé l'aile ». Il peut attendre son tour et dans le jeu groupal, il demande qu'on s'occupe de l'oiseau ; il apprécie que tous les autres personnages le cajolent, il est dans le faire semblant, il fait une toute petite voix.

- Au sein du groupe, Mohamed fait des liens d'une séance à l'autre, le vécu s'inscrit pour lui. Il repère les absents du groupe et nous différencie vraiment.

Nous avons noté qu'il profitait du cadre du groupe à la fois libre et contenant

Ces 5 séances en petit groupe lui ont donné la possibilité :

- d'exprimer un vécu qui puisse être contenu sans rétorsion et métabolisé.
- d'être évalué sans enjeu de réussite et donc de ne pas mettre à mal son estime de lui, ce qui lui a permis de finir par montrer aussi ses compétences.
- d'être accueilli dans un groupe sans être rejeté malgré ses gestes brusques

et ses mots à tonalité agressive au premier abord.

- d'être entendu dans son besoin de contenance corporelle et son besoin de repères.

### **3) Proposition après le groupe d'observation**

Par la suite, nous avons proposé un suivi individuel en psychomotricité pour les raisons suivantes :

- Ses difficultés dans la régulation tonico-émotionnelle, les appuis pédestres, les gestes.

- L'intérêt du travail sur les portages, la contenance corporelle, sur le renforcement des limites du corps.

- l'investissement de la psychomotricienne qui a permis d'entrevoir un travail possible.

Mohamed a énormément investi les séances. L'accompagnement par la maman a été irrégulier bien qu'elle soit partie prenante du suivi. Un travail thérapeutique riche s'est engagé autour du corps, mais aussi de la question de l'identité, lui permettant de s'appuyer sur des repères plus stables.

Lors d'une séance, Mohamed amène l'idée d'un nouvel appartement. Subitement un déménagement est organisé en une semaine. Le lien a été fait avec un CMP en Bretagne en espérant que la première expérience positive de suivi en CMP pourra lui permettre de réinvestir un autre lieu de soin.

### **■ Le groupe d'observation du point de vue de l'orthophoniste**

Dans le groupe d'observation, je participe comme animatrice indifférenciée, mais j'observe les enfants à partir de mon filtre d'orthophoniste. La première différence est que je rencontre les enfants directement sans passer par une anamnèse avec les parents sur le début du langage et le comportement langagier actuel ; j'ai un regard neuf sur lui.

### **1) Un bilan orthophonique classique mais au fil de ce qu'apporte l'enfant**

J'ai dans ma tête les différents aspects du langage que j'observe d'ordinaire à l'occasion d'un bilan classique :

vocabulaire et syntaxe, expression et compréhension, construction d'un récit, articulation et parole.

Toutefois, le principe du groupe fait que l'enfant n'est pas soumis à différentes épreuves, mais observé dans sa communication spontanée, ou induite. Le bilan est donc plus «écologique», c'est à dire permet d'évaluer le langage «dans son milieu naturel».

Il m'arrive au cours des groupes de créer des «situations de langage» pour observer chez un enfant un point précis qui a attiré mon attention ; par exemple, si je remarque qu'il dénomme de nombreuses images à l'occasion d'un jeu de loto, je transforme le jeu pour évaluer sa compréhension.

## **2) Un bilan possible en groupe uniquement : les habiletés pragmatiques**

Le fait que je me sois spécialisée depuis le début de mon exercice dans la prise en charge des enfants autistes a attiré mon attention sur l'importance de la pragmatique du langage ; cette notion récente met le projecteur sur tout ce qui, dans la communication, est exprimé et compris en dehors des mots.

Font partie de la pragmatique : la mimique, la prosodie, les gestes, la posture. En font partie également toutes les habiletés conversationnelles : relancer la communication quand elle est rompue, se rendre compte qu'on est ou pas compris ou écouté. Cela met en jeu la théorie de l'esprit. Or il existe très peu de tests spécifiques de ces compétences pragmatiques, et même s'ils existent, ils recréent artificiellement des situations de langage susceptibles de fournir des renseignements sur la pragmatique. Le groupe d'observation est l'occasion d'évaluer ces compétences pragmatiques dans des conditions plus proches des conditions naturelles :

-Mimique, prosodie, gestes, posture

-Théorie de l'esprit : que pense-t-il que l'autre pense ? Par exemple quand un enfant parle de quelqu'un qu'on ne connaît pas, je lui dis : «Est-ce que tu penses que nous connaissons

untel ? », «Comment pourrions nous connaître son nom ? ». De même, quand un enfant reproche à un autre de répéter toujours la même chose, je dis : «Que penses-tu que ça lui fasse quand tu lui dis cela ? »

-Gestion de la communication : l'enfant se soucie-t-il d'être compris ? Comment restaure-t-il la communication si on ne le comprend pas ? Répète-t-il à l'identique ou est-il capable de reformuler, utilise-t-il des dessins pour s'aider ? des gestes ?

-Dans les cas de bilinguisme : l'enfant peut-il passer d'une langue à l'autre ?

## **3) Un pronostic pour une éventuelle prise en charge orthophonique**

Quand l'enfant présente un trouble de l'articulation ou de la parole : Est-il capable de se corriger si on attire son attention dessus, en a-t-il honte par rapport aux autres, s'il est compréhensible pour les autres ? Dans les séances classiques d'orthophonie en tête à tête, l'orthophoniste s'adapte très vite à l'enfant, si bien que soit elle le comprend malgré sa prononciation atypique et l'enfant n'a pas d'effort à fournir pour être compris, soit elle doit feindre de ne pas comprendre.

Le groupe permet d'aborder le langage sous l'aspect fonctionnel ; par rapport à un bilan orthophonique classique, disposer de 5 séances est précieux car on peut voir s'il s'agit d'un maniérisme épisodique ou d'un trouble persistant de l'articulation.

En outre, cela donne de précieux renseignements quant à une éventuelle rééducation orthophonique ultérieure : en effet, si l'enfant n'a pas conscience de son trouble, n'en souffre pas et n'a pas de conscience phonologique, c'est-à-dire ne remarque pas les moments où nous reprenons nous mêmes à dessein sa particularité langagière, la prise en charge orthophonique me semble beaucoup moins indiquée. Quand l'enfant au contraire s'intéresse aux sons, ces 5 séances permettent parfois d'amorcer un travail et de voir comment l'enfant s'en saisit.

## **4) Avantages du groupe par rapport à un bilan orthophonique classique**

Le groupe permet une évaluation du

langage dans toutes ses dimensions, y compris la partie pragmatique, grâce à une observation en direct et de façon fonctionnelle.

Sur le plan psychologique, le groupe donne le temps de faire connaissance, permet d'évaluer malgré une éventuelle opposition ou timidité, ou de conclure à une difficulté d'évaluation pour le moment. Il permet de contourner l'opposition pour les enfants ne supportant pas la situation de test et de repérer une dissociation automatico volontaire, c'est à dire la différence de performances entre les fois où on demande quelque chose directement à l'enfant et celles où on l'observe spontanément.

Il rend possible d'accueillir des pathologies difficiles à évaluer comme le mutisme extra familial.

Le groupe permet de rencontrer l'enfant dans un autre contexte que celui d'un bureau d'orthophoniste ; debout avec d'autres médiations que celles apportées par l'orthophoniste, il peut montrer comment il est (ou pas) à l'aise dans son corps, s'il est motivé par les activités sensorielles et me permet de repérer d'éventuelles différences entre ces moments-là et ce qu'il peut montrer dans des activités plus cadrées.

## **■ Reprise en équipe des observations du groupe**

La restitution des observations du groupe en réunion d'équipe donne lieu à une discussion parfois animée sur les hypothèses diagnostiques et sur les prises en charge à proposer. Pour les pathologies les plus lourdes, nous tentons de les adresser à des structures de soin plus intensives comme le CATTP «Jardin de maternelle» (groupes thérapeutiques 2 x 1h30/ semaine pour des enfants scolarisés en maternelle), s'il y a de la place. S'il n'y en a pas, on «bricole» quelque chose en attendant soit en consultation, soit en prise en charge individuelle avec un infirmier ou un éducateur le plus souvent.

Un des effets possibles du groupe est que les professionnelles encadrant le groupe investissent plus particulièrement un enfant, ou bien c'est l'enfant ou un parent qui

investit plus particulièrement un adulte du groupe (ou la fonction qu'il représente), qui souhaite le prendre en charge alors qu'il n'en a pas toujours la disponibilité, ce qui peut engendrer une certaine frustration de part et d'autre. La réunion d'équipe permet souvent de réguler les transferts trop massifs.

Il nous arrive de décider de la création de nouveaux groupes à la suite d'un groupe d'observation, quand la pathologie d'un enfant nous suggère une médiation qui serait profitable à d'autres enfants déjà suivis au CMP (par exemple un groupe de 3 enfants autour de jeux de langage avec 2 orthophonistes ou un groupe «corps et créativité» avec une orthophoniste et une psychomotricienne).

Lorsque nous restituons à l'équipe ce que nous avons observé, le danger est que cette réflexion clinique tourne à une revue des places existant dans les groupes et auprès des différents professionnels. Parfois, tout en sachant qu'il n'y a pas de place à ce moment-là, nous mentionnons un groupe auquel nous aurions pensé pour alimenter la réflexion clinique sur l'enfant.

### ■ **Restitution aux parents par les professionnelles du groupe**

Lorsque nous restituons aux parents les observations du groupe, nous nous rendons compte qu'ils attendent parfois l'équivalent de 3 bilans formels conjoints, en fonction de nos spécificités ; par exemple un papa se plaint : «il y a une orthophoniste, elle ne nous a même pas parlé des troubles d'articulation de notre fille ». Il faut repenser en amont à comment le groupe est présenté aux parents pour leur faire comprendre que, malgré nos formations respectives, ce que nous observons lors du groupe n'est pas la jonction de plusieurs bilans de spécialistes.

Nous pouvons aussi parfois être gênées de ne pas proposer nous-mêmes de suite à la prise en charge : c'est en effet le rôle du consultant que de proposer le soin qui suivra éventuellement le groupe d'observation, mais les parents nous demandent inévitablement ce que nous envisageons pour la poursuite

de la prise en charge de leur enfant, voire nous demandent directement si nous avons de la place pour l'accueillir. A l'occasion de ce temps de restitution, les parents nous livrent parfois des éléments différents de ceux qu'ils ont livrés en consultation ; par exemple cette maman, présentée en synthèse par sa consultante comme excessivement inquiète pour sa fille quant aux apprentissages qui nous dit, quand on la questionne sur ce qui la préoccupe pour sa fille, qu'elle-même ne s'inquiète pas des apprentissages, qu'elle considère que sa fille, née à la fin de l'année a largement le temps d'apprendre à son rythme, mais que ce qui la soucie davantage est l'incapacité de sa fille à se défendre, par rapport à ses sœurs, et parmi ses camarades à l'école.

D'autres parents nous font part de difficultés avec le consultant, ils disent avoir accepté l'idée du groupe d'observation «parce que ça pouvait apporter quelque chose », mais ils ont déjà mis en place toute une prise en charge privée en parallèle. Ce genre de discours, discordant avec ce qui se passe en consultation, nous amène à nous demander s'il est opportun de préserver cet espace de parole séparé qui permet aux parents de se montrer sous un autre jour ou si, ce faisant, nous favorisons le clivage. Nous envisageons donc dans certains cas, de participer à la consultation suivante.

### ■ **Restitution aux parents par le consultant**

Une fois que les professionnelles du groupe ont reçu les parents pour leur faire part de leurs observations, les parents sont reçus par le consultant pour envisager la prise en charge la plus adéquate possible, en fonction des disponibilités de l'équipe et des parents. Quand la prise en charge «idéale» n'est pas possible faute de moyens sur notre CMP, nous adressons parfois les familles vers des professionnels extérieurs travaillant en libéral avec lesquels nous avons des liens établis de longue date, quand les parents peuvent soutenir cette démarche psychologiquement et financièrement.

Comme nous l'avons vu précédemment, il arrive que les

parents profitent de ces 2 temps d'échanges pour cliver l'équipe. Ils interrogent parfois le diagnostic suspecté et tentent de nous diviser. Cette dynamique peut être intéressante pour travailler l'ambivalence des parents, mais réclame que nous ayons suffisamment le temps de communiquer entre nous pour l'élaborer. Il s'agit souvent de parents informés (mais pas forcément bien informés, par internet...), qui ont une demande ambivalente à l'égard du CMP et pour lesquels les observations faites ne semblent pas prendre sens, ni faire lien avec leur propre vision de leur enfant. Pour certaines de ces familles, la restitution en 2 temps n'est pas forcément souhaitable et nous nous interrogeons sur la façon d'adapter au mieux notre dispositif.

### ■ **Conclusion**

Le groupe d'observation est un appoint diagnostique très utile en CMP pour les enfants les plus jeunes et les pathologies les plus complexes. Il permet en 5 séances de donner des éléments précieux sur différents aspects du développement de l'enfant : l'investissement de son corps, son niveau de langage et la façon dont il l'utilise pour communiquer, son niveau de jeu symbolique, sa façon d'interagir avec enfants et adultes, et d'exprimer ses émotions et ses affects. Il permet aussi de repérer les médiations qui l'intéressent plus particulièrement, ce qui nous laisse entrevoir les prises en charge qui lui seraient bénéfiques.

Ce groupe est très souvent bien accepté par les parents et les enfants, c'est parfois un véritable levier thérapeutique comme on l'a vu pour le cas clinique décrit.

La restitution aux parents par les professionnelles du groupe, puis par le consultant donne lieu à des échanges riches avec les parents quant à leur perception de leur enfant et de ses difficultés, croisée avec la nôtre.

Nous sommes parfois frustrés de ne pas pouvoir proposer ensuite la prise en charge qui nous paraîtrait la plus adaptée, mais nous tentons de nous en approcher le plus possible ou de la différer dans le temps.

# Psychiatrie adulte, pédopsychiatrie et CAMSP conjointement au service de d'une clinique de la co-incidence

**Marie-Christine FOUQUAY-PICARD, PH, hôpital général de Dreux (Eure et Loir)**

**Il s'agit de proposer à travers cet écrit, quelques éléments de réflexion dans la perspective d'un projet de co-création/collaboration entre les services de soins concernés par la petite enfance (en particulier, la pédopsychiatrie et le CAMSP) et le service de psychiatrie adulte, au service de la parentalité, de la naissance de la pensée et de la prévention en santé mentale.**

Ce projet a pu se mettre en place en 2016 avec l'appui de l'unité de recherche clinique (URC) de notre hôpital.

**«Un enfant tout seul, ça n'existe pas»**

En consultation pédopsychiatrique les enfants nous amènent leurs parents. Plus l'enfant est jeune, plus il est avant tout dans la tête de ses parents et dans ce qui se joue entre eux ; s'occuper et prendre en compte l'enfant, c'est aussi prendre en compte chacun de ses parents, l'histoire de chacun avec toute son « épaisseur transgénérationnelle », la qualité de leur accordage en ce qui concerne leur enfant.

Lesocid'uneéquipe pluridisciplinaire en service de pédopsychiatrie et en CAMSP, telle que je l'ai pratiqué des années sur l'hôpital de jour enfant (où j'ai travaillé de 1991 à 2014), comme sur le CAMSP (où je travaille depuis 1994 et où je suis médecin directeur depuis 2000) est avant tout de considérer la qualité du bain émotionnel et relationnel dans lequel vit l'enfant.

«Un enfant tout seul, ça n'existe pas» disait Winnicott. Ainsi il est important de prendre en compte ce qui se passe dans le rapport humain qui unit l'enfant à ses parents et chacun d'eux aux personnes de leur environnement proche ; c'est-à-dire prendre en compte ce qui se passe entre l'enfant et l'ensemble des personnes qui s'occupent de lui, réciproquement et simultanément.

Le premier soin à apporter à l'enfant est de lui offrir des parents qui vont suffisamment bien, un environnement humain qui puisse répondre à ses besoins fondamentaux. Dans les espaces de soin cela signifie des professionnels en confiance, accordés et ajustés.

**Soins transitifs... et transitionnels**

Il nous arrive très souvent de devoir mettre en place des entretiens avec les parents seuls pour les soutenir dans leur parentalité, leur permettre de déployer leurs capacités parentales. Nous constatons ainsi souvent un amendement des symptômes de l'enfant, ou un mieux être de celui-ci, avant même de lui offrir des soins spécifiques.

Certains parents envahis par leur souffrance psychique propre seront entravés pour déployer ou laisser émerger leur capacité parentale ; d'autres verront, autour de la naissance de leur enfant et du remaniement qu'il occasionne pour chacun et dans la dynamique relationnelle du couple, des troubles ou angoisses surgir, d'autres ne pourront faire face à une annonce traumatique de handicap et pourront décompenser... Ainsi le petit enfant nous confronte d'emblée à ses parents et aux fonctionnements psychiques de ceux-ci, mais aussi aux adultes proches qui gravitent

autour de la famille (famille élargie et partenaires).

Par ailleurs la maladie, le handicap ou les troubles de développement d'un enfant peuvent venir réveiller la petite enfance, l'enfance de ses parents, faire écho à des souvenirs traumatiques, à ce qu'ils ont vécu avec leurs propres parents ; ainsi des peurs, des angoisses anciennes viennent entraver, polluer les liens...

Dans un double mouvement interactionnel, les parents «transforment» leur enfant et d'une certaine manière le «façonnent», en même temps et tout autant que l'enfant «transforme» ses parents, les pousse parfois dans leurs retranchements intra-psychiques.

Un bébé, un enfant impacté dans son développement, du fait de séquelles néonatales, d'une anomalie génétique, d'une maladie grave ou d'une longue hospitalisation peut être en difficulté pour interagir ; cet enfant réel trop en décalage avec celui rêvé peut venir faire effraction dans la psyché parentale et sidérer le processus d'attachement (de manière différente pour chacun des parents). Porter attention à l'incidence de l'enfant sur ses parents et l'incidence des parents sur l'enfant est nécessaire pour soutenir le processus d'humanisation en route. Porter attention à la santé mentale des parents est une préoccupation de fond pour une approche globale du développement singulier d'un enfant en souffrance. Prendre soin du psychisme d'un adulte qui est parent, c'est aussi prendre soin de son ou ses enfants.

**La première tâche de l'enfant**

L'enfant a avant tout besoin de se sentir contenu de façon fiable, repérante et sécurisante (portage parental

suffisamment bon) ; si ce n'est pas le cas, il ne va avoir de cesse de tenter de panser, réparer, soutenir ou palier à cette défaillance... au détriment de son propre développement.

Winnicott l'exprime ainsi : «[...] ces enfants sont confrontés à une tâche qu'il n'est pas possible de remplir. Ils doivent d'abord faire face à l'humeur maternelle. S'ils accomplissent cette première tâche, ils n'auront fait que créer une atmosphère dans laquelle ils seront en mesure de démarrer leur propre vie.» (In *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Donald Winnicott, Ed Payot, 1969, p.85).

Etats d'alerte, comportements adultomorphes, attitudes en faux self, hyper-vigilance, agitation ou retard de développement sont souvent le signe d'un développement tourné vers la moindre défaillance parentale. C'est une psyché infantile d'abord au service des psychés qui l'environnent. Des enfants dans le réel avant tout, avec un imaginaire et une vie fantasmatique pauvres ou crus, comme décapés à vif et à nu, qui semblent branchés aux adultes qui s'occupent d'eux ; leur intériorité labile et fragile peine à se construire. Ainsi l'enfant, par ses troubles, peut nous amener ses parents et les adultes qui s'occupent de lui, sa préoccupation première étant d'avoir un «nid» suffisamment sûr et fiable. L'enfant est intimement lié à son milieu, la clinique de l'enfant est une clinique du milieu.

### **Une coopération soignante à l'image de ce qui se joue entre parents et enfant**

La santé mentale du parent influe sur le développement psychique de l'enfant, ce d'autant qu'il est très jeune et que sa pensée n'est pas organisée. Une coopération étroite entre services de soins spécifiques de la petite enfance (CAMSP et pédopsychiatrie) et services de psychiatrie adulte pourrait contribuer au devenir humain, en prenant pleinement en compte cette co-influence ou co-incidence de l'enfant et de son «monde», à commencer par

ses parents et sa fratrie.

J'évoque là autant les troubles psychiques présents avant la venue au monde de l'enfant que les troubles qui apparaissent pendant la grossesse, autour de la naissance, autour d'une annonce de trouble ou de handicap de l'enfant, que ce soit chez la mère ou le père, sachant que les troubles de l'un impactent toujours l'autre. Ils ne restent jamais sans incidence. L'enfant est une éponge émotionnelle, il perçoit et s'imprègne de l'émotionnel de ses parents, de ce qu'il perçoit d'angoisse, d'insécurité, de violence, d'agressivité et de mal être de chacun de ses parents et entre eux.

«Pour s'approprier le langage et la pensée le petit de l'homme va avoir besoin de son corps, de son environnement et d'une inscription dans une histoire (celle de ses deux filiations, maternelle et paternelle)» (...) «Le XX<sup>ème</sup> siècle en Europe nous a tout appris des multiples manières de détruire l'individu.» nous rappelle Bernard Golse dans *L'être bébé* (Ed PUF, Le fil rouge, 2006)

Aider l'individu à se construire nous amène à conjuguer nos approches et lutter contre les clivages qui isolent (enfant d'un côté et parents de l'autre). Conjuguer nos efforts thérapeutiques selon une approche globale, singulière et inter-subjective pourrait être le formidable enjeu d'une coopération soignante, psychiatrie adulte / pédopsychiatrie / CAMSP, à l'image de ce qui se joue et se noue entre parents et enfant.

### **Déployons notre liberté créatrice au service de ce qui nous fait humain**

Cette coopération peut se décliner de multiples manières : travail en direct (coordonné ou conjoint) et/ou indirect (espace commun de pensée au service de l'ajustement des professionnels). Développer des groupes de travail ainsi que des espaces de concertation entre nos équipes permet de déployer notre capacité attentionnelle mutuelle, pour accueillir plus globalement et singulièrement chaque patient,

chaque «constellation familiale» et potentialiser le déploiement de ce qui nous fait humain au service des plus vulnérables d'entre nous.

Prendre en considération le bain inter-humain dans lequel le bébé, l'enfant ou l'adolescent se situe, c'est prendre en compte son devenir humain : nous ne naissons pas humains, nous le devenons et ce, à partir de la qualité de l'ambiance humaine dans laquelle nous avons baigné.

Le soin intensif en pédopsychiatrie tente de reproduire les conditions d'une ambiance humaine qui va permettre à la pensée de naître, de se déployer, d'être relancée. L'approche globale et singulière en CAMSP a pour enjeu le devenir humain au-delà de tout handicap ou déficience : soutenir l'ensemble des processus interrelationnels (corporeo-psychiques) pour permettre à l'enfant d'accéder au sentiment continu d'exister.

### **L'environnemental humain**

De même que tout trouble du développement global d'un enfant ou toute pathologie venant troubler son développement impacte ses parents et son environnement humain, lorsqu'un adulte a besoin de soins psychiques et notamment du recours à un service de psychiatrie, nous pouvons penser que s'il est parent, ses compétences parentales peuvent se trouver fragilisées et avoir une incidence sur la qualité de la relation avec son ou ses enfants.

Nous pouvons aussi penser que toute pathologie aiguë d'un parent a un impact plus ou moins traumatique sur son enfant, toute hospitalisation d'un parent peut générer angoisse, culpabilité, questionnement pour un enfant. L'environnemental humain des enfants et l'environnemental humain des adultes sont imbriqués de fait.

C'est donc un problème de santé public et de prévention que de tenter de déployer ensemble cette approche de l'environnement humain de tout

être en souffrance psychique ou à risque de l'être, quel que soit son âge. Certaines situations sont connues de nos services sans que nous fassions suffisamment de liens, certaines situations connues d'un seul de nos services pourraient bénéficier de l'apport direct ou indirect de l'autre. Les «anciens» grands prématurés représentent un pourcentage important d'adultes souffrants de troubles psychiques. Les «anciens» de l'ASE également. L'impact de l'environnement humain est donc important dans le devenir de chaque être.

### **La requalification parentale**

Prendre soin d'un enfant s'associe au prendre soin de ses parents et à ce qui se passe entre eux. Didier Houzel apporte un éclairage intéressant autour du concept de requalification parentale ; a contrario Maurice Berger nous alerte sur l'impact des négligences graves et de la maltraitance sur le devenir adulte de ces enfants malmenés, et aussi sur notre surdité ordinaire, notre aveuglement face à l'impensable. Comment déployer un regard qui écoute, une oreille qui voit, un senti qui se ressent... Comment déployer nos capacités attentionnelles ? Puisque tout être grandit, se construit et évolue à partir du bain inter-humain dans lequel il se situe, aucun être souffrant ne peut se prendre en compte sans appréhender son environnement humain. Selon l'intensité des troubles et la qualité de l'environnement humain (la qualité du bain intersubjectif) le soin se déclinera selon différentes modalités souvent il devra se concevoir dans le pluri-partenariat. La clinique du milieu est une clinique complexe qui nous convoque au travailler ensemble, à la conjugaison de nos approches plurielles et transversales.

### **Présentation du projet et d'une situation clinique**

Notre projet a la richesse de réunir deux psychiatres pour adulte, l'un dit «comportementaliste» et l'autre

«systémicien », un psychologue-psychothérapeute et un psychiatre pour enfants, une assistante sociale. Nous allons maintenant décrire la situation d'une famille ayant accepté de participer au projet dans sa phase expérimentale, c'est à dire une consultation pluri-professionnelle (trois psychiatres, un psychologue et une assistante sociale des 3 services pré-cités), après que les parents aient rempli différents questionnaires.

Dans le cas de cette famille, le deuxième enfant de la fratrie, Léo, âgé de 5 ans 1/2, présentait des difficultés autour des apprentissages avec troubles de l'attention et du comportement en classe, qui ont amené les parents à venir consulter au CMP pour enfants, à la demande de l'école. Après plusieurs rencontres de l'enfant avec ses parents, des parents seuls et de sa soeur aînée Anna, âgée de 10 ans, au CMP enfants, force a été de constater une problématique familiale complexe. Anna qui allait bien, aux dires des parents, était l'objet d'une vigilance permanente de sa mère. Lors de la consultation pluri-professionnelle, en sus des difficultés d'Anna, les troubles psychiques et sociaux des parents vont s'exprimer. Les scores de Conners établis pour chacun des enfants ont confirmé que les parents appréhendaient bien les difficultés d'apprentissage de leur fils, ainsi que l'impulsivité et l'hyperactivité importantes manifestées par Léo (score supérieur à 50% du score maximal). Les troubles du comportement connus remontaient en fait à l'année précédente. Au cours de la consultation pluri-professionnelle, l'équipe a noté que l'enfant se présentait comme un garçon posé, tranquille, relativement a-conflictuel, s'affirmant face à sa mère d'une façon assez adoucie, attentionnée. Pendant la consultation, sa soeur Anna s'appliquait à dessiner soigneusement, et à fabriquer un objet en papier très coloré avec des gommettes, sans paraître vraiment écouter ce qui se disait. «Le temps m'a paru long », a-t-elle dit en fin d'entretien, «je n'ai pas vraiment entendu ce qui se disait ». Elle ne

paraissait pas impliquée par ce qui se jouait pour ses parents et son petit frère, elle était comme à distance, «éteinte», déconnectée de la famille comme si, tout cela ne lui faisait rien. Le score de Conners d'Anna ne révèle aucun élément significatif, à l'image du comportement de cette enfant au cours de l'entretien.

Nous savons que lorsque l'environnement de l'enfant ne peut répondre à ses besoins de sécurité, de prévisibilité et de fiabilité, l'enfant peut, pour faire face, se dissocier de ce qu'il ressent pour ne plus sentir et ne plus être débordé d'émotions ; c'est vraisemblablement le cas d'Anna. Il arrive aussi que l'enfant soit dans l'incapacité de gérer ses émotions débordantes. Léo semble alterner ces manières d'être au monde.

Concernant les troubles psychiques, somatiques et sociaux des parents, l'auto-questionnaire met en évidence certains troubles ressentis par les parents eux-mêmes. Ainsi, une symptomatologie de type anxieté-insomnie, dépression sévère et somatisations est clairement identifiée par la mère. En miroir, on observe que chez le père, ces dimensions symptomatologiques ne reflètent aucun trouble notable, mais le dysfonctionnement social paraît nettement ressenti par le sujet. Cette dimension n'est pas significativement présente chez la mère.

Pendant la rencontre, le psychiatre pour adulte de l'équipe a noté une dépression maternelle caractérisée. Les scores d'appréciation psychiatrique respectivement maternels et paternels étaient proches, comparables et modérés, traduisant pour chacun des parents des troubles du spectre anxio-dépressif sans signe psychotique, avec une surestimation majeure de soi-même marquée chez le père qui présente aussi un dysfonctionnement social révélé par le questionnaire mentionné plus haut. Monsieur est cuisinier et a vécu de nombreux licenciements pour faute dont un récemment, ce qu'il banalise. La

mère, coiffeuse et gérante d'un salon, décrit une pression et une emprise de sa patronne sur elle-même ; elle a été en arrêt de travail 15 jours l'an passé pour épuisement.

Cet état de dépression, fatigue et épuisement génèrent pour la mère irritabilité, agressivité et manque de disponibilité, en lien direct avec son vécu professionnel et l'insécurité générée par les licenciements répétés de son conjoint ; le tout sur fond de deuil impossible de son père décédé quand elle avait 10 ans et d'une histoire globale insécure. Le père banalise et tend à effacer ce qui le concerne, il tend à faire de même en ce qui concerne les difficultés de son fils, comme il a appris à le faire depuis tout petit. En effet, après la séparation de ses parents quand il avait 5 ans, Monsieur a été «enlevé» à sa mère pour être élevé par la famille paternelle (grand-mère et 2 tantes) et finalement délaissé par son père qu'il ne voyait pas. Monsieur dit que c'est du passé, qu'il ne se souvient pas si cela a été difficile, il semble avoir effacé ses souvenirs, ou s'être coupé de ses affects.

Concernant l'échelle de co-parentage évaluant le niveau de conflit ou d'harmonie auquel sont exposés les enfants, les réponses des parents vont dans le même sens : coopération et solidarité. En revanche, le couple fonctionne plutôt sur un mode fusionnel probablement peu propice au développement équilibré des enfants.

### **Analyse par l'équipe pluri-professionnelle et proposition de soin**

L'analyse du fonctionnement familial par l'équipe sur la base de la rencontre et des auto-évaluations a révélé un fonctionnement général non significativement dysfonctionnel, bien qu'à la limite, et confirme le caractère fusionnel de la relation conjugale, même si la mère paraît s'inscrire dans une dynamique légèrement plus conflictuelle, à mettre vraisemblablement en lien avec le dysfonctionnement social et le trait mégalomane de son conjoint.

Le trouble anxieux et dépressif de la mère, le dysfonctionnement social du père et les troubles de la conjugalité ne sont pas sans lien avec les difficultés de leurs enfants. La symptomatologie de Léo et les signes d'inconfort plus sourds observés chez Anna pourraient être considérés comme des révélateurs des troubles de la conjugalité parentale et de l'insécurité de fond qui s'enracine dans le transgénérationnel pour chacun des parents. Nous retrouvons tant chez Léo que chez Anna une posture d'effacement des ressentis, voire leur annulation comme chez leur père. Les troubles de l'attention et du comportement en classe de Léo semblent le signe d'une intranquillité, miroir de l'inconfort des parents.

Lors de la restitution, en dernière phase de la consultation pluri-professionnelle, il a été proposé à la mère une consultation au CMP adulte qu'elle a accepté volontiers, et une thérapie de couple a été évoquée.

### **Conclusion**

Les enfants, de par leurs souffrances, ont amené leurs parents à parler de leurs propres difficultés, nous amenant, nous professionnels, à une concertation et une approche plus globale selon une clinique de la «co-incidence»: ce qui touche l'un touche l'autre, simultanément et réciproquement.

Prendre soin de la dynamique émotionnelle familiale, se mettre à l'écoute de ce qui se joue entre chaque membre de la famille nous amène à prendre soin de ce qui nous relie, nous les professionnels : offrir une attention conjointe qui supporte la réciprocité en co-incidence au profit du narratif et de l'inter-subjectif. La clinique du milieu nous convoque au travailler ensemble, belle façon de lutter contre l'attaque des métiers et des collectifs et faire une place à ce qui se raconte (Clin d'œil au livre de C Dejours *Le choix/La souffrance au travail n'est pas une fatalité* (Ed Bayard, 2015) et celui de Roland Gori *La dignité de penser* (Ed Babel, les liens qui libèrent, 2011), voir notes de lecture dans les Lettres de l'API n°40

et 41).

Centralité de la coopération au service de la narrativité !!

Un article plus complet sur ce dispositif de consultation et de recherche, coécrit par Marie-Christine Fouquay-Picard et ses collègues, va paraître dans *L'information psychiatrique* prochainement.

# Le CAPAS, lieu d'accueil pour les adolescents en souffrance

**Christian SIMON, PH  
CHU, Groupe hospitalier Sud  
Réunion**

En février 2009, le CAPAS, Centre d'Accueil Pour Adolescents en Souffrance, ouvre ses portes à Saint Pierre, île de la Réunion. Il s'agit d'un nouveau service du CHU de la Réunion, que j'ai conçu à partir des réflexions conjuguées de nombreux soignants du CHU et d'autres structures de soins de la région.

L'idée d'origine est qu'il est impératif de créer une structure particulière dédiée aux adolescents qui n'ont pas de lieu spécifique pour être soignés : la pédopsychiatrie ne sait pas vraiment s'occuper des plus de 13 ou 14 ans, la psychiatre adulte ne sait pas recevoir des jeunes de 16 à 20 ans. De ces réflexions émerge le projet d'une maison de ville pour accueillir les adolescents de 14 à 21 ans présentant une souffrance liée au processus d'adolescence.

Le CAPAS se différencie d'une «Maison des ados», par son statut hospitalier et non multi partenarial et par sa mission principale de soins plus que d'orientation.

Après de multiples discussions et débats animés avec le CHU, l'ARH, le ministère, et l'aide de Marcel Rufo et d'autres, je parviens à obtenir le financement d'une maison et d'une équipe conséquente. C'est ainsi qu'en 2009 le CAPAS ouvre ses portes dans une grande maison de ville située dans un quartier résidentiel proche du CHU et du centre-ville.

## **Constitution de l'équipe et du projet**

L'équipe se compose de 1,5 ETP de PH pédopsychiatres (trois PH à 60%,

50% et 40%), deux psychologues, trois IDE, deux éducateurs spécialisés, une assistante sociale, un psychomotricien, une secrétaire et un cadre de santé.

J'ai pu obtenir un temps de préparation d'un mois avant de recevoir le premier patient, afin d'élaborer concrètement les modalités d'accueil.

Le territoire de santé concerné est celui du Sud de l'île, soit une population générale d'environ 350 000 habitants, dont 40 % de moins de 25 ans (contre 20 % en France métropolitaine). Il s'agit donc d'une structure intersectorielle (deux secteurs de pédopsy) et transsectorielle (deux secteurs psy adulte).

Le profil des patients est précisé : il s'agit de recevoir les jeunes en souffrance psychique, souffrance en lien direct avec le processus d'adolescence : mal être existentiel, dysmorphophobie, troubles de l'identité sexuelle, tentatives de suicide, troubles des conduites alimentaires, émergences de pathologies psychiatriques lourdes...

## **Organisation de l'accueil**

En Mars 2009, nous recevons nos premiers patients, qui viennent sans rendez-vous, sont reçus en premier lieu par la secrétaire qui fait l'accueil «administratif», mais surtout reçoit les premiers mots et peut donner ses premières impressions sur le jeune arrivant.

Celui-ci est ensuite reçu par un soignant du lieu qui laisse de côté sa spécificité professionnelle pour devenir «accueillant», celui qui est là pour écouter, recevoir les mots de la souffrance, la demande du jeune. Les parents sont reçus dans un deuxième temps, s'ils sont présents et si le jeune le souhaite.

Les jeunes peuvent venir seuls, accompagnés par un parent, un ami, adressé par un médecin traitant, l'établissement scolaire, l'hôpital... L'anonymat des premiers RV est possible. Les parents peuvent aussi être reçus sans leur adolescent si celui-ci refuse de venir.

Une fois par semaine, a lieu une réunion d'équipe où sont présentés les accueils de la semaine passée et où une orientation est proposée. Ce pourra être une réorientation accompagnée vers un autre lieu de prise en charge si le jeune ne correspond pas à nos critères, une prise en charge individuelle (relation d'aide thérapeutique, victimologie, psychomotricité, psychothérapie), une prise en charge groupale (ateliers culturels : musique, peinture, ateliers thérapeutiques : cuisine, image, écriture, confiance en soi, danse...), une thérapie familiale systémique. Une supervision d'équipe est assurée par une psychanalyste une fois par mois.

Lors des vacances scolaires, nous organisons des «ateliers extraordinaires» de type canyoning, parapente, escalade, VTT etc... qui mettent le jeune face à ses limites, en situations extrêmes.

La moyenne de prise en charge est de 6 à 9 mois, de l'accueil unique à la prise en charge sur plusieurs années.

## **Evolution du projet, nouvelles perspectives**

Aujourd'hui, après 8 ans d'activité, le CAPAS est devenu un élément incontournable du paysage des adolescents qui en ont tous au moins entendu parler et qui y accompagnent des amis en souffrance. Personne ne met en doute son utilité, et une structure similaire, le CAPAS Ouest, a ouvert sur l'île. Cependant, on nous reproche parfois la sélection des patients selon nos propres critères, et même de temps en temps de ne pas faire de la «vraie psychiatrie».

En effet le critère d'accueil «jeune

de 14 à 21 ans en souffrance liée au processus d'adolescence» n'est pas toujours compris et on nous considère comme un CMP adolescent, qui devrait recevoir TOUS les jeunes de 14 à 21 ans, quelle que soit leur pathologie. Par ailleurs, le fait de ne pas avoir de liste d'attente grâce à notre accueil sans rendez-vous par les soignants, est parfois interprété comme le signe d'un travail léger sur des situations sans gravité.

En 2015, nous avons reçu près de 500 nouveaux jeunes. La tranche d'âge la plus représentée se situe entre 15 et 19 ans.

Nous avons le projet de créer une structure mobile pour aller à la rencontre des jeunes vivant dans des lieux éloignés.

Le plus urgent serait d'obtenir la création d'un lieu d'hospitalisation dédié aux adolescents, qui compléterait le CAPAS, structure d'accueil de jour uniquement. Malheureusement les difficultés financières du CHU, causée par une très mauvaise gestion financière, et les restrictions drastiques demandées par le gouvernement ne nous laissent pas très optimistes...

La pénurie médicale (1,5 ETP de PH) est un gros problème qui n'est pas près d'être résolu, et qui nous a obligés à modifier nos modalités de fonctionnement : il n'est plus possible, comme au début, que chaque jeune soit vu par un médecin et nous décidons des orientations sur dossier. Seules les situations les plus délicates seront vues par un pédopsychiatre. Nous avons perdu en sécurité mais gagné en disponibilité médicale. A l'ouverture du CAPAS, tous les accueils étaient vus dans un second temps par un pédopsychiatre. Malheureusement, l'augmentation du nombre d'accueils a amené le deuxième RV (avec médecin) à plus de trois mois après l'accueil, ce qui n'avait plus beaucoup de sens quant à l'orientation de la prise en charge. Nous avons donc décidé de ne plus voir tous les jeunes, mais seulement

ceux pour qui, lors de la présentation clinique hebdomadaire, semblaient présenter une urgence ou une nécessité médicale. De ce fait, les RV médicaux sont posés dans les 10 à 15 jours qui suivent l'accueil. Pour les autres, il y a une supervision régulière, par les pédopsychiatres, du suivi mis en place.



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

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

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

**Intelligence artificielle : état des lieux et perspectives..., un entretien avec Jean-Paul Haton, 2017, 25 mn**

J-P Haton est Professeur émérite à l'Université de Lorraine, responsable au sein de l'ORIA, pôle de recherche en intelligence artificielle.

Après avoir rappelé l'histoire récente du concept d'intelligence artificielle, il nous explique sa place importante dans le champ de la médecine somatique. Il aborde ensuite l'émergence d'outils encore expérimentaux dans le champ de la psychiatrie, en particulier dans le domaine des apprentissages, et conclue sur les perspectives apportées par la recherche dans ce domaine.

**La médiation par la poésie... un entretien avec Catherine ZITTOUN, 2017, 30 mn**

C. Zittoun est chef de pôle en pédopsychiatrie dans le 19ème arrdt de Paris, EPS Maison Blanche.

Dans cet entretien, elle nous montre comment la poésie peut devenir un outil thérapeutique dans une pratique clinique auprès des enfants. Elle nous explique que le poétique est un mode d'appréhension du monde naturel de l'enfant et précise l'importance de la poésie dans ses rapports à la langue souvent vécu difficilement par les enfants en souffrance. Elle démontre alors comment jouer avec les mots grâce à la poésie peut permettre à l'enfant de se réapproprier la langue. Elle illustre ses propos par plusieurs

exemples cliniques de prise en charge individuelle précisant en outre que cette médiation est aussi utilisable en groupe thérapeutique. Elle conclue par un plaidoyer en témoignant que cette pratique permet de lutter contre le formatage excessif de notre société.

### **Le cerveau adolescent... un entretien avec Marie-Odile Krebs, 2017, 30 mn**

M.-O. Krebs, psychiatre à l'hôpital Ste Anne et enseignant-chercheur à l'université Paris-Descartes, nous explique qu'entre 15 et 20 ans, le cerveau traverse une période de maturation très importante qui engendre de profonds remaniements. Ceux-ci ont des conséquences sur le plan comportemental, affectif et cognitif. Ils illustrent en particulier la clinique de l'adolescent : impulsivité, créativité, recherche de sensations... Cette période de vulnérabilité peut favoriser l'émergence de différentes pathologies où s'intriquent des facteurs génétiques, biologiques, environnementaux...

M.-O. Krebs insiste sur l'intérêt d'une prise en charge précoce des adolescents présentant des signes alarmants. Elle conclue avec optimisme devant les progrès des perspectives thérapeutiques permettant des réponses efficaces évitant l'installation durable de certaines pathologies.

### **Les états limites... un entretien avec Daniel Marcelli, 2017, 26 mn**

D. Marcelli, professeur émérite de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, revient sur le concept d'état limite qui est issu de deux courants théoriques. Il nous explique l'articulation entre une approche sémiologique identifiant une clinique multiforme et variée, et un abord psychopathologique dominé par le clivage des mécanismes de défense.

### **La dysphorie de genre... un entretien avec Thierry Gallarda, 2017, 22 mn**

Le Dr T. Gallarda, psychiatre au Centre

Hospitalier Ste Anne à Paris, participe à une consultation «Dysphorie de genre », qui reçoit et accompagne les personnes qui souhaitent entamer un processus de changement de sexe. Après avoir précisé les termes LGBT, le Dr Gallarda souligne dans un premier temps le fait qu'on ne parle plus maintenant d'un trouble psychiatrique mais d'une simple dysphorie, ce qui montre bien l'évolution de la société. Cette dysphorie se manifeste cependant par un malaise ou une souffrance, parfois importante, banalisée ou déniée, et par une extrême hétérogénéité ; elle peut être parfois associée à des troubles sévères. Le rôle du psychiatre en équipe pluridisciplinaire est d'essayer d'évaluer la présence et selon le cas, l'impact des comorbidités et de voir comment on peut mieux répondre à la demande de transition de sexe.

Dans un deuxième temps, T. Gallarda aborde la grande variété des perceptions selon les cultures et l'environnement socio-économique et insiste sur le rôle essentiel des familles et de l'école. Il prône la nécessité du soutien psychologique tout en favorisant un regard distancié et une réflexion qui permet d'éviter les positions extrêmes.

### **Neurobiologie et psychiatrie... un entretien avec François Gonon, 2016, 33 mn**

F. Gonon est directeur de recherche au CNRS et neurobiologiste à l'Institut des maladies neurodégénératives de Bordeaux.

Dans cet entretien, il nous explique avec passion et enthousiasme comment, en étudiant pendant de nombreuses années le neurotransmetteur dopamine, il a compris que celui-ci n'est en aucune manière responsable du TDAH, preuves scientifiques à l'appui. Elargissant alors ses études au travers des publications scientifiques mondiales, il nous explique les limites des neurosciences sur l'explication des origines des troubles mentaux

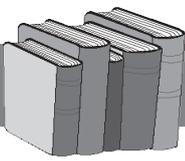
et ceci à l'inverse de croyances incomplètes trop souvent véhiculées par les médias et prenant trop souvent en compte une première publication, sans tenir compte des publications suivantes qui invalident les premières. Il nous montre également comment la génétique ne peut expliquer qu'un pourcentage infime des troubles mentaux et souligne les limites actuelles de la pharmacologie. Ses conclusions mettent en avant la place prépondérante de l'environnement dans la genèse des troubles psychiques, en lien avec la plasticité cérébrale découverte par les neurosciences.

### **Radicalisation, comprendre pour prévenir... un entretien avec Cécile Rousseau, 2016, 33 mn**

Cécile Rousseau, pédopsychiatre à Montréal et directrice de l'équipe de recherche et d'intervention transculturelles, situe d'emblée le phénomène de la radicalisation comme une émergence d'un besoin de transformation de la société. Mais lorsque le processus de dialogue est rompu, une frange de violence peut survenir, comme celle qu'on retrouve dans les mouvements xénophobes et néo nazis, ou de cristallisation religieuse comme l'état islamique.

Après avoir abordé les différents facteurs qui favorisent la radicalisation, elle décrit les différents modes de recrutement et évoque notamment le recours à des images fortes et attrayantes. Elle décrit ensuite le processus psychologique du recrutement selon les perspectives psychodynamique, cognitive et systémique.

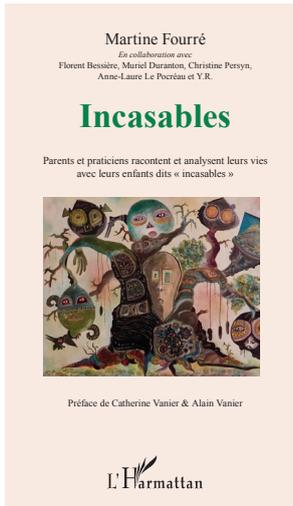
**A paraître prochainement : un entretien sur l'empowerment avec Emmanuelle Jouet, sur la clinique de la précarité avec Jean Furtos, sur le burn out avec Jean-Pierre Olié, sur «Adolescence et radicalisation» avec D. Marcelli.**



# Incasables

**Parents et praticiens racontent et analysent leurs vies avec leurs enfants dits «incasables»**

**Martine Fourré, en collaboration avec Florent Bessière, Muriel Durantou, Christine Persyn, Anne-Laure Le Pocréau et Y.R. Editions L'Harmattan, 2017**



Cet ouvrage à plusieurs voix raconte des histoires d'enfants, d'adolescents devenus adultes qui ont affaire avec la maladie mentale et la délinquance. Leurs familles s'y sont trouvées précipitées, affrontant à la fois leur douleur et l'incompréhension des institutions. Leur détermination à vivre malgré tout, les a conduites, au hasard de la vie, à rencontrer une psychanalyste qui les y a aidées.

Ces témoignages, ceux des mères, ceux de jeunes praticiens accompagnant des jeunes en difficulté, soutenus par des analyses sociologiques, anthropologiques et cliniques, invitent à considérer la place de la psychanalyse et du psychanalyste dans la société, comme un acte de présence mettant en jeu le vrai de la relation pour ceux qui errent dans un monde qui impose ses vérités administratives et scientifiques.

Faire place à et soutenir la vulnérabilité de tous, reconnaître la sienne, tel serait l'enjeu d'une psychanalyse en prise avec le social.

L'auteure, Martine Fourré exerce en lieu de vie depuis 1978. Elle est psychanalyste (espace analytique, forums du champ lacanien), diplômée de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, docteure en psychologie, chercheuse associée CRPMS Paris VII Diderot / Sorbonne et directrice de la Résidence Ecole en soin psychosocial Vivre Art de Dakar.

Extrait de la note de lecture de Jacques Ladsous (éducateur et formateur d'éducateurs

au CEMEA, décédé très récemment), transmise par Martine Fourré.

La seule réponse est l'accueil sans condition, l'écoute, la capacité à répondre dans un registre qui ne soit ni accusateur, ni moralisateur, ni médical, ni psy – seulement de bon sens et humain. (...) A notre monde en recherche d'efficacité, (...) ce livre apporte des exemples qui montrent qu'il faut savoir attendre et vivre jusqu'à ce que se déclenche ici ou ailleurs ce brin de conscience qui va pouvoir tout changer. (...)

Savoir accueillir, recevoir et attendre, sans pour autant rester muet, c'est toute la compétence que déploient ceux qui accueillent. Mais pour tenir ce rôle, il faut s'appuyer sur une véritable clinique, c'est-à-dire ne pas se contenter d'une observation rapide qui permet de classer et de conclure. (...)

La psychanalyse permet par l'écoute de saisir un fil. Pour que ce fil dénoue un lien, encore faut-il que le partage de vie le consolide et que celui ou celle qui est paumé(e), se sente exister pour quelqu'un et trouve une présence sereine qui sait constater, et dire sans juger ni condamner personne. (...)

Accueillir les incasables pour qu'ils finissent par trouver leur place est un travail de présence où tous les acteurs se mouillent. Il n'y a pas ceux qui savent et ceux qui font (...), il y a ceux qui vivent, dans un travail où la diversité des savoirs se fond dans l'unité du «vivre ensemble».

## La barbarie

de Michel Henry, PUF, 2014 (réédition)

**Christian GUIBERT**  
**Pédopsychiatre, Uzès (30)**

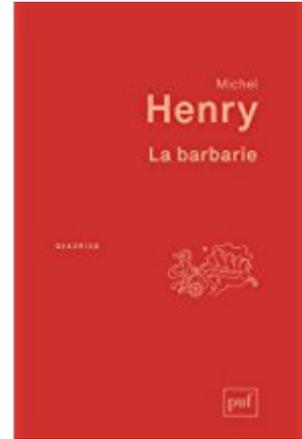
Je vous propose une lecture de ce livre de Michel Henry paru en 1987 aux Presses Universitaires de France et réédité en 2014, car il me paraît aujourd'hui d'une brûlante actualité. Cet ouvrage philosophique part d'un constat simple mais paradoxal, celui d'une époque, la nôtre, caractérisée par un développement sans précédent du Savoir allant de pair avec l'effondrement de la Culture.

Pour la première fois sans doute dans l'histoire de l'humanité, Savoir et Culture divergent, au point de s'opposer dans un affrontement gigantesque - une lutte à mort - s'il est vrai que le triomphe du premier entraîne la disparition de la seconde.

Une telle situation, aussi dramatique que mystérieuse, s'éclaire si l'on remonte à sa source, au tout début du 17<sup>ème</sup> siècle, lorsque

Galilée qui a découvert que la terre tourne autour du soleil, déclare que la connaissance antérieure à laquelle l'homme se confie est «fausse et illusoire».

Cette connaissance est la connaissance sensible, qui nous fait croire que les choses ont des couleurs, des odeurs, des saveurs, qu'elles sont sonores, agréables ou désagréables. Bref, que le monde est un monde sensible.



Pour Galilée, l'Univers est composé de corps matériels insensibles, étendus, doués de formes et de figures, en sorte que son mode de connaissance n'est pas la sensibilité variable selon les individus, mais la connaissance rationnelle de ces figures et de ces formes : la géométrie, bientôt rejointe avec Descartes, par la mise en forme de cette géométrie par des formules mathématiques.

Tel est le nouveau savoir, qui prend la place de tous les autres et les rejette dans l'insignifiance.

Mais surtout, à partir de ce moment, la «science galiléenne» va façonner notre monde, délimitant une nouvelle époque de notre histoire, la Modernité.

A la différence des autres civilisations (égyptienne, grecque, romaine) dont les conditions d'apparition sont complexes et multiples, ne pouvant être réduites au seul jeu de l'intelligence, la Modernité résulte d'une décision intellectuelle, clairement formulée, et dont le contenu est parfaitement intelligible.

C'est la décision de comprendre, à la lumière de la connaissance géométrico-mathématique, un univers réduit désormais à un ensemble objectif de phénomènes matériels, et bien plus d'organiser le monde, en se fondant de manière exclusive sur ce nouveau savoir, et sur les processus inertes qu'il permet de maîtriser. Prenons maintenant la mesure de la réduction galiléenne. Ecarter de la réalité des objets leur qualité sensible, c'est éliminer du même coup notre sensibilité, l'ensemble de nos impressions, de nos émotions, de nos désirs, de nos passions, de nos pensées, bref notre subjectivité toute entière qui fait la substance de notre vie.

C'est donc cette vie «telle qu'elle s'éprouve en nous» dans sa phénoménalité incontestable,

cette vie qui fait de nous des vivants, qui se trouve dépouillée de toute réalité véritable, réduite à une apparence. Le baiser qu'échangent les amants n'est qu'un bombardement de particules microphysiques. Si l'on suppose alors que la vie est la source exclusive de la culture, sous toutes ses formes, il devient évident que sa mise hors jeu est identiquement celle de la culture.

Or la culture, l'auto révélation de la vie en son auto accroissement n'est pas présente seulement sous ses formes supérieures, elle imprègne la communauté humaine : nourriture, vêtements, productions de biens. C'est ainsi que dans une société comprise comme communauté des vivants, dans la vie, la culture est partout.

Alors, la modernité galiléenne ne peut plus offrir que le spectacle terrifiant que nous avons sous les yeux, le démantèlement progressif de ce qui donnait à la vie, dans chacun des domaines qui lui appartiennent et en lesquels elle s'exprime, sa raison de vivre.

C'est le temps du vrai nihilisme, quand le devenir intérieur de la vie et tous les savoirs qui lui étaient liés, toutes les formes de culture qui en étaient l'expression, cèdent la place à la connaissance anonyme de processus homogènes à ceux qu'étudie la physique. Plus rien ne vaut et tout se vaut.

Le signe le plus brutal de cette substitution de la mort à la vie est l'émergence d'une technique jusqu'alors inconnue qui ne s'enracine plus dans la subjectivité des corps vivants.

Aujourd'hui, tout ce qui peut être fait dans l'univers aveugle des choses se fait sans considération, si ce n'est peut-être celle du profit. Or l'économique, comme la technique a lui aussi partout et déjà substitué ses abstractions falsificatrices au travail réel des hommes.

Cette nouvelle technique d'essence purement matérielle, étrangère en elle-même à toute prescription éthique, est donc celle qui dirige notre monde devenu inhumain dans son principe même.

L'originalité de Michel Henry consiste à dire que ce n'est pas par la pensée que nous avons accès à notre vie. Il faut reconnaître un autre mode de révélation qui relève de la «donation immédiate». Ce qui est premier, c'est l'épreuve intérieure de mes impressions, de mon désir, de ma souffrance de ma colère, cette impression affective pure qui fait le tissu de ma chair.

C'est la vie elle-même qui parvient originairement en nous, et «elle le fait en s'éprouvant elle-même» dans une activité primordiale, qui constitue la substance et la trame phénoménologique de notre vie, notre pathos. Toutes les modalités de notre vie, depuis les impressions les plus simples de plaisir ou de douleur, jusqu'aux sentiments profonds d'angoisse, de satisfaction, de bonheur ou de désespoir sont des modalités affectives. Bien qu'invisibles, celles-ci n'en

sont pas moins éprouvées par nous dans une certitude immédiate.

Le propre de la «barbarie» de l'occident et ce qui lui confère sa puissance formidable, c'est que ce refus de la vie d'être soi, s'est accompli non pas contre toutes les formes de culture, mais à l'intérieur de l'une d'entre elles, celle du Savoir.

Et on a vu comment le projet de parvenir à une connaissance objective de l'Étant Naturel avait conduit les fondateurs de la modernité à exclure de cette connaissance toutes ses propriétés sensibles et subjectives, tout ce qui comportait une référence à la vie.

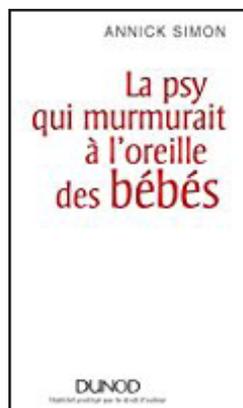
Ainsi la négation de la vie, son auto-négation, prend-elle l'allure d'un développement positif, celui de la connaissance et de la science. Dissimulée sous les prestiges de la rigueur, la mise hors jeu de la subjectivité aboutit au RAVAGE de la Terre par la nature asubjective de la technique... et quand elle est appliquée à la connaissance de l'homme lui-même, comme dans les nouvelles sciences humaines, à la destruction pure et simple de ce qui constitue son humanité.

Que ce soit clair, il ne s'agit pas de critiquer la science et ses avancées, mais le conditionnement idéologique sous jacent qui élimine le monde subjectif de la culture et de la sensibilité, bref tout ce qui est du domaine de la vie, en se présentant comme étant le seul savoir existant.

## La psy qui murmurait à l'oreille des bébés,

Annick SIMON,  
éditions Dunod, mars 2017

**Françoise Faucher-Haloua  
PH à Roanne (Loire)**



Annick Simon, ancienne marionnettiste et psychologue clinicienne en pédopsychiatrie à l'hôpital de Roanne pendant 20 ans, nous fait partager pas à pas son aventure au sein du service de néonatalogie tout au long de ces années : ses débuts, ses hésitations, ses

angoisses, ses avancées, le cheminement de sa pensée, ses émotions. Les histoires contées nous font pénétrer, avec émotion et sensibilité, au cœur même du travail du psy en néonatalogie. Elle parvient à nous immerger dans cet univers si contrasté où se côtoient vie et mort et nous fait vivre «de l'intérieur «cette expérience.

Nous découvrons avec elle l'importance de la «non place» du psychologue (pour y avoir une place, il faut savoir n'en revendiquer aucune) dans l'équipe de néonatalogie, l'importance de l'observation des mouvements d'équipe. Comment, en prenant soin des équipes et des parents, leur rencontre avec le bébé en est profondément modifiée et humanisée.

Elle nous rappelle l'importance de la mise en mots des pensées des adultes auprès de bébés, elle replace tout simplement l'humanité au cœur de l'accompagnement.

Les histoires se savourent chapitre après chapitre, grâce à son sens aigu de la narration. La finesse d'observation, l'intelligence, la sensibilité dont elle fait preuve nous ravit et nous bouleverse longtemps. Elle s'inspire de son expérience de marionnettiste, s'identifie à un funambule sur un fil au-dessus des couveuses, compare le travail de précision et d'ajustage de l'accompagnement à l'activité historique de bonneterie de la cité de Roanne. Tous ces aller-retour (qui sont autant de mouvements psychiques internes) nous enchantent et nous instruisent.

Cependant, ne vous y trompez pas, derrière ces histoires émouvantes, l'auteur cache une solide formation psychothérapique (ses références sont Mélanie Klein, Wilfred Bion, Esther Bick et, plus proches de nous, Catherine Druon, Geneviève Haag, Didier Houzel, Denis Meiller pour n'en citer que quelques uns), ainsi qu'une longue et riche expérience inspirée par la méthode de l'observation du nourrisson selon Esther Bick. Annick Simon a régulièrement communiqué et publié dans divers congrès et revues (Eres en particulier : collection *Mille et un bébés*, *Enfances et Psy*, etc...)

Tout son art réside à distiller ses connaissances, en nous exposant le cheminement de ses pensées, sous forme d'histoires contées. C'est pourquoi cet ouvrage très accessible est destiné à tous, professionnels de la petite enfance, de pédopsychiatrie, parents, grand public...

Pierre Delion, à propos de ce livre, évoque dans *Carnet Psy* «une immense leçon d'humanité au travail près des bébés».

Je terminerai avec les mots de celle qui se présente modestement aux parents comme «la dame qui vient dire bonjour aux bébés» et qui permet d'acquiescer «la capacité d'avancer seuls dans cette drôle, bizarre vie, qui n'est ni douce, ni facile, juste précieuse ! »

## 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](mailto: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](mailto: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