

CHAPITRE 1

LE CHAMP DE LA DISCIPLINE

L'Age

L'Environnement

La Légitimité scientifique délimitent le champ de notre discipline

Il est d'usage courant de définir ce champ par la nature de la population concernée : les enfants et les adolescents. Cette affirmation, suffisante dans la majorité des cas, pose en termes d'âge le problème des limites de notre intervention, d'autant plus que **les définitions de l'enfance et de l'adolescence** n'appartiennent pas au même champ sémantique.

Notre formation et nos responsabilités nous conduisent à centrer notre action sur les enfants et les adolescents en difficulté psychologique. Cette incontestable spécialisation n'est pas pour autant à entendre dans un sens appauvri. **De l'enfance nous avons à connaître l'enfant, mais aussi les liens et les lieux de l'enfance.**

Chaque acte médical, entrepris dans nos équipes, tire sa légitimité scientifique **d'un ensemble de travaux qui constituent un véritable corpus référentiel** pour tous les praticiens.

A) L'AGE

I. L'ENFANT EST UN ETRE HUMAIN QUI SE CARACTERISE PAR SA FILIATION ET SON STATUT JURIDIQUE

Filiation et Statut juridique définissent l'enfant autant que l'âge

L'usage et les règlements fixent les limites qu s'imposent à nous

16 ans : fin de l'obligation scolaire, limite de l'hospitalisation en service hospitalier d'enfants

18 ans : majorité légale

- a) **LA FILIATION** nous concerne comme constitutive de l'identité biologique, psychique et sociale de l'enfant et justifie que les parents soient nos interlocuteurs.
- b) **LE STATUT JURIDIQUE** oppose l'enfant-sujet mineur à l'adulte-sujet majeur. La majorité civile (18 ans actuellement en France) constitue un premier repère général, mais l'usage ou les règlements divers ont fixé d'autres échéances qui s'imposent à nous :

_ l'obligation scolaire cesse dans l'année des 16 ans ;

_ en ce qui concerne l'hospitalisation, sauf dérogation, elle n'est pas possible au-delà des 16 ans dans un service d'enfants, mais elle est possible dans un service d'adulte dès 15 ans et 3 mois ;

_ au plan judiciaire, si les tribunaux pour enfants gardent leur compétence jusqu'à 18 ans, par contre les responsabilités pénales, les conditions d'incarcération, l'éventail des sanctions varient suivant que le mineur a plus ou moins de 16 ans ;

_ dans certain cas, l'Aide Sociale à l'Enfance peut prolonger jusqu'à 20 ou 21 ans la tutelle administrative qu'elle exerce sur certains mineurs qui lui ont été confiés ;

_ au regard du code de la Sécurité Sociale, les sujets de plus de 18 ans peuvent rester ayants droit de leurs parents dans certaines conditions, et en particulier s'ils sont étudiants jusqu'à 20 ans ;

_ on pourrait enfin citer l'âge requis pour conduire un vélomoteur, avoir une carte d'identité ou ouvrir un compte épargne à la banque ...

II. L'ADOLESCENCE

L'adolescent : quelqu'un qui n'est plus un enfant et qui n'est pas encore un adulte... qui est encore un enfant et qui est déjà un adulte...

A l'opposé, ne répond pas à une définition réglementaire mais représente davantage un concept opérationnel pour rendre compte de ce qu'il y a de mouvant, de dynamique, d'inachevé et de potentiel chez un individu à un moment donné de son existence.

Les limites de l'adolescence sont donc essentiellement subjectives, et on peut rappeler les deux définitions qui ne sont contradictoires qu'en apparence : « l'adolescent, c'est quelqu'un qui n'est plus un enfant et qui n'est pas encore un adulte », et « l'adolescent c'est quelqu'un qui est encore un enfant et qui est déjà un adulte ».

III. LA TEMPORALITE

Notre intervention se situe dans le temps nécessaire à la maturation du sujet

Garantir la liberté de consultations auprès de nos services

Depuis les problématiques anténatales jusqu'aux marges de la post-adolescence

La nécessaire continuité du soin est en résonance avec le processus continu de maturation du sujet. Les limites de notre champ doivent donc être décrites avec souplesse et avec pragmatisme :

- a) **REGLEMENTAIREMENT**, les services d'hospitalisation temps plein ou temps partiel ne doivent pas être utilisés au-delà de l'âge limite qui leur est assigné (généralement 16 ans).
- b) **TECHNIQUEMENT**, on doit garantir la liberté de consultation auprès des équipes de secteur de psychiatries infanto-juvénile chaque fois que la problématique en cause paraît relever de leur compétence. Ceci peut aussi bien valoir pour l'enfant à naître que pour les marges de la post-adolescence.

B) L'ENVIRONNEMENT

I. L'ENFANT ET LA FAMILLE

Très grande est la proximité des parents à tous les niveaux de notre approche...

L'état d'immatunité et de dépendance qui caractérise l'enfant, et dans une moindre mesure l'adolescent, implique la **participation des parents à tous les degrés de notre approche** : de la demande d'aide (le plus souvent), en passant par le temps de compréhension des difficultés de l'enfant, jusqu'à la mise en œuvre d'un traitement, rien dans tout cela qui ne les engage de façon très proche.

A travers le discours des parents, connaître l'histoire de l'enfant, celle de sa famille, la place qu'il y occupe, constitue dans notre méthode un temps essentiel pour ce qu'il peut, à leur usage et au nôtre, **éclairer des difficultés de l'enfant**. De la même façon, la position des parents est importante lorsqu'il s'agit d'engager et de conduire un traitement pour leur enfant et d'aménager avec eux les remaniements qu'il féconde.

Donner toute leur importance aux parents dans l'approche d'un enfant ou d'un adolescent, **c'est donc tenir compte d'un fait de nature et d'un fait de culture.** S'il est vrai que c'est bien au sujet de l'enfant que l'on adresse à nous, vrai également que la finalité de notre action se désigne au niveau de cet enfant, de celui-ci en tant que « sujet » (quelle que soit l'importance de ces difficultés, fusse en tant que sujet à advenir), **cela n'implique nullement qu'il s'agisse d'exclure les parents du processus thérapeutique.**

Au-delà de l'aide qui peut être apportée dans la compréhension de ce qui se joue à propos des difficultés de leur enfant, il peut, dans certains cas, selon des modalités variées, leur être proposé une aide thérapeutique pour eux-mêmes.

II. L'ENFANT ET LA SOCIETE

*Les psychiatres de service public sont concernés par tous les aspects de la socialisation de l'enfant
Il paraît souhaitable de donner notre avis sur les modalités d'existence de l'enfant dans notre société
Travailler à un carrefour... implique de tenir notre point de vue dans des réseaux ou s'expriment des positions contradictoires
Une certaine conflictualité témoigne de la nécessaire identité de chacun.*

- a) **S'AGISSANT DE L'ENFANCE EN GENERAL**, les mêmes considérations touchant au développement et à la maturation de l'enfant conduisent à donner également toute son importance à la façon dont la société organise vis-à-vis de lui, son action éducative au sens large. Cela concerne bien entendu la scolarité, mais aussi les différents aspects de son existence : modes de garde qui sont proposés parfois dès le plus jeune âge, loisirs, influence de l'audiovisuel, conséquences de l'urbanisme et des modes de vie des adultes, etc.

Toutes ces modalités d'existence suscitent de nombreuses questions touchant à leurs effets sur le développement psychologique de l'enfant. Dans cette mesure, **le psychiatre de service public, organiquement psychiatre dans la communauté**, ne peut que se sentir concerné **par tous ces aspects de la socialisation de l'enfant.**

- b) **POUR CE QUI EST DES ENFANTS EN DIFFICULTE**, notre travail auprès d'eux nous situe dans un carrefour d'intervenants divers. Tous ces champs d'intervention sont caractérisés par des mandats, des attributions et des pratiques qui génèrent souvent des prises de position contradictoire. Sans cesse le terrain de l'autre nous sollicite pour ce qu'il peut, par rapport au nôtre, représenter de concourant ou de contrariant.

Inutile d'insister sur le caractère essentiel des **relations** que nous avons **à établir et à faire vivre avec ces différents services.** Entreprise parfois difficile mais rendu délicate en tout cas par le fait que **l'autre, sans ignorer l'autre, doit rester lui-même.** Ce qui veut dire que la recherche d'une coopération harmonieuse passe et même ne se maintient qu'au prix d'une certaine « conflictualité » qui témoigne de la nécessaire identité de chacun.

C) LEGITIMITE SCIENTIFIQUE

La responsabilité des psychiatres du service public repose sur trois registres de connaissances

Trois principaux registres de savoirs fondent la légitimité scientifique, base de la responsabilité des pédopsychiatres de service public :

- 1) Connaissance du fonctionnement psychique,
- 2) Connaissance de l'enfant par les apports des autres disciplines,
- 3) Connaissance des méthodes thérapeutiques.

I. LA CONNAISSANCE DU FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent s'est individualisée récemment

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est **une spécialité récemment individualisée dans le champ de la psychiatrie générale.**

Au plan scientifique, le premier Congrès de l'Association Internationale de Psychiatrie de l'enfant se réunit en 1937. Au plan universitaire, il faut attendre 1968, pour que la psychiatrie s'autonomise par rapport à la neurologie et 1972 pour qu'une option de psychiatrie infantile apparaisse.

Les pédopsychiatres du service public sont tous formés à la psychiatrie générale et acquièrent ensuite une compétence dans le domaine infantile.

Leurs connaissances doivent donc prendre en compte :

a) LA SPECIFICITE DE LA PSYCHIATRIE

Notre savoir implique de formuler des hypothèses sur le fonctionnement mental

Parmi celles-ci, le courant psycho-dynamique est prépondérant

Le champ psychiatrique se définit, à l'évidence, par un savoir sur la pathologie mentale.

Mais, si la sémiologie et le diagnostic spécifient la démarche, il n'est **guère possible d'éluder les références** à des hypothèses visant à représenter le fonctionnement mental. Guère possible, par conséquent, de ne pas relier ce savoir à des positions philosophiques et anthropologiques et à une dimension éthico-sociale. Toute autre démarche n'est que caricature pseudo-scientifique.

Les psychiatres de service public suivant les évolutions théoriques, s'intéressent aux approfondissements dans tous ces domaines, qu'il s'agisse des approches de type phénoménologique ou bien des découvertes biologiques des neuro-sciences, avec leurs applications chimiothérapeutiques. Parmi les nombreux axes référentiels, **une place centrale est en général réservée aux conceptions issues des divers courants psycho-dynamiques.**

b) LA SPECIFICITE DE LA PSYCHIATRIE INFANTILE

L'enfant ne se résume pas à l'adulte qu'il va devenir

La psychiatrie infanto-juvénile n'est pas un modèle réduit de psychiatrie adulte transcrite en comptines et fabulettes !

Du fait même de la **plasticité du psychisme de l'enfant**, la psychiatrie infantile sera celle du **remaniement**, du **dynamisme évolutif**, de la **transformation**.

Du fait même de sa dépendance tutélaire, **les troubles de l'enfant s'exprimeront à travers son environnement adulte** (parents, enseignants, éducateurs...). Cette nécessaire médiation rend encore plus complexe l'appréciation des perturbations psychopathologiques.

Du fait même de l'appartenance de l'enfant à un monde sociologique peu préparé à accepter l'incongruité « scandaleuse » du phénomène psychiatrique, **les manifestations de souffrance psychique ne seront souvent perçues que par leurs conséquences éducatives**, ou hâtivement reliées à des causes simplificatrices.

II. LA CONNAISSANCE DE L'ENFANT PAR LES APPORTS DES AUTRES DISCIPLINES

a) DU POINT DE VUE CONCEPTUEL

La multidisciplinarité est une nécessité...

Un certain nombre de sciences contribuent, fondamentalement, à éclairer le champ de la psychologie et de la pathologie mentale infantile. Les disciplines psychologiques, la psychanalyse occupent le devant de la scène. Mais il faudrait citer aussi, toute une liste, trop longue pour figurer de façon complète dans ce document : médecine pédiatrique, neuro-sciences, biochimie, neuro-physiologie, les théories de la communication, épidémiologie, ethnologie, mythologie, linguistique, sociologie, politique... sans oublier, en liaison avec le statut de l'enfance, les sciences de l'éducation, et les théories pédagogiques.

Les psychiatres de service public doivent, certes, avoir une aptitude disponible vis-à-vis de toutes ces disciplines, mais ils ne peuvent évidemment prétendre à une compétence et à un égal investissement de tous ces domaines.

b) DU POINT DE VUE PRATIQUE

...Elle est aussi une difficulté...

Tout en tenant son discours propre sur la réalité psychopathologique et en donnant sur le fonctionnement de l'appareil psychique un point de vue spécifique, le psychiatre va se trouver en **nécessaire interaction avec les points de vues des autres disciplines**, tels qu'ils s'incarnent en d'autres professionnels et orientent la logique d'autres institutions.

La difficulté consistera souvent à restituer la singularité et la totalité de la personne de chaque enfant.

III. LA CONNAISSANCE DES METHODES THERAPEUTIQUES

Les psychiatres de service public apprennent, connaissent, exercent les nombreuses méthodes codifiées, issues des recherches fondamentales. Mais ils ont aussi – et parfois prioritairement – à introduire et maintenir une signification thérapeutique dans la vie quotidienne de l'enfant, en créant les conditions pour que des transactions, apparemment banales, prennent une valeur curative.

a) MISE EN PRATIQUE DES RECHERCHES THERAPEUTIQUES FONDAMENTALES

La circulaire de 1972 qui crée les intersecteurs fonde la politique de santé mentale

Tous les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile doivent avoir les moyens de proposer à leur clientèle un choix parmi les techniques thérapeutiques codifiées.

En s'individualisant, **la psychiatrie infantile s'est dotée de ses propres méthodes de soins**, réponses adaptées aux diverses conceptions du fonctionnement mental et de la pathologie.

A l'origine, les idées ont précédé les pratiques. Des laboratoires de recherches fondamentales en psychologie, des instituts, des groupes de chercheurs, ont ouvert des centres de soins, proposé des expériences pilotes, où un petit nombre d'enfants, sélectionnés selon leur adéquation aux méthodes proposées, ont pu bénéficier des premières applications de ces découvertes.

Au niveau national, c'est pour appliquer sur le terrain les conséquences des « progrès en matière de psychiatrie infanto-juvénile » que la circulaire de mars 1972 propose d'implanter des intersecteurs sur tout le territoire.

En accord avec cet objectif, **les psychiatres de service public**, selon leurs formations et options personnelles, selon la composition de leurs équipes, **proposent aux populations desservies de multiples réponses thérapeutiques** : traitements chimiothérapeutiques, rééducations comportementales et fonctionnelles, et surtout, une gamme variée de techniques relationnelles, à visée psychothérapeutique, sous forme de prises en charge, individuelles, familiales, groupales et institutionnelles.

b) RECHERCHES THERAPEUTIQUES A PARTIR DES PRATIQUES EN SERVICE PUBLIC

En supplément à ces abords classiques, nous avons adapté les structures de soins, et innové dans les modalités d'organisation

Les indications de ces méthodes codifiées sont, par nécessité, limitées. Or sur le terrain, de nombreux enfants en grave souffrance psychologique, ont été dépistés dès que les implantations d'équipes multidisciplinaires se sont développées.

Pour aborder ces populations, jusque là exclues des réponses soignantes, l'effort des psychiatres **publics a d'abord porté sur l'organisation de l'appareil de soins.**

Une créativité permanente a conduit à de multiples innovations médicales ou médico-sociales, adaptant les formes de réponses à l'émergence des besoins repérés, tout en tenant compte des contraintes économiques.

La pratique en secteur public réunit les conditions d'une expérience d'action-recherche ajustée pour chaque projet thérapeutique.

A partir de ces pratiques, et en observant l'évolution des tableaux pathologiques, à travers la multidisciplinarité de leurs équipes, les psychiatres de service public ont alors entrepris un deuxième effort de recherche conceptuelle.

Dans cette perspective, loin d'être une simple application sur le terrain d'une méthode conçue ailleurs, **chaque projet thérapeutique devient une expérience relationnelle vécue** par l'enfant, les soignants et les adultes qui vivent auprès de cet enfant...

Les conditions d'une action-recherche médico-sociologique sont expérimentalement réunies.

Nos projets thérapeutiques sont tellement diversifiés qu'ils produisent parfois, vus de l'extérieur, une impression d'improvisation. Ce sont des aventures relationnelles, singulières pour chaque cas. La nécessité de toujours prendre en compte notre application personnelle dans chaque histoire, jointe à celle d'adapter nos stratégies soignantes à l'évolutivité des enfants et de leur environnement, accentue l'aspect d'empirisme donné par nos pratiques.

Il ne s'agit plus d'appliquer une méthode codifiée mais d'introduire et de maintenir une signification thérapeutique dans les inter-actions quotidiennes.

C'est oublier un peu trop vite la somme de connaissances, de formation personnelle et la **capacité à orienter des systèmes relationnels complexes**, que la direction de telles entreprises thérapeutiques exige de la part des psychiatres !

Les psychiatres de service public sont très attachés à l'originalité et à la spécificité d'une telle méthodologie. Ils y puisent l'essentiel de leur efficacité soignante.

Que se soit dans la famille ou dans un lieu de soin, au cours d'une intégration scolaire ou dans une institution spécialisée, **il s'agit d'introduire et de maintenir un écart entre le vécu et le représenté**, entre l'agi et le mentalisé et cela nécessite de **reprendre les relations** et transactions quotidiennes, **dans la perspective d'une recherche thérapeutique de signification.**

Dans notre domaine, contrairement aux sciences objectivantes, **ce qui est le plus objectif consiste d'abord à rendre intelligible la subjectivité.**

CHAPITRE II

UTILISATEURS ET UTILISATIONS DU SECTEUR DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE

... Soigner des enfants en difficultés...

Etre disponibles pour ceux qui ont des difficultés avec des enfants

La démarche vers une consultation psychiatrique met en jeu, au-delà des conduites manifestes, le monde des fantasmes

Notre principal objectif est de soigner des enfants en difficulté psychologique, mais nos services sont aussi à la disposition de tous ceux, qui à des titres divers, sont en difficultés avec des enfants ou des adolescents.

L'enfant auquel nous nous adressons est certes **l'enfant réel** dans sa dimension biologique et individuelle... mais c'est aussi **l'enfant imaginaire**, fruit de fantasmes et objet de transfert. Cette nébuleuse transférentielle est au centre de ce qui touche à l'appareil psychique et à la pathologie mentale.

L'espace de la psychiatrie demeure un lieu privilégié de projections, car la folie, et plus encore celle de l'enfant, fait peur.

Entre la configuration culturelle dominante qui nous cantonne au soin des cas les plus lourds et le désir de notre corps professionnel d'intervenir le plus préventivement possible dans des situations encore très ouvertes... il y a, et il y aura toujours, une difficile tension dialectique.

A) LES UTILISATEURS DE NOS SERVICES

I. LES UTILISATEURS DIRECTS

Le demandeur est rarement l'enfant lui-même

La variété des motifs...

L'enfant ne vient pas vers nous tout seul. Il est rarement demandeur pour lui-même. Sa famille l'amène à la consultation.

Les motifs de cette démarche sont variés : le plus souvent **une plainte, une souffrance**, à propos de l'un ou l'autre des champs d'expression de l'enfant.

Les motifs de consultations introduisent à un examen psychiatrique de l'enfant et au bilan de son fonctionnement mental.

Ces raisons de consulter sont très diverses :

- Troubles du développement psychomoteur ;
- Retard ou perturbation dans l'apparition et le développement du langage ;
- Troubles du développement intellectuel d'apparition précoce ou secondaire ;
- Perturbations des équilibres psychologiques : troubles du sommeil, de l'alimentation, mauvaise acquisition du contrôle sphinctérien ;
- Troubles du comportement, manifestations caractérielles ;

- Troubles du développement psycho-affectif : phobies, rituels, angoisses, inhibitions, dépressions, excitations, idées bizarres, discours inquiétants ;
- Manifestations accompagnant des atteintes organiques d'origine congénitale ou acquises.

Ces divers motifs de consultations n'ont pas la même signification selon l'âge et les conditions de vie de l'enfant.

En pratique, l'accent peut être mis sur les divers utilisateurs directs de nos services :

a) LES NOURRISSONS

Et des âges...où la consultation est demandée

Forment un groupe d'utilisateurs relativement nouveaux et dont l'importance va croissante.

Les travaux récents sur la « compétence » propre des nourrissons et leur capacité à inter-agir avec leur entourage ont amené de nombreuses équipes de secteur à collaborer plus étroitement avec les services de maternité, de P.M.I., de pédiatrie.

b) LES ENFANTS D'AGE SCOLAIRE

...nous obligent à chercher la signification des troubles...

Représentant la part la plus importante des files actives. L'école est un lieu de vie obligatoire, et les nécessités d'adaptation et d'apprentissage auxquelles est confronté l'enfant en font le lieu révélateur des dysfonctionnements de toute sorte.

c) LES ADOLESCENTS

Par rapport au développement de l'enfant lui-même...

Consultent parfois spontanément, parfois à l'instigation d'autres jeunes qui nous connaissent déjà. Mais les situations de crises ne sont pas exclues. L'intensité des conduites d'opposition ou de passage à l'acte, le poids de l'anxiété parentale, vont créer des situations où le début de la prise en charge sera problématique.

L'accrochage relationnel nécessite à la fois de manier la souplesse et la rigueur ainsi que l'ouverture vers l'adolescent, mais aussi vers son entourage, ce qui suppose une grande disponibilité de la part des équipes soignantes.

d) LES FAMILLES

Mais aussi par rapport aux difficultés de communication avec son environnement

Ne peuvent être considérées comme hors du champ de la demande.

De nombreuses recherches contemporaines insistent sur le système d'inter-action constitutif du groupe familial.

En pratique, selon les cas, les options théoriques, le savoir-faire déjà acquis, les équipes doivent de toute façon se situer par rapport aux modalités de communication existant entre parents, enfants, consultants, fratrie.

II. LES UTILISATEURS INDIRECTS

a) CERTAINS CAS S'INSCRIVENT DANS UNE DEMARCHE D'APPEL

Parfois notre travail porte sur l'entourage de l'enfant ou de l'adolescent

L'école étant le principal lieu social de l'enfance, nous avons à entretenir avec ses représentants des collaborations indispensables

- Les parents, grands-parents, collatéraux

- Peuvent venir nous parler d'un enfant alors qu'ils n'ont pas directement la possibilité de nous l'amener en consultation (divorce, conflits familiaux, etc.).
- Consultations préalables à une adoption
- Conseil psychologique dans un contexte de grossesse à risque (maladie génétique par exemple)
- Travail d'élaboration psychologique autour de la révélation d'un diagnostic grave (cas de trisomie, par exemple).
- Conseil autour de la stérilité du couple, de la procréation artificielle
- Bilan pour un passage anticipé en cours préparatoire...
- Conduites délinquantes, toxicomanies...

- Les enseignants sont nos interlocuteurs « culturellement naturels »

- Les enseignants de maternelle viennent nous consulter avant d'inquiéter les parents ou pour organiser notre rencontre avec ceux-ci.
- Les maîtres d'école primaire, les enseignants détachés dans les G.A.P.P., les assistantes sociales scolaires, ont l'occasion de nous parler d'enfants qu'ils ont directement en charge.

- Les médecins

- Que ce soient les pédiatres, les généralistes, ou dans une perspective plus préventive les obstétriciens, les médecins scolaires ou les collègues de P.M.I., tout le corps médical peut faire appel à nos services.

- Les travailleurs sociaux

- Educateurs en milieu ouvert, assistants sociaux polyvalents et des services spécialisés, animateurs, ont coutume, dans des rencontres plus ou moins instituées, de travailler avec nous.
- Dans les établissements sociaux et médico-sociaux, où nos rapports sont mêmes parfois définis par convention.

b) D'AUTRES CAS CONCERNENT LA PROTECTION DE L'ENFANCE MEME EN L'ABSENCE DE DEMANDE D'AIDE

Intervenir même quand l'intervention n'est pas encore demandée par l'intéressé ou par sa famille...

Situation rare, difficile, par où la psychiatrie infantile rejoint la psychiatrie générale

- **Les enfants et adolescents** relevant des **services de justice** forment une clientèle pour laquelle nous sommes consultés, **soit à titre d'experts, soit pour un projet de soins**, qui n'est pas – du moins au début – réclamé par les intéressés.

Le travail psychiatrique s'articule alors avec le juge pour enfants, les services qui dépendent directement de son autorité, et les associations et institutions conventionnées avec le Ministère de la Justice. Bien que ces services soient équipés en psychologues, médecins, éducateurs, travailleurs sociaux, ils peuvent faire appel au secteur public pour des cas ou des situations difficiles.

- **Les enfants de parents malade mentaux**, ce qui amène l'élaboration de projets communs avec les services de psychiatrie adulte.

- **Les enfants victimes de sévices**, pour lesquels les actions psychiatriques s'étayaient sur des interventions sociales.

- **Les adolescents en situation de crise**, ainsi que les enfants en danger dans des situations pathologiques aiguës forment également une partie de notre clientèle qui, malgré le nombre modeste de cas, absorbe une grande quantité d'énergie et oblige les équipes à des réorganisations multiples.

Bien que des recommandations officielles déconseillent le recours à la loi de 1838 pour les mineurs, nous rencontrons, dans ces situations, les classiques contradictions entre le respect de la liberté individuelle et la nécessité d'intervenir.

III. DANS TOUS LES CAS, LE TRAVAIL PSYCHIATRIQUE

Le repérage de la souffrance psychique est spécifique à l'acte psychiatrique

Va consister à **repérer la souffrance psychique de l'enfant et de l'adolescent**.

L'évaluation clinique ne va pas chercher à mesurer (comment quantifier une qualité d'existence ?) mais à cerner au plus près les difficultés propres de l'individu sans ignorer cependant le contexte relationnel dans lequel elles s'inscrivent.

Une telle méthode dans l'évaluation, conditionne le choix de nos réponses. Celles-ci bien qu'intriquées peuvent être distinguées selon trois registres : le diagnostic, la prise en charge, la prévention.

B) LES REPONSES DE NOS SERVICES AUX UTILISATEURS

I. LES REPONSES RELATIVES AU DIAGNOSTIC

Nos réponses s'ordonnent autour de trois axes :

- *Le diagnostic*
- *La prise en charge*
- *L'action préventive*

Poser des hypothèses, toujours révisables, sur les modalités du fonctionnement psycho-pathologique du sujet...

Devant le polymorphisme des troubles, devant la prégnance des préjugés familiaux et sociaux, il est important de souligner que le psychiatre est finalement le mieux placé pour énoncer – au moins – **qui n'est pas fou** et éventuellement **quelle situation est folle**.

Poser un diagnostic psychiatrique : c'est **opérer une intégration progressive de signes parfois contradictoires** et poser des hypothèses – au demeurant révisables – sur les **modalités psychopathologiques du fonctionnement mental**.

Notre travail, ici essentiellement scientifique, nous permet de **regrouper les signes de souffrance** que nous venons d'évoquer à travers les motifs de consultations **en tableau clinique**. La spécificité de la psychiatrie infantile réside d'ailleurs dans l'évolutivité de tels tableaux.

Notre activité s'étend à toute la gamme des troubles mentaux de l'enfance et de l'adolescence. Nous ne revendiquons aucune exclusivité et nous proposons nos services depuis les cas les plus graves jusqu'aux simples troubles, témoins d'une variation passagère de la normale.

Ainsi nous repérons :

- **Les pathologies graves de la personnalité** : autisme, psychoses, névroses graves, dysharmonies d'évolution, organisation dites psychopathiques, abandonniques, pathologie du narcissisme, etc.
- **Les pathologies de la déficience** (arriération, déficience mentale).
- **Les pathologies névrotiques**, statistiquement le maximum de nos consultants, où les tableaux cliniques sont très diversifiés.
- Les pathologies à expression somatique, ou liées à une atteinte somatique, et parmi celles-ci **l'épilepsie, les pathologies réactionnelles** à des situations externes.
- **Les tableaux liés chez l'adolescent à l'usage de drogue et d'alcool** se rencontrent également dans nos files actives.

II. LES REPONSES RELATIVES À LA PRISE EN CHARGE

Répondre en rassurant...

Ou en proposant un projet thérapeutique « sur mesure » pour chaque cas

L'évaluation diagnostique ne débouche pas nécessairement sur un projet thérapeutique. Nous apprécions d'abord si les troubles justifient une thérapeutique ou si, au contraire, notre diagnostic nous permet d'espérer une résolution spontanée, ou du moins une évolution favorable sans recours à d'autres professionnels spécialistes.

Dans de tels cas, qui ne sont pas rares, la consultation auprès du pédo-psychiatre aura eu un effet dédramatisant et « dépsychiatrisant ».

Par ailleurs, nos offres de soins dépendent à la fois des moyens dont nous disposons concrètement pour répondre et du mandat de confiance que nous réussissons à obtenir de la part des familles : parents et enfants étant impliqués dans tout processus thérapeutique.

a) LA GAMME DE NOS REPONSES

Va ainsi s'étaler de la consultation unique jusqu'à l'hospitalisation à temps complet.

- Consultations thérapeutiques, médicaments ;
- Entretiens familiaux plus ou moins systématisés ;
- Prises en soins ambulatoires comportant divers traitements assurés par le psychiatre et ses collaborateurs.
- Soins institutionnels à temps partiel ; prise en charge séquentielles permettant l'intégration de l'enfant dans d'autres institutions (écoles, I.M.P., haltes garderies, centres sociaux culturels, etc.) ;
- Hospitalisation de jour ou de nuit ;
- Centres de crise et, pour les adolescents, appartements thérapeutiques pour accueils d'urgence ;
- Placements familiaux thérapeutiques ;
- Hospitalisation à la semaine ou à temps plein non seulement pour répondre aux situations de crises et d'urgences, mais aussi pour proposer des soins intensifs s'étayant sur tous les aspects de la vie quotidienne.

b) LA LISTE DES STRUCTURES OU DE TELLES REPONSES SE REALISENT

Malgré les manques encore criants dans les équipements, la plupart des secteurs tendent à dépasser, en pratique, le clivage « intra-extra » hospitalier

Est énumérée par le décret du 14 mars 1986.

Certes, un secteur infanto-juvénile ne dispose pas toujours à lui tout seul de la panoplie complète des structures nécessaires pour assurer toute cette gamme de réponses.

Et pourtant le public considère qu'il a droit aux soins et exige du médecin des solutions pour tous les types de difficultés.

C'est dire la nécessité du recours au secteur libéral (orthophonie en ville, psychothérapie), aux structures scolaires spécialisées (GAPP), aux diverses institutions créées par le secteurs associatif et notamment les CMPP et les institutions de l'enfance inadaptée, les services de pédiatrie, et les autres secteurs publics voisins adultes et enfants.

c) **QUELLE QUE SOIT L'ORGANISATION DU PROJET THERAPEUTIQUE PROPOSE**

Dans toutes les formes et tous les lieux de prise en charge, c'est la qualité psychothérapique des échanges proposés aux enfants qui fonde l'essentiel de la thérapeutique

Nos réponses impliquent l'établissement de contrats de soins révisables, l'étayage des effets psychothérapiques sur des médiations multiples, parfois infra-verbales, souvent de forme éducative.

Dans nos espaces de soins

Les actes de soignants auprès de l'enfant, de sa famille, ne tirent leur efficacité, ne gagnent leur caractère thérapeutique **que de l'élaboration qui les englobe.**

Il est nécessaire qu'**une parole créatrice de sens** et d'intelligibilité puisse **s'échanger entre les différents acteurs de ce théâtre de la quotidienneté ou l'enfant joue le rôle principal.**

Dans l'espace social

A la recherche d'une complémentarité, d'une résonance positive pour l'évolution de l'enfant, **nous avons à établir un lien avec les adultes** qui forment l'environnement de l'enfant.

Ce lien n'est pas toujours aisé à maintenir. D'inéluctables ruptures se produisent dans les trajectoires de soins au long cours (déménagement des familles, changement de soignants, recours défensifs à des praticiens d'option différente, à des pratiques magiques ou parapsychologiques...).

La **continuité des soins** a été un des dogmes fondateurs de la politique de sectorisation.

Le travail consiste à être le **garant d'une continuité dans le fonctionnement psychique de l'enfant.** Cela n'implique pas la fixité des personnes, mais bien plutôt la cohérence des réponses soignantes.

III. LES REPONSES RELATIVES A LA PREVENTION

a) AVEC LES FAMILLES

L'abord thérapeutique d'un enfant introduit une modification de l'ensemble du système familial. On constate ainsi des effets préventifs au-delà de ceux qui viennent nous consulter. Par exemple, d'autres membres de la fratrie, voire des enfants à naître, peuvent profiter d'une de nos interventions.

Nos actes sont thérapeutiques et préventifs dès lors qu'ils engagent des remaniements dans les équilibres intra et inter-personnels des individus.

b) AVEC L'INSTITUTION SCOLAIRE

Prévenir les phénomènes de rejet et soutenir les expériences ponctuelles d'accueil et d'accompagnement

Les actions de prévention se sont beaucoup développées dans ce domaine :

- Au niveau du terrain (groupe scolaire)

Les situations locales sont très diverses. Un véritable travail de prévention peut parfois s'organiser autour d'un groupe scolaire, et ceci dès l'école maternelle.

- Au niveau de l'éducation nationale

Que ce soit par des contacts personnalisés ou dans le cadre des commissions de la loi 1975, les pédopsychiatres de secteur sont des interlocuteurs parfois consultés au niveau de l'organisation de la prévention de l'échec scolaire.

- Au niveau de l'enseignement et de la recherche

Les interventions de pédopsychiatres sont possibles dans les écoles normales d'instituteurs, dans les centres de formation permanente pour enseignants. Certains d'entre nous participent à des recherches dans le cadre de groupes associatifs gravitant autour du monde de l'éducation.

Partout où la **volonté d'intégration** ne masque pas de dessein d'appropriation excessive, les préoccupations institutionnelles partagées sont préventives en ce qu'elles visent à **atténuer les phénomènes de rejet et à soutenir l'accueil et l'accompagnement des enfants en difficulté.**

c) AVEC LES SERVICES ET INSTITUTIONS SANITAIRES ET SOCIALES

Entreprendre des actions-recherches articulées aux autres services ou institutions

Des actions-recherches se sont mises en place depuis quelques années :

- Travail de groupe avec des assistantes maternelles ;
- Présence d'un opérateur du secteur infanto-juvénile dans les haltes-garderies, les crèches, les services de maternité, le planning familial, etc. ;
- Recherche commune avec un service de pédiatrie, présence dans des consultations de P.M.I. ;
- Groupe de recherches avec des assistants sociaux et des travailleurs sociaux ;
- Présence dans des lieux d'animation et de loisirs, dans les quartiers défavorisés, actions de rue, etc.

d) DANS LE CADRE D'UNE ACTION SOCIO-POLITIQUE

...sensibiliser les diverses instances relais dans le tissu social...

...participer à la prévention avec urbanistes et décideurs

De nombreux secteurs de psychiatrie infantile ont développé **des actions d'information et de sensibilisation** en synergie avec des associations de parents d'enfants handicapés, des associations de parents d'élèves, des mouvements de jeunesse, des groupes sportifs ou culturels.

En ce qui concerne **les populations à risques, des actions-recherches** ont été particulièrement développés dans les familles dites du « quart monde » et dans les zones d'habitations où des facteurs ethno-culturels donnaient aux manifestations pathologiques des aspects particuliers.

Les psychiatres du secteur infanto-juvénile ont vocation à être consultés dans toutes les situations où leur compétence peut éclairer les décideurs.

Ils doivent contribuer à prévoir la programmation des équipements de santé mentale infantile en fonction des mouvements prévus des populations et de l'urbanisation. Ceci avec les autorités de tutelle, les élus et les partenaires sociaux, en articulation avec les associations.

Par ces actions socio-politiques, les pédopsychiatres participent à la prévention primaire...

CHAPITRE III

L'APPAREIL DE SOINS

La dynamique de responsabilité s'appuie sur notre participation à des dispositifs réglementaires et sur le respect mutuel des champs administratifs et médicaux

Appareil : (définition du « **Robert** ») : « Ensemble d'éléments qui concourent au même but en formant un tout. »

Notre travail, à l'intérieur des espaces qui nous sont réglementairement confiés, s'articule avec celui des autres structures du champ de l'enfance et de l'adolescence.

C'est dans le **souci de cohérence** et de complémentarité qu'émerge la notion d'**appareil de soins**.

Nous n'évacuerons pas la **dimension médico-administrative** qui caractérise le service public et la nécessaire recherche d'un langage commun.

Dans cette optique, nous rappelons que la défense et la promotion des actes techniques en psychiatrie nécessitent une claire séparation entre notre responsabilité et celle de l'employeur.

A) LES FINALITES DE L'APPAREIL DE SOINS

Le transport des soignés et des soignants est à considérer dans notre activité thérapeutique

I. L'ACCUEIL ET L'ACCES AUX SOINS

Doivent être rendus **possibles à tout enfant et/ou famille** qui en auraient besoin ou qui en feraient la demande.

La **permanence de réponse** va de pair avec une disponibilité qui se traduit en termes d'attitudes et de moyens.

La notion réglementaire de garde hospitalière et d'astreinte s'entend donc, pour les pédo-psychiatres du secteur infanto-juvénile, comme une **permanence médicale à la disposition de tous les utilisateurs du secteur**.

L'accès aux soins nécessite que soient pris en compte les problèmes de transport. Une action constante doit être menée auprès de tous financeurs saisissables (assurance maladie, conseil général, D.D.A.S.S., etc.), afin que les transports des adultes et des enfants soient toujours rendus possibles, soignants et soignés pouvant ainsi se rencontrer de façon opératoire.

II. LES SOINS

La thérapeutique nécessite de transformer les équipements existants en Appareils de Soins

Les équipements dont nous disposons ne sont pas **thérapeutiques** du seul fait de leur existence. Ils peuvent se pervertir, se chroniciser, « s'asilifier », sous le poids de la répétition de la pathologie. **Ils ne**

prennent leur signification soignante que par notre effort conceptuel et pragmatique et ainsi ils deviennent un **appareil de soins**.

Quel que soit le support gestionnaire (C.H.S., C.H.G., C.H.U., associations 1901), l'appareil de soins doit garantir **la continuité des soins et le libre choix des familles** dans un contexte de mise à disposition régulièrement réévaluée de ses prestations aux utilisateurs.

III. LA PREVENTION

Garantir le libre accès, la continuité des soins, le libre choix des familles

Pourrait apparaître en contradiction avec les espaces de soins et les projets thérapeutiques si elle consistait à éluder la maladie mentale en évitant la « psychiatisation » à tout prix.

La prévention est une permanente interrogation sur la qualité de la vie psychique dans l'avenir de l'enfant. Elle s'inscrit donc dans les finalités de l'appareil de soins.

Loin des clivages artificiels qui voudraient opposer une prévention sociale pleine d'espoir à une pratique psychiatrique en désespoir de cause... Nous intégrons le souci préventif à tous les moments du travail soignant.

En ce sens, la prévention ne nécessite pas une organisation distincte, même si elle peut à elle seule légitimer des structures spécifiques dans l'appareil de soins.

B) LES MOYENS DE TRAVAIL DANS L'APPAREIL DE SOINS

Obligation de moyens : Nécessité d'obtenir des équipes et des équipements de la part des pouvoirs publics

La déontologie médicale nous oblige à fournir à nos clients **des soins qui correspondent aux données actuelles de la science**.

Cette obligation de moyens, au sens hippocratique, implique pour nous une perpétuelle quête de moyens concrets auprès des décideurs.

Cette obligation est à entendre selon les registres quantitatifs et qualitatifs. Ces registres n'ont de sens que s'ils favorisent une clarification au sein de l'appareil de soins permettant de **distinguer les lieux, les hommes et l'institution** dans leurs dimensions réelles et symboliques ; l'imaginaire des utilisateurs et des soignants étant pris en compte.

I. LES MOYENS QUANTITATIFS : OBTENIR DES EQUIPES ET DES EQUIPEMENTS

a) DES EQUIPES

La multi-disciplinarité suppose des hommes et des femmes en nombre suffisant, de formation différente, mettant en commun leurs connaissances et expérience variées.

Le financement d'un nombre suffisant d'intervenants de disciplines diverses doit concourir à la disponibilité de l'équipe soignante et à sa permanence, y compris dans le cadre de l'urgence et de l'hospitalisation.

b) DES ESPACES DE SOINS

Pas de psychiatrie publique sans espaces de soins spécifique psychiatriques

Quelles que soient les divergences théoriques ou les justifications plus ou moins opportunistes de chacun à propos des structures porteuses de l'appareil de soins sectoriel, nous réclamons le principe pour chaque

équipe de psychiatrie infanto-juvénile d'espaces de soins spécifiquement psychiatriques, sorte de « **chez soi psy** ».

Il n'y a pas de psychiatrie publique sans espace de soins spécifiquement psychiatrique.

c) **DU TEMPS POUR SOIGNER**

Avant...

...pendant...

...après...

L'acte psy est un processus

Une des pierres angulaires de notre pratique est le prosélytisme et l'entêtement pédagogique à « faire savoir » et reconnaître **la réalité du temps investi en psychiatrie publique.**

L'acte de soins ne vaut que précédé de sa **préparation** et suivi de son **élaboration.**

C'est marquer là toute l'importance des temps institutionnalisés de réflexion.

II. LES MOYENS QUALITATIFS

a) **SE DOTER DE COMPETENCES ET INTEGRER LA FORMATION**

Les équipes gagnent leur compétence collective par un long travail d'élaboration et de formation qui exige également le recours à d'autres lieux, investis de façon plus « personnelle » par les soignants, à charge pour eux de féconder le travail du collectif par le retour qu'ils lui feront de cette démarche.

b) **GARANTIR LA CREDIBILITE DES EQUIPES**

Les psychiatres du service public sont les incitateurs et aussi les garants de l'image de crédibilité de leurs équipes

Cette opération commence par nous-mêmes et nos collaborateurs. Comme dans toute entreprise, nous devons être convaincus de la qualité de nos prestations. La difficulté fondamentale étant que **l'activité de secteur garantisse que le destin individuel de l'enfant sera pris en compte en s'appuyant sur une synergie collective** dans laquelle s'inscrit la thérapeutique.

Au-delà de la question des moyens, intervient celle de la **motivation et de l'état général des équipes de secteur** que nous animons, motivation dont nous devons être les garants.

Les équipes doivent être à même de traiter leur image avec rigueur en fonction de leurs données historiques, de leur savoir-faire ; c'est-à-dire en se situant par rapport au terrain avec toute la proximité et la distance nécessaire. Cette crédibilité doit s'exprimer par un **énoncé du collectif soignant** repris et ratifié par le référent médical.

C) LES OBLIGATIONS DE SERVICE

Nous faire connaître, c'est faire connaître la souffrance de nos clients

I. INFORMER

Il est important de soutenir auprès des différents médiateurs sociaux les multiples modes d'intervention directe et indirecte des équipes de santé mentale. Toute occurrence exemplaire et métaphorique étant à saisir pourvu que le secret professionnel garde sa rigueur.

La présentation de notre pratique et des services que nous offrons s'opère par la construction d'un **réseau relationnel** intéressant les familles, les professionnels, les divers acteurs sociaux au niveau communal et départemental. Notre pratique repose sur ce dialogue constant.

II. ARTICULER

Bien que diversifié, l'appareil de soins doit prévoir des mécanismes d'inter-relations entre ses participants

L'originalité de l'appareil de soins repose dans son adéquation permanente, par une adaptation aux difficultés des enfants et adolescents

L'appareil de soins est un système unifié comportant une autonomie relative des équipements, une complémentarité entre les structures, une articulation avec les dispositifs associatifs et libéraux du secteur.

Le développement d'alternatives à l'hospitalisation a permis de renouveler des formules de soins : séjours d'alternances dans des lieux dits de vie, utilisation de colonies de vacances et d'associations de loisirs, placements familiaux de durée variable, etc....

Ainsi, la nécessité d'être dotés d'espaces de soins spécifiques ne va pas de pair avec la maîtrise de tout le dispositif soignant de secteur.

III. ADAPTER

Equipe soignante et psychisme humain ont en commun leur évolutivité permanente et leur capacité de transformation

Loin d'être une organisation administrative technocratique, le secteur représente un outil qui ne cesse de se conformer aussi bien aux exigences des situations pathologiques, qu'aux évolutions des règles du jeu administratif...

De ce fait, la **plasticité**, l'**évolutivité** sont les **paramètres qui règlent l'activité des équipes de secteur en écho à l'image de l'enfant qui se construit.**

Cela nécessite de la part des psychiatres en situation de responsabilité, une prise en compte des tensions du monde du travail.

C'est bien la pratique qui oriente les structures et non l'inverse. Nos capacités d'adaptation passent par le **droit et le devoir de transformer les formes de réponses** selon les appréciations que portent les psychiatres et les équipes sur les différentes formes de demandes.

Cette affirmation dépasse le conjoncturel, nous revendiquons cette capacité **d'infléchissement dans les cadres réglementaires et budgétaires existants.**

CHAPITRE IV

LES FONCTIONS DU PSYCHIATRE DE SECTEUR INFANTO-JUVENILE

Le décret (février 1984) portant statut des praticiens hospitaliers énumère, en son article 2, les fonctions réglementaires qui sont les nôtres : « assurer les actes médicaux de diagnostic, de traitement, de soins d'urgence, participer aux actions d'enseignement, de prévention et de recherche, participer aux tâches de gestion ».

Le présent cahier des charges montre comment nous entendons articuler les cadres réglementaires avec les exigences éthiques de notre profession.

On peut poser comme hypothèse que les « outils » des psychiatres sont les **représentations mentales** que chacun d'entre eux se forge dans la confrontation de sa personnalité, de ses acquis conceptuels, et des nécessités de sa pratique.

Les praticiens de service public assument une série d'obligations qu'il n'est pas toujours aisé d'articuler avec leur position de psychiatre. C'est à partir de notre légitimité fondamentale de médecin que nous examinerons ici ces diverses fonctions :

- Médecin et sa fonction thérapeutique
- Médecin et sa fonction médico-administrative
- Médecin et sa fonction d'acteur économique
- Médecin et sa fonction sociale
- Médecin et sa fonction de formation, d'enseignement et de recherche

A) MEDECIN ET SA FONCTION THERAPEUTIQUE

I. LA FONCTION THERAPEUTIQUE DIRECTE

Sollicités comme partenaires dans le champ de l'enfance

Nous sommes Porte-Parole des besoins de santé mentale de la population infantine et juvénile

Est la plus classique. Dans le secteur public l'enfant est confié à une équipe multi-disciplinaire sous la responsabilité d'un praticien qui veille au bon déroulement du projet de soins, et reste vigilant aux ajustements indispensables lors de sa réalisation.

II. LA FONCTION DE PARTENAIRE

Dans la communauté, le psychiatre entre en interaction avec les familles, les groupes sociaux, les acteurs qui ont à des degrés divers, une fonction tutélaire sur la personne de l'enfant.

Tant que l'enfant n'est pas directement confié par ses parents pour des soins, le psychiatre agit en tant que technicien d'une discipline dont on requiert les éclairages, ou bien comme porte-parole d'un service public de santé mentale dont on réclame l'avis. Dès lors, il n'agit plus comme thérapeute direct de l'enfant, mais comme « expert », ou comme responsable du service.

III. LA FONCTION D'ANIMATEUR INSTITUTIONNEL

Les psychiatres du secteur infanto-juvénile acceptent d'être les garants de la dynamique institutionnelle de leurs équipes

Est un des aspects du travail thérapeutique en équipe. Qu'il s'agisse des modalités des prises de décisions, du contrôle du respect de la place et des fonctions de chacun, des nécessaires délégations de responsabilité, les psychiatres de service public doivent résoudre des tensions dans le monde du travail tout en restant médecins, c'est-à-dire **garants de la légitimité des options thérapeutiques** prises par chacun dans l'équipe.

Chacun d'entre nous se doit d'être un **praticien rompu aux techniques de dynamique de groupes**.

Ces questions de dynamique institutionnelle sont indissociables d'une pratique psychiatrique relationnelle, infiltrée de phénomènes transférentiels et contre-transférentiels tout autant que de contradictions socio-politiques.

Aucun d'entre nous ne peut éluder les charges liées à un travail de supervision de l'activité soignante des membres de l'équipe du secteur.

B) MEDECIN ET SA FONCTION ADMINISTRATIVE

C'est une responsabilité à laquelle tous les psychiatres de secteur consacrent une partie notable de leur temps.

La participation à la gestion des équipes et des équipements fait partie de notre souci de soins, car la qualité de nos prestations soignantes dépend, au moins pour partie, de nos conditions concrètes d'exercice.

I. VIS-A-VIS DES RESPONSABLES LOCAUX

a) LA CONSTITUTION DE NOS EQUIPES

Nécessite que nous soyons consultés, en coopération avec l'employeur lorsque des recrutements s'avèrent nécessaires. Dans le respect des conditions statutaires, nous avons à rappeler la continuité des soins et à tenir compte du style de chaque équipe par rapport à la formation et au profil personnel des candidats.

b) LE MATERIEL, L'ENTRETIEN DES LOCAUX, LES TRANSPORTS

Forment le cadre concret de la thérapeutique et à ce titre ne peuvent nous laisser indifférents.

Les divers services de l'entreprise hospitalière de rattachement (économat, services généraux, services financiers, ingénieurs, etc.) sont encore trop peu informés de nos modalités de fonctionnement intra et extra hospitalier. Une de nos charges consiste à prendre le temps d'expliquer la spécificité de notre légitimité scientifique et à faire évoluer des mentalités qui ont parfois du mal à percevoir le sérieux de nos besoins de consommation de poupées, dînettes, visites de cirque et de zoo ou autres promenades à poney ou à vélo. Et pourtant, pour employer leur vocabulaire, ces activités font intrinsèquement partie de « notre plateau technique » (voir chapitre : le champ de notre discipline).

L'imputation de telles activités sur des lignes budgétaires inadéquates (tel l'abominable tabac-loisirs-jeux) entretient d'ailleurs la confusion.

L'utilisation de locaux pour des activités salissantes, la dégradation normale du matériel et de l'environnement, la nécessité d'un entretien régulier, la souplesse dans les moyens de transports sont autant de nécessités techniques que notre nouvelle discipline doit faire admettre aux responsables locaux.

c) LA PARTICIPATION AUX ROUAGES ADMINISTRATIFS LOCAUX

Nous respectons autant les textes légaux que notre déontologie

Dépend de notre organisme de rattachement et des variations de textes réglementaires si fréquentes depuis quelques années.

Que ce soit dans des secteurs, services, départements, centres de responsabilités, pôles d'activités... dans un Centre Hospitalier Spécialisé (C.H.S.), général (C.H.G), universitaire (C.H.U.), ou dans une association, notre objectif est de participer au cadre administratif afin d'en apprécier l'incidence sur les processus thérapeutiques.

Chacun d'entre nous consacre ainsi du temps en réunions, commissions, instances : Commission médicale d'établissement, technique, paritaire, etc.

Les aspects administratifs de nos carrières et de celles de nos collaborateurs, les plans de formation continue, les agréments de nos lieux de soins comme lieux d'enseignement et de stage font partie de nos charges.

Beaucoup d'entre nous sont par ailleurs élus, notamment aux conseils d'administration de leurs hôpitaux de rattachement.

II. VIS-A-VIS DES AUTORITES DE TUTELLE

Notre travail administratif nous fait obligation de porter témoignage et de proposer les formes locales d'une vraie politique de santé mentale.

Aux divers étages départementaux, régionaux et nationaux, les pédopsychiatres du service public participent à des instances de concertation.

Vis-à-vis des textes réglementaires, il revient au psychiatre d'ajuster les nécessités thérapeutiques aux cadres juridiques, voire de réclamer les modifications des textes afin que ceux-ci puissent permettre toute la souplesse requise par l'innovation et l'efficace application des techniques de soins.

La praticien a le devoir de rendre compte de ce qui est entrepris dans le service, mais nous comprenons nos fonctions médico-administratives comme une **obligation à porter témoignage** de toutes les détresses psychiques que nous constatons et auxquelles nous ne pouvons pas toujours répondre.

Nous sommes obligés, par notre déontologie et à travers nos rencontres avec les sujets soignés, de **proposer les formes que pourrait prendre localement une vraie politique de santé mentale.**

III. VIS-A-VIS DES ORGANISMES PAYEURS

Unifier les budgets intra et extra hospitaliers

Témoigner de certains paradoxes

Informers et former nos confrères de la sécurité sociale

L'unification de la gestion des dépenses intra et extra-hospitalières nous apparaissait, depuis longtemps, comme une nécessité technique. Son officialisation récente pourrait être une amélioration à condition que les décideurs veuillent bien nous associer aux évolutions politiques et économiques, concernant notre discipline...

De notre place, nous ne pouvons que constater certains effets paradoxaux des mesures qui témoignent encore trop souvent d'une vue hospitalo-centrique de la part des organismes payeurs.

Les difficultés que nous rencontrons pour faire prendre en charge les déplacements des enfants qui viennent une ou deux fois par semaine à des séances de soins conduisent parfois à hospitaliser chaque semaine... La collectivité nationale paie ainsi bien cher pour de fausses économies !

Les allocations et compensations financières prévues par la loi 1975 en faveur des personnes handicapées se transforment parfois en de véritables primes à l'absentéisme dans la fréquentation des établissements. L'argent alloué peut accentuer les évitements des processus de soins.

En raison de la nouveauté de la psychiatrie dans la gestion de la sécurité sociale, nos charges se sont accrues récemment de la nécessité d'informer nos confrères des caisses primaires auxquels nous devons expliquer la spécificité de notre pratique.

C) MEDECIN ET SA FONCTION ECONOMIQUE

Pour organiser les projets thérapeutiques, nous sommes déjà habitués aux négociations avec les partenaires médico-sociaux. Pour obtenir et maintenir nos équipes et nos équipements, nous devons aujourd'hui négocier aussi avec les acteurs économiques et les tutelles financières.

I. PARTICIPATION A L'ECONOMIE DE LA SANTE PUBLIQUE

Nous avons conscience de notre fonction d'acteur économique

Les pédo-psychiatres du service public considèrent que leurs fonctions thérapeutiques les engagent comme ordonnateurs de dépenses, à participer aux réflexions sur l'économie de la santé publique.

Chaque pédo-psychiatre a le **devoir de rendre compte de l'utilisation des masses budgétaires** qui sont mises à la disposition du pôle d'activité qu'il anime.

Mais nous n'avons pas l'intention de laisser à des instances technocratiques le choix des critères d'évaluation, des méthodes de recueil des données, et nous voulons être associés à l'exploitation des résultats.

II. NECESSITE DE METHODES D'EVALUATION ADAPTEES A LA SPECIFICITE DE NOTRE PRATIQUE

Et acceptons de rendre des comptes et de participer à la recherche de critères d'évaluation adaptés à notre discipline

Dans les saisies statistiques qui nous sont demandées, que nous acceptons comme une de nos charges supplémentaires, nous serons vigilants à bien distinguer :

- La quantification de l'activité des professionnels dans nos équipes,
- La quantification de la clientèle soignée,
- Les aspects épidémiologiques des populations concernées,
- L'évaluation des résultats.

Certains administrateurs voudraient que nous appliquions les méthodes d'évaluation qui ont été rodées en médecine somatique. Il s'agit d'une confusion méthodologique. Le seul paiement à l'acte, par exemple, n'est guère compatible avec notre mission de service public. Le présent cahier des charges montre bien comment nos fonctions dépassent le rôle médical classique de distribution de soins.

Les évaluations diagnostiques, pronostiques, l'appréciation des facteurs épidémiologiques et des résultats se heurtent dans notre domaine, aux phénomènes de subjectivité que nous avons exposés au chapitre I (Légitimité scientifique).

Enfin, la transparence de nos activités ne doit pas faire oublier le nécessaire secret et la confidentialité qui doivent entourer nos rapports avec les enfants et leurs familles.

D) MEDECIN ET SES FONCTIONS SOCIALES

I. PARTICIPATION REGLEMENTAIRE AUX INSTANCES MEDICO-SOCIALES

De droit, nous siégeons :

- a) **DANS LES COMMISSIONS DE LA LOI 1975** en faveur des handicapés.

Notre place sociale est aussi définie par notre participation réglementaire à certaines instances

L'avis psychiatrique est indispensable dans l'orientation d'enfants vers l'éducation spécialisée. Rappelons que l'admission dans nos services de soins n'est pas soumise à l'avis d'une commission. C'est un acte qui engage directement notre responsabilité médicale.

- b) **AU CONSEIL DEPARTEMENTAL DE SANTE MENTALE** prévu par la loi sur la sectorisation où nous sommes consultés avec nos collègues et les autres acteurs sociaux. La mise en place des conseils départementaux de santé mentale officialise la nécessité d'une articulation entre les différents exercices (public, associatif et libéral).
- c) **DANS CERTAINES COMMISSIONS NATIONALES** où nous pouvons être nommés ou élus.

II. PARTICIPATION VOLONTAIRE A DES FONCTIONS SOCIALES

Notre qualité de pédo-psychiatre peut nous amener à participer, selon nos options personnelles, à diverses activités sociales.

- a) **DANS LE CADRE DES TRIBUNAUX**

Certains d'entre nous acceptent des missions d'expertises. **La fonction d'expert auprès des tribunaux**, qui nécessite une inscription sur une liste ad hoc, consiste à éclairer les décisions des magistrats en rendant compte du fonctionnement mental, à un instant précis, d'un enfant ou d'un adolescent. Cette fonction est donc nettement différente de l'évaluation telle que nous l'avons présentée dans une perspective d'éventuelle prise en charge thérapeutique.

- b) **DANS LE CADRE ASSOCIATIF**

Nombreux sont les psychiatres qui participent à des associations

Beaucoup d'entre nous participent à une ou plusieurs associations de type loi de 1901.

Historiquement, devant l'absence de réalisations publiques, le domaine de l'enfance inadaptée s'est développé à partir d'initiatives associatives.

Le paysage actuel est ainsi le résultat de l'intrication des systèmes public et privé ou du moins para-public.

Il convient ici de bien distinguer :

- Les missions de service public sont parfois confiées à un cadre gestionnaire associatif. Dans ces cas, les pédo-psychiatres sont détachés dans des organismes qui assument tout ou partie des obligations du service public.

- Certains pédo-psychiatres exercent leurs droits statutaires à des activités privées dans le cadre d'établissements ou de services gérés par des associations. Ces activités peuvent être ou non en rapport avec celles du secteur public.

- Parfois des conventions existent entre le secteur infanto-juvénile et des associations qui gèrent des structures en rapport avec nos activités. Les fonctions des pédo-psychiatres sont alors précisées par des accords contractuels.

- Dans le cadre du secteur de psychiatrie infanto-juvénile, beaucoup de psychiatres ont voulu que la pratique s'enrichisse des possibilités complémentaires offertes par la souplesse de fonctionnement d'une association type 1901. Ils ont contribué à la vie, où même créée des associations auxquelles ils participent bénévolement. Ces groupements (souvent fédérés au sein des Croix Marines) ont pour objectif pratique d'améliorer les soins donnés par le service public et d'aider à la réinsertion sociale des personnes soignées.

- Beaucoup de pédo-psychiatres participent également à des associations de type société savante, groupe d'études et de recherche, etc.

c) DE FACON PONCTUELLE

Les pédo-psychiatres peuvent être des acteurs légitimes comme « tiers sachant » dans les divers médias... presse, télévision, lorsque ceux-ci font appel à leurs compétences.

Bien qu'individuel, ce type d'action sociale est intimement lié à la pratique professionnelle publique dans la mesure où elle sensibilise et informe nos compatriotes sur la maladie mentale, contribuant de la sorte à l'information, voire à la prévention.

E) MEDECIN ET SA FONCTION DE FORMATION D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Avec l'enfant, le professionnel de l'enfance est pris dans une dynamique de formation

La dynamique de formation est liée au domaine de l'enfance.

L'enfant est un être « en formation », il rencontre la nécessité des apprentissages. Les professionnels de l'enfance sont eux-mêmes impliqués dans une telle dynamique.

I. LES EQUIPES D'INTERSECTEUR CONSTITUENT DES CREUSETS DE TRANSFORMATIONS

*Des phénomènes réciproques sont liés à la constitution multi-catégorielle des équipes
Les secteurs que nous animons sont des lieux de stages et d'enseignements*

Nos équipes, nous l'avons vu, sont constituées de professionnels d'origines diverses. Le travail collectif produit des effets d'enseignements réciproques entre les divers corps de métiers ainsi réunis.

Nous avons considéré qu'intégrer la formation faisait partie des moyens qualitatifs dont nous avons à nous doter dans l'appareil de soins.

Nous avons besoin pour nous-mêmes d'une mise à jour régulière de nos connaissances.

Malgré l'insuffisance notoire des conditions prévues à cet effet dans notre statut actuel de médecin hospitalier, notre devoir professionnel, et notre engagement dans le soin, poussent la plupart d'entre nous à entreprendre des formations personnelles et à participer à des journées d'études, colloques et séminaires.

Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile sont des terrains de stage pour les étudiants en médecine, en psychologie, en orthophonie, en psychomotricité, en travail social, en formation infirmière ou éducative, en pédagogie. La présence de ces étudiants entretient une dynamique d'interrogation, de formulation, de formation permanente.

Au total, au sein de nos équipes, s'instaure une dialectique enseignant/enseigné, un va-et-vient entre pratique du soin et pratique pédagogique pour les soignants, pratique et réflexion sur la pratique...

Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile sont des lieux d'enseignement.

II. LES METHODES D'ENSEIGNEMENTS DE LA PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE

Nos méthodes d'enseignement nécessitent des échanges inter-services et inter-institutions et l'organisation dans les secteurs de journées d'études

Ne peuvent se concevoir uniquement sur le mode d'un enseignement classique. Elles nécessitent des formes originales de rencontres, d'élaborations communes, d'échanges.

Le marché privé de la formation, dite continue, les initiatives associatives, notre participation marginale à l'enseignement universitaire, ont jusqu'ici contenu des demandes croissantes en la matière.

La réalité des enseignements et des formations réalisés spécifiquement par le corps des pédo-psychiatres publics n'a pas encore été reconnue à son exacte valeur.

Le développement actuel des échanges inter-services, l'organisation par les psychiatres de journées d'études sur le secteur, les visites réciproques entre lieux de soins, l'organisation de stages médicaux, seront de nature, dans les années à venir, à prouver la vitalité des capacités enseignantes des pédo-psychiatres de service public.

III. LES PROGRAMMES DE RECHERCHE

Encore trop peu de secteurs ont l'occasion de signer des contrats de recherche

Dans leur forme officielle actuelle, les programmes de recherche, financés par des institutions spécifiques, sont peu développés sur le terrain.

Pourtant, nous avons montré que notre légitimité scientifique réside, pour partie, dans les **actions recherches médico-psycho-sociales**, que représentent certains projets thérapeutiques.

En liaison avec les efforts entrepris par les divers représentants des associations scientifiques psychiatriques, nous souhaitons, à l'avenir, nous engager plus avant dans cette voie.

CHAPITRE V

POUR UNE ETHIQUE DE LA SANTE MENTALE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Relativiser notre technique :

- Une réalité légale
- Un devoir déontologique
- Une nécessité éthique

La violence du phénomène psychotique par lui-même ;

Les transformations mises en œuvre par le soin psychiatrique ;

Le totalitarisme de certaines visions intégrant l'enfant dans des schémas préconçus comme le « tout éducatif » ou le « tout psychothérapeutique » ;

Voire les excès de la pratique psychiatrique dans certains pays totalitaires...

Nous imposent **d'éclairer notre pratique par une triple réflexion dans les domaines du droit, de la déontologie et de l'éthique.**

A) LES DROITS DE L'ENFANT ET LES OBLIGATIONS DU PSYCHIATRE

I. LA SITUATION LEGALE DE L'ENFANT

Repose sur l'affirmation de certains droits et sur la définition de son statut propre.

a) LES DROITS DE L'ENFANT

Nous devons garantir les droits de l'enfant définis par la déclaration de l'O.N.U. (0/11/1959)

Ont fait l'objet d'une déclaration solennelle adoptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies le 20/11/1959 ; celle-ci décrit en 10 articles **un ensemble de conditions générales d'existence pour l'enfant**, dont nous avons, à notre place, à être garant.

Notre mission s'inscrit dans le cadre du principe n°2 : « l'enfant doit bénéficier d'une protection spéciale et se voir accorder des possibilités et des facilités par l'effet de la loi et par d'autres moyens, afin d'être en mesure de se développer d'une façon saine et normale sur le plan physique, intellectuel, moral, spirituel et social, dans des conditions de liberté et de dignité ».

Le droit à l'éducation fait à lui seul l'objet de l'article 7, le plus long, alors que le droit à la santé et à l'accès aux soins n'est pas mentionné, probablement parce qu'il figure déjà dans la déclaration internationale des droits de l'homme (O.N.U. 10/12/1948).

L'ensemble de ces droits crée des obligations aux familles et à l'état qui ont, chacun en ce qui les concerne, la responsabilité des moyens à mettre en œuvre pour satisfaire à leurs exigences.

b) LA NOTION DE « PERSONNE MINEURE » EST CONTRADICTOIRE

L'enfant est à la fois une personne libre et un incapable mineur soumis à l'autorité parentale

D'un coté l'enfant est – et doit être – reconnu comme une personne, individu autonome bénéficiant de libertés fondamentales garanties par la loi ;

D'un autre coté, il est – et doit être – soumis à l'autorité tutélaire de ses parents qui, légalement, le représentent dans tous les actes de la vie civile et assument même les conséquences de ses comportements.

c) AUTORITE PARENTALE ET RESPONSABILITES COLLECTIVES

*Les détenteurs de l'autorité parentale sont nos interlocuteurs légitimes...
...leurs pouvoirs sont limités par des mesures légales*

Les détenteurs de l'autorité parentale sont nos interlocuteurs légitimes. La démarche qu'ils font vers nous, permet à l'enfant l'usage de son droit aux soins. Cette autorité supporte toutefois deux ordres de limites :

- Les limites résultant de la mise en oeuvre des dispositions légales

Pour tous les enfants, chacun connaît la loi portant obligation scolaire... ou les dispositions du Code de la Santé Publique pour les vaccinations et examens de santé obligatoires.

Pour tous les enfants en difficultés, la référence reste éducative et obligatoire dans la loi du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées. Dans le domaine psychiatrique, le nouvel article L326 du Code de la Santé Publique ne fait pas obligation de soins aux familles, mais obligation à l'Etat, aux collectivités locales d'équiper les secteurs de psychiatrie publique.

Ces mesures forment un ensemble législatif par lequel notre pays applique les recommandations du 5^{ème} principe de la charte de l'O.N.U. : « l'enfant, physiquement, mentalement ou socialement désavantagé, doit recevoir le traitement, l'éducation et les soins spéciaux, que nécessite son état ou sa situation ».

- Les limites sanctionnant les carences d'exercice des responsabilités parentales.

Le cadre légal en est posé par l'ordonnance du 23 décembre 1958 et la loi du 4 juin 1970. Les garants en sont l'Etat, le Juge pour Enfants et les services départementaux de l'A.S.E. (Aide Sociale à l'Enfance).

d) LES RAPPORTS DE L'ENFANT ET DE LA LOI

Droits des parents à l'information...

La reconnaissance d'un statut juridique particulier a entraîné l'élaboration d'un dispositif **juridictionnel et pénal propre pour l'instruction et la sanction de la délinquance infanto-juvénile**. On peut citer les notions relatives à la validité du témoignage de l'enfant, à la prise en compte ou non de son avis, par exemple dans les problèmes de droit de garde en cas de dissociation du couple parental.

II. NOS OBLIGATIONS DE PEDO-PSYCHIATRE

Nous travaillons avec les lois et leurs ambiguïtés. En pratique, les contradictions entre personne de l'enfant et statut légal de mineur se dépassent dans le **respect – parfois en alternance selon les temps de traitement – des positions de l'enfant et de celles de ses représentants légaux.**

a) LES PARENTS ONT DROIT À L'INFORMATION

Mais il faut respecter la confidentialité nécessaire à la pratique psychiatrique et psychothérapeutique, vis-à-vis de l'enfant.

b) LE SECRET MEDICAL

Droit de l'enfant au secret...

Fragile équilibre spécifique à notre pratique

Ne peut être opposer aux familles, mais « l'intérêt supérieur de l'enfant » tel qu'il est énoncé dans la déclaration de l'O.N.U. (2^{ème} principe) nous impose dans certains cas une prudente réserve.

c) LES REFUS DE SOINS

Les refus de soins psychiatriques aux enfants sont encore mal évalués par les intervenants sociaux

Les situations de blocage nous posent de difficile problème car la plupart des traitements que nous pouvons mettre en œuvre supposent l'adhésion de l'enfant et des familles au projet thérapeutique.

Contradiction, voire affrontement, apparaissent alors entre l'opinion publique et l'opinion technique du pédo-psychiatre. Nous pouvons estimer qu'il y a urgence à intervenir, alors que les acteurs sociaux peuvent, devant la même situation de souffrance psychique, préconiser une attente.

Alors que l'émoi social est évident quand il s'agit de sévices physique ou de carences de soins matériels et qu'un large consensus se fait alors pour une intervention immédiate, il n'en est pas de même dans le domaine mental.

Le risque psychologique apparaît rarement comme aussi manifeste que le risque physique ou social. Les circonstances où l'on peut imposer par voie légale un traitement ou un placement sont extrêmement rares.

B) LES NECESSITES DEONTOLOGIQUES DE LA PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE

Le Primum non Nocere...équilibre dynamique entre respect de l'enfant et mobilisation thérapeutique

Le Primum non Nocere classique prend en psychiatrie infanto-juvénile une dimension spécifique.

La tâche ardue du praticien est au moins double : d'un côté tenir compte des demandes manifestes et entendre des désirs latents, et de l'autre, repérer les éventuelles contradictions entre les points de vue de l'enfant et des parents.

Ainsi, **la déontologie consiste à trouver un équilibre dynamique** entre le respect de l'enfant, y compris de ses symptômes, et la visée mobilisatrice de l'intention thérapeutique.

I. DEONTOLOGIE ENVERS LES ENFANTS

a) NOUS DEVONS CREER UN ESPACE DE CONFIDENTIALITE

Confidentialité...

Et de libre expression pour l'enfant, tout en tenant compte du légitime désir d'information des parents. Ce, d'autant plus qu'au départ, l'enfant n'est pas toujours demandeur lui-même de cet espace.

b) NOUS DEVONS CREER UN ESPACE PSYCHOTHERAPEUTIQUE

Psychothérapie...

Tout en tenant compte des éléments de la réalité extérieure.

Les demandes pressantes de normalisation viennent tout autant de l'enfant que de sa famille ou de l'école. Nous partageons cet objectif, mais notre déontologie consiste à l'atteindre en dégagant un champ qui soit propre à l'expression de l'enfant.

Créer cet espace propre, c'est lui permettre d'accéder à une parole et une identité subjective. Il y a là une exigence semblable à celle qu'énonce sur un autre plan, le 3^{ème} principe des droits de l'enfant : « l'enfant a droit à un nom et à une nationalité ».

c) NOUS DEVONS CREER UN ESPACE DE SOINS

L'enfant n'est pas objet mais sujet de ses propres soins

Qui respecte la liberté d'adhésion de l'enfant et permette « son consentement éclairé », en offrant un choix de possibilités prenant en compte toutes les données de la science psychiatrique ; l'enfant doit être partie prenante dans l'alliance thérapeutique qui lui est proposée.

II. DEONTOLOGIE ENVERS LES FAMILLES

Créer un espace qui respecte une liberté mutuelle d'adhésion à un projet entre famille, enfant et thérapeute

Traiter l'enfant avec les parents de la fonction parentale

Outre la reconnaissance de leurs droits légaux, nous avons vis-à-vis des familles **des devoirs d'accueil et d'écoute**.

Dans tous les cas, nous devons les éclairer quant aux difficultés de leurs enfants.

Bien souvent, nous sommes interrogés en tant que **consultants de la fonction parentale**, parfois dans un cadre d'expertise (adoption, droit de garde...), mais surtout dans des situations de « guidance » par rapport à des problèmes éducatifs ou paraissant plus psychologiques que psychopathologiques.

Il peut arriver parfois que **les difficultés psychologiques d'un parents ou des parents**, nous apparaissent prédominantes en amont de celles d'un enfant ou d'un adolescent. Nous nous efforcerons alors de les convaincre de l'importance pour eux-mêmes d'un travail thérapeutique dont les modalités sont à établir en fonction de chaque situation.

III. DEONTOLOGIE ENVERS LES COLLEGUES ET COLLABORATEURS

Secret professionnel et déontologie d'équipe...

...un consensus institutionnel dont les médecins sont garants

Si nous sommes tenus de nous conformer à nos propres règles déontologiques, nous devons également veiller à l'application des règles du secret professionnel, au respect des déontologies propres à chacune des catégories professionnelles qui travaillent à nos côtés.

Le seul fait de travailler sous l'enseigne d'un secteur public nous différencie des agglomérats de praticiens indépendants qui forment un cabinet de groupe. **La dimension institutionnelle infiltre notre travail** et oblige toute les catégories professionnelles de nos équipes à partager des informations et à

établir un minimum de consensus sur le style et les objectifs de l'équipe. Il se crée ainsi une « **déontologie d'équipe** » dont les médecins sont les garants en raison de la finalité soignante de l'organisation. Cette déontologie d'équipe est autre chose que la simple somme des déontologies des différents acteurs.

Nous sommes garants de la mission de service public et des obligations morales qui y sont inhérentes.

IV. DEONTOLOGIE ENVERS LES CONFRERES EXTERIEURS

Notre déontologie nous oblige à respecter la liberté de choix...même si nous la regrettons parfois au plan technique

Certains praticiens (médecin généraliste, pédiatre, orthophoniste, etc.) sont amenés, sous la pression de la demande familiale, à proposer des abords symptomatiques qui peuvent nous apparaître mal venus pour traiter la dimension psychopathologique du tableau clinique.

Nous devons, dans de telles circonstances, clairement exposer aux familles les exigences liées à notre spécificité, sans imposer pour autant une prise en charge hégémonique qui méconnaisse la liberté de choix des utilisateurs.

C) ETHIQUE DE LA PSYCHIATRIE INFANTILE ET PHILOSOPHIE DE LA SANTE MENTALE

Le phénomène psychiatrique chez l'enfant n'a pas encore sa place dans les images collectives de la cité. Tout au plus, a-t-on une vague représentation lénifiante de la psychothérapeute : une dame qui fait dessiner les enfants...

L'exigence éthique que nous allons devoir développer est en partie réactionnelle à ce déni collectif, surtout à l'heure où le pragmatisme ambiant remet l'eugénisme à la mode !

I. L'ETHIQUE DE LA PSYCHIATRIE INFANTILE

Notre action scientifique va se doubler d'une exigence éthique portant sur l'accueil, le respect, l'amour, dus à l'enfant.

a) L'ACCUEIL DU A L'ENFANT

Accueil...

L'accès aux soins psychiatriques nécessite **une analyse permanente des réticences des utilisateurs.**

Cette élaboration se double d'une exigence éthique portant sur **la prise de conscience de nos propres routines et de nos réelles disponibilités.**

Ces conditions doivent être réunies pour que la démarche de l'enfant et de sa famille ne soit entravée, ni par les carences de notre équipement (quand il existe), ni par nos propres « préventions ».

Les violence faites à l'enfant peuvent être, en effet, de deux ordres :

- **Imposer des techniques intrusives**, en anticipant sur leur opportunité scientifique.
- **Récuser les formes de soins** en méconnaissant leur légitimité scientifique.

b) LE RESPECT DU A L'ENFANT

Respect...

- S'exerce à l'égard de tout ce qui est constitutif de sa personne : croyances, opinions, rites, voire préjugés familiaux ;
- S'affirme dans la possibilité donnée à l'enfant de manifester par ses propres symptômes les avatars de son identité ;
- Nécessité pour tous les soignants, dans leurs tâches d'accompagnement et leur fonction de support identificatoire, **une interrogation éthique sur leur propre système de références.**

c) L'AMOUR DU A L'ENFANT

Amour...

Pour l'équipe soignante, ces évidences nécessitent un difficile travail de maîtrise des affects et des actes

Est une évidence rappelée dans le 6^{ème} principe de la déclaration de l'O.N.U.

Dans le soin, l'engagement thérapeutique ne peut exister sans mouvement affectif de l'adulte, à l'égard de l'enfant ou de l'adolescent.

Cet investissement affectif doit être garanti d'une double dérive :

- Une trop grande proximité affective, avec identification massive aux difficultés de l'enfant ;
- Une transgression érotique, à travers les médiations corporelles pourtant indispensables.

La maîtrise des affects et des actes constitue donc une exigence éthique autant qu'une méthode technique.

II. POUR UNE POLITIQUE DE SANTE MENTALE

Dans sa générosité intentionnelle, sa tendance organisatrice, fonctionnelle, le discours officiel sur la psychiatrie est celui de la Santé Publique. Il est certes nécessaire mais non suffisant. Les praticiens de terrain ne peuvent pas se contenter d'appliquer une politique. Leurs réflexions abordent les dimensions philosophiques de tout travail en sciences humaines.

a) NOTRE POLITIQUE EST MESUREE DIFFEREMMENT PAR NOS PARTENAIRES ET PAR NOUS-MEMES

S'agissant de la majorité de nos consultants, le point de vue psychopathologique sur le diagnostic, le traitement et le pronostic, reste interne à notre perception. Dans le même temps, le motif de consultation et l'enjeu de la prise en charge concernent, pour la collectivité comme pour la famille, une amélioration du statut et de la place de l'enfant dans la société et, essentiellement, de son statut scolaire. Certes, après le temps du soin, la plupart des enfants voient leurs capacités adaptatives améliorées. Mais les critères pragmatiques, que nous ne récusons pas, resteront pour nous insuffisants et inadéquats pour les cas les plus lourds. Ce sont ces cas qui fondent – autour du fait psychiatrique – notre identité et notre honneur professionnel, c'est-à-dire notre politique de soins.

b) NOTRE POLITIQUE REVENDIQUE LE DROIT A LA DIGNITE DE L'EXISTENCE POUR LES PATHOLOGIES LES PLUS SEVERES

L'histoire nous apprend que l'ignorance psychopathologique et la caricature de médicalisation, a justifié la ségrégation asilaire. Les enfants souffrant de troubles psychiatriques gravissimes ont été parqués dans

des dépotoirs concentrationnaires où ils sont morts jeunes et grabataires. Si la situation s'est améliorée aujourd'hui, ce n'est pas par hasard. Elle peut se détériorer demain.

Nous estimons que la mise en place des intersecteurs est prioritairement responsable de la transformation positive du paysage de l'enfance dite inadaptée.

Cette politique de secteur implique des moyens matériels, réglementaires, mais aussi une éthique de non-exclusion, une acceptation de vivre avec les plus démunis, des stratégies thérapeutiques où tente de se reconstruire la quotidienneté.

Cette politique thérapeutique est à maintenir même si les modifications structurales espérées ne viennent pas, si les familles, les pouvoirs publics se désintéressent du sort de ces citoyens sous-développés dans tous les sens du terme.

Notre politique n'est plus alors de viser une adaptation normative, mais bien d'éviter le pire... Cette politique du pire que nous dénonçons, non seulement dans l'histoire de la psychiatrie, mais aussi dans les dangers actuels des politiques de restrictions, masquées sous des discours technocratiques.

c) NOTRE POLITIQUE N'A PAS L'INSERTION SCOLAIRE POUR SEULE FINALITE

Devenir un élève est un objectif souhaitable...

Accepter l'enfant tel qu'il s'exprime dans sa pathologie est notre première nécessité

L'instruction obligatoire, fait positif majeur, signe pour l'enfant des échéances intégratives et maturatives. Mais elle est devenue obligation de réussite scolaire ! Le développement de l'enfant n'est plus qu'un cahier de devoirs plus ou moins bien noté. Dans cet esprit, à travers les dispositifs comme la loi du 30 juin 1975, semble prévaloir un projet de société qui fait de tout petit citoyen un objet d'éducation.

Pour nous, l'enfant ne peut être réduit aux parcours qui lui sont tracés.

Ses troubles, en effet, témoignent à nos yeux de l'inadéquation des exigences matérielles et psychologiques dont il est l'objet. Sans respecter le symptôme jusqu'à l'adoration de la morbidité, notre éthique nous commande d'accepter un certain degré de marginalité chez l'enfant.

Pour réduire l'écart à la norme, il nous faudra **accepter d'abord l'enfant tel qu'il vit**, et considérer sa pathologie comme une façon d'être.

Face à des discours volontiers univoques, nous devons plaider pour le droit de l'enfant à l'équivoque et lui **permettre d'accéder à des champs d'expressions multiples.**

III. POUR UNE REFLEXION CRITIQUE DE LA SANTE MENTALE

a) LA DEVIANCE DE L'ENFANT EST PARADOXE

Tout enfant peut faire des folies en regard des normes adultes, mais tout enfant n'est pas fou. Le pédopsychiatre a en charge d'énoncer la différence entre folie maturante et folie aliénante. Il nous faut transformer en mouvement dialectique nos contradictions :

- Nous visons la normalité et nous ne nous occupons que de l'anormalité.
- Nous devons reconnaître et accepter la pathologie ou la déviance et, en même temps, la faire disparaître.

Il n'est pas toujours facile de dépasser le malentendu entre l'attente de la société à notre égard, et notre attente à l'égard de l'enfant.

b) LA FOLIE DE L'ENFANT EST OBJET DE SCANDALE

Nous-mêmes, en participant à ce monde de l'aliénation, nous sommes confondus avec l'objet de ce scandale... Objet que l'imaginaire collectif semble identifier à ce que nous nommons la pulsion de vie. Nous sommes ainsi situés au point de convergences entre deux mondes contradictoires et notre place sociale nous impose d'assumer les deux termes de cette contradiction.

Là, gît un des aspects les plus paradoxaux de notre pratique, qui explique que les médecins psychiatres ne peuvent s'autoriser à n'être que des techniciens du soin. Ils participent, par essence, à l'élaboration de la philosophie de la santé mentale.

Conclusion

Les pédo-psychiatres exerçant dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile viennent d'énoncer leur propre pratique et de rappeler leurs missions.

A partir des positions où nous sommes situés par nos partenaires, plutôt que d'énumérer une liste d'intentions, nous avons préféré expliciter nos droits, devoirs et obligations.

Médecins, notre devoir est de **fournir aux utilisateurs les prestations de service** que notre science est aujourd'hui en mesure de proposer ; notre obligation, face aux demandeurs, est donc d'élaborer nos réponses autour du diagnostic, de la prise en charge, de la prévention (chapitre II du cahier des charges).

Pédo-psychiatres, notre devoir de compétence est garanti par notre qualification de spécialistes et notre droit de recourir explicitement à des systèmes conceptuels référentiels.

Notre obligation est donc de **participer** dans les hôpitaux et les universités, avec les chercheurs de toutes les disciplines, aux **actions d'enseignement, de formation et de recherche**.

Nous avons montré que **notre pratique constitue une action-recherche innovante** autant qu'une application sur le terrain de technique codifiées (chapitre I du cahier des charges).

Praticiens hospitaliers, notre droit est défini par un statut, obtenu par la réussite à un concours national qui nous inscrit dans la hiérarchie hospitalière. Des procédures administratives nous nomment dans des lieux géographiques, dans des équipes, ce qui implique de notre part, un devoir d'adaptation aux réalités locales.

Notre obligation de **dégager**, à partir de cette « nomination » administrative, les moyens de nommer médicalement, par nous-mêmes, **ce qui peut devenir thérapeutique dans l'appareil de soins** est exposée au chapitre III du cahier des charges.

Agents de collectivités locales, notre devoir est **d'appliquer la politique de santé publique** telle que l'exprime l'Etat dans les textes officiels et circulaires.

Cette lourde charge nécessite que nous disposions d'équipes et d'équipements, ce qui – en réalité – doit être obtenu, et désormais maintenu au prix d'une lutte sociale qui nous demande beaucoup d'énergie ; notre obligation – en tenant compte des réalités financières - est de **porter témoignages des détresses** que nous rencontrons et de **proposer des méthodes adaptées aux besoins** (chapitre IV du cahier des charges).

Garants de la crédibilité d'équipes pluri-catégorielles, nos obligations dépassent notre formation psychiatrique initiale. A partir de nos droits fondamentaux de

médecins, mais en supplément à nos compétences thérapeutiques, nous devons **assumer des fonctions médico-administratives, économiques, sociales** (chapitre IV du cahier des charges).

Notre devoir est **d'animer des ensembles institutionnels** complexes et de relativiser nos actions techniques par une triple réflexion dans les domaines du droit, de la déontologie, de l'éthique. Nous avons ainsi la

L'A.P.I. souhaite que :

- Les autres catégories professionnelles dans les équipes soignantes ;
- Les partenaires médecins et non médecins dans le champ médico-social ;
- Les gestionnaires tutélaire et décideurs ;

participent, avec les pédo-psychiatres, et chacun pour leur part, à la promotion du **Service Public de Santé Mentale pour Enfants et Adolescents**.

charge de **garantir le respect des droits de l'enfant au cours des projets thérapeutiques** (chapitre V du cahier des charges).

L'A.P.I. a ainsi dressé – pour ce qui concerne la partie des pédo-psychiatres – la liste des tâches qui incombent aux médecins dans ce cahier des charges qui reste à compléter avec les autres interlocuteurs.