

- 1** Éditorial
Roger Teboul
- 3** Sur l'agenda
- 4** Le point sur les Etats généraux
- 5** Rencontres avec des
psychanalystes chinois
- 7** Quel avenir pour la
pédopsychiatrie ?
- 12** Autisme : une recherche menée
par des cliniciens
- 13** Entretien avec Tony Lainé
- 16** Tribune libre : parlons de nos
savoir-faire
- 19** Notes de lecture
- 20** Bulletin d'adhésion

Il est des moments qu'il faut savoir apprécier dans la morosité ambiante. La lecture de ce nouveau numéro de La Lettre pourra, je l'espère, être un de ceux-là.

La mobilisation pour les Etats Généraux, le 4 avril 2014, bat son plein. Certes elle est inégale d'une région à l'autre, mais il n'empêche qu'elle est bien là et nous espérons un vif succès dans les salons de l'hôtel de ville de Paris. Madame la Ministre de la Santé nous a fait l'honneur de nous accorder son parrainage, ce qui montre que cet événement provoque un certain écho dans les hautes sphères.

En avant !

L'éditorial de Roger Teboul

Ne boudons pas notre plaisir ! J. Sarfaty qui en est le coordinateur national nous rend compte de l'avancée de nos travaux. Il y a aussi d'autres raisons de nous réjouir.



C. Puybaret-Bataille revient d'un voyage en Chine, dans les traces de C. Jacob, et nous fait part de l'intérêt des chinois pour la psychanalyse et pour le modèle français d'organisation des soins en pédopsychiatrie, dans un pays où cette spécialité est balbutiante et où les médicaments et les thérapies cognitivo-comportementalistes sont hégémoniques.

D. Marcelli nous a permis de publier son texte sur l'avenir de la pédopsychiatrie présenté aux dernières journées de l'API à Lille. Il y fait le point sur notre discipline aujourd'hui et reste résolument optimiste pour l'avenir si l'on veut bien toujours apprendre des enfants et des adolescents que nous soignons.

Y. Coinçon nous informe sur la recherche en cours qui concerne l'évaluation des pratiques de soins des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile dans la prise en charge des enfants autistes qui, nous l'espérons tous, va pouvoir montrer ce que nous apportons à ces enfants et à leurs familles, loin des vaines polémiques souvent violentes et injustes, ou injustifiées dont la pédopsychiatrie a fait l'objet.

«Trouble dans la psychiatrie ; Enquête dans une unité pour adolescents» de la sociologue, I. Coutant, que nous présente J. Pradère, est intéressant à lire parce qu'il vient à l'appui de ce que nous pensons sur la tension qu'il existe aujourd'hui entre la pratique soignante et son éthique confrontée à l'organisation

administrative des soins et au malaise social qui fait de la pédopsychiatrie un dernier recours.

«L'adolescent entre marge, art et culture» co-dirigé par notre collègue E. Granier avec C. Sternis, dont j'ai rédigé la note de lecture, est aussi porteur de promesses pour l'avenir des soins en pédopsychiatrie, tant il témoigne d'expériences bien vivantes au sein de nos institutions.

Mais, ce qui me réjouit le plus, c'est la confrontation entre le passé et le présent. Le passé, c'est l'annonce du colloque que l'API co-organise les 14 et 15 novembre 2014 sur l'œuvre de Tony Lainé, en hommage à ce grand pédopsychiatre de secteur décédé prématurément en 1992 ; C. Bertrand l'avait interviewé pour son mémoire de psychiatrie en 1983 et nous propose de larges extraits de cette interview. Le présent, c'est le texte d'un de nos jeunes collègues, C. Libert, qui a récemment rejoint l'API, et qui, c'est le moins qu'on puisse dire, n'a pas froid aux yeux. L'adhésion de nouveaux collègues est toujours une bonne nouvelle, d'autant que le CA doit être renouvelé lors de la prochaine assemblée générale, aux 30èmes journées nationales de 2014.

En Avant !

Docteur Roger TBOUL
Président de l'API



Carrefours de la pédopsychiatrie

Ils seront pour l'année 2014 le 1^{er} événement des États Généraux de la Pédopsychiatrie. Ils auront lieu comme tous les ans le 1^{er} vendredi de février à l'hôpital Théophile Roussel de Montesson (78), c'est à dire le **vendredi 7 février 2014**.

Une analyse statistique de nos ressources faite par Magali Coldefy (maître de recherche en économie de la santé) sera présentée et une mise en perspective des résultats suivra, avec le Dr Hélène Brun-Rousseau, psychiatre et Mr Laurent Plancke, sociologue.

4 ateliers suivront cette présentation :

- 1) Parcours de soin : maintenir une pédopsychiatrie généraliste
- 2) Place et avenir de la psychopathologie comme mode de compréhension et de soins, et conséquences sur la démarche thérapeutique
- 3) Articulation du thérapeutique et de l'éducatif, accorder au mieux soins psychiques et protocoles éducatifs
- 4) Haut risque psychosocial : place de la pédopsychiatrie

Argument

500 000 enfants et adolescents consultent chaque année dans les structures de soins pédopsychiatriques : secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, services hospitalo-universitaires et Centre Médico Psycho Pédagogique (CMPP).

Comment répondre aux demandes et aux besoins des enfants au plus proche de leurs milieux de vie, en accord avec les demandes parentales? Comment le faire dans des délais qui correspondent aux attentes des familles et de nos partenaires ?

Depuis plusieurs années, dans un partenariat large avec les professionnels de l'enfance, les équipes de pédopsychiatrie ont tenté de diversifier et améliorer de manière constante leurs réponses. Cependant face à cette affluence, et malgré l'évolution des pratiques, l'accès aux soins reste aujourd'hui difficile, surtout pour les populations les plus démunies.

D'autres questions se posent : celles liées à l'évolution de la démographie médicale, au souci de conserver et de transmettre nos repères cliniques et thérapeutiques et à la nécessité de garder une dimension de prévention.

Ces questions sont travaillées depuis plusieurs mois dans de nombreuses régions, associant équipes de santé mentale des secteurs de psychiatrie infanto juvénile, équipes de CMPP et partenaires institutionnels. Il s'agit de partager nos expériences sur l'enfance et l'adolescence, d'analyser nos difficultés mais aussi les dispositifs originaux qui ont été créés par les équipes, et enfin de faire des propositions.

Les Carrefours de la Pédopsychiatrie 2014 permettront un travail de réflexion sur le contenu que nous souhaitons transmettre à l'occasion de la **grande manifestation du 4 avril 2014 dans les salons de l'hôtel de ville de Paris** (voir page suivante pour plus de détails concernant les **Etats Généraux**)

Les journées de l'API

Les forces vives de l'API étant très mobilisées par les états généraux, le lieu, le thème et le programme de ces journées vous seront précisés ultérieurement.

Les rencontres annuelles de perfectionnement

Elles se tiendront les **13, 14 et 15 Octobre 2014** (dates à confirmer) au ministère de la santé sur le thème « **Dépressions, du bébé à l'adolescent** ».

N'hésitez pas à consulter notre site internet : www.api.asso.fr remis à jour régulièrement pour plus de détails. Si vous êtes à jour de votre cotisation, vous pouvez accéder à la partie « adhérent » avec votre identifiant généralement configuré sur le modèle <Prénom Nom> (ex : Roger Teboul). Si vous avez oublié votre mot de passe, il suffit de cliquer sur <mot de passe oublié ?> et de suivre les indications. Un nouveau mot de passe vous sera envoyé à votre adresse email.

Le point sur les États généraux

La réflexion se poursuit dans de nombreuses régions. Elle concerne les équipes de santé mentale des secteurs de psychiatrie infanto juvénile et les équipes de CMPP. Cette réflexion se fait avec les partenaires de la pédopsychiatrie (éducation nationale, aide sociale à l'enfance, protection maternelle et infantile, protection judiciaire de la jeunesse, pédiatres, personnel des établissements médico-sociaux, associations de familles). Il s'agit de faire un état des lieux, d'analyser les difficultés, et de faire des propositions. Un certain nombre de régions organiseront d'ici fin décembre (au plus tard mi-janvier) une journée (ou demi-journée) régionale qui sera l'occasion de présenter la synthèse du travail accompli. Les agences régionales de santé ont été sollicitées pour soutenir le travail dans les régions.

D'ores et déjà les questions le plus souvent abordées sont les suivantes :

Démographie médicale : la diminution du nombre de psychiatres permettra-t-elle de maintenir une pédopsychiatrie de secteur généraliste, ou bien allons nous évoluer vers des filières de soins et des centres experts ? Comment pallier aux déserts médicaux ? Quelle évolution va se dessiner pour les professions d'infirmier et de psychologue ?

Comment garder nos repères cliniques et théoriques, notre savoir faire, à l'heure du DSM5 et de la CIM11 ? Comment les transmettre et valider l'efficacité de nos outils par la recherche et l'évaluation ?

Comment faire reconnaître nos actions thérapeutiques en direction des enfants TED pour lesquels nous sommes les principaux intervenants avec le médicosocial ? Comment réduire le clivage sanitaire/médicosocial ? Quelle place donner à l'hôpital de jour dans le parcours de soin de l'enfant TED ?

Quelle politique de prévention imaginer en particulier en direction des enfants de familles précaires ?

Un autre support de réflexion sera l'analyse statistique de notre activité. Cette étude se basera sur les chiffres du RIMpsy et de la SAE (Statistique Annuelle d'Établissement) et concernera 2013. Une comparaison avec les études de 1993 et 2003 permettra de suivre l'évolution de l'activité sur 20 ans.



Enfin nous devons réfléchir à la question du financement de la pédopsychiatrie (T2A ? financement par missions ? etc.). Cette question est d'actualité puisqu'un groupe de travail sur cette question vient d'être mis en place à la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins).

Un premier document d'information a été établi avec l'aide de Marie Kretschmar, notre attachée de presse, et doit être transmis à la presse, aux associations partenaires et aux syndicats.

Les États généraux de la pédopsychiatrie seront marqués par trois événements au début de l'année 2014 :

Un premier événement aura lieu au cours des carrefours de la pédopsychiatrie et proposera une première analyse des résultats de la réflexion régionale. Il se tiendra à l'hôpital Théophile Roussel à Montesson (78) le 7 février 2014. Outre des tables rondes autour des thèmes principaux des états généraux, une première restitution du travail statistique de l'activité dans les secteurs sera présentée.

Le deuxième événement consistera en une opération « portes ouvertes » d'ampleur nationale des structures de soins de la pédopsychiatrie. Le public pourra ainsi découvrir les lieux de soins (secteurs de psychiatrie infanto juvénile et CMPP) à l'occasion de conférences ou de débats à organiser en fonction de vos problématiques et de vos liens locaux. Les journées portes ouvertes auront lieu pendant la semaine d'information de la santé mentale (du 17 au 21 mars 2014) dont le thème est « Ville et Santé Mentale ».

Enfin le troisième événement, le plus important, sera la journée nationale des états généraux de la pédopsychiatrie. Elle se déroulera à l'Hôtel de Ville de Paris le 4 avril 2014. Elle permettra de présenter la synthèse des travaux et les propositions qui seront soumises au Ministère.

Nous avons obtenu pour cette journée le haut parrainage de la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé.

Docteur Jacques SARFATY
coordinateur national des états généraux

Rencontres avec des psychanalystes chinois

Claire PUYBARET-BATAILLE
Secteur 75103
CMP du 9ème arrondissement de Paris

Lors d'un voyage cet été en Chine, j'ai eu l'occasion de rencontrer des psychanalystes chinois. Une collègue de l'API, Cécile Jacob, m'avait introduite auprès d'une jeune psychanalyste chinoise à Chengdu dans la province du Sichuan, au centre-ouest du pays, à environ 1500 km de Pékin dans les contreforts de l'Himalaya.

Je donne ces précisions géographiques car elles ne sont pas anodines, une école de psychanalyse n'aurait probablement pas pu se développer de la même manière dans une grande ville comme Pékin ou Shanghai à la fin du 20ème siècle.

Le Sichuan est une terre d'abondance, a été une zone de résistance pendant les guerres et a aussi résisté à l'instauration du communisme. C'est d'ailleurs une des premières régions à avoir redéveloppé la propriété individuelle à partir de 1980. Les Sichuanais sont connus pour être des travailleurs et des voyageurs. Le psychanalyste chinois Huo Datong en est un brillant exemple.

Développement et enseignement de la psychanalyse à Chengdu

On m'avait conseillé la lecture de « La Chine sur le divan », interview de Huo Datong par Dorian Malovic (Editions Plon, 2008), journaliste sinophile du journal « La Croix », livre passionnant qui raconte le parcours étonnant de cet homme. Né dans la province du Sichuan dans les années 50, il a vécu la

dans ce domaine. Certains collègues français psychiatres et psychologues d'orientation psychanalytique reçoivent ainsi régulièrement des stagiaires chinois dans leurs services et se déplacent aussi à Chengdu pour des séminaires ou des colloques. Cécile Jacob fait partie de ce groupe et nous présentera un petit texte sur le sujet dans la prochaine Lettre de l'API.

Evolution de la société chinoise

Un documentaire produit par Arte en 2008, « Edipe en Chine », explique que les Chinois s'intéressent de plus en plus à la psychologie et s'inquiètent concernant leur mal être ou celui de leurs proches. Le régime maoïste avait ébranlé toutes les assises de la civilisation chinoise traditionnelle et la « révolution culturelle », qui représente l'acmé de ce processus, avait privé de leurs droits les plus élémentaires la population, persécuté plus particulièrement les chinois les plus éduqués dans les villes et entraîné un processus de délation et de méfiance mutuelle. Les chinois en ont été profondément traumatisés et ce traumatisme est encore vif, même s'il semble s'estomper au fil du temps. Cependant depuis une vingtaine d'années ils peuvent progressivement critiquer cette époque révolue et une certaine liberté d'expression se développe. Parler de ce traumatisme et de ses difficultés psychiques devient possible. Des numéros d'appel anonyme existent pour obtenir des conseils, des sites internet et des émissions de radio ou de télévision se créent. Le développement économique vertigineux de la Chine, la course au profit et à la richesse, entraînent des écarts de revenus et des déséquilibres psychiques ;



anxiété et dépression sont devenus des maux qui interrogent les chinois.

Politique de l'enfant unique

La politique de l'enfant unique instaurée en 1979 a entraîné de profonds remaniements dans les fonctionnements familiaux. Elle a dépouillé les pères de leur autorité, s'est révélée néfaste pour l'autonomie de l'enfant et prive l'enfant de l'expérience d'une fratrie. L'enfant unique est porteur de tous les désirs parentaux ; une pression scolaire très importante s'exerce sur eux ; s'ils réussissent bien scolairement puis professionnellement, ils pourront aider leurs parents matériellement et subvenir à leurs besoins à leur retraite. La piété filiale est en effet essentielle dans cette culture. Les grands-parents qui avaient l'habitude de s'occuper de leurs petits-enfants se retrouvent désoeuvrés et en concurrence les uns avec les autres puisqu'un enfant se retrouve entouré de 2 parents et 4 grands parents. Des difficultés éducatives en résultent ; les parents chinois qui, avant ce changement politique, étaient très stricts avec leurs enfants, sont devenus beaucoup plus permissifs avec leur enfant unique et le gâtent matériellement du fait du développement économique.

Ouverture de la psychiatrie à la psychanalyse

La psychiatrie chinoise est inspirée du modèle américain ; les seules méthodes de soins pratiquées sont donc les traitements pharmacologiques et les thérapies comportementales. Cependant quelques psychiatres encore assez isolés commencent à se former à d'autres approches et prennent conscience de la nécessité de prendre en charge chaque personne dans la singularité de son histoire. Des psychanalystes allemands supervisent des équipes à Shanghai, où une école de psychanalyse a été créée en 1997. A Wuhan (grande ville dans le centre du pays) une formation analytique est également proposée aux psychiatres. La psychiatrie infantile n'en est qu'à ses balbutiements ; la spécialité a été créée il y a 2 ans, dans certaines universités seulement. Il n'existe aucune structure de soins hospitalière ou ambulatoire. Quelques centres de soins pour enfants autistes existent, mais ils sont totalement privés et donc inaccessibles financièrement à de nombreuses familles. Les techniques de soins sont uniquement comportementales, mais

quelques psychanalystes se préoccupent depuis peu de la souffrance des enfants et des parents et essaient d'introduire une écoute psychanalytique dans certains centres de soins privés. Les enfants handicapés sont généralement plutôt cachés et source de honte car ils ne pourront pas subvenir aux besoins ultérieurs de leurs parents. On ne voit donc pas l'intérêt de dépenser de l'argent pour les soigner. Il existe cependant une contrepartie : avoir un enfant handicapé donne le droit d'avoir un deuxième enfant. On constate de ce fait que le diagnostic d'autisme est parfois porté de façon large.

Passion et idéalisme des pionniers

A Chengdu, j'ai rencontré plusieurs femmes psychanalystes passionnées qui ont suivi la formation universitaire du Pr Huo Datong et parlent assez bien le français. Elles consultent dans des cabinets privés et se font connaître par le bouche à oreille et par internet. Elles reçoivent surtout des adultes, mais aussi des enfants autistes et des enfants présentant des difficultés de séparation et de tolérance à la frustration, ainsi que des adolescents présentant des addictions aux jeux vidéo, des phobies scolaires et sociales. La psychothérapie individuelle est leur seul mode d'approche, mais elles prennent petit à petit conscience que ce n'est pas toujours efficace, notamment dans les situations où la famille résiste au changement et où l'école ne peut pas adapter sa pédagogie. La possibilité de prendre en charge des cas complexes est donc très limitée puisqu'aucune structure de soins institutionnels n'existe en dehors de quelques centres de soins privés.



Je leur ai longuement parlé de la façon dont nous travaillons en équipe pluridisciplinaire en CMP, des modes d'approches qu'on essaye d'adapter aux différentes pathologies et aux familles parfois peu demandeuses d'aide, du travail de lien avec les écoles, les services sociaux et de protection de l'enfance. Elles m'ont posé beaucoup de questions notamment concernant les différents professionnels impliqués et les médiations utilisées.

Une des psychanalystes rencontrées intervient bénévolement dans un centre pour enfants autistes auprès des soignants, des parents et des enfants. Elle espère que son travail sera petit à petit reconnu et un jour rémunéré si elle arrive à créer une demande. Les quelques psychologues qui ont eu la chance de venir faire des stages en France essayent ainsi de développer des projets à partir de ce qu'ils ont observé dans nos structures de soins et en fonction des ressources locales. J'ai eu l'impression d'un foisonnement idéologique très dynamique comme à l'époque des premiers psychanalystes en Europe ; ils organisent des groupes de supervision, des séminaires de travail autour de textes, des colloques, tentent d'impliquer des parents et des enseignants.

Le Pr Huo Datong espère que le gouvernement chinois développera un jour des centres de consultations pédopsychiatriques pluridisciplinaires. Il espère aussi que les découvertes scientifiques futures démontreront les liens entre corps et psyché. La médecine traditionnelle chinoise s'intéresse de longue date à ces liens, mais elle est malheureusement totalement clivée de la médecine occidentale enseignée dans les universités actuellement.

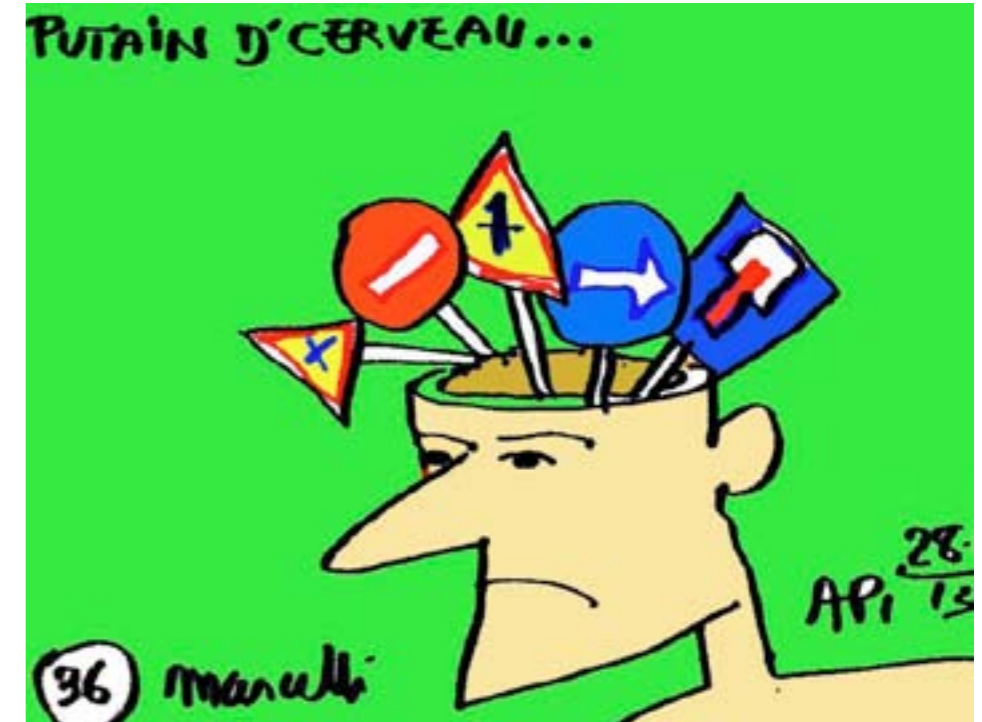
L'enfant au gré des évolutions sociétales : Quel avenir pour la pédopsychiatrie ?

Pr Daniel MARCELLI
CHU de Poitiers

Ce texte a été écrit par Daniel Marcelli pour les journées de l'API qui se sont déroulées les 27, 28 et 29 juin 2013, à Lille, sur le thème « Des pédopsychiatres dans une société en mouvement ». D. Marcelli n'ayant finalement pu nous rejoindre à ces journées, son texte avait été lu par Alain Bouvarel. Nous en présentons ici une version légèrement abrégée.

De la synapse à la subjectivité

A l'heure où les neurosciences triomphent, où la synapse règne en maître, sommes-nous condamnés à tous devenir des «synaptologues» et l'exercice de la psychiatrie, de l'adulte comme de l'enfant, se limiter au travail de restauration de la machinerie neuro-cérébrale ? La rencontre avec un patient, d'autant plus qu'il s'agit d'un enfant ou d'un adolescent, nous fait vivre une constante tension entre un point de vue sémiologique et nosographique incontournable, probablement indispensable d'un côté, et de l'autre une prise en compte de la construction subjective de chacun, inscrite dans les aléas de l'histoire familiale et devant faire avec les incertitudes sur le sens à donner à sa propre existence. Cette tension est d'autant plus vive qu'elle concerne une personne en cours de construction mais aussi fondamentalement dépendante de



son environnement. Comment devenir un libre individu d'une démocratie moderne en commençant une vie inéluctablement marquée du sceau de la dépendance ? L'enfant, l'adolescent est-il le simple produit de ses gènes et de ses synapses ou un « être humain-sujet » qui, bien qu'inscrit dans une histoire, peut aussi écrire son histoire ? Si pendant longtemps, l'enfant fut considéré comme le produit de son éducation, la tendance aujourd'hui serait de considérer que l'enfant est le produit de ses gènes : mais produit pour produit, où peut donc siéger le germe de cette liberté, possession nécessaire pour parvenir à la pleine condition humaine ? J'aime rappeler ces trois chiffres que j'avais cités dès la première édition de mon livre «Psychopathologie de l'enfant» en 1989 : notre patrimoine génétique est constitué d'environ 10 000 gènes (10⁴), il y a environ un milliard de neurones dans notre cerveau (10¹¹) qui sont connectés entre eux grâce à un million de milliards de synapses (10¹⁵). Une seconde suffit pour comprendre que 10 000 gènes ne peuvent pas contenir l'information nécessaire pour coder 10¹⁵ synapses ! Une seconde supplémentaire suffit pour savoir qu'il est matériellement impossible

de connaître à chaque instant l'état exact d'activation de ces 10¹⁵ synapses et qu'en conséquence l'incertitude doit être un paramètre à prendre nécessairement en compte. Enfin une minute est nécessaire pour réfléchir à cette croyance implicite presque communément admise quand bien même on connaîtrait l'état d'activation exacte de ces 10¹⁵ synapses, connaissons-nous pour autant la pensée occupant ce cerveau ? Cette dernière remarque est redoutable car elle nous oblige à réfléchir sur ces deux mots : le cerveau et le psychisme, le «brain» et le «mind». Un psychiatre ne peut se sentir à l'aise dans son costume de psychiatre que s'il est capable de donner une définition claire de ce qui distingue un neurologue contemporain rompu aux finesses de la neuro-physiologie, de la neuro-psychologie, de la neuro-cognition, de la neuro-imagerie fonctionnelle et un psychiatre qui doit lui aussi être de son temps ? Un psychiatre ne serait-il rien d'autre qu'un neuro-ignorant ? Quesignifie tous ces préfixes «neuro» qui envahissent les bilans des enfants autistes, Asperger (est-ce que cela existe encore à ce jour ?), THADA, dysphasiques ou dyspraxiques ? Comme s'ils étaient là pour mieux faire

écran au mot «psychique» devenu inconvenant, politiquement incorrect ? Pour argumenter de la pertinence d'un mot dans la langue, pour s'assurer qu'il définit un champ sémantique spécifique et pour justifier de son caractère indispensable, les linguistes procèdent à un exercice particulier : remplacer ce mot par un équivalent ou un synonyme et voir si toutes les phrases ainsi construites avec cet équivalent sont grammaticalement correctes, compréhensibles et ont la même signification. Faites cet exercice et essayez de remplacer en permanence «esprit, psychisme ou psychique» par «cerveau ou cérébral». Vous constaterez vite que vous butez sur les mots et que ce remplacement n'est pas toujours possible, loin s'en faut ! Car si tout le monde comprend la métaphore d'un «esprit ouvert» celle d'un «cerveau ouvert» laisse perplexe : est-ce le destin de la psychiatrie que de se transformer en ouverture cérébrale ? Pourquoi alors la science médicale et derrière elle une certaine partie de la population veut-elle se passer du psychisme ? Pourquoi cette quasi haine du psychisme ?

Ce questionnement concerne particulièrement le pédopsychiatre car le nouveau-né vient au monde avec un cerveau, cela j'en suis convaincu, mais je ne crois pas qu'il vienne au monde avec un psychisme déjà là, une âme extra-terrestre attribut d'une quelconque divinité. Si donc on récuse l'idée fondatrice d'un dualisme corps/esprit, comment l'esprit peut-il advenir dans le cerveau ? Je n'ai certes pas l'ambition de répondre complètement à cette question, je me contenterais de proposer quelques pistes.

Evolution de la clinique et changements sociétaux

Tout d'abord je voudrais brièvement revenir sur mon expérience professionnelle vieille de 35 ans environ. Quand j'ai commencé à exercer ce métier je rencontrais très souvent, surtout dans les consultations externes, type CMP, des enfants gravement inhibés, maladroits au point qu'on parlait de «débilité motrice», incapables de s'exprimer en regardant les adultes avec des conduites d'évitement majeures. Le bégaiement s'observait souvent. Ces enfants vivaient en général dans des familles très structurées, un peu raides voire rigides. Les principes éducatifs qui y régnaient se fondaient principalement

sur l'interdit ou le commandement impératif et sur la menace qu'elle soit physique (la gifle, la fessée) ou morale (faire honte). Aujourd'hui on rencontre encore ces enfants mais cela est devenu rare. Le bégaiement a presque disparu : au CMP on en reçoit un par an au maximum. A la place que voit-on ? La longue et impressionnante cohorte des enfants opposants, agités, instables, coléreux, voire bagarreurs, provocateurs, ignorant toutes limites. Certes ce type d'enfants existait déjà il y a trente ans. Mais en général ils étaient issus de familles à problème, conflictuelles et ces symptômes s'intégraient dans des tableaux plus complexes dominés par des troubles d'allure psychotique. Tel n'est plus le cas aujourd'hui : les enfants qui présentent ces symptômes, volontiers regroupés sous les étiquettes de TOP (Trouble Oppositionnel avec Provocation), de THADA (Trouble Hyperactif Avec ou sans Déficit de l'Attention) ou de TC (Trouble des Conduites) vivent souvent dans des familles, unies ou séparées peu importe, mais avec des parents attentifs, soucieux du bien être et surtout de l'épanouissement de leur enfant, inquiets à l'idée de mal faire. Il est rare que ces enfants présentent des troubles de personnalité d'allure psychotique comme c'était le cas jadis. Non, ces enfants souffrent certes d'une inflation narcissique, leur moi ne semblant connaître aucune limite, mais ils n'ont pas nécessairement de graves troubles de personnalité, du moins dans leurs premières années. Si l'on examine le cadre éducatif dans lequel ces enfants sont élevés, on se rend vite compte qu'il repose sur des principes d'exhortation («montre moi ce que tu sais faire») et de séduction («je t'aime mon chéri»). Exhortation et séduction ont remplacé interdit et menace. Que peut-on conclure de ces constatations ?

Aucun professionnel, aucun parent ne peut de nos jours ignorer cette véritable épidémie de TOP, THADA ou TC. Notons, chose essentielle, que le DSM s'exprime au singulier : «LE» trouble oppositionnel, «LE» THADA, «LE» TC. Pourquoi ce singulier pour décrire une série de conduites, de manifestations ou de symptômes de nature très diverse. Ce singulier est profondément idéologique ! Il laisse entendre qu'il y a «UNE» lésion à l'origine «DU» trouble auquel correspond «UN» médicament... Ce singulier est là pour soutenir l'idée d'UNE maladie, d'UN déficit, gommant littéralement le mélange très hétéroclite des conduites

incriminées. Sans s'étendre ici sur l'aspect artificiel de ces regroupements, comment croire un instant qu'une conduite d'opposition, qu'une attitude de provocation, qu'un refus de respecter des règles puisse se comprendre en dehors de toute prise en considération de l'environnement ! Pourquoi parler d'épidémie ? Toutes les enquêtes épidémiologiques montrent une augmentation importante de ces divers troubles dans la population générale, avec d'ailleurs une fréquence aux Etats-Unis qui est à peu près le double de celle observée en Europe. Que signifient cette différence et cette augmentation au cours des vingt à trente dernières années ? Un nouveau gène de l'opposition, de l'agitation ou de la délinquance pourrait-il s'exprimer soudainement à cette vitesse en si peu de temps ? Existe-t-il un nouvel agent infectieux qui, tel le virus du SIDA ou de façon plus actuelle le coronavirus, contamine le cerveau des jeunes enfants des sociétés occidentales ? Les psychiatres européens, français en particulier, sont-ils incompetents, incapables d'utiliser correctement ce DSM, instrument de repérage si simple et si objectif, comme a voulu le faire croire une récente enquête de l'INSERM et comme la HAS veut nous remettre le couvert dans une commission en préparation ? Plus sérieusement, n'est-on pas, au travers de ces «troubles», confrontés aux conséquences des changements éducatifs importants survenus depuis trente ou quarante ans ? Pourquoi refuser de prendre en compte ces changements éducatifs comme possible origine des symptômes de ces enfants et incriminer en priorité les gènes, les chromosomes, les neuro-transmetteurs et les fonctions neuro-cognitives ? Peut-être parce qu'en procédant de la sorte le cerveau de l'enfant apparaît comme le seul responsable ! N'y-a-t-il pas là comme une forme subtile de maltraitance à enfant ?

Evidemment, il y a trente ans, certains enfants présentaient déjà des troubles des conduites : on parlait alors d'enfants fugeurs, voleurs (kleptomane pour faire savant), pyromanes, violents et même caractériels. Moins nombreux que ceux regroupés aujourd'hui dans ce TC, de toute évidence ils étaient élevés et vivaient dans des conditions souvent défavorables. La plupart des cliniciens considéraient que ces conditions défavorables jouaient un rôle prépondérant dans l'apparition, l'entretien voire la répétition de ces conduites pathologiques, lesquelles témoignaient

de la souffrance de l'enfant. En quelque sorte, les difficultés de cet enfant étaient comprises comme la résultante des conditions environnementales pas toujours favorables, les liens de l'enfant à son entourage étant perçus comme structurants (ou déstructurants). L'enfant, lui, était naturellement compris comme le «produit» de son éducation. Aujourd'hui, parmi les multiples enfants présentant ces TOP, THADA ou TC, certains continuent d'être confrontés à ces situations environnementales et/ou éducatives défavorables. Mais pas tous, loin s'en faut ! On en rencontre aussi avec d'incontestables TOP, THADA ou TC, qui, comme je l'ai dit, sont élevés dans des familles sans violence, sans difficulté sociale majeure, sans avoir vécu les classiques carences éducatives ou affectives. Au contraire même, les parents semblent attentifs à leur bambin, dévoués, si ce n'est trop dévoués, aimants, soucieux de son confort et de son bien être, ils l'exhortent constamment dans un climat de séduction qui est devenu le standard éducatif contemporain... Sans nul doute, ces enfants-là sont plus nombreux que jadis et semblent manifester dans ces conditions en apparence favorables des troubles non rencontrés jusqu'à ces dernières années.

Inné / acquis, l'éternel débat...

Il est étrange qu'on mette volontiers en avant une possible cause génétique (déséquilibre dans les neuro-transmetteurs, système du contrôle de l'impulsivité défaillant, agressivité excessive, etc.), qu'on recherche systématiquement l'origine du trouble dans l'enfant (dans son cerveau, son patrimoine génétique...), que la société affecte de le considérer comme un être clos sur lui-même et dont l'expressivité comportementale dépendrait uniquement de ce qu'il y a dans la machinerie neuro-cérébrale... Pourtant, c'est peut-être moins étrange qu'il y paraît, car finalement cet enfant correspond très bien à l'idéologie de l'individu clos sur lui-même, individué et séparé, libre de ses liens comme de ses choix. Et si le fonctionnement psychique déraile ce ne peut être que l'effet d'un cerveau mal disposé ! A quoi correspond cette volonté de clôture cérébrale ? Elle vient faire écho à la volonté idéologique de ne rien accepter qui se situe au dessus de l'individu : «c'est mon droit»... «j'y ai droit» deviennent les sésames revendicatifs de chaque citoyen et s'entendent couramment

dans la bouche d'enfant de 4 à 5 ans ! Nous entrons dans l'ère du solipsisme triomphant : tout doit procéder de soi, par soi, pour soi. D'autant que tous les parents élèvent aujourd'hui leurs enfants dans ce qui est notre religion laïque commune et dont la croyance fondatrice pourrait s'énoncer ainsi : «mon corps m'appartient, ma pensée m'appartient et nul autre que moi-même n'a de droit sur ce corps et cette pensée». Toute position qui contrevient à cette croyance est aussitôt suspecte, volontiers disqualifiée. Ceci n'est pas sans retentir sur les conceptions des pathologies psychiques.

Un exemple ? Comment peut-on affirmer et croire qu'un trouble de la communication humaine, tel que l'autisme puisse avoir comme origine exclusive une anomalie génétique, un défaut dans le cerveau sans jamais impliquer les aléas relationnels de cette communication ? Considérer le trouble envahissant de développement (TED) comme une pure pathologie du développement puis du fonctionnement cérébral revient à ignorer ou nier la part psychique nécessairement incluse dans ce développement. Dans une communication au dernier congrès mondial de pédopsychiatrie qui s'est tenu à Paris en juillet 2012, j'ai essayé de montrer que le cerveau d'un enfant ne peut pas dire «je», cette particule linguistique au statut très énigmatique, sans prendre en compte la dimension trans puis intersubjective ! A quoi est-ce que cela aboutit ? A cette «découverte scientifique» dont «Le Monde» du 19 juin 2012 (page 6) se fait complaisamment l'écho. Je cite : «Des chercheurs américains lient pollution de l'air et autisme. Les femmes exposées durant leur grossesse à des niveaux de pollution de l'air élevés auraient deux fois plus de risque de donner naissance à un enfant autiste que celles vivant dans un environnement préservé... Dans les endroits les plus pollués en particules de diesel et de mercure, le risque d'avoir un enfant autiste est deux fois supérieur au taux observé dans les zones préservées». A cinq lignes de distance la même phrase est répétée ! Cette répétition fait symptôme : il s'agit de convaincre et de se convaincre que le cerveau de l'enfant est lésé. Il ne s'agit surtout pas de réfléchir sur le fait que des familles vivant dans des environnements très pollués n'ont peut-être pas les mêmes caractéristiques socio-économiques et éducatives que celle bénéficiant d'un environnement préservé

Cette idéologie qui consiste à ignorer le rôle du lien social et ce besoin impérieux de localisation cérébrale exclusive des pathologies psychiques est d'autant plus inepte qu'en même temps les progrès de l'imagerie cérébrale nous montrent quotidiennement l'importance de ce qu'on appelle aujourd'hui «le cerveau social». Vous connaissez tous ce «cerveau social», cette part considérable du cerveau destinée à comprendre l'autre et les interactions avec l'autre. La quasi totalité du lobe frontal y est dédiée et bien d'autres structures encore. Je vais vous dire ma conviction : le cerveau social est un ensemble fonctionnel destiné à comprendre les intentions de l'autre afin que l'animal humain puisse mieux communautariser ses actions et grâce à cela survivre dans un monde particulièrement violent où il ne disposait d'aucune arme naturelle autre que cette communautarisation. Mais pour son malheur, un jour, à force de penser à ce que pense l'autre, l'être humain s'est mis à penser à ce qu'il pense lui-même : le psychisme, c'est ce pli opéré par la pensée sur elle-même, ce retournement sur soi de la pensée sur l'autre. Cela ne me choque pas de considérer qu'il existe un centre fonctionnel neuro-cérébral de ce qu'on appelle aujourd'hui l'agentivité, ni de considérer que les perturbations dans le fonctionnement de ce centre puissent rendre compte de nombreux symptômes observés dans l'autisme ou la schizophrénie. Cela me choque en revanche quand on pose comme principe que le développement de ce centre est assurément sous la dépendance de facteurs génétiques plutôt que de facteurs relationnels. Si à la rigueur on peut admettre que la structure neuronale de ce centre de l'agentivité soit sous le contrôle des gènes, il me paraît très improbable que son fonctionnement le soit également !

Le cerveau connaît un développement impressionnant dans les deux trois premières années de la vie et traverse aussi de très notables modifications au cours de la puberté : cela s'appelle l'épigénèse. Comme le rappelle Edith Heard («Epigénétique et mémoire cellulaire», Fayard, 2013), le sens de ce mot ne cesse d'évoluer, évolution qui est d'ailleurs la caractéristique même du processus épigénétique. Concernant le cerveau on désigne habituellement sous ce terme sa plasticité et sa capacité à se modifier sous l'influence de diverses stimulations environnementales. Mais

cette épigénèse cérébrale ne saurait à elle seule rendre compte du fait psychique.

De la confusion fonctionnel / structurel

Nous touchons là une autre confusion née avec cette nouvelle lanterne magique que représentent la résonnance magnétique nucléaire et ses dérivés informatisés actuels (PET, PET-SCAN, etc.). Il s'agit de la confusion largement entretenue de façon coupable par une partie de la communauté scientifique entre le structurel et le fonctionnel. Quand on voit des synapses s'allumer à l'imagerie RMN, on voit une fonction pas une structure ! Si l'intégrité de la structure cérébrale et de son développement dépend assurément du programme génétique et de facteurs morbides divers (infections, traumatismes néonataux, etc.), la qualité du développement fonctionnel dépend quant à elle de bien d'autres facteurs. Concernant notre discipline, la pédopsychiatrie, il me paraît fondamental d'avoir toujours à l'esprit (pas au cerveau !) cette constatation : les conditions nécessaires à l'émergence et à l'organisation correcte d'une fonction ne peuvent en aucun cas se réduire aux conditions identifiées comme responsables d'une désorganisation ou d'une destruction de cette même fonction une fois qu'elle est installée dans le cerveau. Prenons comme exemple le langage : les conditions nécessaires à son émergence et à son bon fonctionnement ne peuvent se déduire des facteurs responsables de sa désorganisation ou destruction une fois que celui-ci est

installé dans le cerveau ! C'est pourtant ce que tous ces « neuro-scientifiques » affirment de façon explicite ou, quand ils sont plus malins, implicite. Le récent travail de François Gonon (« La psychiatrie biologique : une bulle spéculative », Revue Esprit, nov 2011) dénonce avec brio cette supercherie ! Actuellement un dogme implicite traverse notre discipline basé sur la constatation fréquente d'une corrélation entre un désordre psychique et un désordre du fonctionnement tel que le montre l'imagerie neuro-cérébrale : une perturbation cérébrale est nécessaire pour qu'apparaisse une perturbation psychique. En revanche l'idée qu'une perturbation psychique pourrait provoquer une perturbation du fonctionnement neuro-cérébral semble quasiment iconoclaste. L'image est devenue dogme !

Je vous propose cette double assertion : premièrement, l'enfance correspond à la mise en forme du cerveau social ; deuxièmement, les conditions de cette mise en forme s'appellent précisément le psychisme. Aussi vouloir évacuer toute dimension d'altérité dans le développement de cette épigénèse et de ce cerveau social, risque de conduire à une aporie. Si l'on peut à la rigueur extraire l'autre du cerveau, et encore les neurones miroirs sont là pour nous montrer que ce n'est pas si facile, assurément il est illusoire, factice et vain de vouloir extraire l'autre du fonctionnement psychique : pourtant c'est l'impasse dans laquelle la psychiatrie contemporaine semble vouloir s'engager ! On peut la comprendre car en satisfaisant à ce dogme, la

psychiatrie affecte de croire que l'individu est au dessus du lien social, que nul lien social ne vient transcender l'absolutisme de l'individu. En cela la psychiatrie est l'otage des croyances de notre société et de son envahissante technologie : montrer une image du cerveau en trois dimensions sera toujours plus fascinant que de faire le récit d'une rencontre... Reste à savoir si la psychiatrie deviendra une victime inéluctable de cette opération de réduction... Il nous faut donc résister à ce désir ou ce fantasme de pure objectivation. Psychiatres, il est essentiel que nous connaissions parfaitement les gènes, les synapses, les neurones, le cerveau, le fonctionnement neuro-psychologique. Mais, excusez moi, de le répéter, la psychiatrie ne se résume pas à la synaptologie et le psychisme ne se réduit pas au seul cérébral !

Présent, avenir

Pédopsychiatre, nous devons travailler avec l'enfant mais aussi avec les parents. Revenons donc à ces derniers car bien sûr ils sont au centre de notre problématique : quand on aborde la question des parents on aborde évidemment celle de l'éducation et plus largement du lien social. Ayant le plus souvent fait ce que la société prône ou recommande, nourris des lectures et des ouvrages de vulgarisation, ces parents désormais refusent de se sentir coupables des troubles présentés par leur bambin. J'entends souvent dire que les parents contemporains sont laxistes. Ils ressentent à juste titre cette remarque comme injurieuse, culpabilisante et

injuste dans la mesure où précisément ils ont le sentiment de s'être conformés aux recommandations éducatives : ils ont respecté leur enfant, lui ont demandé son avis plus souvent que de raison, l'ont exhorté et encouragé, ont évité de lui imposer leur propres choix et l'ont laissé choisir, etc. Aussi, nombreux sont les parents qui n'acceptent plus la moindre mise en cause ressentie aussitôt comme une accusation injustifiée : puisqu'ils ont fait ce que la société recommande, les dérapages de leur enfant ne peuvent pas provenir de son éducation mais beaucoup plus probablement d'un bug dans la machinerie synaptique ou d'une programmation génétique défailante. Ces métaphores sont devenues d'une puissance explicative redoutable et orientent les croyances du côté du tout cérébral. Désormais, l'enfant est le produit de son patrimoine génétique et de ce que j'appelle son assertivité : depuis sa naissance, on lui demande son avis, on le laisse faire ses choix et décider ! Il est reconnu dans son droit à se différencier, à choisir, et même à dire « non », ce « non » symbole de son individuation et de son existence propre (Voir sur ce thème : D. Marcelli, « C'est en disant non qu'on s'affirme », Hachette, Paris, 2007).

Or cette existence, étymologiquement *ex sistere*, « sortir de sa place », émerge précisément avec le langage que « celui qui ne parle pas », l'*infans*, commence à s'approprier avec l'arrivée du « non ». Malheureusement (ou heureusement ?) sortir de sa place c'est aussi se mettre en chemin donc se poser la question de la destination, du sens du cheminement... Le SENS, le mot est prononcé. Le sens est au psychisme ce que les neuromédiateurs sont au cerveau : la condition de son bon fonctionnement. Le sens est ce qui fait lien entre les représentations et sur lequel repose la narrativité, cette mise en discours de la capacité à se représenter. La polysémie de ce mot si simple « sens » ne doit pas nous leurrer, car s'il y a les cinq organes des sens, la vision, l'audition, l'odorat, le toucher et le goût, il ne faut pas oublier le sixième sens, celui que Platon appelait le sens commun, ou que ma concierge appelle le bon sens, celui qui nous donne la direction du chemin. Sens provient d'une très ancienne racine indo-européenne que l'on retrouve dans l'islandais « sinni » qui signifie « compagnon de route » : le sens ne se trouve jamais seul, il nécessite la présence d'un autre grâce auquel le cheminement dans la vie prend sens ! On ne trouvera jamais cela dans le cerveau ni

dans la neurologie. Mais on ne le trouve pas non plus dans des explications psychologiques sommaires où la causalité est réduite à une linéarité simpliste : si l'enfant est comme ci, c'est parce que les parents sont comme ça ! Reconnaissons qu'on a abusé de ces outrances, qu'elles nous sont à juste titre reprochées et que nous devons désormais nous en garder vigoureusement. Le psychisme de l'enfant ne se réduit pas à une pellicule réactive ! Le psychisme est infiniment plus complexe que cela et toute science, future psychanalytique, ne peut le réduire à sa cause ! C'est à nous pédopsychiatres de savoir conserver ce bon sens ! Le choix n'est possible que s'il est sous-tendu par un sens. Notre discipline est fondamentalement tournée vers le devenir bien plus qu'elle ne trouve sa justification dans des recherches causalistes souvent vaines. S'il est légitime que la recherche adopte un point de vue rétrospectif, la clinique, elle doit se situer dans une dimension résolument dynamique et évolutive.

Eloge du renoncement

Précisément revenons à la clinique. Je rencontre de plus en plus d'adolescents et de jeunes adultes qui sont incapables de choisir, incapacité qui s'érige sous nos yeux en véritables symptômes des pathologies de l'assertivité. Il n'y a pas que dans les supermarchés où il est difficile de choisir le bon paquet de pâtes ou le bon yaourt parmi la multitude proposée, car choisir impose aussi de renoncer à ce qu'on ne choisit pas et on ne peut renoncer à certaines choses qu'en s'appuyant sur des modèles ou des valeurs. A défaut de pouvoir faire ce choix, il reste la possibilité de saturer ses organes des sens par des stimulations sensorielles permanentes : cela s'appelle des conduites addictives. Les enfants et les adolescents de nos sociétés rencontrent une difficulté majeure : pour ne pas nuire à leur épanouissement affectif et au déploiement de leur potentiel, il ne faudrait rien leur imposer ni modèles ni système de valeurs et parfois même ni limites. Nombres de conduites pathologiques contemporaines s'inscrivent dans cette logique avec pour risque majeur celui de voir les normes et les protocoles remplacer ce qui jadis relevait du modèle ou des valeurs. Valeurs et modèles s'inscrivent toujours dans le champ social et relationnel. L'intolérance croissante à tout ce qui est hors norme n'est pas le moindre des paradoxes dans lequel nous psychiatres devons nous

débattre : à la réduction systématique du psychisme au cortex cérébral correspond en miroir la mise en protocole : dans les deux cas d'ailleurs il y a de belles images ou de beaux schémas ! C'est comme s'il fallait exclure toute menace de subjectivité dans la relation de soin. Pourquoi ? Parce qu'inscrire la subjectivité dans la relation de soin risquerait de rabaisser l'individu au statut de sujet, *subjectum*, celui qui est « sous le jet » et dont l'acte est reconnu par un autre, en quelque sorte de réintroduire la dépendance à l'autre ce dont notre idéologie sociale prétend se défaire. Normes et protocoles sont censés protéger l'individu de cette menace.

Ainsi va notre belle discipline, la pédopsychiatrie : nous nous devons de faire le plein de connaissances, en génétique, en anatomie cérébrale, en neurotransmetteurs et fonctionnement synaptique, en neuropsychologie, en imagerie cérébrale, en pharmacologie moléculaire et clinique, en sémiologie et nosographie DSM ou CIM, en statistique et épidémiologie, en développement de l'enfant, en dynamique interactive, en approche familiale et systémique, en connaissance de l'inconscient et de ses ruses, en ethnopsychiatrie et culturalisme, et j'en ai certainement oublié. Mais à l'instant de la rencontre avec l'enfant, si on veut lui offrir les conditions d'une émergence et pas seulement la reproduction de modèles pathogènes, c'est avec ce jeu de sens qu'il nous faut travailler. Nous devons avancer dans la rencontre avec rien d'autre que nous-mêmes, ce tout de nous-mêmes et ce rien de préconçu, condition pour qu'une rencontre advienne et tire cet enfant de la dérégulation de l'insensé vers quelque chose qui commence à prendre sens. Or celui-ci n'est pas préprogrammé, il émerge de cette rencontre et dépend de ses aléas. C'est ce qui dans notre société est devenu intolérable ! Voici la raison expliquant que notre discipline soit en ce moment si fragile et si contestée. Mais nos meilleurs alliés resteront toujours les enfants et les adolescents : on peut compter sur eux et sur leur capacité de rébellion, de protestation, en un mot sur leur fantastique potentiel de vie. Quoi qu'il arrive restons à leurs côtés...

DANIEL MARCELLI :



API - Lille 28.6.13 ... quel avenir pour la pédopsy 35

Autisme : Une recherche menée par des cliniciens

Yvonne COINÇON
Past présidente de l'API
Ancien chef de service de
pédopsychiatrie à Grenoble

Il s'agit d'une étude prospective, multicentrique, menée sur 17 sites en France, dans le cadre d'un PREPS (Projet de Recherche sur la Performance du Système des soins) sur appel lancé par la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins). Son titre : « Evaluation clinique des pratiques intégratives en unités de soins infanto-juvéniles pour des enfants présentant un autisme typique ou atypique » Cette recherche est coordonnée par notre collègue Nicole Garret-Gloaneac, et le CHU de Nantes en est l'établissement de santé coordonnateur. Les investigateurs associés, rassemblés en réseau sont répartis dans toute la France, et sont praticiens en EPSM, CHU, CMP, HJ ou CATTP.

La méthodologie se fonde sur l'évaluation de l'enfant dans les différents domaines de son développement. Elle permet notamment d'évaluer l'ajustement des pratiques intégratives aux particularités et aux besoins de l'enfant, l'évolution de celui-ci étant un élément de l'évaluation de l'efficacité des pratiques. Le point de vue des familles, apporté par un questionnaire en début et en fin d'étude, contribue

au recueil des données. Les enfants sont inclus après diagnostic validé selon les recommandations de la HAS de 2005 et après information et consentement des parents.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les pratiques de soin, à partir de l'évolution sur un an, d'enfants âgés de 3 à 6 ans, présentant un diagnostic d'autisme typique ou atypique (F84.0 et F 84.1), soignés dans une unité de soins pratiquant les approches intégratives. Elle porte sur 80 enfants, soit 5 par site.

Les objectifs secondaires sont :
- Montrer l'efficacité des pratiques intégratives par l'évaluation de l'évolution globale des enfants appréciée selon des critères cliniques et des outils d'évaluation validés et sélectionnés.
- Evaluation par les familles : de l'état de l'enfant et son évolution, de la qualité de la relation établie par l'équipe avec la famille.

Le critère d'évaluation principal est l'évolution du score des interactions sociales mesuré entre le temps M0 (1er mois d'inclusion) et M12 (12ème et dernier mois de suivi), selon les quatre premiers items de l'échelle ECAR (Echelle d'évaluation des comportements autistiques). Les critères d'évaluation secondaires sont :
- L'évolution globale de l'enfant appréciée par domaine de développement (lan-

gage et communication, sensori-moteur, interactions sociales, comportements, domaine cognitif, angoisses et émotions) à l'aide des échelles ECAR, PEP-R, CARS et des bilans orthophonique (ELO) et psychomoteur (Brunet-Lézine) à M0 et M12.

- Le point de vue des familles apprécié par un questionnaire à M0 et M12: adaptation d'un outil mis au point par Tavistock Clinic and Portman NHS Trust (London).

C'est la première fois qu'une recherche multicentrique est proposée pour évaluer les pratiques intégratives en psychiatrie infanto-juvénile pour l'autisme, initiative qui vient à point nommé pour sortir des controverses et polémiques dont toute la pédopsychiatrie a été l'objet ces dernières années à propos de l'autisme. C'est une première étape, qui vise la globalité de la prise en charge et ses effets sur les patients. Lors d'une deuxième étape, la différenciation des pratiques pourra être étudiée, afin de poursuivre sur la même voie de clarification de la problématique et aider au choix des techniques de soins à mettre en œuvre.

La perception parentale des progrès de leur enfant et de la qualité du service rendu sont essentiels dans les objectifs de cette étude et dans les effets attendus sur les discours et les critiques des uns et des autres largement médiatisés. L'appréciation subjective des parents de cette évolution sera comparée à celle des soignants avec les mêmes critères.

Cette recherche répond aux attentes exprimées dans les médias et auprès des instances de décision par la société civile et retrouvées dans le plan autisme 2013 sur la nature et l'efficacité des soins en psychiatrie infanto-juvénile. En les rendant plus lisibles, en insistant sur la participation des parents, elle contribuera à l'amélioration de la confiance et de la collaboration entre professionnels et usagers.

La DGOS s'est entourée de quelques acteurs du soin pour pratiquer une « expertise » qui s'assure de la cohérence et de la faisabilité de cette recherche en rapport avec les objectifs et modalités annoncés. C'est à ce titre que j'ai été sollicitée. Plusieurs des investigateurs associés dans cette recherche sont membres de l'API ou proches d'elle.

Tony Lainé : un pionnier d'une pédopsychiatrie à visage humain

Martin PAVELKA & Roger TEBOUL
membres de l'API
au comité d'organisation du colloque

L'évolution actuelle de la pédopsychiatrie - à la fois la transformation de son environnement, les pressions sur les pratiques de soins et le malaise dans la transmission - légitime le projet des Etats généraux.

Ce désir de sursaut salvateur est animé d'abord par le constat sur son évolution largement partagé, mais il se fonde également sur des repères rassembleurs :

- 1937 : le Front populaire initie une première politique de « prophylaxie mentale ... en consultation de neuro-psychiatrie infantile » (circulaire du 13/10/1937 relative à la réorganisation de l'Assistance psychiatrique dans le cadre départemental), y associant l'école et l'assistance sociale.
- 1945 : Amorce du virage de la psychiatrie asilaire « traditionnelle » vers les principes déségrégatifs et désaliénants de la sectorisation.
- 1958 : Implantation à Paris XIII d'un secteur pratiquant les soins psychiques à la fois aux adultes et aux enfants.
- 1972 : Circulaire fondatrice de la politique de secteur en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (Roger Misès : La Lettre de psychiatrie française, n° 69/97, 17-18). Voir à ce sujet l'article « Secteurs pédopsychiatriques... 40 ans, déjà ! » paru dans La Lettre de l'API n°33 en juin 2012.

La conscience de cette histoire permet de penser le présent et le futur de façon féconde, dans l'esprit et en s'appuyant sur l'expérience de praticiens subversifs et novateurs. Parmi eux, Tony Lainé (1930-1992) incarne une figure incontournable des bâtisseurs du « service public de la protection de la santé mentale » des enfants et des adolescents en France (L. Bonnafé et T. Lainé : « L'enfant, la famille, l'école et la psychiatrie de secteur », L'école de la nation, n° 202, octobre 1971).

Partant de son œuvre, de son souci de l'autre et de la folie, des réalisations des équipes qu'il a animées, des films qu'il a tournés, mais surtout orienté vers le présent, vers l'actualité de notre champ, un Colloque aura lieu à la Cité des sciences de la Villette les 14 et 15 novembre 2014. Le comité d'organisateur - l'API, les CEMEA (Centres d'Entraînement aux Méthodes d'Education Active), l'IMEC (Institut Mémoire de l'écriture Contemporaine) et d'autres - est au travail et à l'écoute de vos propositions pour vous préparer un menu original et vivifiant !

Un recueil est en préparation comportant de nombreux articles éparpillés dans les revues professionnelles et la presse, incluant des textes inédits de Lainé.

Pour une mise en bouche, voici un entretien inédit, mené dans les années 80 par Christine Bernard-Bertrand.

Entretien avec Tony Lainé

Christine BERNARD-BERTRAND
CHS Alpes-Isère, Grenoble

C'est dans le cadre de la rédaction de mon mémoire pour le certificat d'études spéciales en psychiatrie en 1983-84 que j'ai choisi de rencontrer les chefs de service qui à Paris et en région parisienne proposaient des espaces de liberté, de créativité, d'ouverture particulièrement remarquables : Serge Lebovici, René Diatkine, Maud Mannoni, Roger Misès, Tony Lainé et d'autres encore. Le Dr Tony Lainé, médecin chef du 2ème secteur Infantile de l'Essonne a accepté de répondre à mes questions concernant les points essentiels qui avaient déterminé sa démarche.

Le projet de sectorisation

Lors de l'entretien avec le Dr Lainé, le premier sujet abordé fut la place historique de la création des intersecteurs de pédopsychiatrie. Le projet de sectorisation était alors le suivant :

1) Un secteur de psychiatrie générale dont les équipes devaient travailler avec la communauté sociale, les lieux de rencontres, les MJC, les hôpitaux, les écoles. Ainsi devait être établie une refonte clinique avec la remise en question de la fonction sociale ségrégative de la psychiatrie. Le travail thérapeutique devait être pris dans une pratique sociale. Le secteur recevrait adultes, adolescents et enfants.

2) Un secteur de psychiatrie de l'enfant. Là seraient constitués des dispositifs de soins plus spécifiques, en rapport avec 3 secteurs adultes, ce réseau de soins pouvant utiliser des lieux de soins éventuellement institutionnels, voire des appartements thérapeutiques pour adolescents, des hôpitaux de jour....



Mais ce projet n'a pas abouti, en raison de la lenteur de déploiement des secteurs psychiatriques dans l'inscription communautaire. La psychiatrie de l'enfant s'est cependant trouvée portée en 1ère ligne pour éviter la ségrégation ; la création des CMPP, unités pluridisciplinaires dotées d'une dimension psychanalytique en a été une illustration concrète.

Le Pr Roger Misès a été un personnage important historiquement ; dans les années 60 il était expert auprès du ministère et il a beaucoup aidé les médecins chefs à monter de nouvelles structures. De plus il organisait la formation des psychiatres du cadre à la fondation Vallée. A cette époque la plupart des intersecteurs qui se sont développés ont quitté l'hôpital pour d'autres structures.

Historique du service

Le service du Dr Lainé s'est créé en 1971-1972. On lui a imposé au départ un service hospitalier et des dispensaires à créer. L'équipe a finalement investi 4 lieux de soins différents qui offrent un service de 10 à 12h sur 24h, plus une possibilité de garde. Les lieux de soins ont été choisis dans les endroits où il n'y avait pas de CMPP pour ne pas faire double emploi et surtout en ville pour ne pas favoriser l'hospitalocentrisme. Un PFS (placement familial spécialisé) a été rapidement créé, pouvant accueillir 60 enfants. Les familles d'accueil ont été formées et peuvent même garder les enfants en phase subaiguë.

D'autres lieux de soins se sont aussi créés à temps partiel : les clubs, les centres de soins à temps partiel, un appartement thérapeutique pouvant accueillir 4 à 5 adolescents, un hôpital de jour et une unité de soins le soir pour enfants psychotiques qui utilise les locaux de l'hôpital de jour le soir.

- Le club est ouvert de 17 H à 19 H, 3 jours par semaine en respectant le rythme scolaire ; l'enfant peut ainsi rester dans sa classe. Le club accueille 5 enfants de 12 à 16 ans présentant des troubles de la personnalité, le plus souvent envoyés par l'école. Enfants et adultes établissent ensemble un programme d'activités. Parfois des sorties sont organisées. Les deux grands centres d'intérêt sont la photo et l'aquariophilie.

- L'hôpital de jour peut accueillir 20 enfants. Au début ils étaient autistes et psychotiques. Puis des enfants dans un état régressif déficitaire ont été aussi accueillis. On s'est en effet aperçu qu'en continuant le travail sur la psychose, il y avait

un écrémage ayant une dimension sociale. Les progrès de ces enfants sont plus lents, mais très importants. La trajectoire est individualisée pour chaque enfant.

- Un lieu de parole pour les ados a été ouvert dans une maison de ville. 70 % sont des toxicomanes. C'est un lieu complètement désinstitutionnalisé où les adolescents viennent anonymement. La demande thérapeutique vient dans un deuxième temps.

Autogestion de chaque équipe

Le principe fondamental du projet est que chaque unité s'autogère au niveau de son projet thérapeutique. Chaque unité fait un rapport d'activités annuel et argumente son budget. Les gens qui y travaillent se connaissent bien et sont impliqués dans le projet thérapeutique.

Il y a des réunions tous les mardis où sont discutés les propositions et les projets avec les représentants de chaque unité. Chaque unité a ses propres synthèses et séminaires et il y a 2 autres types de séminaires : un général sur les questions fondamentales autour de la psychose (validé par l'université) et un autre pour les nombreux stagiaires (réflexion sur leur travail, sorte de contrôle, ou aide à l'écriture de leur mémoire).

L'équipe de l'hôpital de jour se réunit tous les soirs.

Un collectif de 5 personnes représentant 5 catégories professionnelles est élu pour diriger le service et prendre les décisions importantes. Il organise les synthèses du mardi. Le côté bureaucratique est géré par le Dr Lainé et un surveillant chef. L'intersecteur participe aussi aux actions de l'hôpital spécialisé.

600 enfants sont suivis ; 200 cas lourds sont soignés sans hospitalisation. Pour les psychoses graves, 92 sont prises en charge en structures à temps partiel, les autres dans leurs familles ou en famille d'accueil. Les accueils d'urgence se font dans un service de pédiatrie d'Evry ou par une autre formule permettant à des éducateurs d'aller dormir dans la chambre de l'enfant.

Références théoriques

Le service s'appuie sur 2 références théoriques fondamentales :

- l'antipsychiatrie, c'est à dire la critique du caractère institutionnel et ségréatif des soins.

- la psychanalyse (de nombreux membres de l'équipe sont ou ont été en analyse). Elle a une valeur subversive par rapport

au discours de la psychiatrie qui est celui de l'efficacité et de la demande systématique de soins en réponse à l'exigence familiale.

L'intégration est le cheval de bataille du service. Le Dr Lainé participe à une formation des maîtres et grâce à une convention avec l'éducation nationale favorisée par ses liens avec un inspecteur, 5 instituteurs ont été détachés dans le service et travaillent dans les centres de soins. Quand un enfant est prêt à retourner à l'école, les instituteurs aident à son insertion, parfois même en restant présents dans sa classe quelques semaines. Des infirmières ou des éducatrices peuvent aussi faire ce travail. La rencontre entre les instituteurs favorise les échanges. Il y a un groupe Balint des instituteurs qui assurent l'intégration, 18 groupes scolaires sont impliqués, ce qui permet une intégration de qualité pour les enfants en difficulté.

Un réseau citoyen très ouvert

La création du « réseau 91 » qui rassemble des citoyens de tous horizons (enseignants, animateurs de colonies de vacances, personnel des bureaux d'aide sociale, artisans, petits entrepreneurs, responsables de l'enfance dans certains comités d'entreprise, quelques parents d'handicapés moteurs, représentants d'autres institutions d'enfants...) permet de débrouiller des situations complexes, d'improviser des solutions d'accueil, sans l'hôpital.

L'intersecteur comprend 400 000 habitants et est riche en CMPP, IMP, CAT, classe de perfectionnement. Ces équipes se réunissent régulièrement. Le privé associatif y est majoritaire. Ils établissent entre eux un service de garde de nuit et étudient les projets de convention.

Règles d'action

Pour le Docteur Lainé, la nécessité n'est pas d'avoir un savoir médical, mais plutôt une formation sociologique, historique et une possibilité d'invention, une attention aux rêves et à l'imagination des enfants, qu'aucune formation universitaire médicale ou autre ne peut garantir.

Un certain nombre de règles d'action, issues du rapport Demay (datant de 1982, le Dr Lainé a participé à la rédaction du chapitre sur les perspectives en psychiatrie de l'enfant), sont devenues celles de l'équipe du Dr Lainé :

1. Les lieux de soins ne sont pas spécifiques, ils sont des lieux de vie ordinaires : appartement, locaux sociaux...

2. Le collectif soignant est réparti en petites équipes (11 équipes de 4 à 12 personnes) ; chaque équipe autogère son projet et son fonctionnement, est appelée à répondre aux besoins ambulatoires locaux, mais assure en outre une forme de travail thérapeutique particulière (HJ, clubs, CMP, accueil pour adolescents, accueil familial...).

3. La formation continue réalisée dans le service est l'une des conditions de telles activités alternatives. Les questions de la clinique et du traitement de l'autisme, de la psychose et des déficits graves y sont débattues.

Ce travail de formation s'est assigné comme objectifs :

- la formation à la relation et à l'expérience phénoménologique de la rencontre avec la psychose et le partage des éprouvés subjectifs.

- l'analyse du sens porté par les conduites des enfants et du contre transfert,

- la définition des projets thérapeutiques et des ajustements nécessaires.

Tout cela pour que chaque soignant puisse demeurer confronté au conflit, à l'angoisse, à la dépression, afin de devenir capable d'analyser et de dialectiser ses expériences.

4. La poursuite d'une éthique de travail. L'équipe a appris à s'engager dans une pratique sociale, dans un travail de soins essentiellement d'inspiration analytique dans laquelle toute expression de l'enfant est valorisée et tout passage à l'acte thérapeutique est proscrit.

5. Les activités de prévention, au lieu d'isoler et de protéger d'un éventuel danger, se fondent sur la restitution d'une responsabilité. Elles offrent une réflexion sur la culture et la santé et une possibilité d'actions mobilisant des individus se sentant concernés.

Conditions objectives pour garantir le travail

D'après le Dr Lainé, les conditions objectives qui doivent être créées pour garantir le travail psychiatrique et ne pas attenter à la liberté des enfants sont les suivantes :

1. Adhérer à une orientation de désinstitutionnalisation et d'intégration, avec la radicalisation d'une pratique de création et d'utilisation d'un réseau local.

2. Appeler un changement des législations avec un élargissement des droits communs à tous les enfants.

3. Les diagnostics ne doivent servir qu'aux indications thérapeutiques et non à l'orientation et l'exclusion. Utiliser le moins possible de fiches et de dossiers.

4. Dissocier l'activité de soins de tout ce

qui concerne la gestion de la vie et de l'avenir des enfants et des objectifs de rentabilité symptomatique immédiate.

5. Sortir la pratique psychiatrique du rôle de garant de la norme en analysant les pratiques groupales et les mouvements contre-transférentiels dans les équipes soignantes.

6. Associer tous les moments du soin

dans une pratique unique (de la prévention à la mobilisation soignante de tous dans la cité).

Réactions à la lecture de cette interview, 30 ans après

Christine BERTRAND
et Claire PUYBARET-BATAILLE

On voit comment le projet élaboré autour de la création de lieux de soins les rend opérants :

- Autonomie d'action et de budget pour de petites équipes, responsabilisation motivante qui favorise la créativité et l'innovation.

- Collégialité dans la prise de décisions.

- Travail de réseau très étroit avec les autres structures de la ville qui permet une véritable intégration en créant des lieux de soins les plus proches possibles de la vie ordinaire, avec de nombreux partenaires. Organisation des soins portée par une réflexion sociale et politique.

- Attention particulière à la formation de l'équipe et des stagiaires, et aux temps d'échanges cliniques en équipe.

Même s'il est probable que les files actives et les contraintes budgétaires étaient moins importantes à cette époque, cette organisation exigeante et réfléchie rend plus criante nos organisations actuelles très hiérarchisées. Les exigences administratives de nos gigantesques pôles rendent illisible l'action de chacun et alourdit toutes les procédures. On y perd le sens de notre travail et certains professionnels s'isolent dans un mécanisme de protection qui peut s'avérer aliénant pour les enfants suivis.

Nos superstructures cachent mal le vide de pensées, de projets et d'ambitions pour le soin dans tous les sens du terme. Grâce à cet hommage à Tony Lainé, cette piqûre de rappel des pionniers de la pédopsychiatrie donne envie de pouvoir réinventer et entreprendre, hors des procédures mises en place actuellement. C'est une bonne revendication pour les états généraux...



Parlons de notre savoir-faire ! Ou comment reconquérir la légitimité de nos pratiques en pédopsychiatrie

Christophe LIBERT
Pédopsychiatre 94105
(CH de Créteil)

C'est en sortant des 29èmes journées de L'API qui se sont déroulées à Lille, les 27, 28 et 29 juin dernier, qu'ont résonné en moi les paroles énergiques du Dr Roger TEBOUL, président de l'API : « Il faut y aller ! Lancez-vous ! ».

Oui, Monsieur le Président ! Il faut y aller !

Mais aller vers où, vers quoi ?

Rappelons le contexte.

Dans l'après-midi du vendredi, les Professeurs Daniel MARCELLI (par le texte qu'il avait transmis) et Pierre DELION nous ont régales, comme à l'accoutumée, de la qualité de leur présence (oui, même Daniel MARCELLI qui n'avait pu être là physiquement) et de leur propos, en venant une fois de plus formuler pour eux et nous, avec clarté et finesse, ce que beaucoup d'entre nous peuvent exprimer de façon plus laborieuse. Je m'arrête là pour les compliments.

L'atmosphère n'était, d'ailleurs, pas très sereine. L'état des lieux de la pédopsychiatrie n'était pas engageant. Je me souviens aussi d'un silence pesant. Puis, des mots puissants ont surgi. J'ai entendu le mot combattre avant ceux (cités plus haut) du président de l'API. Celui-là m'a plu.

Combattre, c'est-à-dire «se battre ensemble».

Je préciserai : combattre, non pas «contre» mais «pour».

Situons-nous, si vous en êtes d'accord, dans la liaison, dans la pulsion de vie. C'est la moindre des choses !

Je poursuis mon élan...

Battons-nous pour la pleine reconnaissance du savoir faire que 40 ans de Pédopsychiatrie de Secteur ont permis d'engranger, de modeler et remodeler !

Qu'est-ce qu'il reste du secteur, de cette pédopsychiatrie de secteur, de ce savoir faire qui n'a cessé d'évoluer ? Quelque chose d'immense ! Il est vrai que le secteur a été, par ci, par là, fétichisé.

Il a pu aussi, par endroits, perdre de sa substance originaire.

Néanmoins, son ossature est intacte ou presque. Sa chair est loin d'être rabougrie. Elle est constituée d'une multitude de tissus différents.

Cette multitude dans laquelle les tutelles ont des difficultés à se repérer, n'est pas autre chose que le reflet de la créativité que les équipes de secteur ont su déployer depuis 40 ans.

Nous pouvons collectivement être fiers de cette richesse qui est à la mesure de la complexité de chaque contexte de proposition de soin, dépendant lui-même d'une multitude de paramètres, qu'ils soient territoriaux, sociaux et humains.

Personne et en premier lieu les familles ne souhaitent assister à un clonage de nos dispositifs et institutions à partir de modèles standardisés qui ne répondraient qu'à une partie bien réduite de la souffrance à laquelle nous avons affaire dans notre quotidien de cliniciens.

A quel appauvrissement assisterions-nous alors ?

La pédopsychiatrie a su intégrer intelligemment à ses pratiques la psychanalyse et la psychothérapie institutionnelle pour construire des outils thérapeutiques, aujourd'hui étoffés par de nouvelles données scientifiques, et davantage en lien avec la réalité objective des sujets soignés.

Les fruits de la politique de secteur engagée il y a quarante ans ont gagné en maturité et en complexité et tant mieux !

Je ne dis pas pour autant que la pédopsychiatrie vive une époque formidable :

1. Malgré des disparités importantes, elle manque globalement, cruellement de moyens.

Deux remarques tout de même. Premièrement, si le manque de moyens est à corrélérer à une augmentation des besoins, n'oublions pas qu'il est aussi la rançon de notre efficacité. Deuxièmement, nous plaignons trop, c'est suicidaire car c'est précisément nous situer dans une tendance mortifère.

2. La loi HPST vient imposer, par endroits, une modification de l'architecture des réseaux en oubliant ou effaçant celle que la dynamique de secteur a participé à construire. Ignorer ce qui existe est d'une grande violence.

3. L'HAS formule des recommandations sous l'influence de minorités avançant un discours scientifique dans l'apparence (mais en fait contestable), sans tenir compte suffisamment des avis formulés par les associations scientifiques représentatives du champ de la pédopsychiatrie.

4. Une ministre établit un 3ème plan autisme où disparaît la dimension thérapeutique.

5. Plusieurs de nos collègues et maîtres sont atteints, dans une stratégie qui vise clairement à mettre K.O. les têtes pensantes qu'elles représentent pour nous.

6. Enfin, toute une génération de psychiatres part à la retraite, ceux-là mêmes qui ont débuté leur pratique avec la naissance du secteur, des psychiatres qui, pour un grand nombre d'entre eux, ne seront pas remplacés de suite.

De ces différents points, se dégage pour moi, le fait essentiel que la pédopsychiatrie de secteur a perdu la légitimité de ses débuts. C'est sans contexte, la donnée la plus préoccupante. Tout cela aurait de quoi nous plonger dans un pessimisme certain.

Né en 1972 - aucun rapport avec la circulaire de la même année -, avec donc encore deux bonnes décennies au minimum devant moi pour travailler auprès des enfants, je voudrais exprimer ici ma ferme résolution à envisager les choses autrement qu'en étant aspiré par ce qu'on pourrait situer du côté de la déliaison, de la pulsion de mort.

La perte de cette légitimité a entraîné une perte partielle d'identité pour la pédopsychiatrie de secteur.

Elle est venue aussi, dans un mouvement de spirale négatif, défaire bien des liens entre nous, le recroquevillement de l'instinct de survie (que S. FREUD a situé secondairement du côté des pulsions de mort, si je ne me trompe) l'emportant sur le lien, c'est à dire la vie.

Il y aurait donc d'un côté, la pédopsychiatrie de secteur qui serait un extraordinaire vivier de ressources et de pensées, et d'un autre côté, un certain nombre d'actes, de données et de contextes de différentes natures qui atteindraient ces pratiques d'une façon dévitalisante.

Mais ne serait-ce pas là une vision trop simplifiée ?

Peut-être faut-il assumer que nous ayons participé et participions encore à ces mouvements mortifères ?

En effet, la situation est plus complexe pour au moins deux raisons.

1. Une première raison se trouve du côté de l'histoire et de "notre" filiation. Reconnaissons que des positions psychanalytiques dogmatiques ont fait des dégâts !

Une partie de la pédopsychiatrie de secteur a notamment, à une époque maintenant révolue, mis à distance des familles. Les mêmes familles ou d'autres ont entendu un discours culpabilisant. Les fantasmes qui circulent encore ne se fondent pas sur rien. Pour autant, il faut bien différencier les discours culpabilisants du passé de ce que beaucoup de parents d'enfant en souffrance psychique vivent comme sentiment de culpabilité avant tout contact avec la pédopsychiatrie. C'est cette dernière qui vient accueillir ces vécus qui, quand ils ne sont pas élaborés, entravent le processus de soin.

2. Une seconde raison est à situer du côté de ce que nous pourrions appeler, si nous voulons être modernes : la « communication ». Les pédopsychiatres ont une difficulté particulière, ancienne et actuelle à faire part de leur savoir-faire pourtant considérable. Essayons d'en comprendre quelque chose.

Que se passe-t-il donc pour que nous nous retenions à ce point de dire haut et fort : « Nous faisons de l'excellent travail ! » et de l'expliquer ?

Dans d'autres domaines, ce type de réserve n'existe pas et nous trouvons cela plutôt normal.

Quand nous interrogeons les familles que nous suivons et qu'elles nous parlent, dans leur grande majorité, de leur soulagement et de leur reconnaissance, c'est tout juste si nous ne pensons pas qu'elles en rajoutent pour nous faire plaisir !

Je me risque à faire quelques hypothèses :

Y-a-t-il une raison cliniquement

valable à nous taire ainsi ? Dans l'absolu, je n'en vois pas.

Le minimum serait de réduire les zones d'opacité, et non de nous situer dans une transparence absolue, qui, nous le pressentons bien, générerait voire empêcherait le travail de subjectivation chez nos patients. Et encore trop souvent, nous ne nous occupons pas de ce minimum.

Sommes-nous gênés d'avouer nos riches et larges compétences ? S'agirait-il d'une espèce de complexe du pédopsychiatre ? Nous pouvons nous interroger sur ces traces du passé qui nous collent encore à la peau.

Serions-nous agis par les dimensions « dévitalisantes » des souffrances de nos patients. Ou encore, serions-nous atteints par ce que cette « délégitimation » de notre position soignante comporte de dévitalisant ?

Autant de questions qui en appellent d'autres et qui mériteraient de plus amples discussions.

Personnellement, je situerais cette difficulté à « communiquer » plutôt du côté de la réticence du pédopsychiatre à trop s'aventurer au delà de ce qu'il maîtrise, comme s'il allait se retrouver dans une arène. Plusieurs de nos Maîtres s'y sont déjà aventurés en risquant d'y perdre quelques plumes. Cette difficulté dessert évidemment la pédopsychiatrie. Elle contribue à nourrir de nombreux fantasmes tel le suivant : « pédopsychiatrie = psychanalyse = mon enfant est laissé à l'abandon tant qu'il ne demande pas ».

Comme nous l'écrivions plus haut, ces fantasmes ne sont pas dénués de point de départ dans la réalité quand on regarde en arrière les sentiers qu'a empruntés la pédopsychiatrie.

**Il faut donc avancer !
Participons à détoxifier les fantasmes portés sur la pédopsychiatrie sans perdre notre**

âme, en assumant nos pratiques et nos références.

Supportons d'être regardés, écoutés, filmés !

Que risquons-nous ? D'être davantage attaqués ? D'être empêchés dans notre pratique ? Je ne le crois pas.

A ce propos nous espérons que le film « L'enfant autiste et sa famille : évolution des pratiques de secteur de psychiatrie infanto-juvénile » - réalisé par Stephan Rabinovitch sous l'égide de l'AREF (Association Recherche pour L'Enfant et sa Famille) - verra sa diffusion élargie prochainement : en attendant la diffusion du DVD, on peut d'ores et déjà en visionner un extrait de 12 min sur Youtube (en utilisant le titre ou via le lien suivant : <http://www.youtube.com/watch?v=fS9zcCTOtBU>).

L'objet même de notre discipline, à savoir nous occuper de la souffrance psychique, induit régulièrement des mouvements projectifs négatifs à l'encontre des acteurs que nous sommes. Il induit plus largement des mouvements passionnels plus ou moins éclatés ou dirigés. Nous le voyons bien pour la question de l'autisme. Cela fait partie de la donne et rend nos tâches plus ardues, tant celle de soigner que de parler de ces soins.

Ne nous retranchons pas derrière cet obstacle-là !

J'évoquais plus haut la multitude de tissus dont est constituée la pédopsychiatrie, cette complexité positive.

D'une position orbitale, un technocartographe pourrait voir de ce patchwork quelque chose de compliqué, de peu lisible voire d'incompréhensible. Devrait-on alors le laisser se débrouiller avec cela ou au contraire, travailler à fabriquer des clés de lecture, même approximatives ? Certains le font et nous les en remercions. Cela devrait néanmoins être une affaire plus collective.

Agissons, allons au devant de ce qui stérilise, dévitalise ou déforme, participons à faire bouger les représentations de « Monsieur tout le monde » !

Ma thèse est de penser que des lignes peuvent bouger à la condition que nous bougions, nous les pédopsychiatres, certaines de nos lignes. Pour être plus précis, je crois que la reconquête, pour notre mission, d'une légitimité symbolique minimale, différente de celle du passé sans doute, passe par le fait de davantage pouvoir parler de ce que nous faisons, de ce qui a évolué dans nos pratiques, d'assumer donc aussi ce qui n'est plus mais qui fait partie des chemins parcourus.

Raccordons-nous davantage pour mieux en parler, au-delà de nos propres frontières cliniques !

Comptons sur le collectif, ce formidable potentiel trop souvent laissé sur le côté.

Les Etats Généraux de la Pédopsychiatrie sont, par la puissance centripète de leur méthodologie, et par leur impressionnant contenu que nous sommes en train d'élaborer, une occasion exceptionnelle de nous y mettre collectivement davantage. Néanmoins, c'est un travail de longue haleine.

Ce dont je me suis nourri aux 29èmes journées de l'API me laisse croire que pour que l'histoire de la pédopsychiatrie de secteur continue vraiment, c'est bien à partir d'une telle association et de sa vitalité que nous devons travailler à la mise en commun de nos expériences cliniques et à les raccorder, pour continuer à « penser » nos outils thérapeutiques et à les rendre davantage lisibles, condition sine qua non à re-légitimer nos pratiques.

Pour tout cela, j'invite les psychiatres, jeunes et moins jeunes, à rejoindre l'API, s'ils ne l'ont pas encore fait. Merci à l'API et à ses membres très actifs, d'avoir, par ces journées, soulevé en moi cette énergie et ces idées dont j'ai souhaité, sans détour, vous faire part.



L'adolescent entre marge, art et culture
Une clinique des médiations en groupe

Sous la direction d'Emmanuelle Granier et Claude Sternis

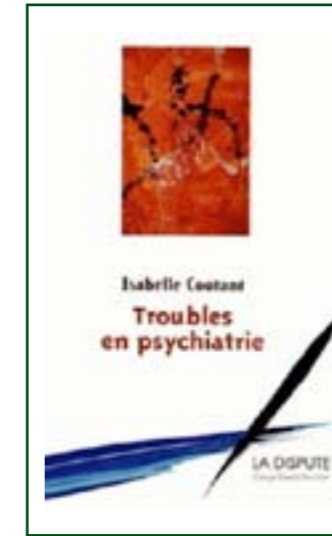
Erès, la vie devant eux, 2013, 304 p.

Dès la préface de P. Gutton, le ton est donné : « l'adolescence est une création de soi autour de soi ». En préférant le concept de « création », plus actif, à celui de « métamorphose », plus passif, pour décrire cet âge de la vie, les différentes expériences racontées dans ce livre sont autant de co-créations entre d'une part les différentes institutions et les différents soignants qui y soutiennent des pratiques créatives et d'autre part les adolescents eux-mêmes qui se prêtent au jeu. Trois parties, « Des médiations culturelles et artistiques à l'adolescence », « Des corps en scène » et « Jeux médiatiques » invitent au voyage et décrivent au plus près de la clinique le processus thérapeutique dans toute sa richesse. Car, et c'est ce qui fait l'intérêt de ce livre, les adolescents, comme les soignants ne sont pas en panne pour se mettre au travail une fois la rencontre rendue possible dans les espaces intermédiaires qu'offrent les médiations artistiques et culturelles.

Je ne vais pas citer ici tous les auteurs de cet ouvrage ni tout ce dont ils rendent compte, depuis les médiations qui utilisent les arts plastiques, en passant par le slam, l'expression corporelle, la danse, les jeux de société ou jeux vidéo, le « squiggle musical » ou les ondes radiophoniques. Je ferai néanmoins une mention particulière du texte sur le théâtre, écrit par J.P. Klein qui rappelle ce qu'il était venu nous raconter à Chalon-sur-Saône, en 2011, aux journées de l'API « Œuvre de soins, œuvre d'art ». Tout ce qui est décrit ici démontre, s'il en était besoin, la richesse de nos institutions dans ce qu'elles continuent de créer et aussi de conceptualiser autour des médiations groupales si bénéfiques à cet âge de la vie.

Le menu est copieux et je ne voudrais pas que vous vous arrétiez à la simple dégustation que je vous propose ici. Lisez tout ! Et pour vous mettre un peu plus l'eau à la bouche, je citerai ces quelques mots d'E. Granier, dans son texte écrit « en guise de conclusion » : « ... les témoignages de cet ouvrage vont dans le sens d'un dépassement possible du mortifère par le lien transférentiel : amitié, amour, bienveillance, respect. Dans ce livre, donc, la mixité des formations, références théoriques, expériences, la diversité des auteurs, a pu traduire, nous l'espérons, ce à quoi peut aboutir un travail d'équipe. »

Roger Teboul



Troubles en psychiatrie : Enquête dans une unité pour adolescents.

Isabelle Coutant

La Dispute : 2012.

Sociologue PhD, chargée de cours à l'IRIS-CNRS, Isabelle Coutant s'est immergée de nombreux mois dans une Unité de psychiatrie pour adolescents de la région parisienne et explore avec une grande acuité l'ensemble des questionnements à l'œuvre au sein d'un service de pédopsychiatrie de banlieue.

Reprenant l'historique de l'institutionnalisation de « la déviance juvénile », l'auteur évoque parfaitement les enjeux actuels de la psychiatrie autant en termes démographique, que clinique, théorique (place de la psychopathologie, développement des neurosciences), thérapeutique (place de la psychopharmacologie, du recours à l'enfermement, du secteur, du travail avec les parents) et éthique (lien avec la justice, régulation sociale et politique).

Elle s'intéresse particulièrement à la tension entre l'éthique que défendent les soignants et sa mise à mal par la pratique : « L'ordre de l'hôpital se négocie entre les soignants et se discute avec les patients (...) Ils {les soignants} se sentent tenus de « faire asile », face à une demande sociale croissante compte-tenu de la précarisation de la population, du double déclassé social et générationnel d'une jeunesse populaire sans avenir, du désarroi des autres institutions en charge de son encadrement. Mais ils n'ont de cesse (...) {de se démarquer} de l'asile, figure repoussoir, institution « totalitaire », tout autant productrice de la folie qu'elle est censée soigner ».

S'intéressant au vocabulaire des soignants, aux discours des soignés et de leur famille, ce travail se rapproche d'une « sociologie des classes populaires dans leur rapport aux institutions » et d'une sociologie du travail, « attentive aux trajectoires sociales des individus en ce qu'elles informent leurs pratiques et leur perception du monde ». Il s'affilie également à l'anthropologie médicale anglo-saxonne (Sue Estroff, Lorna A. Rhodes) et revendique sa filiation aux œuvres de Foucault, Goffman et Bourdieu. Le choix du terrain ethnographique témoigne de l'engagement de l'auteur quant à la question de la souffrance adolescente mais aussi quant à la sous-représentation dans l'espace public de ce type de service, « loin des CHU où officient les psychiatres les plus visibles » ; selon I. Coutant, la situation de la pédopsychiatrie publique est actuellement spécifique en ce « qu'elle supplée l'ensemble des institutions en charge de la jeunesse ».

Organisé en six chapitres (« Aux marges de la psychiatrie » ; « Troubles sociaux, Troubles psychiques » ; « Enfermer pour soigner » ; « Un travail de soi » ; « Du côté du « nous » ; « Faire asile ? »), les deux premiers sont consacrés à la contextualisation des données (caractéristiques et historique de l'unité, trajectoires des soignants, caractéristiques sociales et cliniques des soignés), les quatre suivants développent ce qui est « au travail » tant du côté des soignants, de l'institution, de ses partenaires que des soignés. Cette lecture vivifiante se montre un excellent préambule aux Etats Généraux de la Pédopsychiatrie.

Dr Jérôme Pradère
« Pédopsychiatre de banlieue »,
Centre de Soins Psychothérapeutiques de Transition pour Adolescents,
CH d'Argenteuil, 95

Nom et Prénom (en majuscules)

Fonction (rayer les mentions inutiles)

PH temps plein
Chef de service chef de pôle
PH temp partiel
Autre statut (préciser)
Retraité

Coordonnées professionnelles

Région
Département code secteur
Lieu principal d'exercice (adresse, téléphone, fax, email)



Coordonnées personnelles (si vous le souhaitez)

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

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

Si oui, indiquer l'adresse email à utiliser :

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

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

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

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

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

REÇUS FISCAUX

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

Attention : bien préciser votre adresse postale actuelle.

Si vos coordonnées ont changé

- adresse postale
- adresse électronique

merci de nous adresser un courriel à adhesion@api.asso.fr

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

Responsable de la Lettre Roger Teboul
Coordination Claire Puybaret-Bataille
Illustrations Pierre Sadoul
PAO Pierre Jacob

Imprimerie Ateliers Malécot, 59160 Lomme

La lettre de l'API

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

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