n° 86
Sept. 2015

POUR LA RECHERCHE

http://psydoc-fr.broca.inserm.fr

FFP
FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

8 €

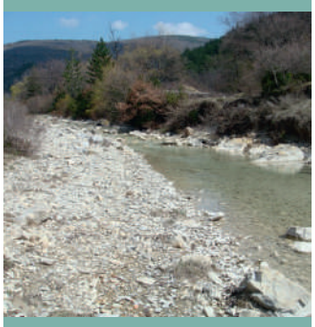
BULLETIN DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

Editorial

- Jean Chambry -

Sommaire

Compte rendu des treizièmes rencontres de perfectionnement des pédo-psychiatres de service public : « histoires de soins, parcours de santé, l'avenir de la psychiatrie infanto-juvénile dans les territoires », les 23 et 24 mars 2015, au Ministère de la santé.



Directeur de la Publication :
Dr J-J Laboutière
Rédacteur en chef :
Dr J-M Thurin

Comité de Rédaction :
Dr M.C. Cabié,
Dr N. Garret-Gloanec,
Dr D. Roche-Rabreau
M. Thurin

PLR électronique,
Comité Technique
J.M. et M. Thurin,
D. Vélea, M. Villamaux

● La loi de Santé nous conduit à repréciser les engagements de la pédopsychiatrie et à relancer sa dynamique et ses spécificités. Selon le projet de loi, celle-ci va s'intéresser aux parcours de proximité (devenus parcours de santé et non plus parcours de soins), à la prévention individuelle et collective, aux déterminants psychosociaux de santé, à l'accessibilité des soins, au soutien citoyen et à l'inclusion. Les États Généraux de la pédopsychiatrie de 2014, avec le socle des 10 propositions, ont rappelé tant les valeurs sur lesquelles repose notre discipline que ses concepts de base. Ils ont aussi été l'occasion d'analyser les modifications profondes de notre contexte d'exercice. Les bénéficiaires et usagers sont en position active et en attente de soins plus lisibles, plus accessibles dans leur représentation et plus pragmatiques dans leur application. Le contexte théorique évolue ; les classifications internationales, les recommandations et guides prétendent témoigner des données nouvelles de la science, en privilégiant une appréhension conceptuelle neuro-développementale. Le contexte économique fait pression pour modifier les dispositifs et les pratiques.

Les journées de perfectionnement ont permis d'étudier le changement apporté par la notion de territoire et les conditions d'une nouvelle dynamique de la psychiatrie infanto-juvénile dans ce contexte global, alors que son objet et ses objectifs ne sauraient être escamotés. L'objet de la pédopsychiatrie est le diagnostic dans toutes ses dimensions étiologiques et le traitement de la souffrance psychique lorsqu'elle revêt un caractère pathologique, son objectif est une transformation des processus psychiques et une recherche d'évolution, un allègement des processus morbides handicapants. Les questions d'étayage, de prévention, d'accompagnement et de compensation sont subordonnées aux soins et en découlent, si leur finalité reste bien une réduction de la souffrance psychique à caractère pathogène.

Nous avons donc repris la notion de territoire qui fut un thème des *Rencontres de Perfectionnement* de 2011 et doit être absolument précisée aujourd'hui dans ses limites, ses équipements, sa gouvernance. Comment en faire un outil au service des usagers et des populations ? L'engagement dans la réflexion régionale sur l'organisation territoriale n'en est que plus urgent en reprécisant les partenariats indispensables.

Au fil des deux journées, nous avons pris des exemples de parcours de soins selon les différentes étapes de développement concernées par la psychiatrie infanto-juvénile (périnatalité et petite enfance/enfance/adolescence) et à travers des pathologies emblématiques pour poser les questions actuelles : quels savoirs et compétences développer et privilégier, quelles pratiques modifier ou consolider, quelles organisations reconfigurer, quels espaces investir, quelles articulations développer ? Nous nous sommes appuyés sur la problématique posée par le patient, la démarche diagnostique, le parcours de soins construit dans chaque situation, les effets du parcours de vie sur la prise en charge, l'inventivité des collaborations partenariales, la dynamique d'expériences réussies, l'accompagnement des familles. Ainsi, au-delà de la clinique individuelle, le dispositif institutionnel et sectoriel a été interrogé sur sa place et son engagement dans la politique de la cité. ●

Histoires de soins, parcours de santé, l'avenir de la psychiatrie infanto-juvénile dans les territoires

13ème rencontres de perfectionnement des pédopsychiatres du secteur public

Compte rendu établi par Jean Chambry

● Nous avons commencé par rappeler par deux propositions concernant un état des lieux de la psychiatrie de secteur infanto-juvénile :

1. Un certain nombre de problématiques lourdes et actuelles de la pédopsychiatrie publique qui sont objectées comme des faiblesses du dispositif, peuvent être lues comme la rançon du succès de la psychiatrie de secteur. Ainsi il existe une offre de soins de proximité et gratuite, organisée autour des Centres Médico-Psychologiques (CMP), pivots de l'organisation sectorielle, offrant un maillage réparti sur l'ensemble du territoire français. Elle permet la mise en place de prises en charge à 97 % ambulatoires pour la Psychiatrie Infantile Juvénile (PIJ), menées par une équipe pluri professionnelle, en assurant la continuité dans les champs de la prévention, des soins et de l'insertion du patient. Elle a pour fonction d'accueillir, sans exclusive, tout patient, quelle que soit la sévérité de sa pathologie. Mais il existe différentes difficultés :

✔ Tout d'abord, les problèmes de l'accessibilité et de la liste d'attente dans nos CMP. Ce questionnement sur la liste d'attente parait légitime et doit être abordé en faisant la part entre la nécessité :
- d'une réflexion interne de la Pédopsychiatrie sur les organisations ;
- d'objectiver, par ailleurs ce phénomène qui ne donne lieu à aucun relevé systématique.

✔ La diminution significative des interventions à domicile.

✔ L'attribution au fil du temps de missions nouvelles.

2. Un certain nombre de problématiques de la pédopsychiatrie publique sont à entendre comme un phénomène d'inachèvement de la politique de secteur. En psychiatrie, de façon globale au fil du temps se sont développés des dispositifs de soins sectoriels généralistes, intersectoriels plus spécifiques et supra sectoriels à vocation par exemple départementale ou régionale.

En revanche, ce développement s'est fait de façon hétérogène aboutissant à une disparité territoriale d'offre et d'organisation des soins en France.

L'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES), a mené deux études en 2009 et 2014 sur les secteurs de psychiatrie en France et a rendu compte de la grande disparité des moyens en personnels, des équipements et de l'offre de soins (proposant 9, puis 5 profils de territoires de santé, suivant un certain nombre de critères).

Or, cette étude portait exclusivement sur la population de la psychiatrie générale des plus de 16 ans. Une telle étude devrait être menée dans le champ de la pédopsychiatrie, pour que soit analysée cette réelle problématique.

La question spécifique des moyens de la pédopsychiatrie a été posée, tant dans le rapport d'Edouard Couty qui affirmait la nécessité d'un rapport en tant que tel sur la pédopsychiatrie que dans celui de Denys Robiliard.

Nous avons ensuite défini les enjeux à venir pour la pédopsychiatrie publique. Vont-ils nous amener de fait à repréciser nos missions, nos spécificités et nos limites ?

1. L'extension du champ des demandes et les enjeux de priorisation

Outre l'aspect quantitatif déjà évoqué, il est à noter l'extension qualitative des demandes dans différentes dimensions : celles issues directement des familles, non médiatisées par le médical allant dans le sens du développement d'un aspect plus consumériste de la pédopsychiatrie et celles des pouvoirs publics autour de la prise en compte de la souffrance psychique en lien avec des évènements de vie dans le cadre d' une évolution vers la victimologie. Quelle possibilité pour le secteur de PIJ de rester présent dans tous les domaines de la prévention, des soins et de l'insertion ? Quelles articulations éventuelles avec d'autres partenaires, dans ces différents champs sur un territoire ? Quelles missions sont priorisées ? Suivant quels critères ?

2. L'évolution de la démographie, tant qualitative que quantitative des personnels et des métiers

✔ Baisse programmée du nombre de psychiatres en France.

✔ Réflexion sur l'évolution des métiers (psychologues, infirmiers…) : mission LAFORCADE

✔ Réflexion sur les prises en charge par l'Assurance maladie d'intervenants d'amont (psychologues, psychomotriciens…).

3. Le poids, voire l'étau de l'évolution médico-économique

4. Le poids des attentes et demandes des usagers et des familles

✔ Une meilleure lisibilité de l'offre de soins.

✔ Une meilleure information à propos des troubles psychiques.

✔ Une plus grande spécialisation des prises en charges de soins autour de troubles ou de pathologies ciblées.

✔ Une meilleure articulation avec l'ensemble des institutions sociales et Médico sociales, avec une définition plus précise du rôle des uns et des autres.

✔ Favoriser le processus participatif des familles aux soins, inhérent à la pratique des soins en pédopsychiatrie.

5. Le positionnement des politiques (Tutelles et élus)

Les demandes des politiques et des élus adressées à la psychiatrie sont devenues complexes, oscillant d'une demande de fonctionnement de plus en plus sécuritaire à celle d'un florilège de missions nouvelles, au moment où, par ailleurs, il ne peut être octroyé de moyens nouveaux conséquents.

Cependant, l'action en santé mentale avec ses composantes sociales, économiques et culturelles implique de fait une dimension politique. Le travail avec les élus est ainsi un enjeu capital (*cf.* pour exemple, leur rôle déterminant dans la mise et le développement de Comité local de santé mentale (CLSM).

Le secteur dans la logique des territoires

Les anciens, fondateurs de la psychiatrie de secteur, rappelaient qu'un des enjeux majeurs de cette politique de soins, enjeu toujours d'une grande actualité, consistait à ce qu'il n'y ait pas de patient laissé pour compte quant à l'accessibilité aux soins, quelle que soit la sévérité de sa pathologie sur un territoire géo démographique donné. Dans ce principe fondateur, ils ne décrivaient pas que les soins aient été forcément menés par le secteur lui-même, mais de prendre en compte les potentialités du territoire.

Quelques enjeux autour de la Loi de Santé et de la politique territoriale

- Le risque majeur d'instituer un clivage entre les soins extra-hospitaliers et les soins intra-hospitaliers, l'équipe pluri professionnelle de secteur devant en assurer la continuité.
- La dimension du territoire qui reste à préciser.
- Les enjeux autour du pilotage de la politique territoriale par l'Agence régionale de santé (ARS) avec la place accordée aux élus et aux usagers.
- L'intérêt d'une instance spécifique de santé mentale au sein des conseils territoriaux de santé et la question de son articulation avec les CLSM.

Le projet de Loi de Santé, dans son article 13, sur l'organisation territoriale de la Santé Mentale propose sous la direction générale de l'ARS, que soient mis en œuvre des contrats territoriaux de santé, conclus entre l'ARS et les acteurs sanitaires, sociaux et médico sociaux, afin d'organiser des parcours en santé mentale et de mettre en œuvre des actions coordonnées dans le champ de la prévention des soins et de l'insertion. Il est demandé que la psychiatrie soit mieux articulée avec les acteurs libéraux, sociaux et Médico sociaux du territoire dans une logique transversale de promotion de la santé mentale, des soins et de l'insertion des malades psychiques.

Après la proposition dans le cadre de l'article 12 d'un service territorial de santé au public, un amendement récent propose la constitution de *Communautés professionnelles de territoire de santé*.

Dans le cadre de l'article 13, les députés ont tout récemment adopté un amendement visant à préserver les CLSM et à prévoir la mise en place d'une Commission spécialisée de santé mentale au sein des conseils territoriaux de santé, comme nous étions de nombreux professionnels à le demander.

Dans le cadre de cette politique territoriale, nous serons sans doute sollicités à :

- Redéfinir et préciser les missions de secteur ;
- Préciser des missions qui, jusqu'alors exercées par la PIJ pourraient éventuellement être exercées par d'autres acteurs sur le territoire (champ de la prévention, de l'insertion) ;
- définir auprès d'autres partenaires nos spécificités et aussi nos limites, en fonction des moyens dont nous disposons.

Il ne s'agit en effet plus de défendre la psychiatrie de secteur en se rigidifiant sur ses dispositifs, ses institutions, ses pouvoirs, mais de continuer à la promouvoir, en acceptant et en élaborant un certain nombre de critiques qui lui sont adressées comme phénomène d'inachèvement de sa politique.

Il s'agit de réaffirmer avec force sa rénovation possible, ses potentialités d'innovation, en acceptant de nouvelles déclinaisons au service d'un territoire à construire, compte tenu d'enjeux nouveaux.

Il est à noter que parallèlement, l'organisation des soins en Médecine Chirurgie Obstétric (MCO), en particulier, en ce qui concerne les parcours de soins de patients présentant des maladies chroniques, tend de plus en plus vers les modélisations de la psychiatrie de secteur : développement des hôpitaux de jour, réseaux ville-hôpital avec décloisonnement entre l'intra et l'extra hospitalier, développement de maisons de santé avec constitution d'équipes pluri professionnelles, allant dans le sens du virage ambulatoire incité par le Ministère. L'organisation pour exemple des soins en gériatrie se révèle très proche de nos réalisations en psychiatrie de secteur.

> *La pédopsychiatrie publique a une formidable expérience depuis le début de son histoire de travailler avec des partenaires et peut être la promotrice de cette rénovation, comme c'est le cas dans le cadre de notre engagement au sein des conseils locaux de santé mentale.*

Après-midi du 23 Mars 2015

Il a été consacré aux parcours de soins en périnatalité et chez le très jeune enfant.

L'équipe de périnatalité de Créteil a évoqué les difficultés d'articulations des différents services intervenant précocement au cours de situations extrêmes en périnatalité, à travers l'illustration clinique de bébés jumeaux prématurés nés après une PMA chez une patiente schizophrène de 41 ans Cette situation extrême a permis de montrer le travail de dentelle à mener pour soutenir une parentalité vulnérable, tout en préservant les parents et le devenir physique et psychique des bébés… Plus largement elle a soulevé la question éthique difficile des mères schizophrènes dont l'évolution et la capacité maternante est imprévisible.

Le Comité Lillois de Santé Mentale nous a permis de découvrir une démarche territoriale pour prévenir et accompagner les femmes souffrant de dépression post natale par les professionnels de premier recours. L'arbre décisionnel, réalisé dans le cadre d'une thèse de médecine générale, aide le professionnel à repérer les signes de dépression chez la mère, les signes de souffrance chez le bébé et l'altération des interactions mère-enfant. Une évaluation de la gravité des signes, des facteurs de risque et du soutien environnemental est aussi résumée permettant à chaque professionnel d'être vigilant à l'évolution de la mère et du bébé. Ces éléments sont rassemblés sur une plaquette (double format A4) facile d'utilisation, résumant les différents points d'évaluation. En outre cette plaquette mentionne les coordonnées des lieux d'accompagnement de la petite enfance (PMI, CMP, CAMSP) et de soins pour adultes de la ville. Editée par la ville de Lille et diffusée aux professionnels de premier recours lors d'une journée de présentation, elle a d'ores et déjà rendu visible et plus opérationnel le réseau de soins.

La société Marcé a illustré par une situation clinique heureuse la pertinence d'un suivi précoce et articulé des troubles de l'interaction néonatale. Elle a balayé les avantages et les inconvénients cliniques et économiques ; ainsi on note des disparités internationales sur l'intérêt du dépistage de la dépression du post-partum, mais la quasi unanimité sur la nécessité d'une évaluation psycho-sociale. La proposition de la « Marcé Society » est précisée en trois points : identifier les risques psychosociaux, adapter l'approche, cibler les bassins de population avec faibles ressources.

Enfin, elle nous a résumé l'analyse de la situation française : nous avons un système médico-social efficient, des réseaux de périnatalité en place, une clinique de la psychopathologie du bébé, parfois des équipes pluridisciplinaires de « psychiatrie de liaison » en maternité, souvent des psychologues esseulés, parfois une organisation de filière de soins de psychiatrie permettant des soins conjoints (à la mère et au bébé). Il nous manque un parcours de soins gradués, prenant en compte la fragilité émotionnelle, une meilleure coordination des services sociaux avec des équipes pluridisciplinaires de psychiatrie de liaison périnatales mobiles et réactives, une évaluation de nos pratiques.

En conclusion, est posée la question : une politique de prévenance peut-elle se passer d'une évaluation psychosociale systématisée en aval et d'études à long terme (avantages en terme de bien-être des mères, des nourrissons, des familles, de la société et des coûts) ?

Enfin le Centre Nantais de la Parentalité (CNP) nous a présenté au travers de trois situations cliniques d'enfants de moins de 2 ans présentant des troubles de la relation et du développement comparables, la consultation d'une pédopsychiatre expérimentée et spécialement formée à l'observation des jeunes enfants, permettant d'établir trois diagnostics distincts. Il a été retrouvé un diagnostic de négligence grave avec signes d'hospitalisme, un diagnostic de vulnérabilité dans un contexte de souffrance néonatale et un diagnostic d'autisme.

Au delà de ces 3 observations, a été souligné l'intérêt d'une observation clinique multidimensionnelle et pluriprofessionnelle. Le CNP, co-construction innovante d'un secteur de pédopsychiatrie et de la PMI de Nantes, par le travail conjoint de puéricultrices, de psychomotriciens, de psychologues, de pédiatres et de pédopsychiatres, spécialement formés à l'observation des bébés et des très jeunes enfants permet ainsi un repérage précoce de la souffrance des enfants et un accompagnement thérapeutique au plus près de l'enfant et de sa famille.

L'analyse de la population reçue dans ce dispositif a permis de repérer combien étaient pertinents les « adressages » par les professionnels (évaluation de l'urgence et de la gravité de la situation), mais la moindre adéquation pour des consultations spontanées des parents pose la question de l'accès direct à la consultation.

Le repérage précoce réalisé par le centre permet cependant le suivi précoce des pathologies touchant des enfants très jeunes : signes fonctionnels du bébé, aigus et itératifs, provoquant de la souffrance chez les parents et l'enfant, pathologies parentales du post-partum retentissant sur le bébé, processus pathologiques émergents, troubles des enfants liés à l'environnement.

Au total, l'ensemble des interventions de l'après-midi a permis de décliner une palette des dispositifs mis en place par les secteurs de pédopsychiatrie dans une démarche qui procède à la fois de la prévention précoce par la formation à l'observation des professionnels de premiers recours, du repérage, du dépistage, du diagnostic et des soins pluriprofessionnels de pathologies de la petite enfance amenées à s'aggraver en l'absence de mesures et/ou de soins adaptés. Chaque équipe cherche à concilier la préoccupation d'être présent précocement pour infléchir des évolutions développementales défavorables et la réalité des moyens disponibles en tentant d'améliorer l'ajustement de la réponse.

Matinée du 24 Mars 2015

La matinée a démarré avec le *Centre de Référence pour les Troubles du Langage et des Apprentissages* (CRTLA) de l'hôpital Ste Anne à Paris qui a abordé la question des articulations des CRTLA avec les différents lieux de soins.

Quand le soutien pédagogique n'a pas suffi, on peut décrire 3 niveaux d'intervention :

- **Le niveau 1** de dépistage est dévolu aux médecins de PMI, médecins et psychologues scolaires qui vont orienter vers un circuit de soins.

- **Le niveau 2** est l'étape du diagnostic : plusieurs circuits de soins sont possibles dans le traitement de ces troubles en fonction de leur gravité :

  - soit une prise en charge orthophonique simple suffit (en libéral ou en CMP / CMPP) ;

  - soit les troubles dépassent une rééducation orthophonique simple et il faut évaluer et traiter les éventuelles « comorbidités » avec l'appui de différents professionnels (pédopsychiatres, psychologues, orthophonistes, psychomotriciens, psychopédagogues, avis neurologique si besoin…).

- **Le niveau 3** est réalisé par les centres de référence dans les situations les plus compliquées et non résolues par les approches précédentes.

Le centre de référence a une fonction tierce, il permet souvent de dégager l'enfant et sa famille des conflits générés par le ressenti d'impuissance des professionnels engagés dans la prise en charge.

Il n'est pas un centre expert, mais dans ses missions il peut développer un pôle recherche et formation, et proposer des outils d'évaluation originaux permettant d'explorer des aspects inédits du fonctionnement psychique et cognitif de l'enfant.

Difficultés rencontrées

- Les centres de référence dépendent de services de soins très divers : pédopsychiatrie, neuropédiatrie, rééducation fonctionnelle, ORL… avec des approches théoriques et cliniques très différentes qui s'opposent souvent, ne cohabitent pas toujours bien et ont du mal à dialoguer entre elles.

Les dimensions psychopathologiques, neurologiques, cognitives, affectives s'intriquent dans les apprentissages, mais certains professionnels souhaiteraient en faire un trouble neurodéveloppemental (comme pour l'autisme) qui ne concernerait pas les pédopsychiatres.

- Les différents niveaux cités plus haut ne sont pas toujours bien coordonnés : défauts de repérage à l'école, listes d'attente pour la mise en route de soins en CMP / CMPP, adressage en CRTLA sans concertation entre les professionnels impliqués (parcours très désorganisés où les parents ont demandé de multiples avis et où les professionnels n'ont pas pu ? su ? voulu ? communiquer entre eux), listes d'attente de 6 mois à 1 an pour accéder aux CRTLA, difficultés de mise en place des aides préconisées par les CRTLA par inadaptation ou défaut de moyens locaux (grande disparité selon les territoires).

Propositions

- Soutenir et développer les contacts entre l'Education Nationale, la médecine scolaire d'une part, et les structures de niveau 2, en particulier CMP et CMPP, d'autre part. Se servir du guide de repérage des signes de souffrance psychique de l'enfant et de l'adolescent (FFP, 2013).

- Confirmer la place des CRTLA comme des centres de recours, en deuxième intention, dans une fonction tierce et éviter les courts circuits directs vers ces centres alors pris comme experts ou juges.

- Développer les échanges et les formations : la diversité des références théoriques entrave la bonne articulation entre les intervenants.

Un pôle de consultation conjoint CAMSP / CMP / CMPP créé à Lunel (Hérault) a ensuite été décrit. Ce pôle permet une offre de soins coordonnés, des échanges de compétences, une élaboration commune et une potentialisation des moyens et des orientations.

Difficultés

- Les articulations sont limitées par les problèmes d'effectif et la saturation de chaque service, par les politiques institutionnelles divergentes (budget et gestion des dossiers différents sur chaque unité, par ex.) et l'écart persistant entre l'offre de soins et la demande.

- Les troubles du comportement de l'enfant (TDAH entre autre) et leur traitement par psychostimulants sont surmédiatisés et peuvent amener des professionnels insuffisamment formés à négliger d'autres aspects psychopathologiques, tels qu'une dépression sous-jacente.

Propositions

- La problématique des enfants de l'ASE pose la question de la discontinuité des parcours de vie et de soins. Des études rétrospectives pluridisciplinaires de ces parcours pourraient permettre de réunir les acteurs impliqués pour des formations communes et d'élaborer des référentiels communs pour une meilleure collaboration et un suivi plus ajusté des enfants confiés à l'ASE et à nos services de soins.

- Une plus grande souplesse des fonctionnements institutionnels pourrait permettre une mise en commun de certains personnels de différentes unités de soins quand ils sont réunis dans des locaux communs.

La matinée s'est terminée avec 3 interventions autour des parcours scolaires et de soins des enfants autistes.

A partir d'observations cliniques, les différentes étapes qui surviennent au cours de la scolarité d'un enfant autiste ont été décrits.

• Un cadre scolaire spécifiquement adapté peut permettre à l'enfant de rentrer dans les apprentissages et de supporter le groupe, mais les difficultés de socialisation et de comportement peuvent entraver son inclusion scolaire. Les problèmes de concentration et de mise en lien entre les sujets traités, d'accès au sens, à l'abstraction, peuvent gêner les apprentissages.

• Les Équipes de Suivi de Scolarisation (ESS) sont souvent un véritable espace de parole où des propositions partagées par les professionnels dessinent un projet pour l'enfant et revitalisent les engagements de chacun des protagonistes. Mais l'organisation dépend beaucoup de l'implication personnelle du chef d'établissement qui devient souvent plus laborieuse au collège.

• Une orientation en Classe pour l'Inclusion Scolaire (CLIS), puis en Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire (ULIS) est parfois préconisée, mais pas toujours concluante du fait de l'hétérogénéité des enfants accueillis qui peut rendre l'ambiance de la classe explosive et peu sécurisante. L'aide d'un SESSAD peut permettre une prise en charge plus en lien avec les lieux de vie et de scolarisation de l'enfant.

• Quand les difficultés scolaires et / ou comportementales sont trop importantes, une orientation en IME est souvent préconisée mais peut être longue à mettre en place du fait du manque de place.

• La collaboration des IME et des SESSAD avec les CMP et les CMPP est parfois nécessaire pour la mise en place d'aides complémentaires (consultations, psychothérapies, groupes thérapeutiques…) et semble beaucoup plus aisée qu'auparavant.

Difficultés

• La scolarisation inclusive des enfants autistes a suscité beaucoup d'espoirs mais suppose des adaptations majeures (pédagogie différenciée, programmes adaptés, modalités d'évaluation…) répondant à des besoins clairement identifiés d'enfants présentant des degrés d'autisme très variables. Cela nécessite la construction d'un projet pédagogique cohérent avec un cadre temporel et spatial spécifique. Les professeurs-ressource de la Maison Départementale des Personnes avec Handicap (MDPH), spécialisés dans ces troubles peuvent aider les enseignants à trouver des méthodes adaptées, mais ils sont trop peu nombreux.

• Le mode de communication et d'interaction sociale particulier de l'enfant autiste implique à l'enseignant de s'adapter à lui, avant même de pouvoir lui enseigner quelque chose. L'implication des enseignants est éminemment variable du fait de la charge supplémentaire de travail qu'elle implique.

• La formation et l'encadrement des enseignants et des Auxilaires de Vie Scolaire (AVS) accueillant ces enfants à besoins particuliers est loin d'être efficiente. Des supervisions et des séminaires sont nécessaires ainsi que des contacts réguliers avec les soignants qui prennent en charge l'enfant (ESS plus fréquentes).

• Au collège, les difficultés sociales entrainent souvent une forme d'exclusion et l'intervention des AVS est souvent vécue comme stigmatisante.

• Les projets professionnels sont difficiles à construire dans un milieu du travail encore peu habitué à recevoir des jeunes en situation de handicap.

• Les listes d'attente pour les soins en CMP / CMPP, puis pour les SESSAD et les IME pénalisent de nombreux enfants et les privent d'une aide adaptée à leurs difficultés à un moment crucial de leur développement.

• Certains parents sont surinformés et font leur « marché » dans ce qui peut être proposé, parfois sans souci de mise en lien des professionnels entre eux.

• Des associations proposent des AVS privées et des prises en charge thérapeutiques et éducatives onéreuses, remboursées partiellement par la MDPH, ce qui constitue une médecine et une éducation à deux vitesses en fonction des revenus des familles et de leurs capacités à se repérer dans le dédale des aides possibles. La MDPH a du mal à réguler ces enjeux déontologiques majeurs.

• Il y a un risque de robotisation de l'enfant (et de ses parents) quand le développement des apprentissages prend le pas, voire dénie les aspects relationnels et psychoaffectifs, notamment avec l'utilisation de certaines méthodes comportementales par des professionnels insuffisamment formés et peu supervisés, qui prennent alors une allure de « dressage ».

• La prise en charge des déplacements école / service de soins devrait être financée par la Sécirité Sociale. Actuellement seuls les déplacements domicile / école et domicile / service de soin sont pris en charge plus ou moins partiellement.

L'intervention du coordinateur du « Réseau Autisme en Savoie » (Chambéry) a apporté des réponses et des propositions possibles

• Il a d'abord listé les partenaires impliqués dans le réseau : secteur sanitaire publique et privé, l'Éducation Nationale et les écoles privées, le médico-social, les familles, les patients eux-mêmes, leurs familles et les associations, le conseil général et la MDPH, les collectivités territoriales, les entreprises adaptées ou non et… la société en général !!

• Il a rappelé l'hétérogénéïté des sujets, des familles, des formes d'autisme, des expressions phénotypiques et des pathologies associées, ce qui explique les trajectoires développementales diverses impliquant une infinité de réponses et de parcours différents.

• Le diagnostic est porté par la neuropédiatrie, le CAMSP et le service de pédopsychiatrie qui ont des formations communes d'aide au diagnostic et à l'intervention précoce qui s'articule avec le réseau mis en place et les associations de parents.

• Plusieurs dispositifs de soins spécifiques ont été créés avec des stratégies thérapeutiques différenciées, afin de stimuler les différents niveaux de communication et maintenir la scolarité en milieu ordinaire le plus longtemps possible. Ont ainsi été créés : un CMP spécialisé, un SESSAD, des classes maternelles et primaires TED, une ULIS lycée, un IME avec des temps de scolarisation. Les partenariats sont bien sûr toujours fragiles et sans cesse à reconstruire avec les nouveaux professionnels.

• Des interventions dans les classes sont proposées en direction des enfants qui accueillent un enfant autiste dans leur classe.

• Une « aide aux aidants » et des formations ont été mises en place une demi-journée par semaine, en partenariat avec les associations de familles, pour parents, enseignants, AVS, animateurs de centres de loisirs, professeurs de musique, de sport….

• Il insiste sur le fait que l'enfant, puis l'adolescent reste toujours acteur de son projet.

• Un outil spécifique a été créé pour aider à l'orientation des 16 / 25 ans ainsi que de nouveaux dispositifs et des réseaux avec les entreprises pour préparer l'entrée dans la vie professionnelle. L'extension au secteur des patients adultes est à construire…

Après-midi du 24 Mars 2015

L'après-midi a été consacré aux adolescents.

A travers trois expériences de secteurs pédopsychiatriques (Paris 19ème, Val de Marne, Roubaix) différents axes ont pu se dégager.

L'adolescence est une période maturative, source de réaménagements psychiques importants. C'est un processus qui peut révéler des fragilités psychologiques de l'enfance et se manifester sous formes de troubles plus ou moins sévères ; c'est aussi un moment fécond de reconstruction et de consolidation narcissique.

> *La pédopsychiatrie a un rôle essentiel dans l'évaluation psychopathologique des troubles à l'adolescence, afin de repérer l'entrée dans une véritable pathologie psychiatrique, de différencier des difficultés contextuelles ou une fragilité psychologique sans gravité. Par son évaluation, elle offre des pistes qui pourront guider l'ensemble des partenaires du champ éducatif et scolaire.*

Cependant, nous remarquons que les adolescents qui cumulent des fragilités à la fois au niveau psychologique et au niveau social, ont plus de difficultés à accéder aux soins. Il est donc indispensable de penser des dispositifs qui vont au-devant d'eux (offres de consultation à proximité des établissements scolaires, équipes mobiles…).

L'expérience de l'équipe mobile de Roubaix montre la pertinence de se déplacer à domicile pour des adolescents qui ne franchiraient pas spontanément la porte des CMP. Ce dispositif nécessite cependant une articulation majeure avec l'ensemble de nos partenaires, et en particulier les acteurs de l'éducation nationale.

Nous sommes par ailleurs de plus en plus confrontés au décrochage scolaire. C'est une notion complexe au niveau psychopathologique. Les adolescents décrocheurs présentent des problématiques extrêmement diverses allant du retard cognitif aux troubles sévères de la personnalité, en passant par les troubles anxieux, phobiques et dépressifs, dans des contextes familiaux souvent perturbés. Le rejet du plaisir à penser conduit au rejet d'un système qui a perdu son sens. Le dispositif mis en place dans le 19ème arrondissement de Paris montre la nécessité d'interventions précoces face à l'absentéisme scolaire pour remobiliser l'adolescent et sa famille dans des projets adaptés au cas par cas.

L'aide sociale à l'enfance accueille des adolescents qui présentent de plus en plus fréquemment des troubles comportementaux, très difficiles à contenir à partir des repères éducatifs. Le sentiment d'impuissance est alors majeur et se propage facilement dans les équipes. Sur le Val de Marne de nouvelles pratiques ont pu se développer, réunissant les professionnels du champ sanitaire et du champ de la protection de l'enfance, qui permettent de développer une fonction de contenance colportée par les deux institutions au service des adolescents et de leurs familles.

Ainsi à travers ces trois expériences, il apparait nécessaire que la pédopsychiatrie puisse proposer des outils pour permettre aux professionnels des champs éducatifs et scolaires de décoder le sens d'un comportement sans psychiatriser tout écart à la norme attendue. Pour cela, il est aussi indispensable de penser des temps de formation partagés entre la pédopsychiatrie et les différents acteurs des champs scolaires, éducatifs et judiciaires, afin de permettre la co-construction d'un champ commun de représentations et d'un espace de dialogue permettant d'ouvrir des perspectives, sans renforcer les clivages identitaires.

Les difficultés d'articulation entre les services de soins et les services de protection de l'enfance ont pris une place importante au cours des débats de ces journées, au point d'envisager que les quatorzièmes journées de perfectionnement qui auront lieu en mars 2016 soient consacrées à notre expertise dans la protection du développement de l'enfant et aux liens à réinventer avec les services éducatifs et juridiques prenant en charge ces enfants. ●

Quatorzièmes rencontres de perfectionnement des pédopsychiatres de service public

Protéger l'enfant et son développement

4, 5 et 6 avril 2016

Salle Laroque - Ministère des Affaires sociales de la santé et des droits des femmes

● La santé mentale est une composante essentielle de la santé. Elle ne se limite pas à l'absence de troubles mentaux. Elle est déterminée par de nombreux facteurs en particulier socio économiques, biologiques et environnementaux. La société doit garantir aux enfants et adolescents l'accès au meilleur développement possible.

L'OMS a proposé en 2005 un plan d'action afin de garantir la meilleure équité. Quel est le bilan de ces propositions et comment ce plan a-t-il évolué sachant qu'il a été réactualisé en 2013 ? Est-il possible de définir des déterminants de santé mentale chez l'enfant et l'adolescent ? Quels sont les modèles qui pourraient permettre une prévention pertinente et non stigmatisante, au service de tous.

Les équipes pédopsychiatriques connaissent depuis longtemps les ravages causés par un environnement non protecteur sur le développement de l'enfant et de l'adolescent. Aussi sur leurs constats, elles proposent des pistes utiles à la fois pour construire une véritable politique de prévention et des approches thérapeutiques quand les troubles sont déjà présents. Nous partagerons au cours de ces journées ces expériences et nous en dégagerons des axes fondamentaux.

Malgré les inégalités territoriales flagrantes quand aux moyens attribués, l'organisation sectorielle n'exclut personne dans son projet et offre un maillage national. Les équipes de secteur proposent ainsi un éclairage incontournable sur les difficultés que rencontre un enfant ou un adolescent dans son développement.

Les services de protection de l'enfance et la justice des mineurs ont connu de nombreuses mutations. Quels sont les bilans des réformes entreprises ? L'articulation entre prévention, éducation et sanction des mineurs, telle quelle était garantie par l'ordonnance de février 1945, a-t-elle été préservée ? Comment développer des articulations pertinentes garantissant une continuité indispensable au développement des enfants et des adolescents ? Quels sont les outils nécessaires pour permettre aux différents partenaires des champs sanitaires et sociaux d'offrir un accompagnement et une prise en charge cohérente ? ●

Pour toute demande d'information, s'adresser au : secrétariat de la Fédération Française de Psychiatrie :
tel 01 48 04 73 41 ou par mail ffpsychiatrie@wanadoo.fr

Pour une approche inter institutionnelle Aide sociale pour l'enfance, pédopsychiatrie

Jean Chambry*
Anne Christine Tyrol Jourdan**

● Sur le site du CHU du Kremlin Bicêtre, dans le cadre du projet médical du CH de la Fondation Vallée, une unité d'urgence de pédopsychiatrie, sectorisée sur le département du 94, reçoit depuis 20 ans des enfants et des adolescents au sein des urgences pédiatriques et médicales. La majorité des consultations ont pour motif des troubles du comportement, en particulier chez des adolescents, qui font ressentir aux adultes qui s'occupent d'eux, un fort sentiment d'impuissance. Ces adultes, professionnels ou parents, recherchent un « asile », un lieu contenant. Ils s'adressent souvent à la psychiatrie qui est supposée pouvoir accueillir cette demande et y répondre de façon rapide. Par ailleurs, nous constatons que devant ces adultes angoissés, en difficulté pour le prendre en charge, l'adolescent est lui-même contaminé par cette angoisse. Qui pourra alors poser des limites qui le protègent ?

Face à cette demande, des questions éthiques et déontologiques apparaissent. Les difficultés que ces adolescents rencontrent dans la confrontation aux limites sont-elles liées à l'émergence d'une maladie mentale ?

La plupart du temps, la réponse est négative : il s'agit davantage de failles dans le développement psychoaffectif et cognitif qui impactent la socialisation. Ces situations conduisent au risque d'une « sur psychiatrisation » d'une déviance comportementale au regard des normes de socialisation mais elles peuvent aussi conduire au risque de ne pas écouter le sens de ces difficultés au profit d'une vision uniquement éducative. Il est alors indispensable que l'ensemble des adultes qui s'occupent de l'adolescent puisse investir ensemble un espace de « co pensé » afin de lutter contre le clivage que cet adolescent suscite parmi les professionnels et offrir ainsi une fonction contenante.

Ainsi dans ce cadre de la pédopsychiatrie d'urgence, il a fallu construire progressivement un partenariat solide avec le foyer d'urgence de l'aide social pour l'enfance. A l'issue de rencontres hautement conflictuelles autour d'adolescents difficiles, nous avons convenu de nous rencontrer régulièrement (une fois par trimestre) pour faire le point sur des situations en commun et avoir la possibilité de penser ensemble des situations en dehors de la crise.

Nous avons pu mesurer combien les représentations que nous avions chacun de nos institutions et de nos fonctions, étaient éloignées. Nous avons aussi perçu combien nous utilisons un vocabulaire qui n'a pas le même sens en fonction de nos formations. L'exemple le plus fréquent est l'utilisation du mot dépression qui n'a pas du tout le même sens pour le psychiatre et l'éducateur. Ces quiproquos aboutissent le plus souvent à une incompréhension réciproque. « Pourquoi le psychiatre n'a pas hospitalisé ce garçon que je trouve très déprimé, voire suicidaire ? Pourquoi l'éducateur vient-il me demander de l'aide alors même que ce jeune n'est pas déprimé et qu'il s'agit plutôt d'une impossibilité pour ce jeune d'accepter la frustration. C'est donc bien du registre éducatif ».

Dans cette découverte réciproque, nous avons appris à être un tiers fiable et avons pu construire une confiance solide. Quand un éducateur amène un adolescent aux urgences, un véritable accueil bienveillant tend à être proposé. La pertinence de cette consultation n'est pas interrogée. Notre partenaire est en difficulté avec un jeune et il est avide de notre regard sur la situation. Nous allons alors prêter notre appareil à penser issu de notre connaissance du fonctionnement psychique et de la maladie mentale pour permettre à ce professionnel de se décaler de son point de vue. Nous tenterons une analyse diagnostique qui sera partagée en terme simple et pragmatique avec l'adolescent et les éducateurs, ce qui permettra de dégager des axes de travail avec l'adolescent et les professionnels qui l'accompagnent, et si possible les parents.

Au fil du temps, une sécurité du lien a pu s'établir entre nos deux institutions. Cela a permis de sortir du sentiment d'impuissance que nous ressentions face à certains adolescents, en sachant que nous n'étions pas seuls et pouvions nous étayer les uns les autres. « Ce jeune ne perdra pas sa place dans son foyer et pourra y être accueilli après une période d'hospitalisation que nous avons pu penser ensemble ». Les éducateurs se sentent accompagner par l'équipe de pédopsychiatrie d'urgence, ce qui leur permet en retour d'envisager d'accueillir des cas complexes.

Cependant nous sommes conscients que cette expérience de collaboration constructive reste fragile car elle repose sur la bonne volonté des personnes ayant la responsabilité des deux équipes (en particulier responsable médical de l'unité de psychiatrie d'urgence, directrice du foyer d'urgence). Cette volonté de travailler ensemble existe depuis plus de 12 ans. Que deviendra ce dispositif si les responsables de ces deux équipes étaient amenés à changer ? Comment institutionnaliser ces collaborations pour qu'elles se dégagent de la question des personnes ? Comment mettre en place des collaborations inter institutionnelles au service des adolescents et de leurs familles en respectant les différences de formations et d'attentes des professionnels sans chercher à imposer son point de vue ?

Pour lutter contre l'angoisse que suscitent les adolescents qui nous mettent en échec, pour prendre le risque de s'engager auprès d'eux, il est indispensable de ne pas être seul, de ne pas se sentir seul. Il n'existe jamais de solutions idéales, d'institutions idéales qui pourraient à elles seules accueillir ces adolescents complexes qui sortent des cadres habituels de prise en charge. En effet, ces jeunes, qui ont l'expérience de l'échec, une image d'eux-mêmes disqualifiée, ont peur de s'engager dans une relation qui bien que souhaitée, fait naître une crainte massive d'être déçu ou de décevoir. La tentation de la destructivité est toujours présente pour se dégager de la souffrance de ne pas pouvoir construire une représentation satisfaisante au regard des idéaux investis.

Pouvoir bénéficier de plusieurs investissements permet de fractionner la massivité du lien et rend ce lien plus supportable pour l'adolescent. Cependant, cela impose une confiance majeure entre professionnels venant d'institutions différentes, ayant des vécus, des formations, des missions différentes et reconnues, respectés dans cette différence afin d'être en capacité de développer et soutenir une cohérence. Cela permet alors la possibilité de penser ensemble les différents axes d'un projet global proposé à l'adolescent et à sa famille et d'en garantir l'accompagnement et sa réalisation. ●

* Chef du pôle adolescent, Fondation Vallée (94)

** Directrice de foyer ASE (94)

Trois Web séminaires associant la recherche et les pratiques cliniques sont en cours...

• Le pôle autisme du Réseau

À ce jour l'évaluation de 60 cas est terminée. Quelques évaluations sont encore en cours. Deux nouveaux groupes de pairs français viennent de s'inscrire dans les études ainsi que deux groupes italiens. Les inclusions restent ouvertes...

La méthodologie est actuellement testée avec un groupe de pairs pilote de patients autistes adultes.

Un Web séminaire mensuel est ouvert depuis début 2015. Intitulé « Recherche & Pratiques ». Son objet est la présentation et la discussion des études réalisées dans le pôle autisme du Réseau. Chaque mois, une étude de cas est discutée avec le groupe de pairs qui a réalisé les évaluations et un groupe de cliniciens, à partir de la présentation par JM Thurin de l'analyse des données.

Ce séminaire a 3 objectifs principaux :

- apporter un retour au travail réalisé par les thérapeutes et les groupes de pairs dans la recherche en présentant, à chaque réunion, une première analyse des données d'un cas ;

- créer un espace où l'articulation entre clinique et recherche et ses effets peuvent être abordés concrètement à partir du travail en cours ;

- situer comment la communication et la collaboration entre cliniciens et chercheurs peut participer à une compréhension des mécanismes de changement et à la qualité des soins. Faire émerger des questions de clinique et de recherche et tenter d'y répondre. Faire ressortir les éléments favorables et les aspects difficiles de la psychothérapie des enfants/adolescents autistes à partir de l'expérience des cliniciens.

Ces séminaires sont enregistrés et sont ouverts, sur demande aux cliniciens intéressés. Pour vous y inscrire, adresser un mail à mthurin@internet-medical.com

Les résultats du pôle autisme ont été présentés en octobre dernier à Modène (Italie). Les interventions sont disponibles à l'adresse suivante : http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/Modene/
Ils ont également été présentés lors d'une journée scientifique organisée par le CHU de Brest (Service du Pr Botbol).

• Le pôle borderline du Réseau

Depuis fin 2014, un Web séminaire « Données probantes issues de la pratique psychothérapique » fonctionne dans le pôle *borderline.* Ce séminaire approfondit l'analyse d'un cas (Max) avec la perspective d'une compréhension de l'action thérapeutique qui a été menée et des mécanismes qui la sous-tendent. Qu'est-ce qui fait « preuve » dans l'évaluation d'un cas ?

La présentation d'une partie de ce travail a été faite au cours du colloque de la *Société de l'Information Psychiatrique* qui s'est tenu à St Malo en octobre dernier. Une publication « Données probantes à partir de la psychothérapie de Max, un patient borderline » est en cours de parution (*L'Information psychiatrique*).

• Un Web séminaire est ouvert depuis 2015 sur « La question de la preuve scientifique dans les interventions complexes, Qu'est-ce qui fait preuve et Comment ? »

Il est issu d'un partenariat scientifique FFP-HAS.
Depuis décembre, une seconde session de ce Web séminaire est ouverte dans la continuité de celle qui s'est tenue en 2015.

Le travail réalisé sur ce thème au cours des mois précédents a abordé deux axes principaux. Le premier axe a été celui des limites des ECRs dans le champ des psychothérapies et des interventions complexes en psychiatrie et santé mentale. Le second axe a commencé à examiner les alternatives méthodologiques qui peuvent représenter un véritable apport pour nos pratiques et notre profession.

Un article est en cours de parution dans la revue PSN (Psychiatrie - Sciences Humaines - Neurosciences) intitulé « Est-il nécessaire (et possible) d'établir un nouveau système de preuve en psychiatrie pour les psychothérapies et les interventions complexes ? ».

Ce Web séminaire est présenté en détail à l'adresse suivante :
http://www.techniques-psychotherapiques.org/WebSeminairePreuve/
Il est ouvert, sur demande, aux personnes intéressées.

Pour vous inscrire,
adresser un mail à jmthurin@internet-medical.com

FFP
FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

POUR LA RECHERCHE

ffpsychiatrie@wanadoo.fr
tel : 01 48 04 73 41 - fax : 01 48 04 73 15

Remerciements

■ A la *Direction Générale de la Santé*
dont la subvention permet l'édition de ce bulletin.

■ *A* la *S.I.P. et à la S.F.P.E.A.*, pour leur soutien actif à la diffusion des abonnements.

Tirage 1200 exemplaires - ISSN : 1252-7696
e.ISSN : 2263-7230

ABONNEZ-VOUS !

Adressez avec vos Nom, prénom et adresse un chèque libellé à l'ordre de la FFP,
de 28 € (France), 32 € (Institutions), 40 € (étranger)

(4 numéros - abonnement 2016)
à

Fédération Française de Psychiatrie
Hôpital Sainte Anne - IPP
26 boulevard Brune - 75014 PARIS

Secrétaire de rédaction et maquette : ***Monique Thurin***

Impression : Gerik plus - 01 48 12 11 62