

## **La pédopsychiatrie de secteur est-elle au goût du jour ?**

**Fabienne Roos-Weil**

« Ce qui reste, n'ayant pas valeur de vestige, se voit, comme inconnu, rétabli au futur. »

(André du Bouchet.)

**U**ne délégation de pédopsychiatres a été invitée récemment par la Mission parlementaire sur la « Santé mentale et l'avenir de la psychiatrie ». Elle était composée de représentants des principales sociétés scientifiques impliquées en pédopsychiatrie (API, SFPEADA, SIP et FDCMPP), appartenant pour la plupart à la Fédération française de psychiatrie et réunie à l'initiative de Jacques Sarfaty, coordonnateur des futurs États généraux de la pédopsychiatrie, qui se tiendront sur un plan national le 4 avril 2014.

Cette rencontre fut l'occasion de présenter l'histoire et les avancées de la discipline ; la SIP s'est proposée d'y développer le « contenu des soins » en psychiatrie infantile, thème que nous estimons souvent peu et mal représenté dans le débat public.

De ces difficultés de représentation, nous conviendrons qu'elles sont en grande partie partagées par la psychiatrie générale. Y a-t-il des singularités relatives à la psychiatrie infantile ? En quoi ses dispositifs pluridisciplinaires seraient-ils trop complexes pour être appréhendés ?

La psychiatrie infantile s'est construite avec les apports théoriques de la psychanalyse et de la psychothérapie institutionnelle. Ces courants demeurent vivaces et essentiels dans la pratique. Elle revendique aujourd'hui une lecture des troubles et une offre des soins pluridisciplinaire et intégrative.

La psychanalyse est un apport incontournable à la psychiatrie ; elle nourrit la réflexion psychodynamique ; elle offre les instruments adéquats pour supporter sans stigmatiser les symptômes de la folie ou de la souffrance psychique, les transformant, les organisant en une causalité psychique raisonnée ; elle indique combien la folie partage cette causalité psychique avec les destins ordinaires. La psychothérapie d'inspiration analytique n'a plus le monopole sous sa forme individuelle et de travail intrapsychique ; de nouveaux dispositifs de thérapie psychodynamique se sont créés ; ainsi les entretiens familiaux, s'attachant à l'intersubjectif, convoquant les mythes familiaux et les projections parentales, pourront être un premier temps du traitement, suffisant ou constituant le prélude à une psychothérapie individuelle.

La psychothérapie institutionnelle, historiquement liée à la psychiatrie de secteur, soutient que les patients ont besoin d'une « institution mentale », d'une équipe soignante, qui tisse une certaine unité à partir de ses interventions multiples (un « manteau d'Arlequin », dit Jean Oury). Elle met en place dans la vie quotidienne de l'enfant des activités formelles et informelles, occasion de rencontre et de relance de l'activité narrative, chez les soignants comme chez l'enfant.

---

Secrétaire générale de la Fédération française de psychiatrie, psychiatre de secteur infanto-juvénile, 11<sup>e</sup> secteur infanto-juvénile de Paris, 36-42, rue de la Villette, 75019 Paris, France  
<fabrw1@wanadoo.fr>

La pédopsychiatrie a intégré les données des sciences cognitives et expérimentales en évitant les modèles dualistes : inné/acquis, symptôme/déficit. Un des enjeux essentiels est de concevoir des déterminismes distincts mais coexistants : déterminisme environnemental, psychologique, génétique ou neurobiologique ; tous sont susceptibles d'infléchir l'évolution et le développement, tous interagissent ; les pratiques intégratives en découlent.

Ainsi, la psychiatrie infantile marque-t-elle son écart vis-à-vis de discours dominants :

- elle se démarque d'un certain type de rapport à la science : celui qui porte à croire que la rationalité scientifique serait la seule façon d'agir sur le réel ;
- elle ne se réduit pas au modèle médical strict qui déduit la conduite à tenir du diagnostic ; le diagnostic est évolutif ou suspensif ; il n'est pas que symptomatique ou nosographique, il peut être structurel, fonctionnel, psychopathologique ;
- elle se démarque d'un certain rapport au temps et à la performance : elle ne promet pas de résultats spectaculaires, de suppression rapide des symptômes : c'est le temps, chronologique mais surtout logique, qui vient éclairer l'organisation psychique de l'enfant. Les thérapies comportementales ou le recours aux médicaments peuvent paraître plus conformes à l'efficacité. C'est une difficulté pour les parents que de ne pas obtenir de réponse immédiate ;
- elle se démarque d'une certaine conception de la transparence et de la certitude : les traitements sont lisibles, mais non protocolisés ; ils ont leur cohérence interne, dans un ensemble architecturé où importe le « sur mesure » ; les résultats escomptés sont parlés en termes d'effets mutatifs, de processus de changement et vont parfois passer par l'inattendu. Les entités pathologiques pour un enfant donné sont non fixées ;
- elle s'éloigne d'une certaine conception de l'« usager » : la relation thérapeutique inclut les parents, toujours associés au traitement, invités à s'y interroger, donc à se confronter à leur part d'inconnu, à une dimension d'énigme qui leur échappe ;
- elle insiste sur l'itinéraire subjectif de l'enfant, qui s'appuie sur l'offre institutionnelle. C'est une notion difficile à concevoir pour des parents. Ils peuvent se sentir dépossédés quand les investissements de l'enfant se modifient, quand les changements ne sont pas ceux qu'ils escomptaient et que l'enfant ou l'adolescent s'affranchit de leurs attentes. Combien de fois n'entendons nous pas « faites-lui comprendre qu'il faudrait que... » ;
- elle se démarque par ailleurs d'une certaine vulgarisation de la psychanalyse : les soins à dimension psychothérapique ne sont pas une pédagogie qui permettrait par des conseils d'éviter tout écueil aux parents.

C'est donc munis de ces convictions que nous avons proposé une présentation résumée des évolutions actuelles de la pédopsychiatrie à deux auditeurs (M. Jean-Pierre Barbier, président de la Mission et M. Denys Robiliard, rapporteur), apparemment attentifs et intéressés, dont nous attendons maintenant le rapport final.

## Les évolutions de ces dernières décennies

- Elles ont été regroupées, pour simplifier, en cinq volets :
- des soins proposés de plus en plus en ambulatoire : pratiquement 90 % des actes de soins se déroulent sous cette forme exclusive, c'est-à-dire en séquences courtes. L'hospitalisation a beaucoup diminué en temps plein (ce mouvement ayant peut-être même été trop massif) et dans une moindre mesure en temps partiel. Les soins sont ouverts sur le social et la cité, et sont menés conjointement avec une scolarisation, pratiquement dans tous les cas, même quand il y a hospitalisation ;
  - la participation des familles : celle-ci fait partie intégrante des soins, elle a toujours été d'actualité car les parents ont un savoir sur leur enfant et on ne peut concevoir celui-ci sans son environnement ; aujourd'hui les parents sont davantage encore partie prenante des choix thérapeutiques et d'ailleurs beaucoup mieux informés ; les traitements

débutent la plupart du temps par des consultations familiales, sur le modèle de la consultation thérapeutique de Winnicott ; le travail de la parentalité a pu être parlé comme « aide aux aidants » ;

- une prise en compte des aspects cognitifs et neuropsychologiques, en particulier dans le domaine des difficultés de langage, d'apprentissage et d'instabilité de l'attention, en corrélation avec l'approche clinique intersubjective ; l'exploration des mécanismes des troubles chez un enfant donné est d'un grand intérêt pour tout clinicien qui s'y trouve confronté ; le caractère pluriprofessionnel des équipes de pédopsychiatrie permet ensuite des projets multidimensionnels ;
- la formalisation des projets : elle est indispensable pour que ceux-ci soient transmis plus clairement aux familles ; elle suppose d'exposer les différentes dimensions du soin et de rechercher une compréhension partagée auprès de parents parfois déroutés par notre langage et nos pratiques, mais sensibles à l'accueil et à l'attention qui leur sont apportés ;
- le développement du travail en partenariat ; celui-ci aussi a toujours existé (corrélatif de la sectorisation) ; il favorise l'articulation des différents champs de l'existence de l'enfant. Il a pris une tournure encore plus soutenue depuis la loi du 11 février 2005, puisque les équipes soignantes participent régulièrement aux réunions de concertation à la demande des enseignants référents, avec l'éducation nationale.

## Le contenu des soins

Les soins s'adressent à des jeunes de 0 à 18 ans (parfois jusqu'à 20 ans dans le cadre de poursuite de suivis), allant des futurs parents et leurs bébés (avec le développement de la psychiatrie périnatale) aux adolescents. Les adresses se font spontanément par la famille, et pour le reste se répartissent entre l'éducation nationale, les services sociaux, les médecins libéraux et hospitaliers, qui sont tous nos partenaires réguliers avec lesquels nous menons des réflexions communes autour des enfants et des adolescents.

Il faut évoquer la gamme très large de « manifestations ou tableaux symptomatiques » qui constituent le motif d'adresse en consultation, avant de dessiner le dispositif à géométrie variable de la pédopsychiatrie publique. Ces manifestations vont bien au-delà des catégories pathologiques identifiées dans le grand public ou les médias (où l'on parle toujours de l'autisme qui recouvre en fait l'ensemble des TED, de l'hyperactivité, des troubles de l'attention, du suicide...). Les symptômes peuvent être isolés ou appartenir à ce qu'on appelle des syndromes ou des pathologies graves. Certains dysfonctionnements de l'enfant ont un impact sur d'autres domaines, comme les fonctions instrumentales ; il y a des pathologies de la personnalité, des pathologies réactionnelles au contexte (par exemple, les situations de carences et d'abandon), des souffrances secondaires à des événements ou à une maladie somatique.

## La consultation en pédopsychiatrie, un acte complexe et « spécialisé »

Le premier temps du soin en pédopsychiatrie est d'abord un temps de démarche diagnostique complète, dans une double lecture « médicale » et « psychologique ». La consultation pédopsychiatrique en CMP est donc un acte complexe dont la spécificité doit être reconnue ; elle permet une analyse psychopathologique, c'est-à-dire une recherche de compréhension des dysfonctionnements selon différents modèles, s'attachant au « comment » plus qu'au « pourquoi ». Y sont étudiés conjointement différents axes : les symptômes présentés par l'enfant, les particularités de son développement et de son histoire vécue, l'organisation de sa personnalité, voire son organisation structurelle, les particularités de son environnement, de son équipement somatique. Elle permet de mieux saisir la demande, mais aussi la dynamique familiale et la place que le clinicien peut venir y occuper. Celui-ci est engagé personnellement dans l'échange par ses affects, son implication transférentielle.

### Des projets de soins à géométrie variable

Seule, cette analyse soigneuse sur plusieurs entretiens avec l'enfant et sa famille permet de proposer des projets de soins en concertation avec les parents ; ils se dérouleront à proximité du lieu de vie de l'enfant ou dans le lieu d'accueil provisoire de vie (pédopsychiatrie de liaison en service de pédiatrie, établissements médicosociaux. . .) et parfois sous forme de visites à domicile (travail moins connu des services de pédopsychiatrie mais intéressant dans certains cas particuliers : familles avec bébés ou adolescents reclus à leur domicile) ; ce travail à proximité et avec la collaboration de la famille est un des atouts des services de secteur.

Les manifestations étant conçues comme évolutives et non fixées, les projets sont donc à revoir et remanier régulièrement ; les pédopsychiatres sont réservés à l'égard des notions de protocoles ou de parcours de soins.

Les projets individualisés s'appuient sur des équipes pluridisciplinaires qui mobilisent des ressources variées : pas seulement la thérapie par la parole même si elle a toute sa valeur mais aussi des activités à médiation. Pour une minorité, il y a une hospitalisation en temps plein ou temps partiel, ou en accueil familial thérapeutique. Les soins comportent selon les cas des thérapies individuelles ou de groupes ou en CATTP, thérapies à médiations ou rééducations, des traitements médicamenteux, des thérapies familiales ; les projets seront bien sûr dépendants de l'équipement du secteur concerné (les problèmes démographiques viennent souvent compromettre la teneur des projets).

La coordination de l'ensemble de l'équipe, sous la forme de réunions d'élaboration qui demandent du temps, permet de repérer l'engagement de l'enfant et des soignants, de maintenir une cohérence de la dimension thérapeutique dans le projet de vie de celui-ci et une appréhension globale des difficultés.

Le CMP, au sein du dispositif, reste le lieu possible de permanence, de contenance et de continuité pour l'enfant et sa famille.

### L'avenir

Il faut relever et interroger les tendances du contexte actuel d'exercice.

Dans les textes récents des pouvoirs publics (plans, rapports, recommandations, etc.) comme dans les médias, les réalisations des services de pédopsychiatrie sont méconnues, voire disqualifiées. Leur travail autour des listes d'attente, l'aménagement des dispositifs thérapeutiques face au doublement de la file active des 20 dernières années ne sont pas pris en compte, laissant penser qu'ils pourraient aisément être remplacés par des services d'expertise ponctuelle, qui n'assurent pas la continuité de la prise en charge. L'élaboration des recommandations HAS 2012 dans le domaine de l'autisme a montré des choix méthodologiques et des traitements discutables : il a pu être démontré qu'ils étaient peu étayés et infléchis par des biais bibliographiques et méthodologiques privilégiant les traitements comportementaux.

Les soins s'éparpillent dans divers services au nom d'une priorité donnée à des symptômes pris isolément. Certaines familles optent, plutôt que pour un projet global, pour une juxtaposition de praticiens et de techniques de leur choix, sans autre lien que des contacts formels et espacés entre les divers professionnels.

Des services spécialisés autour de troubles dits spécifiques ou autour de tranches d'âges risquent encore de segmenter les soins, et de créer des ruptures dans l'itinéraire subjectif que l'on cherche à constituer, s'ils ne s'articulent pas aux services de secteurs. Les troubles dits spécifiques, en particulier du langage, des apprentissages ou de l'hyperactivité, lorsqu'ils sont mis en avant à titre exclusif, ont pour postulat sous-jacent l'existence de troubles développementaux d'origine neurobiologique. L'expérience montre que les cas relevant d'un déterminisme irréductible à une causalité psychologique ou environnementale sont peu nombreux, et qu'un modèle plurifactoriel ou pluridéterministe reste nécessaire pour comprendre ce qui est présenté comme comorbidité.

Dans la pratique, c'est parfois lors des réunions d'équipes éducatives, qui deviennent alors en quelque sorte le lieu pivot, que sont construits les projets. L'inscription précoce à la MDPH ne donne pas toujours à l'enfant la possibilité de déployer une dynamique évolutive.

Pour toutes ces raisons, la vigilance devra continuer à s'exercer sans relâche auprès des instances de tutelle comme auprès de la HAS. La pédopsychiatrie, discipline protéiforme, saura s'adapter aux connaissances nouvelles, aux nouveaux courants de pensée. Elle pourra s'appuyer sur le collège de pédopsychiatrie de la Fédération française de psychiatrie. Notre outil de soins ne doit pas être démantelé. Les propositions pour l'avenir seront au cœur des enjeux des États généraux de la pédopsychiatrie en 2014. Même si nous connaissons bien le risque du malentendu, il nous faut continuer à nous servir d'un discours argumentatif serré, expliquer, écrire. . . sans nous laisser dépouiller du savoir-faire clinique, appuyé sur une tradition et une culture, et avant tout conscients de « la peau fragile de l'existence ».

**Liens d'intérêts :** l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.