

Chantiers et enjeux de la pédopsychiatrie

La dernière circulaire consacrée entièrement à la psychiatrie infanto-juvénile fut celle du 11 décembre 1992, relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents.

Nicole GARRET-GLOANEC

Yves GLOANEC

Pédopsychiatres

Secteur 2 de Psychiatrie

infanto-juvénile

CHU de Nantes



Elle définissait cinq actions prioritaires et deux objectifs majeurs : mettre en œuvre des actions de prévention primaire, assurer la complémentarité entre dispositifs public et privé dans le domaine sanitaire et médico-social. Toutes les préconisations faites par cette circulaire s'appuyaient sur le secteur.

Dix ans après, le contenu de cette circulaire est toujours d'actualité. Les actions prioritaires (interventions dans la collectivité, prise en charge à temps partiel, maintien du soin à temps complet, promotion des actions partenariales) ont été suivies car déjà inscrites dans les pratiques. Par contre les deux objectifs majeurs restent des questions difficilement solubles. La prévention primaire n'a pas trouvé sa voie et la complémentarité bute aujourd'hui sur l'évolution du médico-social.

L'essor et le dynamisme de la pédopsychiatrie sont certainement liés aux moindres contraintes médico-légales subies en psychiatrie générale, même si les unités qui se créent pour les adolescents s'y confrontent à leur tour. Les particularités de l'enfant dont le psychisme est en constant remaniement stimulent « naturellement » la psychiatrie, l'obligent à des modifications constantes. L'enfance assouplit les représentations habituelles de la société face à la psychiatrie, atténue l'impact de la maladie mentale et favorise sa fréquentation. Le peu de lits d'hospitalisation complète (lié à la moindre pression médico-légale et au mouvement antipsychiatrique) a entraîné

l'installation de structures ambulatoires diversifiées et l'appui sur les autres institutions : scolaire, médico-sociale, PMI, ASE, judiciaire, culturelle et associative. La relance de la question de l'hospitalisation à temps complet devra, dans le contexte sécuritaire actuel, s'adosser à des définitions précises de sa fonction, son objet et son but.

En pédopsychiatrie, deux ondes de choc se sont rencontrées, d'une part la montée en force des associations de parents d'enfants autistes (suivies par d'autres), d'autre part l'effet de la fragmentation des soins sous la double pression de la volonté d'intégration et de l'augmentation des « files actives ». Cette conjonction des éléments est à l'origine du grand chantier actuel concernant la définition du soin. L'interrogation se portait jusqu'alors sur son contenant à travers la psychothérapie institutionnelle. Elle se déplace maintenant sur son contenu. Les parents, les professionnels nous questionnent sur la nature, sur la validité de nos thérapeutiques et de nos actions de soins. Ils exigent transparence, efficacité, rapidité. Ce débat est celui de la genèse de la maladie, de la psychopathologie, du diagnostic, des classifications, du handicap.

L'influence des associations de parents d'enfants autistes, dysphasiques, dyslexiques ou hyperkinétiques se ressent dans la création de centres de référence, de l'élaboration de protocoles et la mise en place de filières de soins dans lesquelles la pédopsychiatrie joue le rôle de prestataire de services. De manière un peu différente, tous les absents des associations, les enfants dysharmoniques, « limites », vivant dans des familles « vulnérables », souffrant des conséquences de carences, provoquent autour d'eux le développement de la sectorisa-

tion. Les professionnels portent ces enfants et travaillent réellement en réseau afin de tisser ces liens sans cesse attaqués.

Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile est adapté aux besoins de ces pathologies alors que sa fonction première était le soin à la psychose. Cet écartèlement vécu au sein de nos structures symbolise le conflit rémanent entre l'inné et l'acquis, le biologique et le social qui s'unissent et se divisent dans l'espace laissé ou non à la subjectivité. Par ailleurs, les secteurs se sont efforcés de répondre aux besoins des adolescents et à ceux des parents de très jeunes enfants. Ces périodes charnières de la vie transforment aussi nos fonctionnements et suscitent des modèles nouveaux : prise en compte de l'interaction, du transgénérationnel, de la notion de crise, appui sur un environnement plus varié et plus fluctuant.

Les chantiers actuels peuvent être classés en fonction de l'âge, de la pathologie, des actions et des structures. Nous nous partageons, suivant l'âge, entre les bébés, les enfants en phase de latence et les adolescents. Suivant les pathologies, nous nous confrontons aux syndromes définis sous la pression nord-américaine et à la psychopathologie si bien explicitée dans la classification française des troubles mentaux des enfants et des adolescents (CFTMEA), reflet de la cohérence théorico-clinique de la pédopsychiatrie. Suivant les actions, nous combinons la prévention, l'éducation pour la santé, les traitements « opératoires », médicamenteux, les psychothérapies... Suivant les structures, nous cherchons à maintenir la complémentarité et les liens entre les secteurs de pédopsychiatrie et les champs médico-sociaux, judiciaires, sociaux, scolaires.

Non à l'exclusion, Oui aux soins

Les principes de la « psychiatrie citoyenne » se résument en ces deux phases :
 – permettre des soins de qualité pour tous, avec un accès le plus précoce possible
 – éviter l'exclusion sociale des personnes qui (en) sont malades.

Jean-Luc ROELANDT
 Psychiatre
 Chef de Service
 EPSM Lille Métropole
 Directeur du Centre
 Français Collaborateur
 de l'OMS en santé
 mentale pour la recherche
 et la formation

Jean-Luc Roelandt,
 auteur de l'ouvrage
 récent «Manuel de
 Psychiatrie citoyenne :
 l'avenir d'une
 désillusion», rédacteur
 et co-rédacteur de
 plusieurs rapports,
 nous livre un texte où
 il s'engage avec la
 conviction et la concision
 d'un manifeste.

Ces principes développés par l'Organisation Mondiale de la Santé lors de la campagne de promotion de l'année de la santé mentale en 2001, valent pour toute la médecine, pour toutes les affections : Sida, Diabète, Cancer, troubles psychiques, toutes les maladies bénignes ou graves sont concernées. Les troubles psychiques touchent 400 millions de personnes dans le monde et représentent la 2^{ème} cause d'invalidation. Voici quelques principes généraux pour atteindre les buts de la psychiatrie citoyenne :

- Lutter encore et toujours contre la stigmatisation des personnes ayant des troubles psychiques.
- Développer les associations d'usagers. Les intégrer à tous les niveaux de responsabilité et renforcer leur rôle dans les systèmes de pilotage des programmes de santé.
- Décloisonner la psychiatrie et l'articuler à la médecine générale et au champ social.

- Promouvoir la psychiatrie dans la cité et proscrire toutes concentrations ségrégatives, qu'elles soient médicales, psychiatriques ou sociales (les concentrations pour handicapés ne doivent pas succéder aux concentrations pour « malades psychiatriques »).
- Ne jamais confondre enfermement et soins : les services « fermés » en psychiatrie, en médecine et dans le social, ne devraient plus exister (100 000 personnes sont enfermées actuellement en France : 20 000 en psychiatrie, 18 000 dans les services pour handicapés, 75 000 personnes âgées). Il s'agit de « prisons » médicales et sociales. L'intervention de la justice est évidente. La médecine doit se contenter des soins.
- Renforcer l'accessibilité aux soins :
 - par les réseaux avec la médecine générale, médecine du travail, pédiatrie, médecine scolaire,
 - avec les Centres Communaux d'Action Sociale, les circonscriptions de service social, le médico-social,
 - en mettant en place des actions et formations croisées entre professionnels pour permettre une meilleure prévention et dépistage, ainsi que des meilleurs soins.
- Permettre l'hébergement et le travail à toutes les personnes qui

- ont des troubles mentaux au long cours – maladies graves et invalidantes, droit au logement et à une activité sociale reconnue.
- Développer la recherche multi-champ, clinique et sociale dans le champ des pathologies, de l'insertion et de la citoyenneté pour la déstigmatisation et la promotion des droits des patients.
- Ouvrir les conseils de service aux usagers et aux élus locaux, ainsi qu'aux partenaires sanitaires et sociaux du territoire :
 - intégrer les équipes de psychiatrie dans les conseils de santé des villes et des collectivités locales,
 - permettre le décloisonnement Etat – région – département – ville, dans le cadre des contrats pluriannuels de santé mentale,
 - intégrer la santé mentale dans les conseils sanitaires de secteur, les PRAPS, les PRS et les commissions départementales pour les handicapés,
 - intégrer les élus locaux dans la gestion de proximité de l'insertion sociale des personnes ayant des troubles psychiques.
- Mettre toute structure de soins à proximité, intégrée dans le système médical et social en général. Pas de ségrégation.

Avec ces principes, la psychiatrie citoyenne est en marche. ■

Chantiers et enjeux de la pédopsychiatrie (suite)

Mais le véritable chantier est, comme pour la psychiatrie adulte, la redéfinition de la pédopsychiatrie. Les files actives ne peuvent croître sans cesse (50% en 6 ans, de 91 à 97) sans modifier la place de chacun dans le soin et la forme donnée aux traitements. Cet accroissement est à considérer dans le futur à la lumière de la chute démographique des psychiatres. La société civile et les politiques interrogent nos actions, notre efficacité, notre validité pour modifier nos orientations théorico-pratiques. A la prévention et au soin classique contractuels sont opposés,

ou au moins adjoints, l'éducation pour la santé, la prévention en terme de santé publique (sur les grands ensembles) c'est à dire le dépistage des facteurs de risque (l'hygiénisme), la prévention de la vulnérabilité, les traitements soumis à protocole. Nous devons nous interroger sur notre appartenance au domaine sanitaire, le psychiatre est-il seulement le garant de cette qualité ou a-t-il les moyens de sa définition ? Quels glissements acceptons-nous dans les fonctions, les compétences avec ou sans les formations associées ? La psychiatrie infanto-juvénile ne

devrait-elle pas affirmer ses capacités thérapeutiques en les définissant peu à peu sur le plan scientifique ?

Tant que la pédopsychiatrie maintiendra sa référence à la psychopathologie, elle appartiendra au champ de la psychiatrie plutôt qu'à celui de la pédiatrie ou de la neurologie (c'est à dire qu'elle existera). Son chantier principal est de préciser et de définir plus avant le contenu de ses actions thérapeutiques et les moyens nécessaires pour y parvenir. ■