



FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

Conseil National Professionnel de Psychiatrie

Paris, le 12 mars 2012

Présidente
Dr N. GARRET-GLOANEC

Secrétaire Générale
Dr D. ROCHE-RABREAU

Secrétaire Générale Adjointe
Dr F. ROOS-WEIL

Trésorière
Dr M-Ch. CABIE

Trésorier Adjoint
Dr J.J. XAMBO

Président élu
Dr J-J LABOUTIERE

Président sortant
Pr G. SCHMIT

Président Fondateur
Dr S.D. KIPMAN
Anciens Présidents
Pr J.F. ALLILAIRE
Pr Ch. AUSSILLOUX
Dr H. BOKOBZA
Pr G. DARCOURT
Dr J. FORTINEAU
Dr J. GARRABE
Dr M. HORASSIUS
Dr N. HORASSIUS
Dr O. LEHEMBRE
Pr H. LOO
Pr Ph. MAZET
Dr J-Ch. PASCAL
Dr J.M. THURIN

Présidents des collèges du Conseil Scientifique

Psychopathologie
Dr I. SECRET-BOBOLAKIS

Thérapeutiques
Dr A. BESSE

Psychiatrie et société
Dr M. GROHENS

Qualité
Dr O. LEHEMBRE

Géronto-psychiatrie
Pr Ph. ROBERT

*Psychiatrie de l'enfant
et de l'adolescent*
Dr F. BRIDIER

Psychiatrie Médico-Légale
Pr J-L. SENON

Recherche
Dr J-M. THURIN

Addictions
Pr J-L. VENISSE

DOSSIER DE PRESSE PEDOPSYCHIATRIE ET ACTUALITE DU SOIN

Nous vous remercions d'avoir répondu positivement à l'invitation à la conférence de presse de la Fédération Française de Psychiatrie qui est le Conseil National Professionnel de Psychiatrie. Il rassemble toutes les sociétés scientifiques de psychiatrie infantile-juvénile ainsi que la plupart des associations de psychiatrie générale.

La FFP-CNPP a été créée en 1992, voici 20 ans, à l'initiative de l'Inserm, afin de réunir la psychiatrie et de promouvoir la recherche clinique. La FFP-CNPP a rédigé la première recommandation sur le diagnostic de l'autisme en 2005. Elle a par ailleurs réalisé de nombreuses conférences de consensus, recommandations et auditions publiques.

Si nous vous avons invités c'est pour rétablir une certaine réalité dans un débat qui semble échapper au simple bon sens.

Nous vous rappellerons rapidement ce que la pédopsychiatrie représente en France, pour quel public et ce qu'elle fait. Nous vous donnerons les derniers résultats de la recherche sur les psychothérapies, en particulier celles qui concernent l'autisme et enfin nous dirons quelques mots à propos de la recommandation intitulée : « Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent ».

Histoire

La pédopsychiatrie, en France, s'est développée essentiellement à partir des années 70. Dès les années 60 elle a sorti les enfants des lieux d'enfermement et leur a permis, dans un premier temps, de trouver une autre voie d'existence puis de se construire en étant intégrés de plus en plus à la société. La naissance des hôpitaux de jour, dont les professeurs Roger Misès, Serge Lebovici et René Diatkine ont été les pères fondateurs, a été décisive dans le destin de ces enfants, notamment pour ceux souffrant de ce qui est appelé actuellement troubles envahissants du développement. Le lieu où nous vous accueillons aujourd'hui, grâce aux docteurs V. Kapsambelis et F. Moggio, est pour nous hautement symbolique, avec la Fondation Vallée, de ce que la pédopsychiatrie a construit.

Actualité de l'activité en pédopsychiatrie

En 2012, le dispositif de soins est constitué de 320 secteurs de psychiatrie infantile-juvénile, 321 Centres Médico-Psycho Pédagogique (CMPP, de statut médico-social), des services de pédopsychiatrie en pédiatrie, quelques structures associatives remplissant les fonctions de CMP, aux côtés des professionnels libéraux, psychiatres et psychologues. 398 000 patients étant pris en charge en 2008 en pédopsychiatrie publique, pour 13 424 764 jeunes de 0 à 16 ans (3%), auquel il faut rajouter les enfants suivis en ambulatoire par les CMPP (52 000 en 2003).

Le doublement du nombre d'enfants suivis de 1991 à 2000 n'a pas entraîné le doublement des moyens, avec une relative stabilité du nombre de professionnels : 5,8 équivalents temps plein (ETP) de médecins (psychiatres et internes), 49 ETP non médicaux par secteur en moyenne. Cette augmentation témoigne d'une forte demande d'une offre nécessaire.

Les références

La pédopsychiatrie a un équipement pluriprofessionnel (psychiatres, psychologues, infirmiers, rééducateurs, éducateurs, instituteurs, assistantes sociales...), ses actions thérapeutiques sont diverses et s'effectuent dans des lieux multiples, le plus souvent dans la cité. *Ses références théoriques* empruntent à des champs aussi riches que celui de la médecine, de la psychologie développementale, de la psychanalyse, des neurosciences, des sciences sociales... Cette pluralité des références est une de ses caractéristiques car beaucoup des pathologies qu'elle traite restent encore en grande partie mystérieuses dans leur cause et leurs mécanismes intimes, biologiques et psychologiques. De ce point de vue, l'expérience montre les dégâts que peuvent causer sur les enfants et sur leurs familles les engouements successifs qui, au nom d'hypothèses plus ou moins fondées, prétendent rayer d'un trait de plume et de façon définitive les doutes et les incertitudes qui persistent. Inscrite dans une logique résolument scientifique, elle s'attache à ne pas céder à ceux qui, au mépris de la réalité des données, prétendent en savoir assez pour interdire ces éclairages multiples

Formation des professionnels

Tout travail de soin est réalisé et soutenu par des professionnels qualifiés afin d'être au plus près de la compréhension des processus psychiques de l'enfant/adolescent, de leur évolution.

Caractéristiques des patients

Les enfants et adolescents qui consultent, le plus souvent en présence de leurs parents et à leur demande, sont âgés de zéro à 18 ans environ. Pour les enfants de moins de 3 ans et les adolescents, la plupart des équipes se sont organisées pour recevoir sans temps d'attente.

Il faut insister sur le fait que les soins proposés aux enfants ne se font que sur demande des familles, avec leur accord ; chez les moins de 16 ans, ils sont toujours associés au maintien d'une scolarité, ordinaire ou adaptée.

Caractéristiques des demandes

L'origine de la demande est majoritairement issue de l'éducation nationale, lieu où se manifestent les troubles. La demande est aussi suscitée par les médecins généralistes ou spécialistes, les professionnels des institutions sociales ou judiciaires. Elle relève parfois du bouche à oreille (Internet).

Les motifs de cette demande sont d'abord les troubles qui questionnent l'environnement et retentissent sur l'insertion de l'enfant. Ces troubles peuvent être plus subtils et révéler une souffrance chez l'enfant ou l'adolescent perçue par l'entourage (troubles de l'humeur). Ces troubles peuvent être fonctionnels (langage, psychomotricité, propreté, alimentation...), concerner l'apprentissage, ou peuvent avoir des manifestations comportementales (troubles des conduites...). Certaines souffrances sont en lien avec une pathologie somatique souvent chronique. Une partie d'entre eux révèle une pathologie psychique qui atteint un ensemble de fonctions comportant ou non une dimension handicapante (autisme, troubles envahissants du développement, entrée dans la schizophrénie...).

Objectifs

Le soin en pédopsychiatrie a pour objectifs de diminuer l'angoisse (la souffrance), de faciliter le développement, favoriser l'autonomie, ouvrir des perspectives à l'enfant/adolescent. Les soignants ont pour but de soutenir son individuation et sa construction. Pour cela l'enfant est

accompagné dans ses capacités de représentation, dans tous les domaines, à partir d'activités avec supports et médiateurs suivant l'analyse qui en a été faite. Une attention est portée à ses mécanismes de défense, ses mouvements identificatoires sont soutenus afin qu'il se structure progressivement.

Une des visées des soins est de favoriser l'intérêt de l'enfant pour sa propre pensée plutôt que pour les agir, permettre de maintenir les apprentissages et intégrer les contraintes de l'éducation.

Caractéristiques des actions

Les enfants/adolescents sont majoritairement suivis en ambulatoire, soit individuellement soit en groupe, sous de multiples formes dont le point commun est la possibilité de mobiliser plusieurs professionnels de façon concertée et en articulation avec l'extérieur (éducation nationale...). Certains sont hospitalisés de jour ou soignés dans des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP). Très peu sont hospitalisés à temps plein (pour des durées limitées). La grande majorité reste intégrée dans son lieu de vie habituel, familial et scolaire. Les enfants et adolescents hospitalisés en pédiatrie peuvent recevoir des soins psychiques grâce aux équipes de pédopsychiatrie de liaison.

Pour permettre une mise en commun et une réflexion partagée avec tous les intervenants concernés, le dispositif de soins pédopsychiatriques s'articule avec les services de pédiatrie, les maternités, la psychiatrie des adultes, l'éducation nationale, le médico-social, le social, la justice parfois, l'aide sociale à l'enfance, le conseil général et les mairies.

Modalités de travail des équipes, contenu

Procédure diagnostique

Quelle que soit l'origine des troubles, le plus souvent multiple et complexe, la psychiatrie infanto-juvénile s'efforce de les prendre et de les comprendre dans leur globalité. Cette globalité demande une connaissance de l'histoire de l'enfant (somatique et affective), de l'environnement dans lequel il vit, du contexte de la survenue des symptômes, des retentissements sur les différentes sphères. C'est ainsi que le pédopsychiatre parvient à une compréhension psychopathologique qui intègre différents niveaux : biologique, génétique, somatique, psychoaffectif, développemental, social. Sa formation initiale médicale lui donne les outils pour distinguer ce qui relève d'examens complémentaires somatiques que le pédiatre ou le médecin généraliste déterminera (sensoriels, imagerie neuro-pédiatrique, génétique voire métabolique par ex) et ce qui demande des bilans complémentaires qu'il réalise dans le service (psychologiques, orthophoniques, psychomoteurs, fonctionnels...). Sa formation de psychiatre lui a enseigné les manifestations pathologiques des grandes entités psychiatriques mais aussi l'importance des dimensions psychologiques et relationnelles qui se construisent dès la naissance avec les parents, la famille. Il a appris l'impact de l'environnement sur le bébé, dans sa grande richesse, sa force et sa fragilité. C'est toute la complexité de la construction d'un être humain qu'il prend en compte pour comprendre le trouble et la souffrance de l'enfant dans sa singularité lors de la consultation pédopsychiatrique et lors des réunions de synthèse avec ses collaborateurs.

Elaboration du projet de soin

A partir de cette compréhension psychopathologique (dimension fondamentale de la démarche diagnostique), le pédopsychiatre élabore avec les professionnels concernés, en alliance avec l'enfant/l'adolescent et avec ses parents, un projet thérapeutique qui n'occupera qu'un temps limité de sa vie quotidienne et qui, sauf injonction judiciaire, ne peut en aucun cas être imposé aux parents. Le projet peut s'inscrire sur une durée plus ou moins longue et plus ou moins intensive, dans les situations de crise ou se dérouler sur un temps plus long lorsque la pathologie est importante. Mais même dans ces cas, l'objectif est toujours de limiter l'intervention de la psychiatrie au temps où elle est absolument nécessaire en ayant, aussitôt que possible, recours aux dispositifs habituels de l'enfance qu'ils relèvent de l'éducation nationale ou des structures

sociales ou médico-sociales. Le projet de soin est toujours évolutif en accord avec les familles et étroitement articulé avec les autres structures de l'enfance. Il est régulièrement réévalué et réajusté avec l'accord de l'enfant et de ses parents.

Le pédopsychiatre accompagne également les parents pour qu'ils puissent faire face aux difficultés de leurs enfants comme aux difficultés de leur parentalité.

Le soin comprend des actions psychothérapeutiques de natures différentes suivant les symptômes, leur inscription, les défenses psychologiques, les possibilités de remaniement psychique. Les actions de soins utilisent le plus souvent des médiateurs.

C'est dans un contexte de prise en charge globale qu'il fait des interventions spécifiques (orthophonie, psychomotricité, groupe thérapeutiques, psychopédagogie, aide éducative, groupe d'habiletés sociales...).

Actions de soin plus intensives

Le soin en hôpital de jour ou en CATTP intègre des activités à but éducatif, rééducatif et pédagogique ; le temps de l'enfant se partage entre la scolarité adaptée et les temps de soins, avec une collaboration régulière entre lieu de soins et lieu pédagogique, formalisée d'ailleurs dans la loi de février 2005. Le plus souvent les enfants et adolescents ont une scolarité normale, certains avec des aides telles que les auxiliaires de vie scolaire (AVS), ou sont dans des classes spécialisés ; d'autres sont pris en charge dans des structures médico-sociales ; enfin un petit nombre est scolarisé à l'intérieur des lieux de soins dans des classes conduites par des instituteurs détachés de l'éducation nationale.

Modalités

La pédopsychiatrie se situe dans une clinique des difficultés d'investissement plutôt que dans celle du déficit. Elle s'adresse à ce qui est mobilisable chez l'enfant. Elle n'est pas figée sur une technique car elle prend en compte la diversité des enfants/adolescents qui sont soignés, la complexité de leurs difficultés, l'évolution de leur fonctionnement, la dimension développementale et les différents niveaux d'attente.

Conclusion

La pédopsychiatrie se réfère à une éthique du soin qui implique, qu'en utilisant au mieux les moyens qui lui sont confiés, elle construise les traitements et les accompagnements les plus adaptés en tenant compte de l'état des savoirs et de la réalité des données de la science et des particularités personnelles de l'enfant et de sa famille. Elle réajuste régulièrement ses interventions, en fonction de l'effet de ses actions et de l'évolution de la situation avec le souci constant de ne pas méconnaître des effets négatifs. Elle dose l'intensité de ses soins en prenant en compte le point de vue de l'enfant et de ses parents, en les respectant comme personnes, dans leur autonomie et leur valeur et sans réduire l'enfant à une fonction. Confiante dans l'importance des échanges humains tels que partager des émotions, expérimenter ensemble, se faire une représentation de l'autre, elle donne une place majeure à la relation médecin-malade dans laquelle ce n'est pas seulement la technique des soignants, mais aussi leur personne, qui se met au service des enfants et de leur famille.

Commentaires concernant la recommandation

Place de la FFP-CNPP

La FFP-CNPP a activement participé à la réalisation de la recommandation de la HAS sur l'autisme en cours de publication. Nombre de ses membres y ont été présents à tous les stades de sa construction. Elle avait réalisé celle traitant du diagnostic précoce et s'était engagée dans la préparation d'une recommandation sur la prise en charge thérapeutique des enfants souffrant de troubles autistiques. Dans ce but, certaines de ses associations avaient finalisé, après deux années de travaux, un document préalable intitulé « Evaluation du parcours de soins des enfants autistes en service de psychiatrie infanto-juvénile ».

Nous avons dès le départ (comité de pilotage) porté l'attention de la HAS sur des biais qui pourraient fragiliser la validité de cette recommandation.

Les recommandations se sont par ailleurs accompagnées, dans l'opinion publique, d'une thèse, d'allure cohérente, et faisant apparemment recours à la science mais qui est construite à partir d'amalgames et de distorsions; les multiples questions que pose le traitement de l'autisme se sont ainsi réduites ces derniers temps à un affrontement entre psychanalyse et thérapies comportementales dans une simplification polémique que la FFP-CNPP estime nécessaire de rediscuter sur le plan de la recherche et de l'expérience des soins.

Réserves de la FFP-CNPP

La première réserve fut la délimitation du champ de l'étude qui concerne les enfants et adolescents souffrant d'autisme et de troubles envahissants du développement. En pédopsychiatrie comme en médecine, il n'est pas possible de mettre en évidence l'efficacité, même relative, des interventions thérapeutiques si l'étude porte sur autant de formes cliniques et sur une trajectoire aussi longue. Nous ne connaissons pas de recommandation ayant porté sur un domaine aussi vaste.

La deuxième réserve - qui apparaît clairement dans la recommandation - est la définition des interventions thérapeutiques qui disparaissent presque totalement hormis des prises en charge intégratives qui trouvent un accord d'expert. Le mot psychothérapie disparaît et la dimension thérapeutique n'est évoquée qu'au sujet du traitement médicamenteux. La recommandation est donc uniquement une recommandation sur les interventions éducatives. Ainsi elle ne peut être considérée comme rigoureuse puisqu'elle ne considère comme évaluées que les méthodes qui se soumettent à une évaluation purement comportementale et dont le grade de preuve reste modéré. Cette conclusion est naturellement la conséquence de notre deuxième réserve et en lien avec la méthodologie appliquée qui correspond à une évaluation scientifique portant uniquement sur les comportements.

Commentaires de la FFP-CNPP

La question se pose de savoir si un modèle général peut donner lieu à un consensus et/ou, si et comment la recherche peut apporter des éléments de réponse à ces questions. Les modèles généraux qui sous-tendent les approches et/ou techniques devraient être précisées, de même que les principes sur lesquels chacune de ces approches tente de répondre aux symptômes, troubles du comportement et inaptitudes dont souffre l'enfant, l'adolescent et l'adulte concerné, ainsi que son entourage. La compréhension de la fonction du comportement de l'enfant suppose une analyse du contexte du comportement qu'il soit pathologique ou normal, et donc, dans certains cas au moins, de sa logique et de sa signification.

C'est cet abord qui est typiquement mis en œuvre dans les psychothérapies psychodynamiques et le fait de "se sentir compris" est difficilement dissociable de l'alliance thérapeutique et du développement.

Nous pouvons considérer ces recommandations comme une boîte à outils très riche et diversifiée. Ces outils cernent la vie de l'enfant autiste qui est appréhendée sous l'angle du handicap. Cette recommandation prend le parti de la compensation des déficiences, piste nécessaire certes, mais qui doit être complétée par une recherche de l'investissement des potentialités par rapport à l'avenir de l'enfant. Il manque donc tout le volet thérapeutique qui demeure nécessaire dans les troubles envahissants du développement et dans l'autisme. Ces pathologies nécessitent souvent, à un moment de leur parcours, le recours à la pédopsychiatrie qui mobilise les processus psychiques des enfants et adolescents par des interventions multiples et concertées.

La pédopsychiatrie reste ouverte à toutes les approches et toutes les évolutions non limitatives qui lui permettront de mieux soigner les enfants et adolescents qu'elle a en charge. Les troubles envahissants du développement et l'autisme constituent une part conséquente de sa file active mais surtout une grande part dans son investissement. Elle demande aux pouvoirs publics de ne pas alimenter des clivages dont seuls les patients et leurs familles supporteront les dégâts.

Professeur Gérard Schmit
Président sortant

Docteur Nicole Garret-Gloanec
Présidente de la FFP-CNPP

Docteur Jean-Jacques Laboutière
Président élu

Docteur Danièle Roche-Rabreau
Secrétaire Générale

Docteur François Bridier
Président du collège
Pédopsychiatrie

Docteur Jean-Michel Thurin
Président du collège Recherche

Docteur Marie-Michèle Bourrat
Présidente de la SFPEADA

Docteur Roger Teboul
Président de l'API

Docteur Fabienne Roos-Weil
Présidente du collège
Pédopsychiatrie SIP

Docteur Françoise Moggio
Directeur général adjoint
ASM 13

Professeur Michel Botbol
Secrétaire Général AFP

Docteur Antoine Besse
Président d'honneur AFPEP