

V.- Soigner, prendre soin



Construire une véritable politique de santé pour les enfants

Dans le champ de la santé, l'ADA souhaite rappeler combien les orientations ministérielles manquent de lisibilité ces dernières années (des recommandations disparates sur les mesures de prévention et les examens de dépistage chez l'enfant en fonction de son âge, des conseils de puériculture moderne hétéroclites, souvent orientés en fonction d'intérêts commerciaux, des politiques de réseaux encore insuffisamment soutenus et développés, des insuffisances encore notables dans les politiques d'accompagnement sanitaire et scolaire des enfants en situation de handicap,...) et autant dans le champ des soins aux enfants.

Faut-il rappeler combien la situation des hôpitaux est alarmante aujourd'hui ? En maternité, en pédiatrie, la gestion des personnels à flux tendu, en fonction de la T2A (Tarification à l'activité) qui établit le budget des établissements de soins en fonction de leur seule activité promeut l'ingénierie de l'acte en lieu et place du traitement de l'humain.

La loi « *Hôpital, patients, santé et territoires* » (HSPT), qui contribue à transformer l'hôpital en entreprise induit, un fort processus de réification conduisant les personnels à se préoccuper davantage du juste prix que du juste soin. Fonctions, métiers, actes soignants sont sous-valorisés, pervertis, instrumentalisés au seul profit d'une représentation managériale et libérale de la santé.

Accréditation, certification, évaluation s'édicent au quotidien sans entraîner de progrès tangible dans la qualité de la prise en charge hospitalière des enfants et de leurs familles. Ainsi pour exemple, selon le rapport Euro-peristat (2009), la France a le taux de mortalité (naissances d'enfants sans vie) le plus élevé d'Europe (9,1 pour 1.000 naissances totales) ; le taux de césariennes varie de 14 % à 38 % dans les différents pays de l'Union européenne mais atteint 20 % en France... Plus encore, un rapport de 2007 de l'Unicef intitulé *Le bien-être des enfants dans les pays riches* montre que, parmi vingt et un pays de l'OCDE, la France occupe le seizième rang.

Quelle est la place de l'enfant malade, handicapé, en souffrance, troublé dans son corps ou son psychisme dans notre société ?

En ces lieux dits hospitaliers, elle est à chaque fois à rappeler :

- les séparations précoces mère-enfant sont encore trop habituelles, rendues parfois obligatoires par des contingences de restrictions de lits en réanimation pédiatrique ou maternité de niveau 3 ;
- la présence de psychologues, assistants sociaux, éducateurs de jeunes enfants parfois encore trop rares auprès des enfants hospitalisés ;
- l'accès à l'éducation, la culture, souvent relégué à l'arrière-plan des dispositifs dits d'humanisation alors qu'ils constituent un droit inaliénable pour tout enfant...

En maternité, pédiatrie, consultations de PMI, le manque d'accompagnement des parents et futurs parents est manifeste.

L'ADA souhaite aussi dénoncer la déliquescence, plus, le véritable gâchis du système de santé scolaire en France avec un déficit important de moyens qui lui sont affectés : en moyenne, un médecin scolaire a la charge de 20 établissements, les médecins scolaires partent à la retraite sans être remplacés, les conditions de travail des vacataires sont très dures (charge de travail importante, faiblesse de la rémunération). L'ADA souhaite tout autant que la P.M.I. redevienne un véritable acteur de la périnatalité, repositionné dans le cadre global des dispositifs de soins ; à cette fin, les moyens qui lui sont affectés doivent être réévalués et les métiers même revalorisés.

Dans le champ de la santé dite mentale, que manque-t-il ? Nous constatons tous :

- Le démantèlement de toute la psychiatrie de secteur ;
- la disparition des lits d'hospitalisation en pédopsychiatrie ;
- le manque criant de moyens alloués pour soigner les enfants et adolescents et, partant, les risques encourus pour eux-mêmes, leurs familles et la société. Rappelons qu'en dix ans, l'activité des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile a vu son volume augmenter de 70 % ;
- la volonté de définir la psychiatrie de l'enfant (comme celle de l'adulte d'ailleurs) sur le modèle des autres spécialités médicales ;
- la hiérarchie gestionnaire des seuls troubles, symptômes et autres signes de « dys »fonctionnements ; la médicalisation de la souffrance psychique (Cf. la « ritalinisation » des enfants dits hyperactifs) ;
- les nouvelles missions de détection, dès le plus jeune âge des enfants présentant des troubles du comportement, qui risqueraient d'évoluer sans cette intervention vers la délinquance (Cf. Rapport INSERM de 2005) ;
- les polémiques hasardeuses et violentes sur le traitement de l'autisme infantile et la prise en charge des enfants présentant des troubles graves et invalidants du développement (Cf. le plan autisme 2008-2010).

La liste serait bien longue pour dire le travail de désintégration de grande ampleur de ce champ et l'effondrement de tout ce qui fit un temps l'honneur de la pédopsychiatrie humaniste à la française, reconnue et copiée partout. Du coup, cette discipline se désertifie, les listes d'attente s'allongent en consultation (les délais pour obtenir un premier rendez-vous varient parfois entre six mois et un an), les structures de soins sont débordées. Le rapport Buisson, du Conseil économique, social et environnemental, a pointé, en février 2010, les lacunes de la prise en charge des troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent en France. Même si les pouvoirs publics sont conscients du manque de moyens de cette discipline, au moment des arbitrages budgétaires, elle reste toujours la grande perdante.

L'ADA dénonce le manque chronique de ressources nécessaires pour répondre de façon adéquate aux besoins des enfants qui consultent et sont pris en charge en pédopsychiatrie. Il s'associe à la demande de dotation en termes budgétaires et humains pour ces services et ces professionnels, seuls garants du maintien de leur qualité et de leur expertise, conditions essentielles pour travailler la complexité des situations cliniques auxquelles ils sont confrontés au quotidien.

L'ADA souhaite mettre le gouvernement face à ses responsabilités et le pousser à redonner tous les moyens utiles et nécessaires à la prise en compte de la santé des enfants. L'accès des enfants à des soins de qualité est d'une impérieuse nécessité.

Dans le rapport final de la 5e conférence ministérielle Santé-Environnement en Europe qui s'est tenue à Parme du 10 au 12 mars 2010, il est noté que « dans de nombreux pays européens, les investissements visant à améliorer la santé des enfants sont très faibles. Nous avons beaucoup de mal à le comprendre, car les enfants sont notre avenir. »

La France fera-t-elle longtemps partie du peloton de tête des pays d'Europe où la santé de l'enfant est en danger ?



Contribution des pédiatres ambulatoires aux états générEux de l'enfance (atelier 3)

L'objectif de cet atelier n° 3 intitulé : « Prévention et soutien à la parentalité », « vise à intervenir le plus en amont possible sur les risques de mise en danger de l'enfant. »

Cette prévention passe par le soutien à l'émergence et à l'épanouissement de la capacité à devenir parents. Que suppose cette prévention primaire pour s'avérer efficace ?

- Intervenir le plus précocement possible après la naissance.
- Être effectuée par un acteur porteur d'une formation et d'une compétence reconnue dans les domaines de la clinique somatique et psychoaffective qui sont si étroitement liés dans le développement de l'enfant.
- Être portée par un acteur amené à rencontrer régulièrement et durablement les enfants et leurs parents, et capable de susciter et justifier leur confiance.
- De part sa fonction, il doit être un acteur capable de dépister, d'apporter du soin, de l'écoute, du soutien, et, si nécessaire, capable d'orienter et de coordonner les actions de différents acteurs médico-sociaux au sein d'un réseau pluridisciplinaire de prévention et de soin.

1 500 pédiatres libéraux exercent encore en France.

Le pédiatre se définit comme le médecin spécialiste de l'enfant et de l'adolescent assurant une mission de soins, de dépistages et de prévention. De part sa formation initiale et continue, son exercice exclusif qui lui confère une expertise unique sur le développement somatopsychique de l'enfant au sein de sa cellule familiale et son implication au plus près des familles, le pédiatre libéral se trouve être un des acteurs privilégiés de cette action de prévention et de soutien à la parentalité.

Le cadre législatif qui préconise des consultations pédiatriques à la naissance, au 8^o jour, tous les mois jusqu'à 6 mois, tous les 3 mois jusqu'à 12 mois, tous les 4 mois jusqu'à 2 ans, tous les 6 mois ensuite, institue une régularité et une pérennité des rencontres pédiatre-enfants et sa famille. Sa proximité et sa disponibilité pour les petits comme pour les grands problèmes favorise l'établissement d'une relation de confiance durable.

Sa formation le rend capable à la fois d'assurer le dépistage précoce des pathologies graves et leur mise en traitement et d'entendre les difficultés psychiques que peut rencontrer un bébé ou un enfant dans une famille qui souffre ou qui se trouve dans un environnement défavorable. De part sa capacité professionnelle et les réseaux tant publics que privés qu'il sait utiliser, il est à même d'orienter et de coordonner les prises en charges.

Le pédiatre libéral constitue donc, à l'évidence, un des pivots de cette action de prévention et de soutien à la parentalité.

Il a été souligné, dans cet atelier, l'importance de soutenir et d'améliorer les structures existantes, d'en harmoniser les fonctions, de renforcer et optimiser les liens entre elles avant d'envisager la création de structures nouvelles. La disparition des pédiatres libéraux est inéluctable à court terme si le nombre des pédiatres formés n'est pas très rapidement augmenté et ce de manière très significative.

Il serait souhaitable de prendre en compte le rôle actif des pédiatres de proximité dans cette action de prévention et de soutien à la parentalité plutôt que d'effectuer un constat trop tardif de l'effet délétère de leur disparition.

Docteur Jacques ROMIEU
Association Française de Pédiatrie Ambulatoire

Doléances

Nous demandons des moyens adaptés pour que les SESSAD (Services d'Education et de Soins Spéciaux à Domicile) demeurent le moteur d'une nouvelle dynamique d'accompagnement dans l'éducation et la scolarisation des enfants en situation de handicap.

Professionnels et acteurs de terrain dans les services de soins et d'accompagnement spécialisés pour enfants de l'APAJH de l'Essonne, nous continuons à alerter sur les conséquences **MALENCONTREUSES** ou **DÉRIVES** de l'application de la loi du 11 février 2005 dite « Loi pour l'égalité des droits et des chances des personnes en situation de handicap ».

Cette loi, qui défendait, entre autres, un **DROIT À L'ÉCOLE POUR TOUS**, de la maternelle à l'université, semblait s'inscrire dans le même esprit que les nouvelles nomenclatures de l'Organisation Mondiale de la Santé. Au lieu de se fixer essentiellement sur les déficiences de la personne, elle mettait l'accent sur les potentialités et les interactions entre la personne et son environnement avec l'objectif de contrer l'exclusion sociale.

Cette évolution dans l'approche du handicap permettait de prendre en compte les obstacles de l'environnement pour en réduire les effets. Elle impliquait le développement du travail en réseau et celui des services d'accompagnement.

Cette loi qui aurait dû représenter un espoir pour les enfants, leur famille et les professionnels s'avère être un effet d'annonce très médiatisé et se heurte à une réalité bien différente.

En effet, dès décembre 2005, un décret d'application de la loi vient reléguer le droit à l'école à une simple priorité... et quelques mois plus tard, nous apprenons la suppression programmée au niveau national de plus de 8 500 postes d'enseignants entraînant, bien évidemment, des fermetures de classes et des menaces de redéploiement des postes d'enseignants spécialisés mis à disposition ou détachés dans le médico-social. Dans ce contexte de réduction des moyens, c'est 12 000 postes en 2010, la loi n'est plus applicable et les premiers effets visibles de ce double discours affectent l'offre scolaire adaptée et plus particulièrement les élèves en grandes difficultés, en situation d'échec.

Depuis des années, les professionnels du médico-social, les enseignants et les parents déplorent la fermeture progressive des classes d'adaptation, de perfectionnement ainsi que des classes ou ateliers de SEGPA (Section d'Enseignement Général Professionnel Adapté) en collège.

Aujourd'hui, la mise en place des classes d'intégration CLIS (Classe pour l'Inclusion Scolaire) et UPI (Unité Pédagogique d'Intégration) aurait du, pour répondre à la diversité des besoins, compléter le dispositif existant. En réalité, en nombre et en contenu de scolarisation adaptée, il n'y a ni compensation ni possibilité d'un parcours scolaire incluant l'accès au lycée, d'autant que le nombre de SESSAD pour les adolescents est dérisoire.

Loin des ouvertures attendues par la mise en place de la loi, avec le projet scolaire individualisé, nous assistons aujourd'hui davantage à un déplacement de la discrimination avec, notamment, la systématisation d'un parcours unique pour tous ces enfants (CLIS – UPI – IME – SIFPRO – ESAT).

Bien entendu, nous ne remettons pas en cause le bien fondé d'un tel parcours pour certains enfants mais nous déplorons son application systématisée et inévitablement définitive qui fige toute évolution possible.

Par manque de places, de solutions adaptées et alternatives, sans un travail partenarial, c'est une logique ségrégative qui tend à se généraliser.

Pour rappel, depuis la création des Services d'Éducation et de Soins à Domicile sur le département, le parcours scolaire de ces enfants au bord de l'exclusion devrait se construire en partenariat étroit entre les enseignants, les parents, les professionnels des SESSAD ou autre service intervenant auprès de l'enfant dans une approche globale de ses difficultés mais aussi de ses aptitudes et capacités.

L'objectif clairement travaillé est de permettre à l'enfant une vie sociale et scolaire harmonieuse, adaptée à son environnement lui permettant un accès optimal aux apprentissages et un avenir dans la société.

Dans ce contexte de gestion de la pénurie, la loi ne se traduit plus que par une conception réductrice de « l'inclusion scolaire » dont le but se satisferait d'assigner ces enfants à une place à l'école, ce qui compromet, dans une perspective dynamique, la notion de parcours scolaire accompagnant l'évolution de l'enfant et de l'adolescent.

Dans les faits, nous constatons, depuis plusieurs années, que certaines décisions d'orientation prononcées par des commissions de l'Éducation Nationale se prennent uniquement à partir de critères d'évaluation interne (tests, évaluations nationales) et contribuent paradoxalement à la mise en place d'une filière handicap standardisée qui équivaut à une ségrégation sans mur avec les effets pervers d'une exclusion qui ne s'avoue pas.

Cette stigmatisation précoce entrave la réalisation de trajectoires personnelles optimales pour certains enfants, génère beaucoup de souffrance, renforce et met hors jeu le projet individuel de scolarisation élaboré en partenariat avec tous les professionnels de terrain.

Reviendrait-on à une logique de filière « handicap » et de structure « spécialisée » qui se substituerait insidieusement au parcours individualisé de formation ?

Les nombreuses ruptures de scolarité qui en résultent seraient pourtant largement évitables dans le cadre d'une offre de scolarité adaptée accompagnée par des prises en charge globales spécialisées et de soutien individualisé.

Cela éviterait aussi que les services d'accompagnement, au lieu d'être considérés comme facteurs potentiels d'évolution, soient paradoxalement utilisés comme outils justifiant un parcours ségrégatif qui se traduirait par SESSAD = déficience.

L'expérience des services d'accompagnement, relayée par les enseignants et les parents, confirme pourtant que des difficultés cognitives ou des situations d'échec scolaire ne sont pas dans tous les cas des déficiences intellectuelles ou mentales globales avérées et définitivement fixées.

En mettant l'accent sur des contradictions importantes entre l'esprit de la loi de février 2005 et la réalité de sa mise en place dans le contexte socio-économique actuel, nous déplorons que la persistance de telles stigmatisations dans le parcours scolaire des enfants ne fasse que relancer la désespérance et pérenniser l'exclusion de ceux qui vivent le handicap au quotidien.

Redonnons tout son sens au service public d'éducation nationale et spécialisée à travers un accès pour tous à la formation tout au long de la vie.

Faisons en sorte ou exigeons que la qualité de l'intégration des enfants et adolescents en situation de handicap devienne un indicateur de la qualité de l'efficacité des services de l'État en ce qui concerne l'éducation pour tous.

APAJH 91

Doléances

La psychiatrie Infanto-juvénile est particulièrement mise à mal par l'absence d'une véritable politique de santé, remplacée par des objectifs ciblés :

- soit sur des pathologies rebaptisées (et réduites au passage) « troubles » au nom d'une illusoire objectivité qui serait le support de l'égalité d'accès aux soins,
- soit sur des objectifs économiques inspirés du marché de la consommation dont le vocabulaire est désormais le seul utilisable pour caractériser les établissements de santé.

Nos doléances :

Promotion des soins psychiques pour tous, y compris pour les enfants et adolescents. Il faut donc :

- Une véritable politique de santé, prenant en compte la globalité de chaque personne susceptible d'avoir recours aux soins
- Un financement pérenne des missions attribuées à la pédopsychiatrie, prenant en compte le fait que la pratique repose essentiellement sur le personnel soignant, et que les articulations avec les partenaires sont aussi consommatrices de temps que les soins directs. Le rapport récent du CES pointe la faiblesse des moyens humains et matériels attribués aux services de soins.
- Valoriser les activités de prévention menées par de nombreux acteurs dont la PJJ.
- Des formations adaptées à la pratique de cette **spécialité**, reposant sur la transmission des savoirs et des savoir-faire accumulés, caractérisés par les efforts d'intégration des diverses connaissances développées. En particulier, il importe de renforcer l'enseignement Universitaire destiné à toutes les professions impliquées en multipliant les implantations des unités d'enseignement dans les régions.
- Assurer une information du public sur les projets et l'organisation, sans se reposer sur les seuls soignants pour le faire

Ces différents points concernent l'ensemble des affections, bénignes ou graves qui atteignent les enfants et adolescents dont les professionnels du soin ont une responsabilité et une compétence essentielles dans la définition des pathologies concernées : leur description, leur diagnostic, leurs PEC. Nous insisterons néanmoins sur deux aspects spécifiques :

- À propos de l'autisme et des troubles apparentés, nous voulons que la politique de santé affirme la nécessité pour les patients qui en sont atteints d'avoir accès à des PEC coordonnées, intégratives **sans exclusive**, et que les modalités de scolarisation soient soutenues par des mesures concrètes, reposant là encore, sur des personnels formés.
- Enfin, la professionnalisation des métiers de l'enfance est une nécessité. L'importance qui est accordée à cette question pour les lieux d'accueil de l'enfance vivant en famille aussi bien que pour les lieux d'accueil social ou éducatif est déterminante pour l'avenir.

Prendre soin des enfants des autres exige des conditions non comparables à celles de la parentalité.

Association des psychiatres de secteur infanto-juvénile

Souquons !

Psychologues freudiens, orientés par la psychanalyse, et fiers plus que jamais de l'être, nous vous invitons à entendre ceci :

Nous exerçons dans divers champs d'activités et recevons des familles – enfants, parents, alliés – des travailleurs sociaux, des citoyens de professions diverses, chacune et chacun de nous n'en étant pas moins citoyen(ne), parent, grand-parent, tante ou oncle ou proche – ami(e) voisin(e) – d'enfants que nous connaissons, et ancien enfant elle ou lui-même ! Psychologues à l'hôpital, en centres de consultation, en CMPP, en CAMSP, en IME, à l'Éducation nationale, en PMI, à l'ASE, en libéral, la liste n'est pas close de nos lieux d'activités. Il s'en crée tous les jours, dans le secteur associatif dont l'expansion est encore difficile à déchiffrer.

Que nous apprend notre formation permanente et infinie ? Qu'un certain nombre de nouveaux mots ont pris place dans notre champ d'action : troubles, évaluation, gestion, fiches, code, bonnes pratiques, questionnaires. Ils tendent à recouvrir comme un filet notre espace d'activité professionnelle mais aussi – c'est plus grave – notre pensée et – pire encore – celle de tout un chacun. Deux exemples : « gestion » et « évaluation » infiltrent l'activité professionnelle de tous mais aussi la vie quotidienne et les récits de vie que nous entendons. « Je gère mon enfant, ma famille, mes parents, mon cancer... » ; « J'ai eu mon évaluation aujourd'hui », entendu de la bouche d'un enfant scolarisé ou d'un adulte exerçant une activité professionnelle.

Nous ne cédon pas, car il y va de l'identité de notre profession, sur la singularité de la parole, la nôtre d'abord pour pouvoir accueillir celle, tout aussi singulière, des enfants et des familles que nous rencontrons. Elle est notre instrument de travail. Le sujet parlant souffre de mots mal entendus. Sa chance est de pouvoir, avec nous, dire autrement les choses douloureuses et augmenter sa marge de manœuvre en conservant sa dignité propre, si jeune qu'il soit.

Aujourd'hui, des mots s'imposent à nous, que l'on voudrait corrélés à de nouvelles façons de faire, pas si nouvelles que cela, d'ailleurs, mais étayées sur de nouvelles techniques.

Voilà que dans les institutions publiques relevant de la Fonction publique hospitalière on nous somme d'alimenter, à l'instar de nos collègues médecins, infirmiers, éducateurs, assistants sociaux, le Relevé informatisé des données médicales en Psychiatrie – Rim-Psy.

Or, cette injonction qui nous est faite vient en opposition avec notre éthique et la confidentialité de l'accueil que nous devons aux personnes – petites et grandes – que nous recevons. On nous garantit l'anonymisation des données mais comment croire, avec les précédents bugs informatiques dont la presse s'est fait l'écho, le dernier en date étant celui de données bancaires de clients de la SNCF, que cette anonymisation a un sens, qu'elle peut être garantie ?

Songez à ces « dossiers à charge » contre les enfants que peuvent constituer chacun en soi mais bien pire encore tous ensemble les différents fichiers les concernant : Base-Elèves, Sconet pour les plus grands et, dans l'indifférence quasi générale, le Rim-Psy ? Sans parler des questionnaires divers et variés qu'en quasi catimini les différents ministères ou organismes privés ou semi-publics tentent avec des succès divers, selon les départements, de leur imposer ?

Que les enfants puissent grandir sans la menace de ce que nous avons nommé des « dossiers à charges » prêts à se constituer à tout instant, ne devrait-il pas être la règle ? Sigmund Freud, en son temps, a pu écrire qu'éduquer, soigner et gouverner étaient trois métiers impossibles. S'affronter au réel, à la complexité de l'humain et aux questions que posent le devenir, la santé, la souffrance imputable au psychisme et l'éducation des enfants nécessite d'autres moyens que ceux du dépistage prédictif, de la mise en fiches, en grilles et de la déduction pseudo-scientifique de données statistiques.

Les acteurs de la psychiatrie de secteur, qui vient d'être balayée d'un trait de plume ou d'un clic sur une touche d'ordinateur, étaient soucieux, respectueux de cette complexité à toujours faire exister. Donnez-leur, donnez-nous les moyens de pouvoir, encore, contribuer à la construction de petits sujets vifs et intelligents. Cela passe, selon nous, par une volonté sérieuse et décidée de ceux qui nous gouvernent, qui légifèrent, qui décrètent, de s'engager du côté de la vie en ne cédant pas, non plus, sur leur éthique.

www.psychologuesfreudiens.org
Contact : infopfreudiens@free.fr



Accueil et hospitalisation des Enfants

À l'occasion des prochains états Généreux de l'enfance, l'association Sparadrap, qui œuvre depuis plus de quinze ans en direction des enfants malades et hospitalisés et de leurs proches souhaite exprimer des doléances issues des informations qu'elle a pu recueillir à l'occasion de son activité. Celles-ci résultent des enquêtes réalisées par l'association, des courriers reçus de parents, et des contacts pris avec les équipes soignantes.

Nos doléances portent essentiellement sur les conditions d'accueil et d'hospitalisation des enfants :

- En dépit des recommandations contenues dans deux circulaires ministérielles des enfants sont encore trop souvent séparés de leurs parents ou proches à des moments importants et potentiellement traumatisants : séjour en réanimation médicale ou postopératoire, néonatalogie, bloc opératoire et salle de surveillance post-anesthésique, scanners et IRM ou autre geste radiologique, soins douloureux, services d'urgence. Cela alors qu'il est reconnu que la présence d'un parent peut réduire la détresse psychologique de l'enfant, tout en rassurant le parent.
- De nombreux enfants sont pris en charge et hospitalisés dans des contextes non-pédiatriques où leurs besoins psycho-relacionnels ne sont pas respectés : cadre non adapté à l'enfant, absence de formation spécifique des personnels, absence d'équipe psycho-éducative (éducateur de jeunes enfants, école à l'hôpital, psychologue). Dans ces contextes, ils peuvent être exposés à des situations traumatisantes du fait du mélange des âges et des pathologies. Ces situations se rencontrent dans les hôpitaux non-pédiatriques accueillant des enfants et dans les établissements privés.
- Alors que les moyens existent et sont disponibles pour prendre en charge la douleur de l'enfant dans la plupart des situations, ces moyens sont très inégalement mis en œuvre et la formation des personnels à la douleur est inégale et reste globalement insuffisante. Nous avons connaissance de situations de non-prise en charge de la douleur qui sont choquantes.
- La fermeture programmée de services ou d'hôpitaux pédiatriques (tels que l'Hôpital Armand Trousseau) risque de laisser sans terrain de stage pédiatrique des centaines d'étudiants en médecine
- Des pathologies spécifiques de l'enfance et de l'adolescence et comportant une forte dimension psychosociale, sont mal prises en charge : saturnisme, obésité, troubles psychologiques, suicides. Les causes de ces situations sont complexes : vision par pathologie au lieu d'une vision globale intégrant la dimension médico-sociale, formation insuffisante, attitudes normatives culpabilisant les familles au lieu de les aider en tenant compte de leurs difficultés.
- Les familles d'enfants souffrant de pathologies complexes, fréquemment congénitales et impliquant plusieurs organes et fonctions subissent un véritable « parcours du combattant » entre plusieurs services spécialisés et hôpitaux de long séjour ou pouponnières, personne n'assurant la coordination entre les intervenants. Ces enfants subissent des ruptures relationnelles à répétition qui s'apparentent à un nouvel hospitalisme et engendrent des séquelles psychologiques lourdes et définitives. Leurs familles vivent des situations très difficiles et ne sont pas aidées.

Nous espérons par ces quelques remarques contribuer au succès des états générEux de l'enfance, et plus largement à une meilleure prise en charge des enfants malades.

Pour l'Association Sparadrap,
Didier Cohen-Salmon, président.

De nouvelles pratiques à concevoir en périnatalité

Dans le champ de la périnatalité (grossesse, accouchement, premiers mois de vie, parentalité), l'Association Spirale souhaite rappeler les exigences suivantes et promouvoir toute réflexion et pratique s'en inspirant.

DES AUBES NAISSANTES...

En maternité

- Lutter contre les séparations précoces parents-bébé sans réel objet. Créer des conditions de soins des nouveau-nés auprès de leur mère (cf. unités kangourou)
- Ouvrir ces lieux le plus possible, à tous, fratrie (il existe encore des maternités où les enfants ne sont pas acceptés avant 15 ans et où les visites ne débutent qu'à 11 ou 14 heures), grands-parents,... mais assurer dans le même temps le respect de l'intimité et de la confidentialité
- Repenser l'allaitement, totalement, résolument
- Prendre son temps, pourquoi des sorties précoces, à J3 voire plus tôt encore ?
- Comment sont accueillis les bébés ? Qui leur parle, leur dit la vie, l'histoire de leur naissance, de leur famille ?
- Comment utiliser ces espaces extraordinaires pour les rendre féconds, porteurs de vie et de sens ?
- La question de la formation des équipes.

En réanimation néonatale, en néonatalogie

- Accompagner parents et équipes certes mais aussi les bébés, souffrants, intubés, ventilés...
- La place de la parole. S'adresser à l'autre, authentiquement.
- Prendre en compte la vie psychique des tout-petits, précoce.
- La question de la douleur. Quand sera-t-elle réellement reconnue et traitée ?
- Le corps du bébé, tellement nécessairement objet de soins qu'on en oublie qu'il est sujet, répétait Dolto.
- La puériculture n'existe pas, les bébés ne sont pas des plantes à cultiver, ils ont bien d'autres besoins que de survie, les identifier, les transmettre.
- Permettre le travail des mouvements archaïques que génèrent la rencontre et la confrontation avec l'infantile et la souffrance, parmi les équipes de soin et d'accueil. Leur permettre de mieux reconnaître les besoins et le langage des bébés, corporel. Travailler l'observation précoce.
- Créer des conditions d'hospitalisation moins difficiles, ouvrir les portes des services, accueillir les musiciens, le rire, les conteurs, la vie en somme et non la mort et la maladie à tous les étages. Rendre ces lieux « agréables » au niveau architectural (Ah ! ces univers vitrés et transparents où tout se voit et se sait, quelle confidentialité ?)

... AUX LENDEMAINS QUI CHANTENT

De pédiatrie en lieux de soins

- Les urgences. Tout reste à faire, assurément. Procédures administratives premières, file d'attente interminable, cadre désuet, personnel en sous-effectif souvent. Mais plus que tout, le corps souffrant et la pathologie seuls interlocuteurs d'un système anonyme et déresponsabilisant. Où sont les enfants sujets de leur maladie ? Quelle information leur est apportée, et à leurs parents ? Quel « consentement éclairé » peuvent-ils donner ? Quels mots seront posés sur ces événements qui leur arrivent si soudainement ? Quelles traces garderont-ils, non pas tant de la pathologie en cause, la chute, la fracture, la suture mais bien du traitement, de la considération dont ils auront pu bénéficier ? En quoi, parfois, les urgences ont-elles un véritable potentiel de traumatisme et de vrais effets iatrogènes. Comment accueillir enfant et famille en ce lieu si surchargé d'affects ?
- Les services. Redisons ici tout ce qui vient d'être exposé plus haut. Avec insistance.
- Les CAMSP. Arrêtons d'y découper les enfants en morceaux, de les soumettre à des rééducations violentes, incessantes. Soyons au plus près d'eux, enfant, famille, fratrie, dans le réel le plus quotidien tout autant que dans le travail sur les fantasmes. Développons cette approche sensible des tout-petits et de leurs familles, que Maurice Titran nous a laissée en héritage.
- *Primum non nocere* : écoutons les enfants, questionnons-les, faisons les participer, au plus tôt, à leur traitement. Faisons leur confiance, ne les infantilisons pas davantage, traitons-les comme des êtres responsables, capables de discernement, à condition qu'on leur explique les choses.
- Prônons l'intérêt des hospitalisations de jour, des traitements ambulatoires, voire à domicile, quand ils s'avèrent possible.
- Insistons sur les chambres parents-enfant (et non mère-enfant), les lieux de rencontre et de parole pour enfant et parents, conjoints et séparés.
- Évoquons l'école à l'hôpital, nécessaire lien avec la vie et la réalité ; la présence d'éducatrices (-trices) de jeunes enfants dans les services ; les bibliothèques des patients pour le rôle si important du livre auprès de ces publics « exclus de la parole » ; la culture à l'hôpital (pourquoi l'hôpital des enfants serait-il le lieu même de l'extra-territorialité de la culture ?)
- Répétons la nécessaire formation des personnels, régulièrement reprise et adaptée aux avancées de la médecine moderne, mais tout autant l'importance première de la reprise avec les psys
- Et la formelle égalité devant les soins et la souffrance. Pourquoi certains hôpitaux sont-ils surdotés et d'autres moyenâgeux encore ?

La prise en charge des maladies chroniques de la petite enfance

À repenser, pour sûr. S'inscrire dans un vrai partenariat de soins avec l'enfant et sa famille. Considérer l'enfant comme le sujet de sa maladie et le responsabiliser en ce sens. Travailler les échos psychiques péremptoirs de ces pathologies. Cesser de dissocier corps et psychisme, un corps souffrant fait souffrir mentalement et un esprit en peine souffre dans son corps.

Association Spirale
33 avenue Marcel Dassault, F 31500 Toulouse
Tél. 05 61 75 40 89 E-mail : contact@spirale-bebe.fr

COLLECTIF POUR UN NOUVEAU TROUSSEAU

Le scandale de l'hôpital Trousseau

Le conseil exécutif de l'AP-HP en janvier 2010 a pris une décision d'une extrême gravité puisqu'il proposait de démanteler totalement l'hôpital d'enfants Armand Trousseau. Si cette décision est mise en application l'hôpital Trousseau qui est un des plus grands hôpitaux pédiatriques hospitalo-universitaires français sera transformé en hôpital général avec uniquement un service de pédiatrie générale et un service de néonatalogie. On reviendrait ainsi 40 ans en arrière.

Cette décision est une aberration universitaire car la plus grande université française (Paris VI) n'aurait plus de pôle lourd d'enseignement et de recherche en pédiatrie. Alors que le nombre de pédiatres est en diminution et que les autorités de tutelle souhaitent que les médecins généralistes aient une meilleure formation en pédiatrie, on propose de casser un des plus grands centres de formation en pédiatrie de toute l'Île-de-France.

C'est également une aberration hospitalière car l'activité en pédiatrie spécialisée de cet hôpital est très importante. Il n'y a aucune étude sérieuse permettant de savoir comment ces activités pourraient être transférées sur les hôpitaux Robert Debré et Necker Enfants Malades.

- 30 000 hospitalisations/an soit plus de 100 000 journées d'hospitalisation
- 200 000 consultations spécialisées
- 45 000 urgences

C'est une décision incohérente car il a été créé sur le site de Trousseau un des plus grands centres de médecine fœtale de toute l'Île-de-France et que son fonctionnement ne sera plus possible si on supprime les spécialités pédiatriques médicales et chirurgicales.

Si cette décision est validée par le gouvernement, on pourra parler de « scandale de l'hôpital Trousseau » car elle irait à l'encontre de la cause des enfants – les plus gravement malades – de la région Île de France.

Professeur Albert Bensman
Chef de service de Néphrologie pédiatrique
Hôpital Trousseau Paris



COLLECTIF POUR UN NOUVEAU TROUSSEAU

L'enfant est l'Avenir de l'HOMME

Le politicien diffère de l'homme d'État. Le premier n'a les yeux fixés que sur les prochaines élections pour être réélu, le second a une vision à moyen et à long terme, il agit en conséquence et il mène une politique en faveur de l'enfant qui est l'avenir de notre pays.

L'enfant doit être pris en charge avant même sa naissance.

La médecine fœtale, nouvelle spécialité médicale, doit être développée et enseignée. Dans ce but, il a été inauguré il y a 2 ans un grand centre de médecine fœtale à l'hôpital Trousseau. Quelques brillants bureaucrates n'ont pas eu de meilleure idée que de proposer la suppression de toutes les spécialités médicales et chirurgicales pédiatriques de l'hôpital Trousseau ce qui aura comme conséquence de casser net ce centre qui fonctionne très bien.

Les centres de protection maternelle et infantile (PMI) sont très importants pour toutes les politiques de prévention mais la dévalorisation globale du métier de médecin de PMI risque d'empêcher tout recrutement satisfaisant à l'avenir.

Les mesures et projets récents gouvernementaux concernant les modes d'accueil notamment en crèche et à l'école maternelle convergent vers une dégradation des dispositifs existants.

Les lieux spécialisés de diagnostic pour les enfants handicapés ont encore été réduits à Paris.

Les hospitalisations répétées cassent la scolarité normale sauf si la présence d'enseignants à l'hôpital permet de maintenir le lien avec l'école. En 2007 il y avait 12 enseignants à l'hôpital Trousseau, en 2010, il y a en 8.

La quasi-totalité des pédiatres de ville qui partent à la retraite ne sont plus remplacés d'où la nécessité de mieux former les médecins généralistes à la pédiatrie. Il faut également continuer à bien former les futurs pédiatres. L'hôpital Trousseau est actuellement un des principaux pôles de formation en pédiatrie en Île de France. La proposition de démanteler l'hôpital Trousseau aura comme conséquence de casser ce très important pôle d'enseignement de la pédiatrie.

La place manque pour aborder le problème si important de l'école, notamment dans les quartiers défavorisés.

Mais nous avons suffisamment d'éléments pour répondre à la question : « Sommes nous gouvernés par des politiciens ou par des hommes d'État ? »

Professeur Albert Bensman
Chef de service de Néphrologie pédiatrique
Hôpital Trousseau, Paris

Refus d'accès aux soins des enfants de l'ASE

On connaît la problématique de l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU. On connaît moins le cas des enfants de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). La CSF tient à mettre en évidence cet aspect relevé par une enquête menée par le CISS en 2009¹ et qui pointe le cas de ces enfants placés en famille d'accueil bénéficiant à ce titre de la CMU.

Les médecins de ville ont l'obligation dans la plupart des cas de prendre en charge des enfants. Or, dans un certain nombre de cas, ces enfants sont victimes du refus de soin (notamment chez les spécialistes) pour les mêmes raisons que tout autre bénéficiaire de la CMU. Dans la plupart du temps, il s'agit surtout de refus d'application des tarifs conventionnels. Les parents des familles d'accueil sont alors en position délicate : s'opposer à ce refus risquerait de modifier la relation qu'ils entretiennent avec eux. Certains préfèrent ainsi avancer les frais ce qui pose des problèmes de remboursement pour le département par la suite. Voici quelques exemples de témoignages de Conseils généraux :

« Les difficultés émanent souvent de soins en urgence (SOS médecins entre autres), de spécialistes et de quelques pharmaciens. La problématique existe surtout quand les mineurs quittent le département (colonie de vacances...) où là, le refus est quasi systématique » ; « Les familles d'accueil, face à ce genre de problèmes n'osent pas exiger du praticien la prise en compte de la CMU, elles avancent donc les frais, ce qui nous pose des problèmes de remboursement. De plus, devant les enfants, elles ne veulent pas se battre » ; « Lorsque les professionnels de santé se sentent "obligés" de prendre en charge les patients bénéficiant de la CMU, la relation de confiance devant normalement s'établir entre le patient et le médecin est souvent mise à mal. Par conséquent, les familles d'accueil éprouvent des difficultés à revendiquer l'application de la loi estimant que cette démarche pourrait nuire à la prise en charge des enfants qu'elles accueillent. »

D'après l'enquête globale, les psychiatres semblent refuser plus souvent l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU. Les enfants de l'ASE qui ont besoin de réponses spécifiques à leur fragilité psychologique se voient donc doublement sanctionnés par ce système qui renforce leur vulnérabilité.

Si l'on ne peut pas agir directement sur les médecins du fait de leur statut libéral, il est possible de saisir la CPAM (caisse primaire d'assurance maladie). Toutefois la preuve reste difficile à donner.

Le risque implicite derrière ce problème est le renforcement d'une médecine à deux visages : celle à laquelle on peut accéder si l'on a les moyens et celle ouverte à tous (médecins conventionnés, centres de soins, PMI, etc.) pour les enfants de l'ASE. La famille d'accueil peut ainsi consulter tel médecin par choix et un autre par défaut pour l'enfant qu'elle accueille. Pourtant, on devrait laisser la possibilité de choisir son médecin ou d'aller dans les établissements publics pour d'autres raisons que leur coût. Quel modèle d'insertion dans la société offre-t-on à ces enfants si au sein même des familles qui les accueillent les inégalités sont aussi visibles ?

Ainsi, la CSF exige de toute urgence :

- l'information de tous les usagers de la CMU (les familles d'accueil notamment) et de la possibilité de saisir la CPAM en cas de refus de soin.
- La prise de mesures plus efficaces de contrôle et de sanction de la part des pouvoirs publics
- L'organisation d'une campagne de mobilisation contre le refus d'accès aux soins de manière générale et plus spécifiquement pour les enfants de l'ASE
- La sensibilisation des représentants des usagers au sein des CPAM sur leur rôle d'alerte de refus de soins des enfants de l'ASE.

CSF

¹ « Action contre les refus de soins » - CISS, FNATH, UNAF , 25 mai 2009 . Dans le cadre d'une enquête sur le refus d'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU, une micro enquête a été menée auprès de 20 Conseils généraux

Un accès des enfants aux soins de plus en plus inégalitaire

La notion d'accès aux soins de l'enfant recouvre aussi bien l'accès à des soins primaires tels que l'hygiène, l'alimentation, le logement, l'éducation, que l'accès aux soins médicaux et paramédicaux, sur le plan physique ou psychique.

Le XX^e siècle a été marqué par de grandes avancées dans tous ces champs - généralisation des vaccinations, avènement de la pédiatrie française, création de la protection maternelle et infantile (PMI) en 1945, accès gratuit à la médecine préventive de 0 à 6 ans en PMI et à la médecine scolaire préventive, mise en place de l'assurance-maladie et possibilité de consulter un médecin pédiatre pour tout enfant.

À l'aube du XXI^e siècle, force est de constater que nous sommes en pleine régression et que la situation de l'enfant (de 0 à 18 ans) est de plus en plus préoccupante, tout particulièrement pour certaines catégories sociales. S'agissant de l'accès aux soins primaires tout d'abord :

Plus de 2 millions d'enfants en France vivent en dessous du seuil de pauvreté. Leurs conditions de vie sont souvent caractérisées par un logement précaire aux conditions d'hygiène réduites (appartements insalubres, hôtels borgnes, bidonvilles, voire la rue pour certains), avec la réémergence de problèmes tels que le saturnisme, la promiscuité de parasites (cafards, rats, punaises, puces,...). Les conséquences en sont, par exemple, les parasitoses cutanées (teignes, gale, pédiculose) et des infections cutanées (impétigo). Le sommeil de ces enfants est de mauvaise qualité (à même le sol, à plusieurs dans un même lit, chauffage insuffisant en hiver, combles étouffants en été). La malnutrition chronique fait son apparition, du fait de la difficulté pour leurs parents de préparer des repas équilibrés dans ces hébergements précaires et du manque d'argent. Tout ceci peut entraîner un retard staturo-pondéral majeur, un rachitisme, une anémie,... avec à la longue des difficultés scolaires (troubles de la concentration, inadaptations, ...). Ceux qui ont la chance d'être logés de façon stable vivent souvent dans des appartements exigus avec une promiscuité familiale telle que leur seul recours est de vivre au maximum à l'extérieur. Ces situations conduisent également en partie à l'explosion de l'obésité chez certains de ces enfants, à une inadaptation sociale, à des conduites addictives, voire à une délinquance de survie.

En ce qui concerne l'accès à la santé et à la prévention qui avait été mise en place, la France, malgré son système d'assurance sociale parmi les plus efficaces, rencontre actuellement de grosses difficultés qui ont un impact direct sur la santé des enfants et plus particulièrement des plus fragiles. La baisse constante du nombre de pédiatres conduit à un accès à la pédiatrie à deux vitesses et la qualité de soins s'en ressent. Dans les zones socialement défavorisées, les pédiatres en secteur 1 ferment leurs cabinets. La relève n'est plus assurée du fait du nombre insuffisant de jeunes pédiatres et de l'absence d'attractivité de cette profession. Les parents ne peuvent alors plus recourir à une médecine spécifique de l'enfant dont la qualité est pourtant reconnue. Ils se dirigent vers des services d'urgences pédiatriques débordés et leurs enfants ne sont plus suivis régulièrement. Le calendrier vaccinal n'est plus respecté. On note l'absence de dépistage des maladies organiques, des troubles sensoriels ou psychiques. Une partie de ce travail de fond était effectuée par les centres de PMI et par les services de santé scolaire. Malheureusement, un certain nombre de centres de PMI ferment, ne fournissent plus tous les vaccins, et le nombre de médecins et d'infirmiers de santé scolaire s'avère très insuffisant. Les consultations sont assurées de plus en plus souvent par des médecins généralistes dont la formation spécifique n'est pas toujours mise en place. Les parents n'honorent plus toujours les prescriptions soit de médicaments, soit de séances d'orthophonie ou de kinésithérapie, remettant à plus tard, pour des raisons financières, les soins dentaires, l'achat de lunettes, etc.. La diminution du nombre de médecins scolaires ne permet pas la réalisation des bilans obligatoires (sauf pour les enfants très « repérés » dans l'école). Certains soins spécifiques non remboursés par l'assurance maladie ne sont plus assurés (psychomotricité, ergothérapie, consultation de psychologue).

En dépit des besoins croissants, les délais d'attente dans les consultations médico-psychologiques en secteur public sont tels que les situations se dégradent, sans qu'une réflexion de fond sur les causes et la réduction des délais ne soit engagée.

Malgré la récente loi du 11 février 2005, les handicaps de certains enfants restent de graves problèmes en France : l'accès aux structures spécialisées est soumis à des listes d'attentes souvent longues. L'intégration en milieu scolaire a progressé mais, du fait du nombre insuffisant d'auxiliaires de vie scolaire (AVS), nombre d'enfants ne peuvent être scolarisés le plus souvent que 2-3 heures par jour.

Un fossé se creuse entre les enfants dans la qualité du suivi selon les milieux sociaux, l'accès aux soins s'avérant plus facile et plus rapide pour les plus aisés. L'inégalité des enfants en matière d'accès aux soins est une réalité croissante.

Que proposer pour progresser dans l'accompagnement de l'accès aux soins de TOUS les enfants, sans discrimination?

- aide à la parentalité, dans les quartiers avec mise en place de réseaux faisant intervenir des professionnels qui se mettent à la disposition des parents ou des jeunes dans le cadre de rencontres à partir de besoins exprimés : explications sur l'accès aux soins, devoirs des parents vis-à-vis de leur enfant, ateliers de nutrition prenant en compte la précarité de certaines situations familiales, etc.
- sensibilisation à la notion de Santé et de Prévention auprès des enfants dès l'école primaire,
- augmentation de logements sociaux, limitation des hébergements en hôtel pour les familles,
- augmentation des places en crèche (collective ou familiale).

Mais aussi :

- augmentation du nombre de médecins formés à la pédiatrie avec obligation de stage en milieu libéral au cours de l'internat pour permettre une formation spécifique de « pédiatre généraliste »,
- mesures incitatives à l'installation de pédiatres en revalorisant le travail spécifique pédiatrique,
- augmentation des capacités d'accès à une prise en charge pédo-psychiatrique,
- remboursement par la CPAM de certaines prises en charge spécifiques (psycho-motricité, psychologie,...),
- réflexion autour de la prise en charge de soins dentaires et d'orthodontie, de l'achat de verres correcteurs.

Et enfin:

- augmentation des capacités d'accueil des enfants handicapés dans des structures adaptées, à tous âges, mise en œuvre effective du plan personnalisé de scolarisation et augmentation du nombre d'AVS pour permettre une scolarisation plus longue au quotidien pour ces enfants.

La réflexion doit impérativement être axée sur une **vision égalitaire de cet accès aux soins afin de ne pas augmenter le fossé social qui se met en place dès le plus jeune âge** et participe à la montée de nombre de nos problèmes de société actuels. Il ne faut pas oublier que l'action menée actuellement verra ses fruits dans une génération puisque travailler dans le domaine de l'enfance, c'est travailler aussi dans la perspective d'une société d'adultes mieux portante.

Contact : Micheline Amzallag
amzallag.micheline@gmail.com
DEI-France
41, rue de la République
93200 Saint-Denis
www.dei-france.org
contact@dei-france.org



Accompagnement des familles confrontées à la dépression du post-partum !!!

Plus de 10% des femmes qui accouchent sont en situation de dépression.

Cette grande fragilité a **des répercussions sur le développement de l'enfant**. En effet, dans cette situation, les interactions entre la mère et l'enfant, **que l'on soit face à une population défavorisée ou non** seront perturbées : retrait, désengagement maternel voir hostilité au nourrisson, son arrivée étant vécu comme une intrusion. Il pourra y avoir une moins grande sensibilité des mères envers leur bébé et des attitudes négatives. La dépression du post partum augmente les risques de maltraitance.

Ces troubles sont donc susceptibles d'avoir des conséquences graves sur l'enfant si rien n'est fait. Une des plus visibles semble être l'apparition de troubles alimentaires graves. Mais il y en a d'autres. Il s'agit là d'un véritable problème de santé publique.

Et pourtant peu de choses sont mises en place pour soutenir ces femmes d'autant plus qu'elles ne vont pas d'elles mêmes rechercher l'aide nécessaire. En effet, ces jeunes mères déprimées ont très peur d'être jugées comme de mauvaises mères, et craignent les reproches de leur entourage. Souvent, elles tentent de dissimuler leur souffrance et ne sont pas en demande d'aide.

Pourtant, des solutions sont possibles. L'expérience de certaines associations d'aide à domicile dans ce domaine est riche d'enseignements. L'évaluation des expérimentations des associations d'aide à domicile consistant à la mise en place d'un dispositif partenarial d'accompagnement des mères à leur domicile, par des techniciennes de l'intervention sociale et familiale, confrontées à des troubles de la relation mère/enfant ou pouvant l'être à court terme, démontre toute leur efficacité.

Cependant, actuellement, ces expérimentations restent marginales car elles ne peuvent pas s'appuyer sur des financements publics suffisants et cohérents.

C'est de la responsabilité du gouvernement de mettre en place un dispositif généralisant les expériences locales associatives.

Ce dispositif doit s'appuyer en particulier sur les éléments suivants :

- la gratuité de l'intervention pour les familles.
- une formation complémentaire obligatoire pour les TISF et le personnel d'encadrement.
- un accompagnement par les TISF effectué le plus en amont possible sur la base d'un nombre moyen de 100 heures par famille aidée.
- un financement public bien identifié à la fois par les associations et les familles.

Sur ce dernier point, nous préconisons de positionner clairement le financement dans le champ de la branche famille. Ainsi, **la création d'une nouvelle prestation familiale légale « périnatalité »** permettrait d'éviter les financements trop aléatoires et de créer un droit ouvert à chaque famille.

Ce dispositif serait peu coûteux au regard des économies réalisées par ailleurs (hospitalisations, soins lourds tardifs et placements d'enfants évités ...).

Ce dispositif a été présenté lors d'un atelier des Etats généraux de l'enfance.

Lieux de vie et d'accueil

S'il te plaît ne nous dessine pas des moutons... à tondre, ce sont tes enfants, État-renard que tu sacrifierais sur l'autel de la consommation !

Nous, permanentes et permanents des Lieux de Vie et d'Accueil qui vivons, depuis plus de trente ans, chaque jour, avec les 2.600 enfants, adolescents et adultes, accueillis sous notre responsabilité professionnelle, refusons que l'État considère ces personnes comme des marchandises sur lesquelles son trésor public puiserait une taxe sur la valeur ajoutée, fusse-t-elle minorée de 5,5 %.

Nous redoutons d'être l'un des premiers secteurs de l'espace médico-socio-éducatif qui annoncerait la marchandisation du travail en faveur de toute personne en difficulté, et de tout enfant en particulier.

Nous revendiquons que les personnes avec lesquelles nous cheminons au quotidien, et en proximité, puissent bénéficier de toute notre présence professionnelle pour l'éveil de toutes leurs capacités humaines et non pour le simple assouvissement de leurs besoins alimentaires et d'hébergement, comme n'importe quel autre consommateur demanderait à un aubergiste.

Nous refusons que nos lieux de vie et d'accueil, autorisés et habilités par les services officiels des départements nationaux soient pris en otage par les services fiscaux de l'économie nationale. L'État ne peut nous utiliser pour reprendre aux services de l'action sociale départementale par l'intermédiaire de nos 450 structures, l'argent qu'il attribue par ailleurs aux départements dans le cadre des politiques de décentralisation.

Nous, les accompagnateurs des enfants en particulier, et des personnes en général, réputés « incasables », malades, inadaptés, dangereux, sans éducation, sans papier, en souffrance ou toute autre sorte de qualificatifs, demandons à être reconnus non comme des collecteurs d'impôts mais comme des lecteurs et des éveilleurs des talents humains semés en chacune de ces personnes.

Association GERPLA



PARENTS SANS PAPIERS ENFANTS EN SOUFFRANCE

Parents sans papiers, enfants en souffrance

Doléances pour la bientraitance des enfants de parents sans papiers

Nous, professionnels des services publics de psychiatrie infanto-juvénile, dénonçons la situation actuelle traumatique que vivent les enfants de parents sans papiers avec :

- la difficulté grandissante d'accès aux soins,
- la perpétuelle insécurité matérielle et psychique,
- les conditions de vie en exil et les souffrances psychiques des parents et des enfants qu'elles entraînent,
- la prise en charge difficile des mineurs isolés,
- la présence d'enfants avec leurs parents dans les centres de rétention,
- les expulsions ou menaces d'expulsion qui peuvent entraîner un démembrement familial et avoir un effet traumatique sur l'ensemble de la famille et de son environnement.

La peur d'être appréhendé dans les lieux de soins et dans les trajets est un obstacle à l'accès aux soins et à leur continuité.

La menace d'une rupture des liens affectifs et sociaux est toujours imminente et provoque angoisse et souffrance.

Quand un parent est renvoyé dans son pays d'origine, les répercussions sont graves sur le développement psychoaffectif de l'enfant et peuvent générer ou aggraver des troubles psychopathologiques.

Afin de continuer à exercer nos missions de prévention et de soin, nous demandons et exigeons que les droits fondamentaux de l'enfant, tels qu'ils sont rédigés par la Convention Internationale des Droits de l'Enfant, soient respectés : droit d'être soigné, droit de vivre en famille, droit d'être protégé.

Nous souhaitons que le respect de tous les enfants vivant sur le territoire Français reste une priorité pour la nation.

Dominique BRENGARD, pédopsychiatre praticien hospitalier chef de service,
3^e secteur de pédopsychiatrie de Paris

Pascale LE LOHER, pédopsychiatre praticien hospitalier,
9^e intersecteur de pédopsychiatrie de Paris

Anne-Sophie BOURBON et Véronique PERCEBOIS, éducatrices spécialisées,
3^e secteur de pédopsychiatrie de Paris

Relancer une politique globale et nationale de promotion de la santé de l'enfant, de la famille et des jeunes

La protection maternelle et infantile a été créée par l'ordonnance du 2 novembre 1945. Cette ordonnance accompagnée d'un ensemble de mesures sociales – organisation de la sécurité sociale, protection de la santé des enfants d'âge scolaire, prestations familiales sans lesquelles elle n'aurait pas eu d'efficacité – a fixé le cadre de la protection médico-sociale de toutes les femmes enceintes, en suite de couches, ainsi que de tous les enfants jusqu'à 6 ans. La législation a ensuite évolué pour passer d'une conception hygiéniste à une approche plus globale des problèmes de santé, comprenant les aspects biomédicaux, sociaux, psychologiques et culturels. Les autorités publiques nationales ont accompagné ce mouvement jusqu'à la décentralisation et la loi du 18 décembre 1989 qui redéfinit clairement les objectifs des missions de PMI : « protection et promotion de la santé de la famille et de l'enfant ». À partir de cette étape, l'État s'est progressivement désengagé de ses responsabilités en ce domaine.

Le constat et l'analyse actuels

- Plus de 25 ans de décentralisation se traduisent par l'atomisation des missions de PMI et de planification familiale en autant de politiques que de départements. L'État, délaissant sa fonction régaliennne, n'impulse plus aucune politique nationale globale de santé en faveur de la famille, de l'enfant et des jeunes et ne cherche pas à mettre en œuvre des outils de régulation pour garantir une égalité d'accès à des services de PMI et de planification familiale sur tout le territoire.
- Devant la réduction des moyens octroyés par de nombreux départements à la PMI, sa vocation universelle -s'adressant à toutes les familles- et généraliste- pratiquant une approche globale de la santé – est de plus en plus remise en question. De très nombreux départements, faisant fi de l'application du code de la santé publique, ont purement et simplement supprimé leurs services de PMI. L'activité des professionnels de santé se fonde alors dans le cadre d'unités territoriales d'action sociale où la dimension santé peine à être reconnue. Dans un même temps, de nombreux départements se sont soustraits à leur obligation de respect des normes réglementaires en matière de personnels et d'activités de PMI (48 départements sous les normes pour les consultations et 22 départements sous les normes en matière de personnels, selon l'IGAS, 2006).
- Les multiples acteurs qui devraient contribuer au financement de la PMI le font a minima. Ainsi, jusqu'à la décentralisation, l'État remboursait 83 % des dépenses afférant à la PMI aux conseils généraux. Depuis 1983, cette dotation, intégrée à la dotation de décentralisation, n'a pas évolué en fonction du coût de la vie mais selon un taux directeur nettement inférieur. L'assurance-maladie, deuxième financeur extérieur aux départements, apporterait, selon l'IGAS, un dixième des ressources consacrées à la PMI (60 millions d'€). Le budget global consacré à la PMI est, selon l'IGAS, de 605 millions d'€ en 2005, à comparer aux 23 milliards d'€ affectés en 2004 par les départements à leurs dépenses d'action sociale et aux 10 milliards d'€ consacrés à la prévention dans la dépense de santé (source DREES 2002).
- Alors que la démographie des professions de santé traverse une crise très préoccupante, les médecins, infirmières et puéricultrices, sages-femmes..., qui exercent dans les services de PMI, disposent de statuts et de conditions de rémunération parmi les moins attractifs de leur profession.
- La politique gouvernementale remet globalement en cause le service public (non-remplacement d'un fonctionnaire sur deux partant à la retraite, rétrécissement du périmètre de l'action publique) et tout particulièrement la part publique du système de santé (restrictions portant sur l'hôpital public, baisse des taux de remboursements par l'assurance-maladie...).

- On assiste, dans le cadre de nombreux programmes de prévention ciblant l'enfance et la famille, à une approche sectorielle et réductrice centrée sur le seul dépistage voire un simple « repérage » de difficultés ou de troubles du développement. Ces approches s'inscrivent dans une conception de la prévention induisant des pratiques normatives génératrices d'angoisse, de culpabilité parentale sous l'influence du seul modèle biomédical et de « l'*evidence based medicine* ». Ces politiques publiques actuellement menées dans le domaine de l'enfance induisent une déviation prédictive de la prévention, basée sur une conception déterministe erronée du développement individuel et social, sans pour autant accroître la capacité du système de santé à répondre par des prises en charges adaptées.

Les propositions

La prévention par la PMI est fondamentale pour l'enfant et sa famille parce qu'elle offre une approche centrée sur la notion de promotion de la santé au sens de porter vers l'avant, vers l'avenir l'enfant qui a tant besoin pour grandir de parents confiants en leur capacité d'y contribuer.

C'est pourquoi le SNMPMI appelle à préserver et développer la PMI. À cet effet :

Pour revivifier une politique nationale de santé de l'enfance et de la famille

- Le SNMPMI défend la création d'une instance nationale pour la promotion et la protection de la santé familiale et infantile et de la planification familiale.

Pour développer le champ d'action de la PMI à hauteur des besoins

- Le SNMPMI revendique un très large accroissement du financement de la PMI et réaffirme son attachement au principe de gratuité.

Pour garantir l'effectivité de réalisation des missions de PMI sur le terrain local

- Le SNMPMI défend le maintien de normes d'activité et de personnel en PMI et se prononce pour la réactualisation de ces normes.

Pour garantir la cohérence et la coordination de la conception et de la mise en œuvre des missions de PMI dans chaque département

- Le SNMPMI défend la pérennité de l'existence d'un service de PMI dans chaque collectivité départementale.

Pour favoriser la promotion de la santé dans son acception la plus large

- Le SNMPMI défend une pratique de prévention généraliste qui s'adresse à toutes les familles, tous les enfants et les jeunes et prend en compte l'ensemble des besoins en santé familiale et infantile et planification familiale, selon le principe d'universalité des missions de PMI.

Pour préserver l'activité des professionnels de PMI située dans le champ de la santé

- Le SNMPMI s'élève contre les dérives sécuritaires des politiques actuelles de prévention en direction de l'enfance et de la jeunesse.

Pour favoriser une approche globale de la santé familiale et infantile

- Le SNMPMI se prononce pour une articulation étroite des services départementaux de PMI avec les acteurs du système de santé dans le domaine pédiatrique et gynéco-obstétrical au sein d'un dispositif de prévention pérenne dédié à la santé de la famille et de l'enfant

Pour maintenir et développer le recrutement pluridisciplinaire dont la PMI a besoin

- Le SNMPMI revendique que les statuts et rémunérations des professionnels de PMI exerçant leurs missions de prévention et de santé publique soient mis à parité avec les statuts publics équivalents dans la filière de soins.

Pour préserver et développer les compétences des professionnels de PMI

- Le SNMPMI défend la mise en place d'un dispositif de formation d'intégration puis d'un dispositif de formation médicale continue adaptés à la pratique des médecins de PMI.

Pour que le dispositif de PMI joue un rôle levier de politique publique de prévention dans le cadre du système de soins et de la société

- Le SNMPMI affirme la nécessité de préserver et de renforcer les services publics garants notamment d'un système de santé solidaire, respectueux des personnes et accessible à tous.

Le Syndicat National des médecins de PMI
www.snmpmi.org – contact@snmpmi.org



Pour une Prévention santé mieux comprise et mise en œuvre

La prévention en protection maternelle et infantile est fondamentale pour l'enfant et sa famille parce qu'elle offre une approche centrée sur la notion de **promotion de la santé au sens de porter l'enfant vers l'avant, vers l'avenir**. Le souci de sa bonne santé et de son bon développement sont des leviers très puissants du « devenir parent ». Et pour grandir l'enfant a besoin très précocement, dès sa conception, de futurs parents et parents confiants en leur capacité d'y contribuer : le porter, le nourrir, soutenir son développement physique, affectif et intellectuel est un enjeu pour tous les parents.

La politique de protection et de promotion de la santé maternelle et infantile représente aujourd'hui plus que jamais pour les familles un socle de sécurité. C'est une prévention inscrite, d'abord et avant tout, dans le registre du **développement global de l'enfant** et de ses interrelations avec sa famille, son environnement proche, au sein de son groupe social et culturel, fondée sur la prise en compte de son histoire et la mise en valeur des points d'appui favorables à son développement¹.

Elle concerne un **nombre important de professionnels de la santé** : dans les maternités, les centres de planification et d'éducation familiale, en libéral et dans les services départementaux de PMI, elle est le fait de médecins de diverses spécialités et de très nombreux autres professionnels de la santé dont la finalité a été posée depuis 1983 comme élément fédérateur de toutes les actions autour de la naissance et de la petite enfance.

Elle représente un **droit pour les familles** : un droit aujourd'hui malmené, oublié... Quel obstétricien, quel médecin libéral sait encore aujourd'hui que les examens médicaux sont gratuits, non pas au titre de la maladie mais au titre de cette politique publique de PMI ? Elle est absente des programmes de formation en médecine. La ministre de la Santé invitée aux Assises nationales de la santé de l'enfant et de l'adolescent par la Société française de pédiatrie n'y fait aucune référence.

Et pourtant tout le livre un de la deuxième partie du Code de la santé publique lui est consacré.

Force est donc d'admettre qu'aujourd'hui « **L'enfant est orphelin d'une vision globale de sa politique de santé** » [...] « *L'organisation de la prise en charge de la santé de l'enfant et de l'adolescent ne peut plus se concevoir comme l'addition de plans et programmes nationaux ni comme celle d'actions de terrain souvent peu lisibles et éventuellement redondantes alors qu'elles pourraient servir de modèle... l'absence d'un pilotage national en lien avec les institutionnels locaux, les professionnels de santé et les milieux associatifs nuit :*

- *À la cohérence et à la continuité des actions de santé publique*
- *Au suivi individuel et collectif des décisions*
- *À la coordination et parfois à la compréhension mutuelle des acteurs... »²*

Face à ce **manque de cohérence politique**, à cette insuffisance des institutions censées la mettre en œuvre : département, état, assurance-maladie, **les professionnels sont appelés à monter en première ligne**.

Alors que la politique de PMI est bien une politique globale de prévention santé qui ne peut se réduire à des approches sectorielles (protection de l'enfance, modes d'accueil, familles en situation de précarité...), l'enjeu est de taille : résister à la déconstruction de l'existant ; témoigner de l'efficacité de leur action aussi essentielle que discrète auprès des familles ; témoigner de la nature de leur action si mal comprise et si vite assimilée au contrôle des familles ; appeler les responsables politiques à prendre la mesure des enjeux...

¹ C. Bellas Cabane, P. Suesser. « Prévention et petite enfance ». In : *Traité de prévention*, sous la direction de F. Bourdillon, Paris, Flammarion Médecine-Sciences 2009 : p. 271-279

² D. Sommelet. *L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé*. Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent, 28 octobre 2006

Pour les pratiques professionnelles il s'agit d'un enjeu éthique au sens d'une « éthique du quotidien » selon la définition qu'en donnait Paul Ricœur :

« *La visée de la vie bonne, avec et pour les autres, dans des institutions justes* »¹

➤ **La visée de la vie bonne :**

Il est important de voir dans l'enfant d'aujourd'hui l'adolescent qu'il sera, puis l'adulte, la personne âgée qu'il risque de devenir². Cette inscription dans une ligne de vie, dans un devenir, est fondamentale.

C'est seulement si l'on comprend comment l'instant T s'inscrit dans l'histoire de l'enfant, dans l'histoire de ses parents, l'histoire de deux filiations, l'histoire de son groupe social ou culturel qu'on va parvenir à dégager des méthodes de prévention et de soins utiles pour le futur³.

Ce principe met à mal toute évaluation au sens de la « performance », des indicateurs pour la mesurer et introduit le long terme...

➤ **Avec et pour les autres :**

Selon P. Fustier : « *Accompagner au quotidien, c'est accompagner la question de l'énigme d'autrui, c'est-à-dire essentiellement ne pas donner une réponse qui étoufferait la question.* »⁴. C'est, au regard d'une vulnérabilité, en permettre l'expression puis savoir l'accompagner, c'est repérer derrière le symptôme la souffrance psychique et les conditions qui lui sont liées, c'est dépister mais surtout faciliter l'accès aux soins.

Ce principe disqualifie d'emblée les grilles d'intervention construites sur des présupposés.

➤ **Dans des institutions justes :**

L'adjectif « juste » peut s'entendre dans le sens d'une **institution investie de légitimité pour traiter d'une question** : une institution qui apprécie les faits, les choses avec exactitude, rigueur et pertinence, comme on dit avoir l'oreille juste, avoir l'esprit juste et utiliser les mots justes :

« *La responsabilité sémantique est l'une des premières et des plus lourdes responsabilités politiques* »⁵.

On attend donc d'une institution « juste » qu'elle produise une politique publique qui soit : autre chose qu'une politique publique de circonstance ; autre chose qu'une politique publique empilant les dispositions nouvelles sur les anciennes sans les prendre en compte ; autre chose qu'une prétendue modernisation disqualifiant l'existant au lieu d'y prendre appui ; autre chose qu'une politique publique qui oublie de prévoir les moyens nécessaires à sa mise en œuvre et pire qui soustrait des moyens tout en clamant son importance.

Continuité, cohérence, universalité, égalité, droits : il est urgent de réhabiliter vraiment la prévention en santé maternelle et infantile !

Le Syndicat National des médecins de PMI
www.snmpmi.org – contact@snmpmi.org

¹ P. Ricœur, « Le soi et la visée éthique », in *Soi-même comme un autre*, Éditions du Seuil, 1990.

² Interview du Pr Michel Manciaux par M.-C. Colombo le 15 avril 2008 en vue du colloque « Dessine-moi un enfant », Conseil général de l'Ardèche, Privas 22 mai 2008.

³ B. Golse, intervention au 32^e colloque du SNMPMI, Paris novembre 2006. Actes du colloque p. 151-156.

⁴ P. Fustier cité par D. Mellier, « Prévention et vie psychique, ou "Comment accueillir les souffrances présentes en périnatalité ?" », in *Prévention précoce, parentalité et périnatalité*, sous la direction de M. Dugnat, Erès 2004.

⁵ B. Cassin. « Pour une insurrection des consciences », in *L'Appel des appels*. Sous la direction de R. Gori, B. Cassin, C. Laval, Éd. Mille et une Nuits, novembre 2009.



Enfance et handicap

13 000 jeunes de moins de 20 ans sont sur liste d'attente pour obtenir une prise en charge par les établissements spécialisés, selon la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Ce nombre traduit une réalité que la communication officielle feint d'ignorer : de trop nombreux jeunes et leurs familles ne bénéficient pas des structures adaptées à leurs besoins et leur projet de vie.

Parmi eux, nombreux sont les jeunes enfants qui restent à la charge de leurs familles car ils ne sont accueillis ni en établissement spécialisé, ni à l'école maternelle, faute des soins et soutiens nécessaires. Ainsi les centres d'action médico-sociales précoces (CAMSP), les centres médicaux-psycho-pédagogiques (CMPP), manquent cruellement de moyens pour faire face aux demandes.

Si, depuis le décret d'août 2000, l'accueil des enfants en situation de handicap ou atteint de maladie chronique est spécifié comme une mission des structures d'accueil petite enfance, la formation des personnels, l'équipement, l'encadrement font souvent défaut. Les enjeux en terme d'accompagnement des familles comme du travail en équipes pluri-professionnelles sont rarement pris en compte. Et les mesures annoncées ne vont en rien régler le problème. Pire : les jeunes enfants en situation de handicap risquent, une fois de plus, d'en faire les frais, malgré l'engagement des professionnels.

En école maternelle, il est très difficile pour les parents d'obtenir l'aide d'un auxiliaire de vie scolaire, car ces écoles sont souvent considérées comme non-prioritaires pour l'obtention de ce type d'accompagnement. Et que dire des effectifs, lorsqu'ils dépassent trente élèves : comment assurer dans ce cas une véritable scolarisation ? De fait, par manque de moyens, de trop nombreux enfants en situation de handicap fréquentent l'école maternelle à temps partiel.

À l'école primaire en général, de nombreuses difficultés entravent injustement les parcours scolaires de ces élèves du fait de l'insuffisance des aides et de la précarité des accompagnements par les AVS, ou encore de l'inégalité d'accès aux dispositifs spécialisés, notamment sur le plan territorial. La coopération entre éducation nationale et établissements spécialisés est loin d'être partout mise en oeuvre du fait de moyens insuffisants mais aussi d'une absence de volonté politique réelle. Les personnels, et les familles, en portent trop souvent seuls la charge.

Si on ne peut que se réjouir des principes de la loi du 11 février 2005, il importe d'apporter à tous les jeunes en situation de handicap l'éducation, l'accompagnement, la compensation et les soins nécessaires pour leur permettre de vivre et apprendre au plus proche du milieu ordinaire. La France qui vient d'ailleurs de signer la convention internationale de l'ONU pour les personnes handicapées doit cesser d'amoinrir ses engagements et mettre en cohérence les discours et les actes. Les structures de la petite enfance, l'école maternelle, les dispositifs de soin et d'accompagnement doivent bénéficier des moyens suffisants pour remplir leurs missions dans le cadre du service public.

SNUipp-FSU

Défendre la pédopsychiatrie de secteur

Par le Professeur Pierre DELION¹

La psychiatrie a pris son essor en France lorsque la doctrine de la sectorisation a permis aux équipes de psychiatrie de sortir des asiles pour fonder une pratique dans la cité, au service des populations situées sur un secteur géo-démographique donné.

Rapidement, des équipes spécialisées dans l'accueil des enfants et des adolescents ont pu répondre aux multiples questions posées par leur souffrance psychique en créant des dispositifs (les Centres médicopsychologiques) accessibles à tous dans les villes et villages du secteur. Le soin dispensé antérieurement principalement au cours d'hospitalisations longues et souvent indues, a pu se réduire aux seules indications médicales et les enfants et adolescents ont pu ainsi bénéficier de soins ambulatoires, leur permettant de vivre dans leur famille et dans leur établissement scolaire, et de connaître pour la plupart d'entre eux, des conditions de vie et de développement « naturels ». Les très nombreux partenariats entre l'école, la PMI, les médecins, la justice des enfants, les travailleurs sociaux, les établissements médico-sociaux, les professionnels de l'enfance..., qui se sont développés dans cette mouvance ont facilité le tissage de réseaux centrés sur l'enfant et sa famille et accru les intégrations des enfants porteurs de souffrances psychiques dans notre société. Les équipes de pédopsychiatrie de secteur ont pu ainsi améliorer leurs prestations auprès des enfants en approfondissant leurs connaissances en psychopathologie, et la plupart de ceux qui y ont eu recours en ont sans conteste bénéficié.

Mais si ces énormes progrès sociétaux dans la prise en charge des petits patients présentant de tels troubles sont incontestables, la pédopsychiatrie de secteur a été victime de ses succès. Elle peine désormais à répondre aux demandes innombrables, et les listes d'attente indiquent assez à quel point manquent les moyens en personnels. Plutôt que d'accompagner le mouvement qui donnait de bons résultats et de développer les formations de ces personnels en direction de nouvelles populations nécessitant de tels soins (les bébés, les enfants carencés, la pédopsychiatrie de liaison dans les services de pédiatrie, les services d'urgence dans les hôpitaux généraux, les services de protection judiciaire de la jeunesse, l'aide à l'intégration scolaire, la prévention sous toutes ses formes,...) à partir des équipes de pédopsychiatrie sectorisée, le choix a été fait de les démanteler progressivement sous couvert d'arguments modernistes et scientificoïdes. Si les projets gouvernementaux se mettent en place comme nous avons de raisons de le craindre, le dispositif de la sectorisation qui constitue à mes yeux la principale révolution du vingtième siècle en la matière, va disparaître, dilué dans de grands territoires inhumains, étouffé par une bureaucratie galopante, clivant intra et extrahospitalier, risquant d'aboutir à un retour annoncé des pratiques asilaires tant combattues, et dont on ne se rend pas compte à quelle vitesse elles peuvent « repousser », quand il est si long et difficile de les subvertir pour les dépasser.

Suivant ainsi le mouvement général d'un retour à la psychiatrie sécuritaire y compris pour les enfants, les bonnes paroles proférées concernant la nécessité de limites à imposer aux enfants dans leur développement prétendent réduire leur prise en charge à la seule dimension éducative et culpabilisant les parents d'abandonner leurs enfants à leur toute-puissance infantile. La notion de psychopathologie n'a plus aucune raison d'être puisque si les enfants sont de futurs délinquants, c'est uniquement parce que leurs parents ne savent pas les éduquer. Le bâton et l'internat scolaire sont la traduction moderne de la punition et de la maison de redressement et viennent tenir lieu de politique de pédopsychiatrie. Et

¹Professeur Pierre Delion, Faculté de Médecine de Lille 2, Service de pédopsychiatrie sectorisé du CHRU de Lille et psychanalyste.

d'ailleurs, les troubles envahissants du développement, les pathologies névrotiques, les dépressions, suicides, anorexies et autres troubles sont des inventions de pédopsychiatres. Plutôt que de perdre leur temps à ces billevesées, ils feraient mieux de venir servir de caution médicale aux nouvelles pratiques essentiellement comportementales qui ne vont pas manquer de s'imposer dans ce contexte. Plutôt que de rester des soignants, ils devraient devenir des experts au service des nouvelles politiques éducatives.

Je le dis tout net : si la pédopsychiatrie de secteur n'a plus les moyens de sa politique de santé au service des bébés, des enfants, des adolescents et de leurs parents, et de tous les partenaires avec lesquels conduire les prises en charge, il faut s'attendre à une débâcle sociétale que les décideurs ne peuvent même pas imaginer. La souffrance psychique qui était jusqu'à ce jour prise en charge sur le mode psychothérapeutique dans le cadre des secteurs ne trouvera plus que des réponses binaires (traitements du comportement et psychotropes) comme autant de variations possibles sur l'application modernisée de la loi du Talion.

Une société qui pense une telle politique pour ses enfants n'a pas d'avenir.

Défendre la pédopsychiatrie de secteur est aujourd'hui une nécessité éthique, théorique et pratique.

Pierre Delion
WAIMH Francophone
(Section française de l'Association Internationale pour la Santé Mentale du Bébé)
<http://www.psynem.org/Waimh/Francophone/index.htm>

Autisme infantile : le fanatisme change de camp !

Par le Professeur Bernard GOLSE¹

La journée mondiale de sensibilisation à l'autisme aura été l'occasion de prendre la mesure d'un revirement spectaculaire : en matière d'autisme infantile, le fanatisme a décidément changé de camp.

On sait à quel point les théories de Bruno Bettelheim, souvent caricaturées, ont pu culpabiliser les parents qui se sont sentis accusés par elles d'être à l'origine de l'autisme de leur enfant.

L'histoire est ce qu'elle est, et l'on ne peut pas, hélas, revenir en arrière, fût-ce pour dénouer certains malentendus.

Quoi qu'il en soit, aucun psychanalyste raisonnable ne pense plus, aujourd'hui, que cette pathologie si grave et si douloureuse, puisse être expliquée uniquement par des causes relationnelles.

Chacun sait désormais que le développement de l'enfant, comme ses troubles, se joue à l'exact entrecroisement de facteurs internes (notamment génétiques) et de facteurs externes (dont la rencontre avec le travail psychique d'autrui), d'où la notion de modèle polyfactoriel qui apparaît alors clairement comme le plus plausible et qui, comme tel, impose une prise en charge multidimensionnelle.

C'est dans cette perspective que se développent désormais de passionnantes réflexions à l'interface des neurosciences et de la psychanalyse (avec l'émergence du concept récent de « neuro-psychanalyse »).

Dès lors, si certains psychanalystes ont pu, il y a quelques décennies, se montrer fanatiques d'une causalité purement psychogène de l'autisme infantile, ce sont aujourd'hui les partisans d'une causalité purement organique qui reprennent le flambeau du fanatisme, au nom d'une pseudo scientificité faisant figure, en réalité, de véritable scientisme.

L'affaire pourrait n'être qu'un débat entre spécialistes, si l'État ne s'en mêlait pas imprudemment.

Après avoir imposé un changement de terminologie dans les années quatre-vingt-dix (l'autisme sortant alors du champ de la maladie mentale pour être intégré à celui du handicap), l'État prétend aujourd'hui choisir le type de prise en charge qu'il importe de développer (la méthode comportementale « Applied Behavior Analysis » dite ABA, en particulier).

Imagine-t-on ce qui se passerait si l'état venait dire aux cardiologues que l'infarctus du myocarde doit changer d'appellation, et quels sont les traitements qui doivent être prescrits aux patients ?

L'autisme est devenu un trouble dit neuro-développemental conçu comme de nature purement endogène, et il a été rangé sous la rubrique des « Troubles Envahissants du développement » (TED), dénomination dont les parents raffolent alors même qu'elle correspond à une véritable régression de la pensée nosologique, les Troubles du Spectre Autistique (TSA) regroupant, en vrac, les pathologies autistiques au sens strict, les TED atypiques, et les TED dits non spécifiés, rubrique imprécise et foncièrement non scientifique.

¹ Pédopsychiatre-Psychanalyste, Chef du service de Pédopsychiatrie de l'Hôpital Necker-Enfants Malades (Paris), Professeur de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'Université René Descartes (Paris 5)/Inserm, U669, Paris, France.

De ce fait, la fréquence de l'autisme qui était d'un cas pour 5 000 à 10 000 naissances se voit, aujourd'hui diluée dans celle des TSA estimés à 1 cas sur 150 dans la population générale !

Bien entendu, il n'y a pas eu d'épidémie autistique, mais seulement un lobbying effréné pour faire prévaloir le concept flou de TSA, troubles auxquels la méthode ABA (pas plus validée que toute autre) serait susceptible de s'appliquer sans distinction aucune...

On voit bien le marché juteux qui se profile ici...

Le gouvernement serait fort avisé de continuer à veiller seulement à la qualité de nos contenus d'action (équipements suffisants dans les différents domaines de la prise en charge) et de ne pas prétendre nous dicter des contenus d'action dont l'appréciation qualitative n'est en rien de son ressort.

Il y va, me semble-t-il, du respect des enfants et de la liberté des familles.

Que l'État fasse, notamment, en sorte que la loi de 2005 sur l'intégration scolaire des enfants autistes puisse enfin être appliquée grâce à une formation adéquate des enseignants et des auxiliaires de vie scolaire, car les citoyens – autistes ou non – ont « droit au droit » selon la belle formule de J.-Cl. Ameisen.

Le tout-thérapeutique a échoué, le tout-éducatif échouera de même.

Que nos gouvernants prennent donc garde de ne pas emboîter inconsidérément le pas à un nouveau fanatisme avide de réduire l'autisme à sa seule part organique au sein d'une pensée nosologique molle, seulement à même de faire le miel d'officines comportementales, parfois plus ou moins douteuses.

Bernard Golse
WAIMH Francophone
(Section française de l'Association Internationale pour la Santé Mentale du Bébé)
<http://www.psynem.org/Waimh/Francophone/index.htm>

Texte paru sous le titre « Autisme, et si l'État se mêlait de ses affaires ? » dans le Journal *Libération*, Rubrique « Rebonds », 27 avril 2010, n° 9006, page 21