

Partenaires :

Des liens qui nous ressemblent et nous rassemblent

Lettre ouverte au gouvernement : Inquiétudes pour les soins en santé mentale des enfants

Anne DELÈGUE, pédopsychiatre secteur 74101, décembre 2019

De récentes mesures gouvernementales mettent en place des POC, « Plateformes d'Orientation et de Coordination » dans le cadre d'un « parcours de bilan et d'intervention précoce », pour les enfants de moins de 7 ans avec des « Troubles du NeuroDéveloppement » (TND)¹. Ces POC ont un rôle « d'orientation et de coordination », et organisent notamment l'obtention d'un « forfait précoce », remboursement en libéral de certains bilans et soins auparavant non remboursés. Les médecins de « première ligne » (généralistes, pédiatres, PMI, scolaires) doivent, dorénavant, orienter les enfants de moins de 7 ans présentant des signes de « TND » vers ces plateformes, via un « formulaire d'adressage ». Les signes d'appel sont nombreux, allant de difficultés de langage, de motricité globale et fine, de « cognition » et de socialisation, ainsi que du comportement (instinctuel – sommeil, alimentation – , sensoriel, émotionnel), signes d'appel qui, finalement, ressortent de problématiques dont la pédopsychiatrie publique partage traditionnellement la mission de prise en charge avec d'autres acteurs des domaines médico-social et sanitaire² – « deuxième ligne » ou ligne 2 des soins.

Donner aux médecins des outils de repérage de difficultés développementales chez le jeune enfant et accorder davantage de remboursements en libéral constituent de bonnes initiatives. Mais de graves problèmes apparaissent à l'examen de ces mesures³, ce qui nous amène à les **dénoncer sous divers aspects** :

1 Les « TND » regroupent les handicaps intellectuels, les « troubles de la communication » (comprenant les difficultés de parole et langage), les « troubles du spectre de l'autisme » (« TSA »), le « déficit de l'attention/hyperactivité » (« TDAH »), les « troubles spécifiques des apprentissages », les « troubles moteurs », dont les tics, les « autres troubles neurodéveloppementaux spécifiés et non spécifiés ».

2 Pédopsychiatrie publique (psychiatrie infanto-juvénile (PIJ)) : centres médico-psychologique (CMP), et autres dispositifs de la PIJ : hôpitaux de jour (HDJ), centres d'action thérapeutique à temps partiel (CATTP) etc. (soins gratuits). Médico-social : centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), centres d'action médico-social précoce (CAMSP) (soins passant par le remboursement par la Sécurité sociale).

3 Delègue A. « Les "plateformes d'orientation et de coordination" (POC) pour les enfants avec "troubles du neurodéveloppement" : décryptage et réflexions ». Octobre 2019. *Site de l'Association des Psychiatres de secteur Infanto-juvénile*, <http://www.api.asso.fr/>, octobre 2019. La Lettre de l'API, No 48, décembre 2019. La Lettre de Psychiatrie Française, No 268, décembre 2019.

Les Centenaires :

Des liens qui nous ressemblent et nous rassemblent

1- Ces POC constituent une nouvelle strate médico-administrative :

- **inutile** : car les fonctions qu'elles semblent vouloir remplir pouvaient être assurées par des dispositifs déjà en place, alors activés et utilisés,
- **coûteuse** : les moyens dévolus à la construction des POC (personnel médical, paramédical et administratif sans rôles soignants) auraient pu être utilisés pour le renforcement des moyens soignants existants,
- **posant un grave problème éthique, voire constitutionnel d'inégalité aux soins**, en réservant le remboursement du « forfait précoce », ainsi qu'un délai d'obtention de soins de 3 mois aux seuls enfants susceptibles de présenter un « TND »,
- **démettant le médecin de première ligne de son choix d'orientation** : son formulaire d'adressage à la POC ne comporte que le choix de cocher *le ou les examens et bilans à effectuer*⁴ dans une liste proposée, et non l'adressage à des structures de soins de ligne 2 (CMP, CMPP, CAMSP).

2- Le « forfait précoce », voie spéciale de remboursement :

- **semble éviter toute perspective de vrai remboursement des soins en libéral**, en psychologie, psychomotricité et ergothérapie, passant par les voies ordinaires des remboursements par la Sécurité sociale, et accessibles à **tous** les enfants,
- **les montants des remboursements de ce forfait précoce sont très bas**, les professionnels « contractualisant » avec les POC risquant d'être aussi les perdants de ces dispositifs,
- **la durée du forfait est fixée à un an** (prolongeable 6 mois, si une demande à la MDPH a été faite), exposant l'enfant aux ruptures de soins, notamment pour les familles les moins aisées ne pouvant continuer à financer leur poursuite,
- **en psychologie, les montants ont été prévus pour les bilans, mais non pour les soins**, qui restent « non encore définis », donc non remboursés.

3- Ces mesures s'appuient sur le concept arbitraire de « troubles du neuro-développement »⁵:

- ce concept, non valide scientifiquement, émane du DSM-5⁶, classification américaine très critiquée (notamment aux USA), et promue comme **classification de référence par la HAS** (Haute Autorité de Santé), la CIM 11 se calquant sur le DSM-5 quant aux « TND ». Le choix des troubles regroupés sous ce vocable TND,

⁴ Examens et bilans : kinésithérapie, ophtalmologie, ORL, orthophonie, orthoptie, ergothérapie, autres à préciser (professions conventionnées) ; ergothérapie, psychologie (comportant la neuropsychologie), psychomotricité (professions non conventionnées mais bénéficiant du « forfait précoce »).

⁵ Delègue A. « Les "troubles neurodéveloppementaux" : analyse critique ». *Site de l'Association des Psychiatres de secteur Infanto-juvénile*, <http://www.api.asso.fr/>, octobre 2019.

⁶ Le DSM-5 est une classification non valide épistémologiquement et scientifiquement ; les liens d'intérêts de ses « experts » avec l'industrie pharmaceutique et les groupes de pression sont prouvés.

Partenaires :

Des liens qui nous ressemblent et nous rassemblent

comme les définitions des différents TND, sont arbitraires, ne reposant pas sur des critères scientifiquement valides,

- « troubles du neurodéveloppement » et non simplement « difficultés de développement » (ou du « psycho-neuro-développement »), ce vocable pose comme **hypothèse de base l'origine principalement neurobiologique, voire neurologique** des « troubles » inventoriés, au détriment de la prise en compte des facteurs psychologiques et sociaux,
- l'enfant est un être en construction et en perpétuelle mutation, mais le concept de TND et la pose de ce « diagnostic » inscrit ses difficultés (des « déficits ») au sein même de son être (ses « neurones »), l'exposant à des **conséquences néfastes pour la construction de son identité et de son narcissisme** (notamment à travers un sentiment possible de différence et d'écart estampillés vis-à-vis d'autrui).

4- Ces mesures dessinent une nouvelle philosophie du soin en santé mentale :

Le dispositif public des soins en santé mentale pour enfants et adolescents, construit patiemment depuis les années 1970 prévoit **traditionnellement l'espace et le temps d'une rencontre clinique et psychologique de l'enfant et de sa famille, avant tout bilan**. Cette démarche de compréhension des symptômes, resitués avec les parents dans l'environnement et les événements de la vie de l'enfant, permet déjà souvent des améliorations significatives de son état. Les bilans sont proposés, si nécessaire, après cette première évaluation. **Les soins proposés sont diversifiés et pluriels**, psychologiques, éducatifs, rééducatifs, médicamenteux parfois, avec une approche prudente des diagnostics (qui sont à réévaluer) et une prise en compte toujours globale de l'enfant dans son entourage.

La nouvelle philosophie du soin met en avant **l'importance de l'établissement d'un « diagnostic », malgré le risque de son effet « figeant », voire « fixant »** par un effet de prophétie auto-réalisatrice et les projections faites sur l'enfant suite à ces « constats ». Ces diagnostics tendent à être établis sur la base des bilans, épreuves et tests visant à mesurer et chiffrer les symptômes, souvent pratiqués directement, et avec un manque de prise en compte de l'effet de ces bilans quant au ressenti de l'enfant. On note d'ailleurs actuellement l'inflation abusive de certains de ces diagnostics (notamment le « TDAH », comprenant les « troubles de l'attention », et les « TSA »). Certes, il s'agit ensuite d'engager des interventions rapidement, ce qui est nécessaire, mais les soins proposés sont avant tout rééducatifs, éducatifs, voire médicamenteux, **leur part psychologique étant réduite à la portion congrue** puisque le remboursement des soins psychologiques n'est pas organisé d'une part, et que l'adressage aux structures de soins de ligne 2, laissé à la discrétion du médecin de la POC, pourra ne pas avoir lieu (ce médecin peut n'avoir rencontré ni l'enfant et sa famille, ni le médecin prescripteur / adresseur) d'autre part. Pourtant des additions de rééducations peuvent manquer leur but si des problèmes plus souterrains, sous-tendant et / ou maintenant parfois en place des symptômes, ne sont pas pris en compte, ou si d'une façon générale l'enfant n'est pas écouté dans ses besoins psychologiques.

Benaires :

Des liens qui nous ressemblent et nous rassemblent

En définitive, ces POC, nouveau « maillage territorial », semblent organiser un circuit de soins parallèle au dispositif public de santé mentale pour enfants et adolescents pourtant dévolu à ces soins, et à qui la POC pourra avoir recours, mais sur quels critères ? Les structures de ligne 2 devront alors « rendre des comptes » aux POC (bilans transmis, réunions), soit une perte de temps considérable au détriment des soins, du fait de ce nouveau levier de passage obligatoire, alors que ces structures sont déjà organisées pour faire synthèse et liens avec les partenaires extérieurs⁷. Nous pointons aussi le risque de retard à la mise en place des soins dans les structures de ligne 2, si l'adressage vers ces structures intervient seulement secondairement.

Le dispositif de santé mentale public, construit avec les structures sanitaires et médico-sociales et ayant pour mission de longue date de prendre en charge ces difficultés, a pourtant fait ses preuves (voir textes, note 3 et 5). Ce dispositif est capable, s'il en a les moyens, d'intégrer de nouvelles perspectives d'appréhension des difficultés de l'enfant et des modalités soignantes. **Mais il n'est plus soutenu ni renforcé par les pouvoirs publics depuis de nombreuses années, malgré l'augmentation importante de la demande, entraînant de trop longs délais d'attente et des difficultés évidentes de prises en charge dans de nombreux territoires.** On constate ainsi des réorganisations / fusions/ suppressions de structures, le grignotage constant de différents postes, un abandon d'équipes ne pouvant plus fonctionner sans pédopsychiatre, en nombre très insuffisant depuis plusieurs années ; de nombreuses chaires de pédopsychiatrie sont vacantes à l'Université et la formation des pédopsychiatres, qui devrait être large et plurielle, est en souffrance.

Dans le contexte actuel de pénurie de moyens, il aurait été opportun de considérer le sens et l'organisation des dispositifs en place pour ces troubles de l'enfance. Outre le fait nécessaire de proposer un vrai élargissement des remboursements des soins en libéral, il aurait été judicieux de renforcer les équipes pluridisciplinaires dévolues aux soins, leur permettant d'ouvrir des postes pour des rééducations qu'elles ne possèdent pas encore, de mieux payer les orthophonistes afin qu'elles trouvent intérêt à revenir y travailler, de recruter et renforcer d'autres personnels afin de mieux répondre aux besoins existants. Le CSS belge (le Conseil Supérieur de Santé en Belgique, équivalent de la HAS en France) vient d'ailleurs d'édicter de nouvelles recommandations⁸. Ce texte déclare ses réticences à utiliser le DSM et la CIM, et propose une approche de la santé mentale basée avant tout sur les soins et moyens du rétablissement, jugés plus importants que la pose des diagnostics dans nombre de cas, diagnostics jugés souvent discriminants. Ce document constitue un appui très sérieux aux positions d'une « psychiatrie humaniste ».

⁷ Médecins somaticiens et autres professionnels libéraux, école et santé scolaire, PMI, protection de l'enfance (ASE), structures médico-sociales, protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) etc.

⁸ « DSM(5) : utilisation et statut du diagnostic et des classifications des problèmes de santé mentale », Conseil supérieur de la santé (Belgique), juin 2019, CSS No 9360

Partenaires :

Des liens qui nous ressemblent et nous rassemblent

Une courte vignette clinique illustre notre propos :

Un enfant de moins de 7 ans m'est adressé récemment en consultation. Il a eu déjà de nombreux bilans (dont un bilan neuropsychologique) sans aucune rencontre d'ordre « psychologique », ce qui devient de plus en plus courant dans la pratique nouvelle et actuelle. Il était si effrayé à la perspective d'un nouveau rendez-vous que sa mère a dû le contenir et le « ceinturer » avec ses bras, m'a-t-elle dit, pour sa venue au CMP. Arrivé avec sa mère dans mon bureau, pourvu de jouets permettant à l'enfant, par leurs différentes qualités, de trouver ceux qui lui donneront les moyens de son expression personnelle, cet enfant accepte en moins de quelques minutes de rester seul avec moi, et restera ainsi environ trois quarts d'heure ; il mettra déjà en scène un petit scénario / histoire avec le matériel mis à sa disposition, tout en parlant peu à peu, et en acceptant de me répondre. À travers cette première rencontre (une heure en tout avec le retour de sa mère), je suis capable d'avoir une connaissance déjà assez fine de ses capacités relationnelles, instrumentales (langage, motricité), attentionnelles, cognitives et psycho-affectives, du fait de son expression spontanée au sein de la relation vivante, et de son scénario de jeu, qui me donnent à voir quelques éléments de son monde intérieur psycho-affectif, par exemple de ses angoisses, et de sa capacité à faire face. Au terme de cet entretien, l'enfant est rassuré et prêt à revenir pour une évaluation plus approfondie. Il a compris qu'un espace est ménagé ici pour lui, utilisable si besoin pour construire ses propres moyens d'élaboration psychique et de croissance (le jeu ou le dessin etc., accompagnés de l'expression spontanée de l'enfant, étant similaires au processus de la verbalisation, plus aisée chez l'enfant plus grand et l'adulte, en entretien ou en psychothérapie, et vecteur du changement)⁹.

Le dispositif actuellement mis en place conduit à l'extension, voire la généralisation, de l'orientation neurobiologique des soins en pédopsychiatrie, dans laquelle l'enfant tend à être perçu comme un être fait de dimensions / fonctions séparées, chaque « déficit » commandant sa rééducation, sans retour à l'unité, la globalité ; et laissant croire qu'il peut être soigné sans avoir eu la latitude d'exprimer spontanément et librement ses besoins, ses ressentis, quelque chose de son monde intérieur et de sa souffrance, avec ses moyens d'expression propres. Ces mesures, dessinant une évolution inquiétante du soin aux enfants, ne peuvent rester en l'état ; elles doivent en outre faire l'objet d'une information éclairée du public, des parents, et du Défenseur des droits.

⁹ Il faut préciser que cette manière d'entrer en relation avec l'enfant n'est déjà plus celle de nombreux jeunes pédopsychiatres, qui n'ont été formés qu'avec le DSM-5 en guise de manuel de psychiatrie. Ces jeunes psychiatres ont adopté à leur insu cette vision « médicale » de l'appréhension de la santé mentale (bilans diagnostiques traitements).