

## « Pour continuer à faire vivre la pédopsychiatrie »

Martin, pédopsychiatre dans une Unité d'accueil familial thérapeutique et Centre médico-psychologique  
Parole du 16 février 2021, mise en texte avec Jacques

L'approche analytique, la psychodynamique sont indispensables à ma pratique. C'est une évidence. Cependant je ne suis pas allé jusqu'à devenir psychanalyste. Je m'occupe d'enfants qui sont dans des familles d'accueil et aussi protégés par l'Aide sociale à l'enfance. Ils ont eu un démarrage difficile dans la vie. Ils ont subi des carences et ont dû faire face à des maltraitements de la part de parents qui n'arrivaient pas à être parents pour des raisons souvent très tumultueuses. Ils sont protégés par le juge parce que leurs parents ne peuvent s'en occuper, en raison souvent de problèmes psychiatriques.

Notre équipe composée de psychiatres, psychologues, infirmiers psychiatriques doit savoir travailler à la fois avec ces parents, ces d'enfants et leurs familles d'accueil. Nous faisons tout, en particulier, pour que ces enfants, marqués par leur passé, puissent grandir le plus normalement possible et rencontrer leurs parents dans de bonnes conditions. Je suis pédopsychiatre dans un secteur hospitalier. Je n'ai pas d'activités libérales, je travaille uniquement dans le public, depuis une vingtaine d'années, pour le même hôpital. Je suis heureux d'avoir choisi ce métier proche de ce qui est le plus spécifique à l'humain : psychisme, psychopathologie, psychiatrie.

Je suis aussi malheureux d'être confronté à un environnement qui m'empêche de faire vraiment ce travail. Il y a des raisons idéologiques, mais aussi des questions matérielles de restrictions de moyens. J'ai choisi de travailler dans le service public mais on est en train de le déconstruire.

Cette pratique est aujourd'hui attaquée, je vais vous donner un exemple : quand je suis arrivé à l'hôpital il y avait soixante-dix places pour les enfants en hospitalisation alternative à l'accueil familial thérapeutique. Aujourd'hui il y en a trente-cinq, sur décision administrative, mais aussi hiérarchique. Autre exemple, le centre médico-psychologique (CMP) où j'exerce a été déplacé dans un endroit très difficile d'accès, une zone industrielle, sans doute moins chère. Les patients ont le plus grand mal à y venir.

Dans le centre de consultations où j'accueille les enfants de zéro à dix-huit ans et leurs parents, en temps normal, les consultations s'enchaînent dans mon bureau avec les enfants et leurs parents.

Avec le COVID, les centres de consultation ont été fermés. Mais nous avons continué à recevoir nos petits patients et leurs parents, ma collègue et moi, le plus possible. Bien entendu, ceux qui ne souhaitaient pas venir ne venaient pas. Donc, d'une certaine manière clandestinement, nous avons continué à faire le travail d'accueil. Notre hiérarchie, qui était confinée chez elle, ne l'a jamais su. On nous a encouragés à faire les entretiens par téléphone, et de chez nous. C'était vraiment une pression. J'ai essayé avec deux ados, mais ça a très mal tourné. Le déplacement de la consultation thérapeutique avec un praticien, par le biais du téléphone, du bureau du CMP dans la chambre de l'ado, avec une sorte de présence virtuelle du praticien dans cette chambre, a été très perturbant. Et on a décidé très vite de revenir aux entretiens au CMP quand on le pouvait. C'était vraiment une erreur. Dans la deuxième partie de l'épidémie, ils ont laissé les centres ouverts.

### **Pendant le confinement j'ai vécu une sorte d'ambivalence**

Dans mon activité, je dirige l'équipe qui se déplace aussi dans une quinzaine de familles d'accueil pour faire des entretiens sur place avec les enfants et leur famille d'accueil. Avec le confinement, le téléphone a beaucoup fonctionné, même si ça n'était pas satisfaisant. Pendant cette période, les infirmiers se sont rendus sur place surtout pour distribuer des masques, même si nous n'étions pas supposés le faire, avec des échanges devant la maison. Ils ont aussi permis aux enfants de parler à leurs parents au téléphone en leur présence, ce qui est très important. Les enfants ne peuvent pas être seuls dans un échange avec leurs parents. Il y a des risques de déstabilisation dus à d'éventuelles paroles malheureuses des parents.

Nous avons été surpris de constater que les parents s'arrangeaient finalement bien du fait de ne pas avoir à se déplacer, craignant la contamination. Il n'y a donc pas eu de conflit avec eux.

Du côté des enfants, la baisse des contacts avec les parents s'est plutôt bien passée. Ils ont pu ainsi vivre pleinement dans les familles d'accueil, rassurés parce qu'ils n'avaient pas à sortir. C'est incroyable d'ailleurs comme ils ont pu être sensibles aux questions de l'infection. Une véritable anxiété qui jouait un rôle dans leurs dynamiques psychiques.

Sur le plan de l'organisation, je suis le responsable de cette unité d'hospitalisation alternative. Nous sommes huit personnes : secrétaire, cadre de santé, psychologue et cinq infirmiers. Notre équipe est très soudée. Dans ce contexte extrême, l'investissement personnel, psychique, de chacun a été très important. Nous sommes en contact pour nous aider les uns les autres. Nous travaillons intensément ensemble. Nous sommes une petite équipe. En temps normal, nous nous réunissons pour faire le point sur notre travail et nous bénéficions d'une supervision par un psychologue externe. Il y a beaucoup de proximité et de coopération professionnelle dans cette équipe. C'est psychiquement très prenant. Ce sont nos psychismes qui travaillent. Le collectif c'est très important.

Pendant le confinement j'ai vécu une sorte d'ambivalence. Entre la peur, le retrait, l'envie de penser à moi et de l'autre côté l'idée que ce n'était pas si grave, ce n'est pas Ébola. Finalement je me suis rassuré rapidement et je n'ai jamais interrompu mon travail. Dans l'équipe, tout le monde était dans cette ambivalence et la moitié environ a choisi de rester chez eux. L'équipe a souffert de cela. Les "inquiets", quelquefois, essayaient de corriger les autres : "tu n'as pas bien mis ton masque"... Les mêmes sortaient d'ailleurs fumer sans masque avec les autres. Nous avons pu poursuivre malgré tout, parce que nous avons beaucoup parlé entre nous. Mon travail a consisté à faire circuler la parole. Quand une soignante essayait de corriger l'attitude un peu trop laxiste de ses collègues, j'essayais de parler avec elle et de lui faire comprendre que chez certains l'attitude pouvait être différente. J'ai encouragé celles qui étaient restées chez elles à revenir en prenant l'exemple de ceux qui étaient revenus au travail en surmontant leur peur. Finalement on a bien réussi. De mon côté j'ai essayé de respecter leur choix, en leur montrant qu'il y avait plusieurs options possibles et que personne ne possédait la bonne solution. Je n'étais pas psychologue de mon équipe mais j'étais une sorte "d'encourageur" à ne pas rester dans un seul point de vue. J'avais de la sympathie pour ceux qui maîtrisaient leur peur, parce que, finalement, je pense qu'ils risquaient moins d'attraper la maladie. Je pense en effet que la psychologie joue sur la possibilité de se faire infecter. Mais je voyais bien aussi le risque pour l'équipe de ce genre d'attitude. Je modérais aussi de ce côté-là en expliquant qu'il faut respecter l'attitude des autres. Finalement, les "inquiets" et les "téméraires" le sont restés, mais ils ont accepté de cohabiter.

Pour les patients, le non-respect de ce que l'on appelle le "cadre de soins", c'est-à-dire le fait de se rendre en consultation dans un lieu destiné à cela, a été problématique. Il a fallu trouver des solutions. Par exemple pour le cas d'un garçon autiste, le fait de lui fournir un masque lui a permis de sortir de chez lui alors qu'il ne voulait pas le faire. Ce seul geste lui a permis de surmonter ses empêchements. Nous ne disposions pas de masques à l'époque, mais nous nous sommes débrouillés pour lui en fournir directement à la maison.

### **En fait, on vous demande de faire plus avec les moyens existants**

Ma hiérarchie directe, c'est ma cheffe de service. Au-dessus il y a un véritable mille-feuille. Je n'ai aucune autonomie sur les moyens qui me sont attribués. De temps en temps nous sommes victimes de suppressions de postes sur lesquelles nous n'avons rien à dire. Ma chef de service peut faire des choses qui pour moi n'ont pas de sens. Par exemple, elle nous demande de monter des projets pour obtenir des moyens : créer une "équipe transculturelle". En fait, ça ressemble à mettre des chromes sur une voiture pour faire joli, alors que le moteur a des problèmes. Ça nécessite beaucoup de praticiens pour très peu d'activité. Quand on a voulu commencer on a demandé les moyens envisagés, la réponse a été : "commencez d'abord, on vous donnera des moyens ensuite". Et quand vous développez le projet durant deux ans sans moyens et que vous y arrivez, on vous dira de continuer ainsi. Autre projet de type ARS (Agence régionale de santé) : on nous a demandé de faire un projet sur la périnatalité : aider des jeunes parents en difficulté autour de l'accouchement, avec une équipe spécialisée, et, même logique, on vous dira de commencer sans moyens. En fait, on vous demande de faire plus avec les moyens existants. Ainsi, on réduit notre périmètre classique d'activité, tout simplement par exemple en n'embauchant pas de nouvelles familles d'accueil agréées. Maintenant, les familles d'accueil candidates doivent être reçues par la cheffe de service. Il suffit que celle-ci dise que telle ou telle famille d'accueil ne correspond pas aux besoins de notre unité. C'est comme cela qu'elle peut favoriser certains projets

au détriment de l'activité de base. Finalement, ce sont les enfants les plus vulnérables, ceux qui sont protégés par le juge, qui sont touchés par ce type d'attitude.

Je pense qu'il s'agit d'une attaque en règle contre le service public. On détricote ce qui existe pour favoriser le privé. Pour ce qui concerne mon secteur je suis inquiet : la personne qui dirige la pédopsychiatrie à l'ARS (niveau régional) n'est pas pédopsychiatre mais pédiatre. On nous fait "comprendre" que les pédopsychiatres doivent rester cantonnés auprès des patients et pas dans les lieux de décision.

On nous dit maintenant, conformément à la norme américaine DSM (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), construite contre toute logique scientifique et sémantique, que les problèmes pédopsychiatriques sont seulement des problèmes de neuro-développement. La dimension psychologique, intersubjective et sociétale de la maladie est ainsi totalement évacuée. Ce serait une question de neurones qui ne fonctionnent pas bien et qu'il suffirait de rééduquer. Il n'y aurait donc plus besoin de soins psychologiques. Comme le système psychiatrique français est basé sur les soins psychiques, il faut donc déconstruire tout ce système pour le remplacer par des soins rééducatifs qui ne sont plus de l'ordre de la pédopsychiatrie. Or, tout neuroscientiste sait bien que quand les enfants souffrent, ça se passe aussi dans leurs neurones mais qu'ils sont très réactifs à ce qui se passe dans leur environnement. Les enfants maltraités ont des conséquences sur leurs neurones, mais on ne dira pas que c'est un problème de neuro-développement parce qu'on mal-nommerait les choses. Par exemple, un enfant maltraité parce que ses parents sont malades va voir son rythme circadien se dérégler, il va devenir hyperactif dans ce contexte. Le DSM va nommer cela "trouble du neuro-développement" : les neurones de cet enfant se développent mal... L'ARS adopte ce vocabulaire parce que la Haute autorité de santé française adopte cette philosophie. En conséquence, notre direction nous interdit des formations professionnelles parce qu'elles ne correspondent pas à cette philosophie-là. Elle a une "liste noire" de formations qui a été copiée sur le site d'une organisation militante et elle interdit ainsi certaines formations professionnelles propres à notre discipline.

### **Je reviens au travail clinique pour me consoler**

Pour moi c'est un moyen de réduire l'hôpital public. Malgré tout, je suis du côté de ceux qui se disent : "La maladie mentale vaincra". Quand vous arrêtez de soigner la maladie mentale, ça va commencer à déborder, à perturber et à déranger. À ce moment-là, les pouvoirs publics vont commencer à revenir à des recettes qui ont été efficaces dans le passé et redonner des moyens pour soigner. Malheureusement, ce qu'on a vu, et ce qu'on voit encore, pendant la crise du covid ça n'a pas été une augmentation des moyens. Ce sont les équipes qui se sont organisées. Il n'y avait pas vraiment de stratégie politique. Pourquoi ferait-on au long cours ce qu'on n'a pas fait pendant la crise ? Je suis plutôt pessimiste. Ce qui nous reste actuellement pour continuer à faire vivre la pédopsychiatrie, c'est de tout faire pour survivre : par des collectifs, par des associations. Je m'engage dans ces mouvements, j'écris des articles pour formuler ce que je suis en train de vivre et j'essaie de transmettre aux plus jeunes. Je ne peux pas me résoudre à dire qu'il est trop tard. C'est dans le quotidien que je trouve des satisfactions : dans le travail clinique, avec les familles d'accueil, avec les patients dans le centre médico-psychologique. Certes, privé de moyens, le réseau de soins est saturé, mais face aux attentes des patients et de leurs familles, on fait au mieux pour ce que les humains ont de plus spécifique : leur psychisme, leur libre-arbitre, leur inconscient, leurs tumultes. Je reviens au travail clinique pour me consoler.

Dans ce système qui dysfonctionne, ce n'est pas aux personnes qu'il faut s'attaquer. Aux différents niveaux, la hiérarchie est prise dans des injonctions. On a l'impression que respecter les règles, c'est un peu "has been". A chaque niveau, on décide de ce qui va plaire au niveau supérieur et le niveau du dessous doit exécuter. Il faut critiquer ce système régressif basé sur le mimétisme. C'est une approche du pouvoir qui déconstruit la complexité.

Parole de Martin, le 16 février 2021, mise en texte avec Jacques