

## PRENDRE SOIN DE LA PÉDOPSYCHIATRIE

[Marie Allione](#)

Érès | « VST - Vie sociale et traitements »

2022/4 N° 156 | pages 26 à 33

ISSN 0396-8669

ISBN 9782749275581

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2022-4-page-26.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Érès.

© Érès. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# 26 Prendre soin de La pédopsychiatrie

**MARIE ALLIONE**

Psychiatre des hôpitaux honoraire, psychanalyste membre d'Espace analytique.

*Lorsque, jeune interne, j'ai décidé de m'orienter vers la psychiatrie, j'ai trouvé un terrain en pleine effervescence. La politique Debré avait voulu attirer les médecins vers l'hôpital puis la circulaire de 1972, créant la psychiatrie de secteur infanto-juvénile, fut l'un des facteurs déterminants de cet élan.*

La sectorisation instaurait des soins de proximité. Son projet était une politique pour le soin des enfants et des adolescents, à la fois généreuse et ingénieuse. Il fallait – ce n'était pas nouveau mais devenait une règle – tenir compte attentivement de leurs souffrances psychiques. Notre perspective du travail était clinique, intellectuelle et institutionnelle. La pratique s'en trouvait très ouverte constamment réévaluée et remise en question.

Nous étions comme des jardiniers sur un terrain qu'il fallait défricher et explorer pour prendre connaissance de ses atouts, de sa population et des acteurs déjà à l'œuvre. Nous voulions apporter et organiser des soins aux enfants et aux adolescents les plus démunis qui souffraient des pathologies les plus graves, en multipliant les partenariats avec toutes les ressources possibles du champ de l'enfance, en particulier avec l'école. Nous avions le souci de nous articuler à l'existant auquel nous apportions notre spécificité : la pédopsychiatrie reposant sur un trépied de neurobiologie, de sociologie et de psychologie référée entre autres à la psychanalyse.

Pour ma génération de pédopsychiatres, le vécu fut de l'ordre d'un *engagement*. Nous nous inscrivions dans un dispositif pérenne. Nous étions le maillon d'une chaîne, laquelle garantissait la solidité et la continuité du service public hospitalier. Une fois cette posture assurée, notre engagement pouvait être fort. Il mettait l'accent sur une dynamique au service des familles grâce aux progrès constants de la clinique et des multiples ressources théoriques et culturelles. Que s'est-il passé pour que l'on voie aujourd'hui se perdre le secteur, dispositif que tant de pays nous ont envié ?

## **De l'hôpital public à l'hôpital entreprise : quand la valeur humaine disparaît au profit de la valeur marchande**

D'abord, la garantie de la continuité s'est évanouie. Le principe de la sectorisation a été démantelé en force malgré une apparence de processus naturel. Il a été restructuré sur un mode managérial sans tenir aucun compte de son esprit ni de sa pertinence. Ce fut un processus brutal passant par la diminution programmée du nombre

de pédopsychiatres, façon d'asphyxier la discipline. Désormais, peu de jeunes médecins choisissent cette spécialité qui s'est transformée si rapidement et si radicalement qu'ils ne s'y retrouvent plus<sup>1</sup>.

Le *new management* s'est emparé de l'hôpital en l'inscrivant dans la *logique des marchés*. Le capitalisme s'empare de tout, rien ne saurait lui échapper. Une idée nouvelle ? Il la fait sienne en un rien de temps, même si elle semble lui être a priori contraire, et il sait l'accommoder à la sauce néolibérale. Les fameux tee-shirts Che Guevara en sont un exemple célèbre.

Nombreux ont été les secteurs de pédopsychiatrie chamboulés. La discipline a changé considérablement dans ses références. De plus, le manque de pédopsychiatres fait que certains continuent à fonctionner sans médecins ou si peu, et avec de moins en moins de soignants quand la file active continue d'augmenter. Le petit monde de la pédopsychiatrie, durement malmené et depuis si longtemps, essaie de sauver ce qu'il reste encore des pratiques du soin psychique, tout au moins d'en préserver la nature en leur intégrant des apports nouveaux. Cette pédopsychiatrie a été dite *intégrative*. Cela signifie que les pédopsychiatres et les équipes soignantes articulent les divers champs de connaissances sans pour autant dénaturer le cœur de leur métier<sup>2</sup>. La pensée intégrative se propose de considérer chaque dimension, chaque enjeu théorique et technique en les interconnectant, en les reliant les uns aux autres. Il s'agit de se mettre au service d'un *soin sur-mesure*. Il n'est pas programmable, il s'invente en articulant les connaissances à la pratique, à l'expérience, contrairement à des pratiques qui veulent appliquer à chacun un protocole standardisé.

Pourquoi les ministres qui se sont succédé depuis plus de vingt ans n'ont apporté

aucun soutien à la pédopsychiatrie de secteur ? C'est pourtant leur rôle ! Lorsqu'on a interdit la pratique du *packing* (que des parents approuvaient<sup>3</sup>) sous la pression de certaines associations de parents, la ministre de la Santé a fait la sourde oreille. Jamais elle n'est venue au secours des professionnels malgré les violentes attaques. Du fait d'une stratégie de type « marketing » bien huilée, l'autisme a servi d'archétype et de détonateur au discrédit généralisé de la discipline et du secteur.

Malgré toutes ces avanies, les pédopsychiatres continuent d'avancer<sup>4</sup>. Il n'y a aucune raison de se priver de toutes les approches, neuroscientifiques et technologiques, comme il n'y a aucune raison de se priver des approches psychodynamiques.

### Comment un tel gâchis a-t-il pu se produire ?

Il n'est pas possible de lister ici les multiples raisons de cet abandon. Je vais tenter de le situer dans la foulée d'un texte de 2015 que j'avais intitulé : « Où en est la pédopsychiatrie ?<sup>5</sup> », dans lequel je posais la question des changements de paradigmes qui ont bouleversé une discipline par nature en recherche perpétuelle. Ce sont des changements de culture, de pratiques, de notions du soin et de sa dynamique. Changement aussi de langage avec le remplacement de termes diagnostiques et leur simplification en acronymes. Ainsi, les TDAH, TND et TSA deviennent emblématiques de cette *novlangue*. TND est promu au rang de *label*. Tous ces « T » qui renvoient au mot « trouble » ont un sens mal défini, voire ambigu. Sous ces acronymes se cache en fait une imprécision diagnostique qui en a fait de vastes fourre-tout. Il ne s'agit plus de comprendre comment fonctionne un enfant mais d'établir un état des lieux de son

handicap qu'il faudrait rééduquer. L'éducation empêche-t-elle d'approcher la psyché ? Voudrait-on signifier qu'il n'existe plus de maladies mentales chez les enfants ?

Le langage change en fonction des évolutions sociétales. L'hyper-capitalisme, par le biais de la saturation du marché, ne peut plus supporter *le manque* qui est à la racine même de la parole, ce qui a pour effet de discréditer son exercice<sup>6</sup>. Dès lors, il devient plus difficile de *penser* le soin psychique. Nous sommes passés d'une pratique centrée sur l'écoute et la créativité à une pratique dépendant des évaluations et des programmes.

Que devient donc le soin en pédopsychiatrie sans la fiabilité de la parole, sans un acte de parole, en excluant les corpus théoriques du développement psychique ?

La pensée pédopsychiatrique a été longtemps irriguée et fécondée par la psychanalyse, la phénoménologie et bien d'autres approches. Puis, le curseur s'est déplacé de la psychopathologie vers la neurologie, en introduisant de façon radicale et exclusive la référence au fonctionnement cérébral. Les progrès des neurosciences cognitives ont apporté leur poids supposé *scientifique* à une discipline trop souvent vue comme irrationnelle par ses détracteurs. Elle reposait jusque-là sur des théories psychodynamiques prenant en compte des mécanismes d'une grande complexité pour tenter de comprendre le fonctionnement du monde intérieur, de la vie psychique, émotionnelle, affective et la façon d'être d'un enfant ainsi que son comportement.

Aucune approche ne peut être envisagée comme exclusive, comme on a voulu nous le faire croire ces dernières années. Dans tous les soins aux enfants, il y a des aspects éducatifs et d'autres comportementaux sur lesquels il faut agir aussi. Cependant, les approches comportementales proposent

des protocoles. Il ne s'agit plus d'une psychothérapie mais d'une technologie. Opposer l'éducatif et le comportemental au psychisme est une erreur grave. Toutes ces choses sont liées et coextensives. Elles gagnent à être articulées.

La publicité faite autour des neurosciences a été efficace : elles ont gagné des marchés. Dire qu'une approche est scientifique ne signifie pas du tout qu'elle soit juste<sup>7</sup>. L'histoire est pleine de soi-disant innovations scientifiques totalement erronées. C'est un peu comme l'efficacité « scientifiquement prouvée » des crèmes de beauté !

Autant il est juste d'envisager le développement atypique d'un enfant dans toutes ses composantes : neurologique, psychologique, environnementale et génétique, autant il est dangereux de le réduire au seul abord d'une logique neuro-développementale qui a tendance à éluder les autres composantes, en particulier leurs aspects psychiques. D'ailleurs, « psychique » est un mot qui a quasiment disparu du vocabulaire pédopsychiatrique.

Ces changements de paradigmes entraînent deux défis : celui de la psychopathologie et celui d'une population d'enfants qui s'est radicalement transformée.

### Comment le marché a changé la place de l'enfant ?

Le marché, c'est-à-dire la financiarisation de tous les échanges, pas seulement commerciaux mais aussi culturels et affectifs, a changé la place de l'enfant. Il est pris par le marché, il en est devenu une partie active<sup>8</sup>, dans un monde ordinaire de normalisation et de consumérisme.

Milton Friedman disait qu'avec le système des prix, « il n'est pas nécessaire que les gens se parlent ni qu'ils s'aiment<sup>9</sup> ». La logique des marchés obéit à ce système. Et

cette logique s'est emballée au point qu'elle échappe à l'intelligibilité des acteurs<sup>10</sup>.

Le marché sature l'enfant parce qu'il en a besoin pour assurer *la croissance*. Et de ce fait, il sature le concept d'enfance. En retour, l'enfant sature son environnement par sa turbulence qualifiée maintenant d'hyperactivité, et se trouve ainsi mis sur le marché pharmaceutique comme jamais auparavant<sup>11</sup>. Le marché change également la place des familles, et la position du soignant s'en trouve modifiée. Nous n'avons plus la même triangulation parents-enfant-soignants.

Devenu le *saint Marché*<sup>12</sup> depuis la référence à la « main invisible » d'Adam Smith<sup>13</sup>, qui évoque la main de Dieu (Raphaël, la chapelle Sixtine), le marché gouverne tout et s'est même installé en place de parents. Pour un enfant, le marché est d'une modernité que les parents ne peuvent pas avoir. De ce fait, le *saint Marché* occupe une place de parent pour l'enfant. Cela instaure un quatrième terme à la triangulation et cette nouvelle donne transforme nos pratiques. De tout temps, on attendait de l'enfant qu'il s'adapte à ses parents, actuellement la société incite les parents à s'adapter à l'enfant consommateur. C'est un retournement : on passe de l'enfant qu'on élève à l'enfant prescripteur de consommation<sup>14</sup>. Nous sommes passés « d'une organisation hiérarchique centrée sur le père à une organisation hétérarchique où chacun à son tour, père, mère, enfant prennent le leadership en fonction des thèmes abordés<sup>15</sup> ». Que devient alors la différence des générations ?

### **Pourquoi ces changements se font en détruisant l'existant ?**

Tout ceci ne s'est pas fait en ajoutant des innovations à une pratique, mais par la

volonté de remplacer par d'autres références qui ne pouvaient qu'éliminer les précédentes. Karl Polanyi a nommé cette opération : « innovation destructrice<sup>16</sup> ». Une volonté politique s'est emparée de cette *innovation destructrice* à la faveur du tout neuroscience alors que la pédopsychiatrie ne se réduit ni au fonctionnement du cerveau ni au fonctionnement psychique, mais inclut les dimensions sociales encore plus que toute autre discipline médicale.

L'uniformisation *mondialiste* veut que les particularités culturelles et historiques, dont la CFTMEA<sup>17</sup> est une illustration, disparaissent derrière l'hégémonie d'une classification, le DSM<sup>18</sup>, sorte de catalogue à la Prévert (Élisabeth Roudinesco) qui, d'outil de recherche, est devenu un manuel de psychiatrie qui s'impose partout comme un produit marchand dans un monde globalisé, pour qu'un même traitement puisse être donné à un enfant, à Chicago comme à Paris ou Tombouctou.

À la place d'une clinique du sujet, on a introduit les TND, label standardisé par des évaluations qui participent à l'orientation de la pédopsychiatrie vers une néo neuro(psy)chiatry de l'enfant. Il y a dans cette opération une perte de sens clinique au profit d'un standard marchand, évaluable et contrôlable. Qu'en est-il alors du singulier et de l'aléatoire humains ?

Par ailleurs, la subjectivité du pédopsychiatre est devenue suspecte. Sa place a changé aussi du fait de sa *prolétarianisation*. Il est réduit à la condition de prolétaire du fait que son acte clinique est soumis à une protocolisation et à des recommandations de la Haute Autorité de santé comme jamais auparavant. Ces recommandations (pour les TSA) ont orienté les pratiques vers le comportementalisme. Elles ont déclaré non recommandable la psychothérapie

institutionnelle et interdit le *packing* (alors qu'un PHRC<sup>19</sup> était en cours<sup>20</sup>) parce que non consensuels. Le consensus, c'est-à-dire l'opinion et le sentiment d'une majorité, a été maquillé de pseudo-preuves scientifiques pour bannir les pratiques cliniques et institutionnelles référées à la psychopathologie en usage dans le travail de secteur. Le consensuel, c'est le minimalisme conservateur, et réprouver une approche parce qu'elle ne le serait pas est une attitude frileuse consistant à craindre l'avenir et la créativité.

Quand le protocole agit, on ne peut plus tenir compte des transferts. Le transfert n'a pas de valeur marchande, heureusement. En revanche, un protocole qui donne des prescriptions comportementales et médicamenteuses, c'est l'apothéose de la marchandisation.

Ce changement de paradigmes fut un moment de bascule vertigineux pour les soignants. Un temps où le travail, les compétences et les savoir-faire accumulés depuis que la discipline existe se sont trouvés non pas remis en question mais tout simplement désavoués, discrédités, et parfois complètement détruits. Cependant, le niveau des formations multi-référencées et donc des compétences nourries par des années de travail et d'allers-retours entre les théories et la clinique était optimal.

Jusqu'ici la transmission de la pédopsychiatrie s'est toujours faite dans un rapport transférentiel au savoir et à l'amour du savoir. Nos aînés nous ont transmis ce qu'étaient leurs valeurs et leur expérience, savoir bien plus précieux que celui qui est préprogrammé, applicable et facile à trouver dans un ordinateur. Cette transmission aura été une ouverture à l'humain dans sa complexité. Elle s'exerce avant tout dans la rencontre, avec un accent mis sur les pratiques institutionnelles et une réflexion

sur les transferts multiples appelés : constellation transférentielle.

Chaque rencontre avec un enfant et ses parents est une découverte unique. Elle se situe dans le singulier et n'est pas reproductible. C'est une co-création de l'enfant, de ses parents et d'une équipe, renouvelée et réinventée chaque fois. « Le traitement consiste à proposer un ensemble de situations thérapeutiques diverses, séparées les unes des autres et articulées entre elles<sup>21</sup> » dans un milieu institutionnel élargi, le secteur, destiné à prendre soin des articulations et coordinations avec l'école, mais aussi avec tous les autres espaces de la vie d'un enfant.

### **Pourquoi se priver d'un corpus théorique et de ses outils de travail : l'écoute et le transfert ?**

La pratique psychanalytique ne peut pas être absorbée par le marché. De même la recherche en psychopathologie ne répond pas facilement à *Evidence Based Medicine*. La médecine par la preuve est difficilement applicable dans un domaine où, au-delà des techniques, sont convoquées les qualités humaines du pédopsychiatre et de tous les intervenants. On a maintenant tendance à oublier que la médecine est un art, une façon d'exercer propre à chaque médecin et qui engage sa subjectivité.

Pour accueillir la souffrance d'un enfant et définir une stratégie thérapeutique, il faut tenir compte de l'implication subjective du pédopsychiatre, de celle de chaque soignant et de l'équipe, de leur disponibilité psychique. Quand on pense à la somme de réflexions et de ressources convoquées et mobilisées par chaque situation, on est consterné par la standardisation, c'est-à-dire par la production d'actes conformes à des normes, qui uniformisent les pratiques

et surtout les désincarnent. Le risque est que le standard s'applique partout, y compris au temps du soin devenu programmable, de façon à produire le plus d'actes possibles selon une logique comptable. Le standard s'oppose à la créativité.

La créativité est ce qui a été le plus attaqué alors qu'elle est une source formidable de progrès et d'innovations pour les enfants, leurs parents et les dispositifs institutionnels. Elle est du côté de *l'éros* et du vivant.

Sans doute fallait-il réajuster la part de l'apport des théories psychanalytiques dans le champ de la clinique pédopsychiatrique. Mais fallait-il en arriver au point d'être privés d'un corpus théorique qui prend en compte la vie psychique, supprimer du vocabulaire le mot psychique et, partant, « invisibiliser » (Alain Vanier) la souffrance psychique<sup>22</sup> ?

Sans doute fallait-il repositionner la part des théories cognitives et comportementales, mais pourquoi faire basculer l'ensemble vers le neuro-développement, ses protocoles et ses techniques ?

Sans doute fallait-il considérer avec plus de précision, de rigueur et de poids tous les autres apports complémentaires : sociaux, culturels et environnementaux. Ils sont déterminants<sup>23</sup>.

Lorsque Jacques Hochmann dans son *Histoire de l'autisme* citait cette phrase d'Éric Kandel : « Le cerveau n'est pas une caméra mais un conteur d'histoires<sup>24</sup> », il nous mettait déjà en garde contre le Tout neuro-développemental. Une façon de nous inviter à ne pas perdre de vue ce qui fait la spécificité de l'exercice de la pédopsychiatrie : la parole et la mise en récit qui incluent les dimensions transférentielles.

Pourquoi accepterait-on d'être privés d'un corpus théorique et de l'un de ses leviers partout présent et essentiel pour le soignant : le transfert ?

## RÉSUMÉ

Qu'est-ce que la pédopsychiatrie devient sous la pression d'un libéralisme débridé, de changements sociétaux, en particulier de la place de l'enfant, d'une position antipsychanalytique primaire qui vise à remplacer toute forme de pensée par des protocoles ? Elle change de nature.

## MOTS-CLÉS

Saint Marché, place de l'enfant, secteur, parole, créativité, triangulation, subjectivité, transmission, psychanalyse, transfert.

## Notes

1. « Je suis un *workaholic* » : parole d'un jeune interne. Dépendance au travail favorisée par un climat organisationnel privilégiant l'esprit de compétition et par les nouvelles technologies offrant une possibilité d'être connecté en permanence.
2. Pédopsychiatrie : médecine de l'esprit des enfants. L'esprit ne se réduit pas au cerveau et à ses neurotransmetteurs.
3. B. Chamak, « Packing : quand des parents témoignent », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n° 68, 2020, p. 339-346 ; É. Eméyé, *Mon fils un si long combat*, France 5, janvier 2014.
4. M. Squilante, N. Garret-Gloannec, F. Roos-Weil, *Manuel des pratiques intégratives*, Toulouse, érès, 2022.
5. M. Allione, « Où en est la pédopsychiatrie ? », *Cahiers de PréAut*, n° 13, 2016, p. 11-32.
6. C. Allione, *La haine de la parole*, Paris, LLL, 2013.
7. Dans le *New York Times*, Thomas Insel (directeur de 2006 à 2018 du National Institute of Mental Health, USA) dit : « J'ai dépensé 20 milliards, on a trouvé des petites choses, mais en fait cela ne sert à rien pour les patients. Et donc, il faut faire complètement différemment. »
8. D. de Vigan, *Les enfants sont rois*, Paris, Gallimard, 2021.
9. D. Robert-Dufour *Le divin marché*, Paris, Denoël, 2007.
10. Robert Boyer : « Le capitalisme a sa propre dynamique, très difficilement contrôlable, c'est un fauve et on utilise de façon ad hoc la plupart des arguments théoriques, mais clairement il échappe même à l'intelligibilité des meilleurs de ses acteurs » (*Le capitalisme*, 1/6, Arte, 2014).
11. Voir S. Ponnou et coll., <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2022.01.003>
12. C. Allione, *op. cit.*

13. A. Smith, *La richesse des nations*, Paris, Economica, 2000.
14. C. Allione, « On vend un enfant » *Revue Illusio*, n 16-17, 2018.
15. A. de Vulpian et Y. le Floc'h Soye, « Vers une société humaniste ? », dans *Sapiens : métamorphose ou extinction ?*, HumenSciences, 2022.
16. K. Polanyi, *La mentalité de marché est obsolète, la civilisation doit réinventer sa façon de penser*, Paris, Allia, 2021.
17. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, sous la direction de Roger Misès.
18. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.
19. Programme hospitalier de recherche clinique.
20. <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0198726>
21. J. Hochmann, M. Jannerod, *Esprit où es-tu ?*, Paris, Odile Jacob, 1991.
22. Bernard Golse a créé l'Institut contemporain de l'enfance pour que le soin aux enfants et adolescents ne se réduise pas uniquement à des aspects purement opératoires et comportementaux.
23. D. Cohen, « Homo développementalis », dans *Sapiens : métamorphose ou extinction ?*, op. cit.
24. É. Kandel *À la recherche de la mémoire, une nouvelle théorie de l'esprit*, Paris, Odile Jacob, 2007.



MICAËL