

- 1** Éditorial
- 3** Les chantiers du possible
- 7** Pourquoi la pédopsychiatrie veut-elle se passer de la rencontre ?
- 14** Quand l'écran fait écran dans nos pratiques cliniques
- 17** L'Open Dialogue, un soin partagé en protection de l'enfance
- 20** Comment (ré)envelopper patients et soignants dans le travail clinique en contexte de violences ?
- 22** Note de lecture
- 24** Bulletin d'adhésion

n°59
06/2025

« Cher collègue, j'ai été amené à recevoir le jeune C... dans le cadre du dispositif « monpsy ». Le dispositif touchant à sa fin pour cet enfant, je ne peux continuer à le recevoir. Et puis au-delà de cette question technique, la problématique de cet enfant montre clairement qu'un travail avec les parents est absolument nécessaire. Ce que je ne peux entreprendre. J'indique donc aux parents une prise en charge institutionnelle en CMP. Au vu de la désorganisation psychique présente chez cet enfant, pouvez-vous proposer un RDV en urgence... ? »

**Se décaler de la technicité,
Se recentrer sur l'humanité**

**Christophe Libert
président de l'API**

Flagrant délit d'impertinence ! Et quoi encore ? En plus de notre mission de service public d'accueillir les situations les plus graves et complexes, nous devrions en plus nous transmuter en Zorro ou acrobates compromis, pour rattraper en plein vol des situations qu'un système de soin de plus en plus malade, technocratisé, piloté par des politiques sourdes vient négliger et aggraver, ne serait-ce qu'en rajoutant de l'instabilité et de la rupture bien préjudiciables. Ah ! Je vous assure,



il n'en avait pas besoin ce gamin, d'avoir à changer de psy. À moins peut-être que le transfert n'existe plus. Qui sait ? J'ai sans doute raté un épisode.

Et avec les PCO, est-ce beaucoup mieux ? Certains d'entre nous ont accepté de jouer le jeu. Alors oui, on pourrait dire que cela rend service quand nos structures n'arrivent pas accueillir davantage de situations. En attendant j'ai pu moi-même me le dire sans pourtant jamais oublier que mettre des moyens dans ces « forfaits », c'est choisir de ne pas renforcer l'existant du service public. Mais quand on me fait comprendre que ça serait bien qu'un enfant ne garde pas la « psychomotricienne de son forfait » parce qu'on a besoin de psychomotriciennes pour ces forfaits, et que « s'il la garde avec un financement MDPH, alors elle ne pourra pas prendre en soin un nouvel enfant de la PCO », alors là... je me retiens de le dire. Non j'y vais. Quelle bêtise ! Quelle perversité ! Je me suis quand même retenu...

Dans quel système maltraitant sommes-nous ? Pour continuer à être complice d'une telle absurdité toxique, à privilégier la pérennisation d'un dispositif que nous avons été si nombreux à ne pas vouloir, en raison du besoin de continuité des soins d'un enfant. Je pourrais, pour être honnête, donner des exemples plus positifs, mais le simple fait d'être aujourd'hui embarqué voire enfermé dans un système de soin susceptible, par ces fondements, d'être morcelant, abrutissant, maltraitant... eh bien cela me met en rogne !

Et toutes ces procédures pour les droits de tout le monde, pour limiter les glissements et autres écarts, petits et grands, vous trouvez ça formidable ? Ah c'est sûr, ça pourra toujours en ravir certains, sauf qu'à vouloir tout techniciser, tout contrôler, atteindre l'absolu zéro faute, tout ce qui n'est pas en place, dans la bonne case, devient suspect. Une suspicion qui casse les liens. La défiance plutôt que la confiance pour un monde plus sûr ? Qu'avons-nous encore comme place pour l'humain dans la clinique les soins ? N'avez-vous jamais eu l'impression nous que avions, nous, cliniciens, toujours et de plus en plus, à ramer pour faire de la place à l'humanité, au sensible, à l'incertain, au mouvant, au possible, au fragile, à l'inattendu, à ce qui déborde juste un peu, à ce qui commence à se colorer de loin, à ce qu'on perçoit sans que l'on trouve forcément les bons mots, à ce qui vibre ou nous fait vibrer on ne sait trop comment, au discret de ce qui frémit, au palpitant, aux infinies nuances, à ce qui se dérobe, à ce qui vient nous chercher, au doute qui nous amène à penser, au tendre, à la finesse qui relie, aux petites pousses au milieu du chaos, au détail qui nous émeut, à la

magie de ce qui décolle, éclot, prend vie sans crier gare, au subtil, au relief, à la complexité qui nous tient, nous perd forcément pour mieux nous préserver d'un réductionnisme asséchant.

Alors « Rame, ramons, ramez ! », continuons comme nous pouvons à faire de la place à cette humanité dans les soins, à cultiver des parcelles, petites et grandes, qu'elles soient isolées par défaut d'appui juste autour, qu'elles convergent, qu'elles soient suffisamment consistantes pour constituer des camps de base pour les batailles actuelles et futures. Dans cette nouvelle Lettre, vous trouverez justement d'abord une conversation que j'ai souhaitée avec Martin Pavelka sur « Le chantier du possible ».

Bernard Golse nous a très gentiment autorisé à publier un texte issu d'une journée d'hommage à Marie Allione « Pourquoi la pédopsychiatrie devrait-elle se passer de la rencontre ? ». Titre alléchant et contenu aussi, dans lequel il défend inlassablement l'abord psychodynamique dans les soins et tente de nous donner espoir que celui-ci ne disparaisse pas.

La question du rapport aux écrans des enfants nous préoccupe beaucoup à l'API et nous avons choisi de publier un texte en rapport avec cette question, issu d'une journée sur ce thème qui s'est déroulée en Alsace.

Enfin vous pourrez lire 2 textes issus des ateliers des Carrefours de la pédopsychiatrie, l'un sur « L'Open Dialogue », un soin partagé en protection de l'enfance et l'autre sur le travail clinique en contexte de violence conjugale ou familiale.

Et pour finir une note de lecture vous incitera à lire « Neuromania », critique de la profusion de discours sur le cerveau qui cherchent à expliquer le moindre symptôme par un dysfonctionnement cérébral.

Lise Nadereau nous fait comme d'habitude le plaisir d'illustrer humoristiquement tous ces textes très sérieux.

Bonne lecture !

Les chantiers du possible

Correspondance entre Christophe Libert et Martin PAVELKA

5/4/25 C. Libert

Mon cher Martin,

Cela fait un petit moment que nous sommes plusieurs à l'API à réfléchir à comment faire vraiment bouger les choses dans le contexte que nous connaissons tous : celui d'un déficit abyssal de moyens face aux besoins, de l'attaque de la politique de secteur au profit d'une tendance à une filiarisation exclusive, et par là, notamment, de l'attaque d'une clinique du sujet, « équilibrée » à la fois fine, globale et ajustée. Je pourrais continuer sur les effets morcellants et désobjectivants des listes de diagnostics avec lesquels arrivent les familles dans nos CMP. Bref, cela ne va pas fort. Alors il y a bien des lieux de « résistance » qui permettraient de faire vivre, de garder intact des pratiques de qualité en attendant des jours meilleurs, mais comme tu le sais, je ne souhaite pas en rester là. De ma place, je pense que c'est de l'ensemble de la pédopsychiatrie qu'il faut prendre soin aujourd'hui, et sans attendre. Nous avons travaillé sur des contenus, à une PPL notamment. Trop sagement sans nul doute. N'est-il pas temps de donner de la voix, de nous fâcher encore davantage ? Résister, lutter, c'est notre quotidien. N'est-il pas temps de porter autrement nos exigences, les besoins en soins des enfants et ados ? Vers une révolution de notre action politique qui est consubstantielle de la pratique en pédopsychiatrie ? Quels actes concrets initier ? Réfléchissons ensemble à cela si tu es d'accord !

9/4/25 M. Pavelka

En effet, comment esquisser une approche et des actions qui permettraient de bifurquer du « couloir idéologique » qui contraint notre champ professionnel, tout en poursuivant notre mission quotidienne du soin, du soutien de l'action des équipes et de la coopération partenariale ?

Nous savons que les actions rigoureuses, de « résistance » pour défendre les pratiques de qualité peuvent aboutir à des ostracisations et des sanctions. Le statut de lanceur d'alertes ne peut pas protéger tout le monde, ou alors le fera trop tard.

Le couloir idéologique, propre à une vision dominante de la société actuelle, où l'individu est vu comme un autoentrepreneur de lui-même, et au bout du compte tenu à bien « sculpter son cerveau », se transforme progressivement depuis le début de ce millénaire, en un couloir réglementaire et juridique. Les pratiques réductrices sont édictées par des arrêtés, imposées par les RBPP et les conceptions diagnostiques déshumanisantes entrent dans le « DSM11 ».

Les formations des professionnels de soin, dans le sanitaire et le médico-social sont vidées de la nécessaire dimension psychosociale et d'une compréhension des dynamiques psychiques et relationnelles. Voilà notre réalité.

Si des lieux de « résistance » existent (leur cartographie a été initiée par le Printemps de la psychiatrie (<https://resistancepsy.gogocarto.fr/map#/carte/@46.33,2.50,5z?cat=all>), ils peuvent disparaître avec le départ des professionnels qui les portent ou l'arrivée des « managers » en santé qui les ferment.

Heureusement, nous pouvons chercher des appuis ou cultiver notre conception des soins, comme je suis amené à le faire pour

tenir le coup, dans des espaces parallèles comme le Printemps de la psychiatrie, le Groupe enfance du Collectif des 39 et dans d'autres engagements para-professionnels.

Nous voyons bien que l'action dans la société et dans le champ gouvernemental et politique, tel que la déploie par exemple l'API n'apporte plus les fruits attendus, que ce soit auprès des ministères, des agences et conseils gouvernementaux ou indépendants, ou auprès des ARS ou autres HAS.

10/4/25 CL

Ton dernier propos vient poser la question de l'intérêt-même de l'action politique actuelle de l'API. Si celle-ci n'apporte pas tous les « fruits attendus », faut-il considérer que celle-ci est inutile ? Faut-il se retirer de tous ces lieux politiques que tu cites ? Ou alors y modifier notre posture, nos discours ? C'est vrai que nous sommes peu de choses face au rouleau compresseur idéologique. Rappelons qu'il y a au moins deux enjeux : celui qualitatif des soins que nous proposons, et celui des moyens pour mettre en œuvre nos propositions.

Je suis convaincu d'au moins une chose : notre posture à la fois claire, forte, militante et respectueuse nous permet d'avoir une influence (avec d'autres d'ailleurs) qui limite les dégâts à défaut de parvenir par exemple à faire voter une proposition de loi.

Mais si j'ai souhaité cet échange, Martin, c'est bien que je ne suis pas satisfait de là où nous en sommes. Je répète donc ma question : quelle révolution ? Ou alors, as-tu d'autres mots pour qualifier ce qui pourrait sortir la pédopsychiatrie à l'échelle nationale de sa catastrophe ? Par quoi commencer selon toi ?

Avant de te laisser développer, je voudrais te livrer au moins deux idées. Bombardé, chahuté, heurté par ce que l'actualité de la société nous impose, je ne vois pas comment on ne peut pas être de temps en temps un minimum traversé par une forme de « dépression » quels que soient les lieux-ressources que nous investissons. Et l'assumer pour mieux rebondir. Deuxième idée ou plutôt proposition : Changer de ton me semble indispensable. Même si la tenue des assises de la santé de l'enfant ne se sont soldées par aucune mesure concrète chiffrée, et encore moins systémique, elle marque pour moi un tournant dans la façon de nous adresser au pouvoir de façon très énergique... Même si cela a pu d'une certaine manière nous en éloigner quelque peu, en froissant des acteurs-clés du ministère. Pas si grave...

16/4/25 CL

Mon cher Martin, je ne te vois pas répondre. J'imagine que tu es débordé, ou alors que mon propos - assez défensif - a rétréci la conversation. Pour la relancer, je me permets de faire un détour. Je te propose un néologisme : « la nov-gression ». Après tout, un de plus ne viendra pas faire trop de mal... surtout s'il s'agit de pointer une autre idéologie mortifère, celle du « tout innovant » qui s'inscrit pour moi dans une régression majeure. Qu'est-ce que c'est que cette manie à ne défendre que le neuf ! Ce qui date un peu est vite mis au rebut. Souvent sous l'argument malhonnête « ça n'a pas tout résolu, donc il faut passer à autre chose ». Renforcer, stabiliser l'existant - qui n'est pas pour autant

statique, il peut évoluer, se transformer - n'a pas la cote. C'est même dévalorisé. Combien d'énergie dépensée à défendre les CMP et les CMPP ? Notre société est malade de cette « nov-gression », de cette maladie, où l'on se passerait de l'histoire, des traces laissées, de ce qui se construit petit à petit dans nos sociétés, nos outils, comme dans la tête de nos patients. Du nouveau, sans trop regarder en arrière. Quelque part notre société est malade du manque d'attention sur ce qu'elle laisse comme trace, derrière elle. Elle va vite, trop vite, nous sommes dans une société de la réaction, ses capacités d'inhibition sont plus que chancelantes. Elle ne tient pas en place. Il suffit d'un seul être humain déséquilibré au sommet de certaines fonctions exécutives pour déstabiliser toute la planète.

Et si, pour le coup on se permettait de parler de « TDAH » ? Une sorte de « TDAH sociétal ». Et là, ça ne me dérange pas d'utiliser ce terme, pour la dimension de dysfonctionnement qu'il revêt d'autant que la plupart des caractéristiques requises sont présentes.

Alors bien sûr que le système libéral qui prévaut à l'échelle de la planète, comprend toutes les conditions à cette maladie, à cette surenchère sociétale pathologique où certains groupes privés - à ne pas confondre avec l'ensemble de l'offre libérale qui est plurielle - qui, appâtés par le gain, la plus-value, sont parmi les premiers à dégainer pour des propositions innovantes mais qui ne sont que séduisantes et superficielles.

19/4/25 MP

Hier j'ai entendu, qu'un autocrate contemporain pourrait bien vite se désintéresser du problème de la guerre en Ukraine et « passer à autre chose ». Au-delà du ridicule d'une telle proclamation affichée comme une « posture de menace » vis-à-vis de Poutine, j'associerais volontiers cette inconséquence à ce « TDAH-sociétal » dont tu parles.

Deux réactions à la « nov-gression » :

1/ Serait-elle le nom d'un arsenal offensif déployé stratégiquement depuis l'introduction du new public management dans tous les secteurs publics, probablement repris à la stratégie de « disruption » dans le marketing : prendre de court son concurrent en envahissant le champ par un produit plus « accessible » (moins coûteux humainement et financièrement), mais pas de meilleure qualité, bien au contraire ?

2/ Dans notre domaine, notre champ clinique, la « nov-gression » n'est pas déployée contre « tout » ce qui est ancien (je n'ai pas entendu d'attaques politiques contre la sismothérapie), mais contre les théories - et contre les approches et pratiques qui s'en inspirent - construites en tenant compte de la vie psychique et relationnelle, avec ses événements ayant laissé leurs traces conscientes et inconscientes : les approches globales et complexes, telles que le dispositif de secteur psychiatrique, les approches à dimension transférentielle (psychothérapies psychodynamiques, packing...). Bref toutes celles, qui tiennent compte des dynamiques et causalités intrapsychiques et environnementales typiquement humaines. Les éliminer est stratégique. Non pas parce qu'elles sont vieilles et inopérantes (les recherches ne confirment pas cela), mais parce qu'elles ne sont pas « privatisables ». Elles ne peuvent pas devenir la porte d'entrée des « acteurs privés » dans l'exploitation du budget de la sécurité sociale. Pourquoi ? Parce qu'elles nécessitent un investissement constant dans la formation et les salaires des soignants humains. Dans notre champ ce sont les psychismes des soignants, au sein de leurs dispositifs thérapeutiques, qui

correspondent aux équipements matériels des autres disciplines médicales. Ces soignants-là, ces dispositifs-là, ne sont pas « rentables » financièrement, n'apportent pas la plus-value dont tu parles, pour les dividendes. La nov-gression disruptive serait là pour les éliminer et dégager de l'espace pour le privé. Visiblement, la plus-value en termes de soin des personnes n'intéresse ni les acteurs privés, ni les politiques ...

La machine de destruction massive de la vision du soin psychique que nous défendons, y compris au sein de l'API, c'est en France la fondation FondaMental, poussant clairement -derrière la façade problématique de la défense d'une psychiatrie neuro-biologique - à une découpe par filiarisation du système public de soins psychiatriques et son basculement dans le domaine privé.

FondaMental (comme j'aime l'écrire) répond à la commande de ses sponsors (<https://www.fondation-fondamental.org/les-maladies-mentales/notre-organisation-mise-en-page-patho>), le complexe des labos pharmaceutiques & des boîtes à cliniques psychiatriques & des assureurs privés en santé & des banques...). Étant dans mon autre vie le PDG du labo (<https://collectifdes39.fr>) Tyraline®, je sais quels objectifs vis-à-vis de la Sécu et l'hôpital public ces sponsors défendent, pour eux et leurs actionnaires. ;-)

Ses porte-paroles sont dans les ministères et ont des relais parlementaires qui poussent les lois, décrets et arrêtés... ; dernièrement la PPL sur l'intégration des centres experts FondaMental dans le parcours de soins et le passage de leur financement vers la sécu ! Ou encore la transformation de la place et du travail des psychologues sous la coupe des médecins, et par des pratiques imposées.

Est-il raisonnable, comme le fait l'API, de chercher d'autres parlementaires pour arrêter, ou seulement freiner la catastrophe, alors que la configuration politique est défavorable aux services et à la santé publique ? Une sorte de « test » se déroule actuellement dans le Groupe de travail des parlementaires du NFP et du Printemps de la psychiatrie, né à la suite de la victoire de la gauche aux dernières législatives. Au fur et à mesure nous voyons les parlementaires les plus favorables à la psychiatrie que nous défendons se laisser séduire par les mesures-compromis du rapport Rousseau&Dubré-Chirat. Celui-ci pose un bon constat, mais propose des solutions dans le privé : urgences psychiatriques, soins « sous-contrainte » et MonParcoursPsy (au lieu d'utiliser cet argent de la Sécu pour embaucher des centaines ou milliers de psychologues dans le public). C'est une réal-politique, car ils auront assez de voix de la droite pour faire passer une loi-cadre construite dans cet esprit « fondamental ». Pourrons-nous, dans le Groupe de travail du NFP et Printemps de la psychiatrie renverser la tendance ? Nous verrons au colloque à l'Assemblée nationale du 18 juin, où nous invitons François Gonon, véritable antidote de FondaMental.

Quelle action politique pertinente mener dans ce contexte ? Comment ne pas perdre l'espoir de pouvoir engager (sic !) nos élus dans une direction censée ?

Tu fais allusion à une société malade. Alors, je pense au parallèle psychiatrique (https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-bulletin/article/engage-disengage-discharge-ethical-approaches-to-fraught-questions/B0245DAB8ADD33F8FFB8DCF19D5B0C62?utm_source=SFMC&utm_medium=email&utm_content=Article&utm_campaign=New%20Cambridge%20Alert%20-%20Articles&WT.mc_id=New%20Cambridge%20Alert%20-%20Articles) avec un malade qui ne souhaite pas se soigner, qui ne veut même pas entendre parler de sa maladie. Qui rejette a priori la causalité de ses maux, et n'accepte pas la « pilule

amère » du traitement curatif et préventif... « Même pas en rêve ! » Éthiquement, que faire ?

L'idée actuelle, minimaliste, portée par le Printemps de la Psychiatrie est de résister et perdurer partout, là où les pratiques respectueuses de ce que tu appelles « une clinique du sujet, « équilibrée » à la fois fine, globale et ajustée » existent. Ensuite, à l'image des personnages du roman de Bradbury, Fahrenheit 451, mémoriser, cultiver la narration des savoirs précieux, aujourd'hui visés par la nov-gression disruptive, devenue répression politique. C'est le sens des Assises citoyennes du soin psychique.

L'autre idée, celle de l'engagement malgré tout dans le travail avec les politiques, j'en ai parlé plus haut. Le Groupe Enfance du Collectif des 39 a par exemple récemment rencontré la ministre de la ville pour plaider la redirection du budget MonParcoursPsy vers les porteurs des Maisons Vertes (Lieux d'Accueil Enfants-Parents) ou d'autres Maisons des familles (apparues récemment dans les secteurs de pédopsychiatrie). Ce sont des petites actions... et nous ne sommes pas sûr qu'elles se réalisent. A l'image des préconisations des Assises présidentielles de 2021, où par exemple les millions réservés pour les UAFT pédopsychiatriques se sont évanouis...

Je me souviens, que nous avons envisagé une autre idée de lutte : A l'image de Femen, Pussy Riot, ou encore AIDES, créer un événement public et médiatique incisif. Cela exige un discours très bien construit et incisif qui suivra dans les médias. Et c'est le risque non négligeable d'ostracisation par nos collègues, partenaires et adversaires. Tout comme le risque de tensions internes à l'API.

Est-ce le moment pour l'engager ? Y a-t-il quelque chose d'intermédiaire entre ce que nous faisons déjà et cette alternative d'une vraie « bifurcation » ?

20/4/25 CL

Martin, je vais essayer de répondre à tes deux dernières questions. Mais avant, deux détours :

Le premier : un détour optimiste. Je crois en l'humain. Je crois en nos patients et leurs familles. C'est un détour par la clinique des « dits TDN ». On n'est pas forcément obligé d'y réagir. Il y a encore quelques années, on pouvait facilement les mettre de côté, en utilisant dans nos consultations presque exclusivement les terminologies cliniques et diagnostiques de la CFTMEA. Aujourd'hui, les ignorer totalement quand les parents arrivent avec ces repères dans leurs têtes ou dans les courriers ne me semble pas possible. Ce serait opérer une forme de déni de ce qu'ils reçoivent comme informations, une forme de déni social. C'est mon sentiment. J'ai pris le parti depuis un petit moment d'utiliser ce qu'ils amènent de ces « dits TND » pour faire un travail d'explication, de déconstruction, de relativisation des diagnostics qui sont « prononcés ». Non pas que je ne fasse

pas de diagnostic. Je suis d'ailleurs assez direct en la matière. Tout en étant assez souple, je crois : « ben oui, aujourd'hui on peut dire qu'il y a de l'autisme ou du TSA dans la souffrance de votre enfant, c'est un peu comme une photo un diagnostic, si on fait des tests - j'ai l'habitude d'en faire - ils viendront confirmer cela, c'est certain, et en même temps, si on met au travail votre enfant, et vous aussi, alors ça va bouger, et on aura peut-être un autre diagnostic dans quelque temps ». Pour le « TDAH » : « Ah vous voyez, pour moi c'est comme la maladie « lenezquicoule », on est d'accord, il y a des médicaments très efficaces contre la maladie « lenezquicoule ». Les parents commencent à sourire « vous voyez, le TDAH et la maladie « lenezquicoule », ce sont juste un ensemble de symptômes... Alors je veux bien aussi qu'il ait aussi tous ces « Dys », et puis ce « TOP », et que vous veniez au CMP pour les angoisses et le trouble dépressif qui s'ajoutent, et que dès fois son imaginaire déborde au point que la frontière ne soit pas très claire avec la réalité mais moi je ne peux pas voir votre enfant comme une liste interminable de maladies avec tous ces diagnostics sophistiqués... Mon travail, mon devoir de pédopsychiatre, de médecin c'est d'abord de m'intéresser à votre enfant comme une personne ». Et dans 100 % des cas, les parents me suivent. C'est sûrement parce que je crois en leur intelligence ! Oui cet optimisme me nourrit pour continuer à nous battre.

Le second détour : un détour réaliste sur notre société malade. Je dois dire à nos lecteurs que, très embêté, et peu fier, je t'ai demandé de retirer des noms que tu avais cités dans ton dernier propos. Quand bien même sur le fond, avec ces noms, tu étais venu à coup sûr énoncer une réalité, je dois avouer que cela a soulevé une angoisse chez moi, celle d'être attaqué sur le plan juridique, et fragilisé dans l'exercice de mes fonctions, et in fine dans ma vie privée. J'ai bien pensé à une reconversion dans la culture d'agaves sur les pentes ensoleillées de la colline de la Garde à Marseille, mais en fait, je ne pense pas être complètement mûr. Et puis je tiens à mettre mon énergie ailleurs. Nous sommes malmenés, et si j'ai eu cette angoisse au point d'en être réveillé la nuit dernière, c'est qu'une forme d'intimidation a eu lieu sur moi ces derniers mois, et me rend plus prudent.

Dans la « République des Faux selfs », Pierre Delion a bien décrit un des principaux maux de notre société. Notre société est en quelque sorte infiltrée, non pas par une simple tendance, mais quasiment par un ordre social où l'apparence, les faux semblants ont plus de valeur que ce qui passe derrière ces masques, et ce, à presque tous les niveaux de la société. Rien d'étonnant d'ailleurs à ce que la vie psychique intérieure des jeunes soit négligée, au profit de la question omniprésente du développement. A ce jeu dangereux et pervers, avec le temps, l'humanité sera toujours perdante. L'extrême droite surfe en ce moment, je crois, sur la réaction - plutôt saine - de milliers voire de millions de personnes qui ne veulent plus être dupés. Moi-même, j'ai le vécu - partagé avec d'autres -, d'avoir été baladé à plusieurs reprises ces dernières années dans le rapproché avec les politiques et surtout le pouvoir. C'est tout simplement révoltant, et bien des fois, j'ai envie d'exiger, de hurler, « Sincérité ! Sincérité ! ».

De toute évidence nous ne combattons pas à armes égales. Nous n'avons ni la duplicité, ni l'argent, ni les moyens judiciaires, ni les canaux de communication que d'autres peuvent manier à leur aise et sans complexe.

Nos lecteurs sont peut-être en train de se dire que nous vivons « complotistes » ... Je ne crois pas.

API contre GOLIATH



L. MOULIN 2025

Tu as parlé de la fondation « FondAmental ». Je ne vais pas reprendre tout ce que tu as énoncé car c'est tellement vrai, et maintenant connu de beaucoup de professionnels de notre champ. Je suis impressionné par la sérénité que dégage cette fondation et ses porte-paroles. Elle m'inquiète profondément car elle est le signe pour moi d'un collage avec le pouvoir, d'une forme de certitude dans la réalisation de leurs projets, aux premiers desquels se situe l'inscription dans la loi et le code de santé public des « centres experts ». Le décalage est ô combien abyssal entre la réalité du besoin de centres d'expertise hyperspécialisés et celle du besoin en matière de moyens pour soigner partout en France. Je trouve cela indécent. Mais au-delà de mon sentiment, ce rouleau-compresseur-là vient bien nous dire ce que ce petit nombre souhaite comme psychiatrie, tellement éloignée de celle que nous défendons. Mais attention, ne soyons pas brouillés par tout ce bruit-là. La Marche ... qui est en route est me semble-t-il systémique et donc beaucoup plus large que ce que Fondamental donne à voir. Nous engager maintenant dans une « vraie bifurcation » ?

Comment ne pas nous y engager après ce que nous avons échangé ? La question principale est celle des modalités, et c'est là sans doute qu'il pourrait y avoir des divergences.

Pour se faire entendre, la marge est étroite ; pour nous positionner dans la force, l'énergie, et la ténacité, sans nous situer dans la violence. Une violence qui serait bien évidemment en miroir de la violence sourde et maltraitante qu'enfants, familles et professionnels subissent de la part d'une politique négligente, sciemment menée par les pouvoirs qui se succèdent.

La marge est étroite pour se situer encore dans le raisonnable, et non dans la folie de s'exposer de façon suicidaire à d'autres attaques. Les attaques « personnalisées » sont une limite à ne pas franchir selon moi. N'oublions jamais que les questions narcissiques occupent beaucoup de place dans la « république des faux-selves ».

Encore une fois c'est par le collectif que nous devons avancer. Ce n'est pas à deux que nous allons refaire le monde.

Ouvrons déjà une réflexion collective à l'échelle de l'API, sur ce que nous avons commencé à aborder tous les deux. Je propose d'appeler cet appel à réflexion : « LE CHANTIER DU POSSIBLE ». Mon optimisme me trahit ! Avec peut-être comme sous-titre : « Réflexions, luttes, virages et actions pour une pédopsychiatrie humaine et revitalisée ».

Je te laisse conclure (du moins provisoirement) ce premier travail de réflexion par correspondance.

21/4/25 MP

Je sais que tu n'imagines pas, Christophe, que je ne vais pas réagir à l'affaire des dits TND, concept qui embolise les esprits, fait dériver les politiques publiques et dégrade le travail clinique dans notre domaine. Rapidement, car je me suis exprimé à ce sujet ailleurs et je n'ai pas fini de le faire.

Déjà, à ce jour, le diagnostic du TND, cela n'existe pas. Aucun enfant ne peut en être étiqueté. Ce n'est en réalité que le nom d'un chapitre des classifications qui regroupe d'autorité, sans fondements scientifiques, des diagnostics très divers et divergents ...

Ensuite, l'étiologie d'aucun de ces tableaux cliniques n'est essentiellement neurologique comme le suggérerait cette dénomination TND, de ce fait, mensongère. Il n'y a pas de marqueurs étiologiques neuro-biologiques ou en neuro-imagerie,

à l'exception de marqueurs génétiques de certaines formes graves de TSA avec déficience.

Nous parlons ici des TND, ceux inscrits récemment dans le DSM et la CIM. Même le créateur du concept, Michael Rutter, n'a pas été très satisfait de ce que les classifications en ont fait. A mon avis, s'y adapter - dans le sens actuel qu'a forgé à ce terme Barbara Stiegler - ce serait se mentir et négliger les effets de ce concept sur le travail clinique et ses conséquences anthropologiques régressives. Et de pousser toute une génération de cliniciens à l'ignorance et l'aveuglement face à cette maladie grave du sens de la pédopsychiatrie.

Mais je propose de donner un autre contenu à ce même sigle TND – Troubles du Noo-Développement : l'humain étant un être noétique (Bernard Stiegler, Médiapart 5-9/9/2020), doté de la noèse, de la pensée consciente et de processus mentaux inconscients, de la conscience de soi, du raisonnement et du langage... Ce sont ces TND-là, que je proposerais volontiers aux classifications, comme dénomination générale pour les tumultes du développement psychique spécifiquement humain.

Sinon, pour terminer, d'accord avec l'idée d'une « bêtise systémique » en marche, qui dépasse de loin notre domaine et qui dispose de moyens médiatiques financiers, idéologiques et politiques, qui peuvent donner à leurs agents-convertis dans notre discipline la posture de sérénité.

Comme tu le rappelles, nos forces dans cette bataille politique sont limitées. Notre connaissance authentique de terrain, de la clinique et des dispositifs de soins adéquats ... de leurs complexités. Et nos savoirs transmis, nos expériences accumulées et notre élan de prévenir, repérer, nommer, soigner les tumultes : des personnes, des milieux, des dispositifs de soins et de la marche de la société, la (pédo)psychiatrie étant aussi éminemment politique.

Où sont les femmes et les hommes politiques qui vont s'appuyer sur nos atouts pour décider d'arrêter la destruction systémique du soin psychique et commencer à reconstruire ?

Si nous ne les trouvons pas, toute bifurcation trop radicale de l'expression de nos engagements n'aurait qu'une conséquence éthique ... MAIS CE N'EST PAS RIEN ! ... mais c'est risqué, en effet. Toutefois, mine de rien, cet engagement risqué pourrait-il s'inscrire dans un besoin plus large, écologique et humaniste, d'éviter à la société un crash que les « réalisations » en cours de la « bêtise systémique » dominante et quelque peu globalisée ne manqueront pas de provoquer ?

Pourquoi la pédopsychiatrie veut-elle se passer de la rencontre ?

Pr Bernard GOLSE

Pr de Pédopsychiatrie et Psychanalyste / Ancien Chef du service de Pédopsychiatrie de l'Hôpital Necker-Enfants Malades (Paris) / Fondateur de l'Institut Contemporain de l'Enfance / Président de l'Association Pikler Lóczy-France / Président de l'Association pour la Formation à la Psychothérapie Psychanalytique de l'Enfant et de l'Adolescent / Président de l'Association CEREP-Phymentin / Président de l'Association Européenne de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent / Président de la Coopération Internationale entre Psychothérapeutes Psychanalystes et membres associés s'occupant de personnes Autistes

Ce texte a été rédigé à partir de l'intervention faite à la demande de Marie Allione dans le cadre du Colloque « Quelle boussole pour quelle psychiatrie ? » organisée par l'Association Culturelle et Scientifique d'Étude, Recherche et Formation (ACSERF), en partenariat avec l'Institut Contemporain de l'enfance. Ce colloque s'est déroulé à Alès, le 11 octobre 2024. Bernard Golse et les organisateurs du colloque, par l'entremise de Christian Guibert, nous ont fait le grand honneur de nous autoriser à le publier dans la Lettre de l'API.

Introduction

Ce fut un immense plaisir pour moi que de participer à ce colloque et mes remerciements vont donc à tous les organisateurs, à Cosimo Santese et à Marie Allione pour avoir pensé à moi comme intervenant possible au sein de cette magnifique et si nécessaire journée à laquelle j'ai été très heureux que soit associé l'Institut Contemporain de l'Enfance.

L'une des raisons pour lesquelles j'étais très heureux d'être là est que Marie Allione est membre de la CIPPA (Coordination internationale entre psychothérapeutes psychanalystes et membres associés s'occupant de personnes autistes) que je préside, et que sa présence active au sein de cette association nous est à tous plus que précieuse.

Une autre raison est que son livre m'a profondément touché et marqué en ce qu'il articule son histoire professionnelle et personnelle à l'histoire complexe et délicate de notre discipline (1).

Tout se passe aujourd'hui comme si la (pédo)psychiatrie voulait purement et simplement se passer de la rencontre (une psychiatrie sans contact en quelque sorte) ... mais elle ne le peut pas et surtout elle ne le doit pas !

Cela étant, l'évitement de la rencontre n'est pas une question seulement et purement psychiatrique ou pédopsychiatrique, et j'essaierai de montrer que c'est aussi une question quasi philosophique voire anthropologique.

Pour ce faire, je m'exprimerai aujourd'hui surtout en tant que fondateur de l'Institut Contemporain de l'Enfance (ICE) et

président de l'Association Européenne de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent (AEPEA).

L'ICE a été conçu comme un espace pour penser le soin (« to cure ») et le prendre-soin (« to care ») des bébés, des enfants et des adolescents en référence à la psychanalyse, aux différentes composantes de la psychopathologie ainsi qu'à la pédagogie avec des ouvertures sur le monde de l'art et de la culture afin de faire vivre une dialectique entre la créativité artistique et la créativité thérapeutique.

L'AEPEA essaye quant à elle de faire vivre les psychopathologies au pluriel puisque la psychopathologie n'est pas que psychanalytique mais qu'elle est aussi attachementiste, familiale ou systémique, cognitive et même développementale.

Qui dit rencontre pense évidemment liens lesquels m'importent au plus haut point qu'il s'agisse de l'instauration des liens chez le bébé, de l'échec total ou partiel de cette instauration chez les enfants autistes ou des liens particuliers qui se mettent en place dans le cadre de l'adoption.

Quant à mes propos d'aujourd'hui, ils s'enracinent principalement dans mon livre paru en 2023 chez Odile Jacob sous le titre : *La pédopsychiatrie aujourd'hui – Ce que les enfants risquent de perdre* (2). Le sous-titre que j'avais souhaité était : « Le plus beau métier du monde » mais le titre appartient à l'éditeur et Odile Jacob a refusé ce sous-titre en arguant du fait qu'il faisait trop penser au... plus vieux métier du monde ! C'est dommage et je le regrette un petit peu car je crois vraiment que la pédopsychiatrie est l'un des plus beaux métiers du monde et qu'à ce titre elle nous est véritablement très précieuse.

Cela étant, l'optimisme ne s'attend pas ... il se décrète en dépit de toutes les difficultés.

Dans *La Légende du siècle* (3), André Malraux a dit : « Le XXI^e siècle sera spirituel ou ne sera pas ». Alors, il faut y croire.

Une (pédo)psychiatrie humaine et humaniste reste possible et le combat de Pierre Delion (4) (5) (6) (7) (8) à ce sujet est véritablement exemplaire.

Il ne s'agit pas de soigner les soignants mais de leur permettre de soigner les patients dans des conditions qui garantissent l'humanité des soins.

Je suis persuadé que cela est possible et que cela restera (ou redeviendra) possible si nous n'oublions pas qu'étymologiquement, le terme même de respect évoqué par Antoine Devos en lien avec Janusz Korczak (9) renvoie à l'idée de regarder en arrière (re-spectare), c'est-à-dire de tenir compte du passé de nos disciplines et de notre propre histoire personnelle et collective, ce que fait magnifiquement Marie Allione dans son livre.

Après avoir évoqué certains aspects du climat actuel, j'essaierai de réfléchir à cette question de l'évitement de la rencontre avant de conclure sur les raisons qu'il y a tout de même d'espérer ... en dépit de tout !

Le climat actuel

1) La pédopsychiatrie aujourd'hui

Comme l'a bien montré le rapport de la Cour des Comptes rédigé par Juliette Méadel en 2023 sur l'offre de soins en pédopsychiatrie (10), rédaction à laquelle j'ai participé en tant que médecin-expert, la situation de la pédopsychiatrie est actuellement catastrophique (11).

À l'origine de ce désastre qui risque de faire disparaître purement et simplement la pédopsychiatrie, il existe sans nul doute de multiples raisons mais je proposerai ici trois hypothèses fortes : sociologique (impliquant les notions de sujet, de souffrance

et de secteur), économique (du fait d'un puissant lobbying pharmaceutique) et anthropologique enfin (liée à un certain masochisme de la pensée).

● *L'hypothèse sociologique*

Le sociologue J.-Y. Barreyre (12) a récemment souligné que la demande du socius à l'égard de la pédopsychiatrie avait beaucoup changé au cours des trois ou quatre dernières décennies. Selon lui, il est clair par exemple qu'en France, la demande sociale dans les années 60/70, à l'égard de la pédopsychiatrie, était une demande principalement centrée autour de la question du sujet, de sa souffrance et de ses conditions de soin.

C'est dans cette perspective que s'est déployé tout le mouvement de sectorisation (en psychiatrie de l'adulte comme en psychiatrie de l'enfant) dont on sait par ailleurs qu'il renvoyait également à des objectifs égalitaires, et qu'il cherchait à tenir compte, pour lutter contre l'enfermement, de la terrible et douloureuse expérience concentrationnaire à laquelle la seconde guerre mondiale avait, hélas, donné lieu.

La politique de sectorisation est, certes, loin d'avoir été menée à son terme mais, à l'heure actuelle, il ne semble plus que les mêmes objectifs ou que les mêmes idéaux soient encore en jeu et de ce fait, probablement, la demande sociale s'est désormais transformée.

On parle moins du sujet, on parle moins de sa souffrance, on parle moins d'enfermement et l'on parle davantage de symptômes parmi lesquels, les projecteurs médiatiques se focalisent, par exemple, sur l'hyperactivité des enfants, sur la violence des adolescents, sur la question des abus sexuels (si propice à l'évitement collectif de la prise en compte de la sexualité infantile normale), sur les « tocs » (troubles obsessionnels-compulsifs), sur les tics (maladie de Gilles de la Tourette) ...

La tentation est grande, alors, de rechercher la réponse médicamenteuse qui permettrait de rapidement supprimer le symptôme, sans avoir besoin de se livrer à une analyse psychopathologique complète de la situation, analyse forcément lente et plurifactorielle.

C'est ce que l'on a vu pour les « tocs », les tics et les comportements dits psychotiques mais sans structure psychotique avérée et c'est, à mon sens, dans cette dynamique des idées et des attentes que l'hyperactivité de l'enfant a acquis, peu à peu, un statut clinique particulier et que s'est rapidement développé un engouement – dans le grand public et dans les médias – pour les traitements de type amphétaminique ou pour leurs analogues.

● *L'hypothèse économique ensuite*

La pression des laboratoires pharmaceutiques est énorme dans le champ de la psychiatrie adulte, privant d'ailleurs les enseignants d'une possibilité de transmission véritablement libre des connaissances, et la situation, si nous n'y prenons garde, risque de devenir identique dans le champ de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

La honteuse expertise collective INSERM de 2005 sur « Le trouble des conduites » ouvrait ainsi délibérément la porte à une prescription élargie de psychotropes chez l'enfant dans une perspective dite « préventive » et ceci, avant l'âge de trois ans (alors que jusqu'à maintenant, les autorisations de mise sur le marché sont encore très resserrées en psychiatrie infantile, ne serait-ce qu'en raison d'un principe élémentaire de précaution).

Tout ceci va bien évidemment à l'encontre d'une pédopsychiatrie et d'une psychopathologie dignes de ces noms.

● *L'hypothèse anthropologique enfin*

Il existe depuis longtemps une sorte de consensus tacite entre les médias et le grand public pour toujours évacuer la complexité qui nous confronte inmanquablement à la question de la sexualité, de la souffrance psychique et de la mort. Tout se passe alors comme si la pensée avait horreur d'elle-même, comme s'il existait, partout et toujours, une sorte de haine masochiste de la pensée envers elle-même.

Comment comprendre, sinon, que des idées aussi simplistes et réductrices que celles d'un gène de l'autisme ou d'un gène de l'héroïsme puissent avoir un tel succès dans le grand public ?

2) Les attaques contre la psychanalyse dans l'autisme

La psychanalyse est aujourd'hui souvent considérée comme définitivement morte et enterrée et donc, paraît-il, sans plus d'avenir aucun. Facile à dire ... mais les faits sont têtus et ils résistent !

Il faut savoir, par exemple, que la demande si ce n'est de cures-type mais de psychothérapies psychanalytiques, continue à être importante dans un pays comme le nôtre mais ailleurs également, tant pour les adultes que pour les enfants au point que des instituts de formation à la psychothérapie psychanalytique s'avèrent nécessaires car les sociétés de psychanalyse ne forment pas assez de psychanalystes pour répondre à cette demande. Avec d'autres collègues j'ai à Paris la responsabilité de l'AFPPEA (Association de Formation à la Psychothérapie Psychanalytique des Enfants et des Adolescents) qui fonctionne depuis de nombreuses années en lien avec l'EFPP (European Federation of Psychoanalytic psychotherapy) pour tenter de former, contre vents et marées des psychothérapeutes psychanalytiques compétents et susceptibles de répondre à cette demande importante.

Les attaques contre la psychanalyse dans le champ de l'autisme se sont intensément développées, on le sait, au fil des dernières décennies et le grand public est aujourd'hui encore persuadé que la psychanalyse considère les mères comme coupables de l'autisme de leurs enfants ! Ceci est absurde et l'on peut espérer qu'aucun psychanalyste n'adhère plus désormais à cette vision des choses totalement infondée et dépassée.

À supposer que B. Bettelheim ait véritablement défendu cette théorisation, c'est en tout cas ainsi que sa position a été perçue par les familles et que les relations entre les familles d'enfants autistes et les psychanalystes s'en sont trouvées gravement et durablement affectées.

En rester là, est le prototype même d'une image arrêtée car, actuellement, la psychanalyse des enfants autistes s'intéresse bien moins aux causes des organisations autistiques qu'aux angoisses archaïques qui en découlent et qui donnent lieu à des mécanismes de défense (ou mécanismes adaptatifs) dont le desserrage est nécessaire à la reprise du développement cognitif.

En réalité, les attaques contre la psychanalyse dans le champ de l'autisme ne font que masquer des attaques contre la psychanalyse en général, lesquelles – et ceci est encore plus grave – masquent mal des attaques contre le soin psychique et finalement des attaques contre les sciences humaines dans leur ensemble.

La situation est donc non seulement difficile mais dangereuse car d'une part la prise en charge des troubles mentaux ne saurait se réduire à la mise en œuvre de techniques rééducatives ou comportementales, et d'autre part parce que les sciences humaines font partie de notre héritage conceptuel et que personne ne saurait s'attaquer - sans danger totalitaire - à ce

qu'elles portent en termes de richesse épistémologique et de liberté de penser.

Il y a malheureusement à craindre que ces sciences humaines aient une partie de plus en plus difficile à jouer dans le cadre de la nouvelle gouvernance de nos universités car des disciplines comme l'anthropologie, la linguistique, la poétique ou même la sociologie, s'accommodent finalement assez mal des contrats d'objectif à court terme que l'on cherche à imposer de manière absurde et généralisée ...

Tout ceci revient finalement à dénier la modernité épistémologique de la psychanalyse qui est pourtant impressionnante et persistante.

Lors du 50ème Congrès des Psychanalystes de Langue Française des Pays Romains de 1990, G. Pragier et S. Faure Pragier s'étaient notamment interrogés sur la possibilité qu'avaient, ou non, les nouvelles données scientifiques de fournir à la psychanalyse de « nouvelles métaphores » (13).

3 L'impact du néolibéralisme

L'inconscient renvoie au manque dont Claude Allione a si merveilleusement parlé tout à l'heure et le néolibéralisme veut bien évidemment la mort du manque au profit de la saturation. Cela étant, s'occuper d'autrui est difficile, nous confronte à nous-mêmes, à nos angoisses primitives, à nos positions dépressives précoces, à notre propre « folie privée », tout ceci est vrai et ce type d'engagement professionnel ne peut pas aller sans risque de souffrance.

Il faut donc prendre aussi en compte le contexte socio-politique et neuroscientifique qui est actuellement le nôtre et qui est si bien décrit par François Gonon (14).

Le concept de santé mentale, aujourd'hui si utilisé, est en fait un concept flou, extensif (quand on est en bonne santé mentale on peut toujours vouloir être en meilleure santé mentale...) et finalement assez difficile à définir. Mais surtout, il s'avère pernicieux dans la mesure où il évacue purement et simplement ce qu'il en est de la psychiatrie et des diverses composantes de la psychopathologie (psychanalytique, attachementiste, familiale ou systémique, cognitive, développementale phénoménologique ...).

En outre, au niveau des textes administratifs européens, la santé mentale qui s'est longtemps référée au registre de l'intime du sujet, se voit aujourd'hui repensée à l'aune du registre public et collectif : serait en bonne santé mentale un groupe de citoyens aptes à bien produire et à bien consommer !

On croit rêver ! Personnellement, je ne peux pas me reconnaître dans cette définition des choses.

Ce renoncement actuel à la psychopathologie en faveur de la santé mentale et la nouvelle définition de celle-ci désormais pensée sur un plan plus collectif qu'individuel ont abouti, me semble-t-il, à une crise sans précédent de la pédopsychiatrie française qui a à voir, en partie, avec l'impact du néo-libéralisme. J'en ai parlé dans 2 articles récents (15), (16).

J'ai actuellement le plaisir de participer à un Atelier de Recherche Clinique et Conceptuelle (ARCC) organisé dans le cadre de l'Association psychanalytique de France dont je suis membre (APF) par Dominique Suchet (présidente de l'APF), Christophe Dejours et moi-même pour essayer de comprendre comment et pourquoi les sociétés psychanalytiques ont assisté sans dire mot à la disqualification progressive et généralisée de la psychanalyse qui s'est produite au fil des années dans de nombreux lieux (hôpitaux, universités, tribunaux ...).

Quel que soit le degré éventuel de « servitude volontaire » (E. de La Boétie, 1574 (17)) auquel ce comportement des sociétés psychanalytiques peut renvoyer, il est clair que les théories

décrites par B. Stiegler (18) qui sous-tendent le néo-libéralisme, désignent tout naturellement, je le répète, l'inconscient et le conflit intrapsychique comme les ennemis publics n°1 de ce néolibéralisme car fonctionnant comme une source possible d'entrave à la consommation, à la productivité et à la rentabilité. D'où la nécessité de constituer des îlots de pensée et poches de résistance.

Est-ce que c'est aux pys de renverser la table ? Je ne sais pas ... peut-être ?

En tout cas, il y a une nécessité absolue de pouvoir créer des îlots de pensée et de résistance où soit possible la dignité des soins et la créativité thérapeutique.

Se passer de la rencontre ?

1) Du fait d'abord de la peur de l'autre

Comme je le disais, il y a là une question qui n'est pas seulement d'ordre psychiatrique ou pédopsychiatrique mais d'ordre quasi philosophique et anthropologique.

J'ai eu l'occasion, il y a quelques années, de visiter le musée de la folie à Reggio Emilia (Italie) qui est impressionnant car on peut véritablement le ressentir comme un lieu qui retrace toute l'histoire de la peur de l'autre.

Il y a deux raisons principales à mon sens à cette peur de l'autre :
- D'une part la rencontre avec l'autre réactive les enjeux de l'accès à l'intersubjectivité et les éventuelles douleurs, angoisses primitives ou positions dépressives qui s'étaient attachées à ce processus dans le cours de notre histoire précoce

- D'autre part parce qu'il n'y a pas de rencontre qui aille sans accepter une part de l'autre en soi et sans projeter une part de soi dans l'autre, ce que Danièle Brun (19) a pointé de manière si émouvante dans l'un de ses derniers livres.

Empathie et contre-transfert sont plus qu'improbables, voire impossibles, pour l'ordinateur et l'intelligence artificielle comme l'a bien souligné Claude Allione ; mais pour l'humain ils ne vont pas non plus de soi et ils peuvent faire peur en faisant courir des risques à une (pédo)psychiatrie fondée sur la rencontre.

Il n'y a donc pas de rencontre sans ambivalence mais pour autant, la question n'est pas d'évacuer la peur de l'autre mais au contraire d'en tenir compte pour l'élaborer et en faire une source de créativité.

Même l'ambivalence peut en effet être source de plaisir à la condition qu'elle soit élaborée.

2) Du fait ensuite de la dérive neuropédiatrique

Les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé à propos de l'hyperactivité sont proprement scandaleuses rabattant la pédopsychiatrie sur une position neuropédiatrique linéaire et strictement médicale alors même que la modernité épistémologique n'est pas de nier la subjectivité mais de l'intégrer à la démarche diagnostique ou à la démarche de soin. Comment pourrait-on d'ailleurs nier la subjectivité ?

« Le principal fléau de l'humanité n'est pas l'ignorance, mais le refus de savoir » (citation attribuée à Simone de Beauvoir).

Dans cette perspective, le diagnostic purement descriptif des classifications internationale fait figure d'illusion dangereuse !

Les grandes classifications internationales (DSM-V et CIM-10 principalement) présentent, on le sait, des corrélations de signes visant notamment à permettre aux chercheurs de constituer des groupes de patients analogues (ce qui ne veut pas dire homogènes, comme on le croit trop souvent), mais en aucun

cas, cette démarche, aussi utile soit-elle, ne permet de définir des maladies ou des affections au sens médical habituel de ces termes.

La notion de consensus est, en effet, extrêmement évolutive avec le temps (d'où d'ailleurs la nécessité d'une révision périodique des dites classifications) et surtout, on ne peut négliger son inaptitude foncière et intrinsèque à délimiter des situations pathologiques dont on puisse se dire, de manière plausible, qu'elles renvoient à une même étiologie ou à une même physiopathologie.

La Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA) a sans doute une ambition plus structurale que symptomatique qui la distingue fondamentalement des deux autres classifications évoquées ci-dessus, mais d'une part son utilisation ne s'est pas généralisée sur un plan international et d'autre part, au même titre que les deux autres, elle ne parvient finalement qu'à délimiter des groupes de patients en réalité assez hétérogènes, y compris dans la nouvelle révision à laquelle j'ai participé avec M. Botbol, Cl. Bursztejn et Ch. Portelli (20).

En matière d'autisme par exemple, nombre de patients fort différents peuvent en effet être regroupés sous la même rubrique « autistique » si l'on ne retient comme critères de classification que le retrait, les stéréotypies et les troubles du langage (DSM-IV), voire seulement les troubles de la communication sociale et les intérêts restreints ou stéréotypés (DSM-V).

Au simple vu d'une telle corrélation sémiologique, parler de syndrome autistique est certainement prudent mais peut tout de même s'avérer fallacieux, car nous ne savons pas si les patients actuellement réunis sous le terme de « Troubles envahissants du développement » (TED) ou de « Troubles du spectre autistique » (TSA) appartiennent véritablement à une même entité nosologique.

La collaboration avec les psychopathologues et les psychanalystes est ici prometteuse car le repérage de mécanismes de défense différents selon les cas pourra, par exemple, nous aider à démembrer progressivement la catégorie « autisme infantile précoce » pour y repérer peu à peu des sous-groupes différenciés sur lesquels la recherche biologique se posera alors en des termes tout à fait nouveaux et sans doute beaucoup plus efficaces.

La coopération entre neurobiologistes et psychanalystes est donc désormais indispensable, et ce point mérite absolument d'être souligné.

Tout ceci renvoie évidemment au fait que le modèle médical classique ne suffit pas pour rendre compte des troubles mentaux de l'enfant tandis que, de son côté, le modèle polyfactoriel comporte encore beaucoup d'inconnues qu'une pseudo-modernité ne doit pas nous conduire à ignorer.

3) Du fait enfin de l'abandon de la théorie de l'après-coup

Dans le cadre de ce qu'il est désormais convenu d'appeler le syndrome de stress post-traumatique (soit le classique Post-Traumatic Stress Disorders (PTSD) des auteurs anglosaxons), pour éviter de recourir à la théorie de l'après-coup qui serait par trop psychanalytique devant le fait qu'un même traumatisme n'a à l'évidence pas les mêmes effets sur chacun, on invoque actuellement le « tempérament » du patient c'est-à-dire sa vulnérabilité neurobiologique constitutionnelle.

Que d'efforts pour dénier le poids de l'histoire individuelle !

Dans un écrit sur l'après-coup, J. Laplanche (21) relate une anecdote que, selon lui, S. Freud appréciait beaucoup et qui montre que certes le passé explique en partie notre présent,

mais que notre présent peut aussi nous permettre de repenser, de revisiter notre passé. Il s'agit d'une lecture à double sens (du passé vers le présent mais aussi du présent vers le passé) de la théorie dite de l'après-coup.

C'est l'histoire d'un homme qui se promène dans un parc, à Vienne, à la fin du 19ème siècle, un homme dont il est dit qu'il aime les femmes, mais sans que son âge soit précisé, ce qui laisse un possible considérable !

Quoi qu'il en soit, au détour d'une allée, il s'arrête devant le spectacle d'une jeune femme qui allaite son bébé, littéralement happé par l'image, figé, paralysé, on pourrait dire aujourd'hui « scotché », mais on pourrait dire aussi, plus psychanalytiquement, médusé.

En même temps que cet arrêt sur image, surgit alors en lui une pensée extrêmement nostalgique : « Si j'avais su, quand j'étais bébé, que les seins des femmes étaient si jolis, alors, certainement, j'aurais tété (j'aurais été ?) autrement... ».

Cette histoire m'apparaît comme exemplaire, car elle nous fait bien sentir que le bébé que cet homme a été, rend compte plus ou moins de l'homme érotique qu'il est devenu, mais en même temps que l'homme amateur de femmes qu'il est aujourd'hui, lui permet de réécrire, de rétrodire le bébé qu'il pense avoir été, qu'il aimerait avoir été, ou qu'il craint d'avoir été.

Or, me semble-t-il, c'est précisément le bébé qu'on a été, ou le bébé qu'on pense avoir été (qu'on espère ou qu'on craint d'avoir été) qui impacte, qui infiltre et qui imprègne les relations avec le bébé de chair et d'os qu'on a, ou qu'on aura un jour.

Bien entendu, personne ne peut changer les événements de son passé, mais chacun peut changer le regard qu'il porte sur sa propre histoire. Se réconcilier avec son enfance ou avec son passé, change tout pour l'avenir, et notamment pour la manière dont nous nous occuperons de nos propres enfants.

C'est en cela qu'on peut dire : « It's never too late to have a happy childhood », phrase empruntée au romancier Tom Robbins (22), phrase apparemment irrationnelle et illogique, mais qui renvoie à cette possibilité, quand tout va bien, d'apaiser nos angoisses rétrospectives, de tranquilliser nos souvenirs d'enfance et de procéder à un remodelage permanent des traces de notre passé.

En tout état de cause, il est clair que l'après-coup de la rencontre fait partie intégrante d'un diagnostic qui se voudrait structural et que la prise en compte de la rencontre est indispensable à toute (pédo)psychiatrie porteuse d'une ambition humaine ou humaniste.

Les raisons d'espérer ... en dépit de tout !

Le fait d'être si nombreux aujourd'hui est déjà, en soi, une raison d'espérer qui fait chaud au cœur et il me semble en outre que la composition de l'assistance témoigne par elle-même d'une transdisciplinarité vivante.

Mais il y a aussi d'autres raisons d'espérer.

1) Le fait qu'on puisse désormais parler des psychopathologies au pluriel

Depuis 2014, j'assume la présidence de l'Association Européenne de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent (AEPEA), tâche à laquelle j'accorde la plus grande importance et à laquelle je consacre donc beaucoup de temps et d'énergie.

C'est en effet une manière pour moi de me battre pour tenter de faire prévaloir dans le champ des troubles mentaux un modèle polyfactoriel qui tienne compte à la fois des déterminants internes (endogènes) et des déterminants externes (exogènes) du développement psychique et de ses troubles.



La vision des troubles mentaux en général – mais en particulier ceux de l'enfant et de l'adolescent – se trouve en effet écartelée aujourd'hui entre deux pôles diamétralement opposés : soit ces troubles sont considérés comme de nature purement endogène et quasi neurologique, soit considérés comme de nature purement exogène, d'origine traumatique ou réactionnelle. De ce fait la pédopsychiatrie se voit aujourd'hui menacée d'un clivage entre une composante biologique (ou neurobiologique) et une composante sociale (éventuellement médico-sociale).

Le défi de la psychopathologie (dans toutes ses composantes) est à l'inverse de tenter de nouer, d'intriquer, de tresser ensemble les déterminants internes et les déterminants externes de ces différents troubles afin de travailler à leur interface et de pouvoir ainsi aboutir à un diagnostic structural et à une stratégie thérapeutique spécifiques pour chaque patient.

Un médecin peut, hélas, aujourd'hui terminer ses études de médecine sans avoir même entendu le terme de « psychopathologie » sauf s'il se destine à la psychiatrie ou à la pédopsychiatrie ... et encore, je n'en suis pas absolument certain !

La psychopathologie continue certes à être enseignée dans les facultés de psychologie, mais il importe tout de même de souligner que ce concept de psychopathologie est aujourd'hui en grand danger, comme s'il était définitivement obsolète et à ranger, sans hésitation aucune, au rayon des accessoires démodés. Ceci est plus que regrettable car, à bien y réfléchir, le concept de psychopathologie demeure d'une modernité épistémologique impressionnante.

La psychopathologie n'est pas seulement psychanalytique même si c'est celle-ci qui est la plus ancienne et la plus approfondie à l'heure actuelle.

Il existe également, on le sait désormais, une psychopathologie attachementiste, une psychopathologie cognitive, une psychopathologie systémique, une psychopathologie développementale et même une psychopathologie transculturelle (comme y insiste sans relâche mon amie Marie Rose Moro), d'où la nécessité d'un véritable plaidoyer pour parler des psychopathologies au pluriel et non pas de la psychopathologie au singulier.

Se référant par essence à un modèle polyfactoriel (inférentiel et fondé sur une temporalité circulaire qui inclut les effets de l'après-coup), la psychopathologie ménage par ailleurs tout naturellement en son sein une place pour une causalité épigénétique dont l'avènement est d'ores et déjà prévisible dans des délais relativement proches.

Il est donc indispensable que nos collègues les plus jeunes

et ceux qui sont encore en cours de formation, puissent avoir accès à une démarche diagnostique dynamique et structurale seule à même de leur éviter une pratique opératoire, monotone, purement descriptive, linéaire et finalement assez peu créative. D'où l'importance à mes yeux de l'Association Européenne de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent (AEPEA) qui est une association scientifique dont l'objectif est de valoriser l'axe psychopathologique de la pratique et de la réflexion théorique en matière de psychologie et de psychiatrie du bébé, de l'enfant et de l'adolescent.

Fondée en 1996 par Michel Soulé et Pierre Ferrari ainsi que par Graziella Fava-Vizzello, elle vise à faire connaître bien sûr les travaux les plus récents et les avancées scientifiques dans le domaine de la psychopathologie du bébé, de l'enfant et de l'adolescent, à promouvoir la recherche pluridisciplinaire, internationale en matière de psychopathologie, mais aussi à faciliter des collaborations dans ce domaine. Elle rassemble une dizaine de sections nationales et son activité va croissante comme le lecteur pourra aisément s'en rendre compte en consultant le site internet : « aepea.org ».

En 2014, G. Stanghellini, R. Matthew et B.R. Broome (23), éditorialistes du British Journal of Psychiatry - ce qui n'est pas rien ! – prenaient clairement position en affirmant que la psychopathologie devrait constituer « le cœur de la psychiatrie » et que son enseignement devrait être un passage obligé de la formation des professionnels de la santé mentale ainsi qu'un « élément-clef » partagé par les cliniciens et les chercheurs dans ce domaine.

Pour ces auteurs, ce primat de la psychopathologie s'impose pour « au moins six raisons » :

- La psychiatrie représente une discipline « hétérogène » et puisque l'approche des professionnels est d'origine multiple (psychanalyse, comportementalisme, neurosciences, sociologie...), il est donc indispensable de pouvoir disposer d'un « terrain d'entente et d'un langage comparable ».

Pour des cliniciens aux conceptions théoriques variées, la psychopathologie est susceptible d'offrir un tel dénominateur commun permettant une compréhension mutuelle des troubles mentaux.

- Le recours à la psychopathologie demeure « largement utile » en présence de définitions des maladies mentales reposant sur des symptômes et des « éprouvés singuliers subjectifs » et non sur des bases précises garanties par les neurosciences.

- La psychopathologie peut être conçue comme un « pont » entre les sciences humaines et la clinique, comme la « boîte à outils » de base donnant « un sens à la souffrance psychique ».

- La psychiatrie abordant la « subjectivité humaine anormale », la psychopathologie tente de définir ce qui est anormal et de saisir les éléments de la vie psychique normaux dans un contexte de maladie mentale.

- La psychiatrie doit prendre soin d'un sujet en difficulté, « et non le juger, le marginaliser, le punir ou le stigmatiser ». Dans cette perspective, la psychopathologie fait précisément le lien entre la compréhension et la prise en charge thérapeutique, en s'efforçant d'établir à cette fin une trame « à la fois éthique et méthodologique ».

- La psychiatrie enfin cherche un moyen de rapprocher l'expérience subjective individuelle du fonctionnement cérébral et la psychopathologie ouvre un passage entre la compréhension et l'étiologie, pour la recherche et pour la clinique.

Une part au moins des difficultés existant actuellement pour établir une psychiatrie étayée sur les neurosciences semble provenir d'une « connaissance insuffisante de la

psychopathologie » et de ce fait, un savoir fondamental dans ce domaine constitue une « condition préalable » à une démarche explicative à même de donner « une nouvelle impulsion à une psychiatrie biologique ».

Ces auteurs jugent donc nécessaire d'accorder une place centrale à la psychopathologie afin de pouvoir « réaliser l'ambition » des psychiatres d'apporter un éclaircissement sur les maladies mentales.

Même si l'on pourrait discuter tel ou tel terme de cette déclaration utilement tonitruante, il faut saluer leur courage conceptuel en opposition avec la pensée unique du moment et, personnellement, je m'associe bien évidemment sans réserve aucune à cette position qui me paraît aujourd'hui de plus en plus vitale pour l'avenir de la psychiatrie et de la pédopsychiatrie.

Sans psychopathologie, point de salut !

Et je le répète, la psychopathologie ne se résume pas, tant s'en faut, à la psychopathologie psychanalytique.

2) Les apports du bébé à une psychopathologie plurielle

Je suis de ceux qui pensent que le bébé ne nous impose aucun renoncement à nos repères psychanalytiques habituels (la théorie des pulsions, la théorie de l'étayage et même la théorie de l'après-coup quitte à apporter à cette dernière des transformations telles que R. Diatkine (24) a pu les envisager), mais que son inachèvement fondamental, son immaturité foncière, sa néoténie tant psychique que physique exigent seulement de nous que nous repensions à son propos le point de vue topique qui se doit, précisément, de demeurer un point de vue strictement intrapsychique.

De ce point de vue, le bébé apparaît même comme une chance pour la psychanalyse ! (B. Golse (25))

Ceci étant dit, du fait de l'importance du corps dans le cours du développement précoce, du fait de l'essor de la théorie de l'attachement, du fait de l'importance des liens primitifs entre le bébé et ses divers caregivers, du fait de l'instauration quasi explosive de ses capacités cognitives et langagières, l'approche et la compréhension du bébé réclament à l'évidence une psychopathologie plurielle.

La psychiatrie du bébé s'est déployée en France sous l'égide de la psychopathologie psychanalytique qui nous a beaucoup apporté sur le plan de la place de l'enfant au sein de la dynamique psychique parentale inconsciente, mais ceci ne suffit pas.

Les cliniciens et les chercheurs dans le champ de la psychiatrie dite périnatale ont besoin, aujourd'hui, d'une mise en perspective complémentariste des différentes composantes de la psychopathologie, complémentariste au sens de G. Devereux, 1980 (26)) et non pas seulement intégrative car la visée intégrative comporte toujours, on le sait, un risque d'absorption d'une des composantes par une autre.

Pour l'avènement d'une psychopathologie plurielle, le bébé est une opportunité précieuse et personnellement j'essaie de m'en saisir depuis de nombreuses années même si je m'efforce de travailler de manière psychanalytique avec les bébés.

Être psychanalyste ne veut pas dire être fermé à tout ce qui peut venir enrichir et élargir le point de vue psychanalytique. Le croire correspond à une image arrêtée contre laquelle je m'insurge vigoureusement. Je ne sais plus en quelle langue le dire pour être entendu.

Comprendre les bébés, c'est prendre ensemble des perspectives théoriques différentes à leur sujet, et les faire dialoguer sans amalgame épistémologique ni confusion des genres. Vive le bébé et la psychopathologie plurielle !

3) Le retour de la psychothérapie institutionnelle

L'objectif de la psychothérapie institutionnelle n'est pas d'abolir toute souffrance psychique des professionnels, ce qui est évidemment impossible, mais de rendre les institutions bientraitantes et soignantes au bénéfice et des patients et des soignants.

Une institution soignante ne peut être soignante que si les professionnels qui y travaillent sont eux-mêmes bien soignés et notamment bien accompagnés dans leurs souffrances professionnelles.

Mais ne soyons pas utopiques : il n'y a pas de travail sans souffrance.

Quoi qu'il en soit, la démarche de la psychothérapie institutionnelle qui avait été très féconde au sortir de la deuxième guerre mondiale avant d'être quelque peu oubliée, est actuellement reprise à juste titre avec force et à juste titre par mon ami et complice P. Delion (4) (7) (8). Le concept de « constellation transférentielle » s'y avère absolument central (6).

4) L'émergence d'une causalité épigénétique

Du point de vue d'une psychologie ou d'une psychopathologie dynamique, il serait sans doute intéressant de distinguer les causes qui impulsent (en référence au système pulsionnel) et les causes qui attirent (en référence aux représentations-but).

Mais, l'essentiel est sans doute de prendre résolument en compte un modèle polyfactoriel, tant pour le développement que pour les troubles du développement. Dans le cadre de ce modèle polyfactoriel, émerge alors la notion de causalité interactive impliquant des effets dialectiques entre la part personnelle du bébé (soit son équipement génétique, neurobiologique, somatique ...) et le rôle de l'environnement dans toutes ses composantes dont, bien entendu, la composante relationnelle (soit la rencontre du bébé avec le travail psychique d'autrui).

En fait, je souhaiterais surtout insister ici sur la notion de causalité épigénétique qui représente l'une des dimensions – sans doute la plus récemment découverte - de cette causalité interactive, dimension en lien avec le concept d'épigénèse dont la place est très marquée dans l'espèce humaine du fait de la néoténie initiale qui la caractérise.

Comme je le répète aussi souvent que possible, il est désormais clair que le développement psychique et les troubles de ce développement se jouent à l'exact entrecroisement d'un certain nombre de facteurs endogènes et d'un certain nombre de facteurs exogènes.

Il n'y a là aucune place pour quelque clivage que ce soit et la psychopathologie - qu'elle soit psychanalytique, attachementiste, cognitive, systémique ou développementale - se doit impérativement d'intégrer cette dialectique fondamentale et fondatrice entre déterminants internes et déterminants externes.

A partir de là, il est probable que nombre de troubles mentaux ne renvoient ni à une causalité strictement endogène (génétique, en particulier), ni à une causalité strictement exogène (psychogène, notamment), mais qu'ils nous semblent pouvoir être conceptualisés comme le fruit d'une causalité épigénétique.

Ce que je souhaite faire sentir c'est que la psychopathologie, aujourd'hui, ne peut plus ignorer le corps, ce corps qui se trouve par essence à l'interface de la relation avec l'environnement externe et de nos perceptions internes qui forment le socle de notre sensorialité, de notre sensualité et partant de notre sexualité.

L'avenir de la psychanalyse se joue ici, d'une certaine manière car au regard des positions neurobiologiques actuelles, la requalification de la parole ne pourra sans doute se faire que par le biais de la démonstration (encore à venir) de ses effets épigénétiques d'ores et déjà désormais plausibles.

5) L'intérêt de nos jeunes collègues

Last but not least, les yeux des internes et de nos plus jeunes collègues qui brillent quand on leur parle d'autre chose que du DSM et de la CIM, c'est-à-dire d'une pédopsychiatrie qui se déploie à l'interface de la médecine et des sciences humaines (l'anthropologie, la philosophie, la sociologie, la linguistique, la sémiotique...)!

Bref, d'une pédopsychiatrie qui peut alors véritablement prétendre être l'un des plus beaux métiers du monde.

Conclusions

La peur de la rencontre vaut, me semble-t-il, comme trace des difficultés de l'émergence de l'autre dans notre psyché et donc comme écho lointain de notre passage du registre de l'être au registre de l'existence (B. Golse, 2020).

Pour autant, une pédopsychiatrie qui voudrait se passer de la rencontre ne mériterait plus le nom de pédopsychiatrie et elle nous mènerait alors à une véritable impasse.

Les responsables politiques et les médias semblent aujourd'hui tentés par une telle perspective en rêvant d'une clinique qui ne serait fondée que sur les prouesses de l'informatique et de l'intelligence artificielle, la rencontre ne se faisant plus que par écrans interposés !

Comme l'a très bien dit Claude Allione, le changement de cap ne viendra certes pas des politiques qui ne font que suivre le vent, mais des attentes nouvelles du socius, des familles et des parents que nous devons aider à prendre la parole.

Bibliographie

- 1) M. Allione, *L'éventail et la boussole – D'une psychiatrie déboussolée à l'espoir d'une psychiatrie humaniste*, L'Harmattan, Coll. « Psychanalyse et lien social », Paris, 2023
- 2) B. Golse, *La pédopsychiatrie aujourd'hui – Ce que les enfants risquent de perdre*, Éditions Odile Jacob, Paris, 2023
- 3) *La légende du siècle*, série de 9 téléfilms réalisés par Claude Santelli et Françoise Vermey en 1971 et diffusée en 1972
- 4) P. Delion, *Qu'est-ce que la psychothérapie institutionnelle ?* Éditions d'une, 2018
- 5) P. Delion, *Fonction phorique, holding et institution*, Érès, Coll. « Thema/Psy, Toulouse, 2018
- 6) P. Delion, *La constellation transférentielle*, Érès, Coll. « le Carnet-Psy, Toulouse, 2022
- 7) P. Delion, *Urgence de la psychothérapie institutionnelle*, Campagne première, Paris, 2023
- 8) P. Delion, *Hiérarchie et institution*, Érès, Coll. « le Carnet-Psy, Toulouse, 2024
- 9) J. Korczak (1928), *Le droit de l'enfant au respect*, Éditions Fabert, Paris, 2009
- 10) <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-pedopsychiatrie>
- 11) J. Méadel et B. Golse, *L'offre de soins en pédopsychiatrie : à propos du rapport de la Cour des comptes de mars 2023*, La Psychiatrie de l'enfant, 2024, LXVII, 2, 3-14
- 12) J.-Y. Barreyre, *Classer les exclus : enjeux d'une doctrine de politique sociale*, Dunod, Paris, 2000
- 13) G. Pragier et S. Faure Pragier, *Un siècle après l'Esquisse : Nouvelles métaphores, Métaphores du nouveau*, Revue Française de Psychanalyse, 1990, LIV, 6 (« Psychanalyse et sciences : nouvelles métaphores »), 1395-1500
- 14) F. Gonon, *Neurosciences – Un discours néolibéral*, Champ social éditions, Nîmes, 2024
- 15) B. Golse, *Psychopathologie et néolibéralisme ou quand produire et consommer deviennent l'alpha et l'oméga de la santé mentale*, Nouvelle Revue de l'Enfance et de l'Adolescence, 2022, 7, 79-96
- 16) B. Golse, Postface, 197-203, In : *Neurosciences – Un discours néolibéral* (F. Gonon) Champ social éditions, Nîmes, 2024
- 17) E. La Boétie (de) (1574), *Discours de la servitude volontaire*, Flammarion, Coll. « Philosophie », Paris, 2016
- 18) B. Stiegler, *Il faut s'adapter*, Gallimard, Coll. « BRF essais », Paris, 2019
- 19) D. Brun, *Une part de soi dans la vie des autres*, Éditions Odile Jacob, Paris, 2015
- 20) M. Botbol, Cl. Bursztejn, B. Golse et Ch. Portelli (coordonnée par) *Classification française de Troubles mentaux de l'enfant et de l'Adolescent (CFTMEA) – Classification psychopathologique et développementale*, Presses de l'EHESP (École des hautes Études en Santé Publique), Rennes, 2020
- 21) J. Laplanche, Notes sur l'après-coup, 57-66, In : *Entre séduction et inspiration : l'homme* (J. Laplanche), P.U.F., Coll. « Quadrige », Paris, 1999 (1ère éd.)
- 22) T. Robbins, *Nature morte avec pivert*, Éditions Gallmeister, Paris, 2017
- 23) C. Stanghellini, R. Matthew et R. Broome, *Psychopathology as the basic science of psychiatry*, Br. J. Psychiatry, 2014, 205, 169-170
- 24) R. Diatkine, *Le psychanalyste et l'enfant avant l'après-coup ou le vertige des origines*, Nouvelle Revue de de Psychanalyse, 1979, 19 (« L'enfant »), 49-63
- 25) B. Golse, *Le bébé, une chance pour la psychanalyse*, Campagne première, Paris, 2025
- 26) G. Devereux, *De l'angoisse à la méthode*, Flammarion, Paris, 1980
- 27) B. Golse, *Le bébé, du sentiment d'être au sentiment d'exister*, Érès, Coll. « 1001 BB », Toulouse, 2020

Quand l'écran fait écran dans nos pratiques cliniques

Chrystelle TERNISIEN,
psychomotricienne
Nathalie VELTEN, *psychologue*
Service Psychiatrie Infanto-
Juvenile Hôpitaux Civils de
Colmar

Ce texte a fait l'objet d'une intervention orale en atelier à la journée d'échanges inter équipes ados d'Alsace sur le thème : « Le numérique : un nouveau monde ? » le 17 janvier 2025 à Phalsbourg.

Nous voulions partager avec vous quelques réflexions que le thème autour des écrans a suscité entre nous. Dans quelle mesure la place des écrans dans le quotidien de nos patients entraîne-t-il une évolution de la clinique des enfants et adolescents, ainsi que dans le travail de soutien à la parentalité ?

Professionnelles dans le soin psychique depuis plus de 20 ans en tant que psychologue et psychomotricienne, la question des écrans était très peu présente au début de notre parcours professionnel. Le seul écran d'alors était la TV, écran fixe et familial, puis peu à peu les jeux vidéo et les téléphones portables sont arrivés. Avec internet et les réseaux sociaux, et un accès de plus en plus libre aux différents supports numériques, les comportements et habitudes au sein des familles se sont progressivement modifiés. Aujourd'hui la diversité des écrans (tablette, smartphone, PC, montres et tout autre objet connecté...) fait partie du quotidien. Le smartphone semble être devenu un véritable « objet transitionnel » des ados, mais aussi de plus en plus des adultes et des enfants.

Regard sur les effets des écrans dans nos pratiques cliniques

1. Effets au niveau corporel

Nous constatons que l'écran fait écran dans le lien au corps et à l'autre. Le corps se déshumanise, le corps s'immobilise, le corps se pixélise... Que se passe-t-il concrètement au regard de différents items psychomoteurs ?

● *Tonus et dialogue tonique*

Le tonus représente l'état de tension des muscles. Vulpian (1) le définit comme

« un état de tension active, permanente, involontaire et variable dans son intensité en fonction des diverses actions qui l'augmentent ou l'inhibent ». La principale fonction du tonus est la communication, la relation à l'autre, la relation à soi. Rencontrer l'autre passe par la vision et le tact, se rencontrer soi-même signifie apprécier son état tonique selon ses émotions ou les situations vécues.

Henri Wallon (2) s'est intéressé à cette fonction communicative et a théorisé en 1930 la notion de dialogue tonique. Selon lui, le dialogue tonique est un ajustement tonique entre les deux partenaires de l'interaction. Cet ajustement se fait sur un mode vibratoire selon 4 modalités : porter, palper, parler, penser. La communication par le dialogue tonique se fait selon différents canaux comme le canal tactile, postural, visuel ou auditif.

Wallon souligne que l'émotion « quelle que soit sa nuance, a toujours pour condition fondamentale des variations dans le tonus des membres et de la vie organique ». Les émotions font varier notre tonus et par conséquent vont entrer en jeu dans le dialogue tonique.

A travers le dialogue tonique nous transmettons notre état émotionnel au partenaire avec lequel nous sommes en interaction, que ce soit par les expressions du visage, la posture ou bien la tension dans nos gestes.

Et aujourd'hui, nous pouvons établir une corrélation entre l'impact des écrans sur ce dialogue tonique. Nous observons dans notre clinique un accroissement des troubles émotionnels et des perturbations de la relation à soi, à l'autre. Les jeunes ont des difficultés à nommer, décrypter leurs émotions ; à nommer et comprendre ce qui se passe en eux. L'écran fait écran à la conscience de soi, de l'autre.

● Effets au niveau physiologique

Les jeunes sont statiques devant leurs écrans, mais leur corps réagit par la libération de neurotransmetteurs ou d'hormones (dopamine, cortisol...). Il y a un décalage entre l'illusion de mouvement, de relation imaginaire, entraînant des réactions émotionnelles et pulsionnelles parfois fortes, alors que le corps reste immobile.

● *L'attention*

Dans son article intitulé « les écrans rendent-ils les enfants hyperactifs ? » in « Cercle Psy », Héloïse Junier (3) se réfère à une étude qui a mis en lumière que l'exposition à des contenus médiatiques à rythme rapide a des effets temporaires sur les capacités d'attention des enfants.

Dans cet article, les auteurs de l'étude se questionnent sur la possibilité d'une synchronisation au rythme du contenu, ce qui engendrerait une intolérance à la frustration, une forme d'impulsivité ou d'agitation motrice.

Il existe deux types d'attentions, l'attention volontaire ou dirigée et l'attention réflexe qui, elle, est plus automatique. L'attention réflexe est activée par des mouvements rapides, des couleurs vives et des contrastes élevés. D'autre part, l'attention volontaire implique plutôt de se concentrer sur une tâche spécifique, nécessitant un effort conscient. Or, lorsqu'un écran est allumé, c'est l'attention réflexe qui prend le dessus car il est impossible pour la personne de lutter contre des automatismes ancrés tels que les réflexes. Son attention est alors entièrement focalisée sur ce que diffuse l'écran et elle portera un intérêt diminué pour ce qui l'entoure. Ainsi, les médias numériques attirent et retiennent l'attention au détriment des autres éléments de l'environnement. Et de nombreux ados peuvent exprimer leur difficulté à rester installés pour regarder un film ou lire un livre, ressentant le besoin fréquent de faire autre chose.

● *Les troubles du schéma corporel*

Nous nous interrogeons également sur le lien entre la confrontation aux écrans et la recrudescence des troubles du schéma corporel et de l'image du corps : avec un besoin de « sentir son corps », de l'éprouvé, ou à l'inverse un désir de ne plus sentir ce corps en atteignant cet état modifié de conscience.

Cet état modifié de conscience qui crée, par ailleurs, une distorsion de la perception du temps consacré à ces activités de visionnage, ce qui questionne sur les biais possibles dans le rapport à la temporalité.

● *Impact fonctionnel et somatique des écrans*

D'après différentes études la lumière émise par les écrans, appelée lumière bleue, peut avoir des conséquences sur la vue et le sommeil. En effet, le soleil constitue la principale source de lumière bleue au cours de la journée. Celle-ci permet de réguler un grand nombre de paramètres du corps pour son bon fonctionnement. Or, la

lumière émise par les écrans est également de la lumière bleue. Certes, elle est observée à une intensité diminuée par rapport à celle du soleil, mais elle est présente de façon prolongée et rapprochée des yeux, ce qui est suffisant pour causer des troubles.

L'exposition aux écrans perturbe le processus d'endormissement car la lumière bleue de l'écran supprime la sécrétion de l'hormone du sommeil : la mélatonine. Cela va rallonger le temps d'endormissement et ainsi entraîner une diminution du temps de sommeil.

Enfin, si la personne regarde des contenus très rapides et plutôt stimulants, cela peut l'exciter et également l'empêcher de s'endormir de façon efficace. Effectivement, ceux-ci « provoquent des émotions qui stimulent, excitent, énervent et majorent l'éveil tant cognitif, qu'émotionnel ». (Vecchierini (4))

Ce contenu inadapté sur les écrans peut alors provoquer de l'angoisse se manifestant par de l'agitation, de l'anxiété, des cauchemars...

Au final, on pourrait dire que nous sommes de plus en plus connectés, mais déconnectés du corps.

2. Effets observés sur la construction psychique

● *Le rapport à l'imaginaire*

En consultation ces dernières années, nous avons pris la mesure du déclin de la créativité des enfants et des ados, un tarissement progressif de la sphère imaginaire. Ces observations sont particulièrement prégnantes dans les groupes thérapeutiques reposant sur des médiations faisant appel à l'expression libre et spontanée par le mime, le jeu théâtral, le modelage, les jeux de rôles....

Les enfants et ados accueillis dans ces groupes thérapeutiques expriment de plus en plus la nécessité pour eux de s'appuyer sur des représentations fictives préexistantes et sont souvent dans l'incapacité à créer et inventer des personnages ou représentations nouvelles. Pour limiter cet aspect, nous avons décidé de poser une nouvelle règle de groupe, à savoir de proposer uniquement des représentations ou personnages inventés par les membres du groupe, afin de soutenir les processus créatifs. Et cette règle met bien souvent les jeunes en difficulté. Ils sont nombreux à chercher à composer avec des personnages issus de jeux vidéo ou autres Youtubeurs, en modifiant uniquement une lettre de leur nom par exemple. Ils sont bien en peine pour créer un personnage totalement nouveau, sans référence à un

univers existant.

Dans ces mêmes groupes, le langage corporel s'appauvrit également et de plus en plus de participants ne parviennent pas à mimer des situations ou des personnages. Il nous semble y percevoir un lien direct avec le temps passé sur les écrans, qui peut remplacer les activités sollicitant l'imaginaire et les jeux libres pourtant cruciaux pour favoriser la créativité, la symbolisation et l'expression émotionnelle. Qu'en est-il de l'espace de rêverie libre, sans stimulation extérieure pour élaborer, se souvenir, inventer, se projeter... ?

Face à cette sur-stimulation cognitive, comment intégrer tous ces éléments, comment élaborer, donner du sens à une expérience dans l'après-coup ?

● *Limites entre monde interne et réalité externe*

Par ailleurs, il nous semble que les limites entre leur monde interne et la réalité externe deviennent moins claires et moins hermétiques, dans une confusion des espaces entre l'intra-psychique et l'interpersonnel, entre réel et imaginaire.

De nombreux jeunes partagent des éléments intimes avec des inconnus, dans l'espace protégé de leur chambre. Ils s'échangent des « nude » ou « dick pic », photos ou vidéos de leur corps nu et souvent sexualisé, bien souvent avant d'avoir eu des relations intimes et même de s'être rencontrés dans la vraie vie.

Alors une des questions qui se pose est : quelle place reste-t-il pour le fantasme ? Face à cette exposition à des images au plus près du réel du corps sexué, que devient cette représentation imaginaire pouvant mettre en scène les désirs inconscients ?

Pour d'autres en revanche, les relations amoureuses virtuelles, sans réalité concrète des échanges, sont fréquentes. On entend des jeunes témoigner d'un vécu émotionnel intense dans une relation souvent contractualisée, mais sans jamais s'être rencontrés.

A ce sujet, le film « Her » (réalisé par Spike Jonze en 2013 (5)) est particulièrement intéressant, car il met en lumière avec subtilité l'évolution progressive des sentiments d'un homme pour une intelligence artificielle, support de bien des projections et qui semble avoir une fonction de réparation symbolique suite à une déception sentimentale.

● *Le rapport à l'autre*

Nous nous demandons comment ces nouvelles conduites viennent impacter le rapport à l'altérité ? Lorsque le virtuel peut favoriser l'illusion que l'autre peut répondre

à tous les espoirs, sans se confronter à la différence. Puis, cette relation imaginaire peut prendre fin, à la moindre divergence. Les relations virtuelles se font et se défont, dans une tendance qui s'apparente parfois à du consumérisme.

En outre, il y a un risque d'isolement social, du fait d'une diminution des interactions en face à face, nécessaires pour apprendre en imitant et en décryptant les réponses émotionnelles de son entourage. Les échanges avec les pairs, comme support d'identification, peuvent apparaître extrêmement limités.

● *Le rapport aux interdits*

Il semble également altéré, notamment par de nombreuses possibilités de banaliser les transgressions. On pense à des jeux comme GTA, univers où tout est permis, ou bien les commentaires des « haters » qui insultent, menacent et déversent leur haine sur des comptes célèbres ou anonymes, sans se soucier des conséquences de ces paroles sur l'autre.

Dans ces espaces où la référence à la loi semble bien discrète, quelle valeur revêtent ces actes qui étaient considérés comme des transgressions ? Et quid de la dimension de rituel de passage de la transgression à l'adolescence, pourtant tellement structurante, dans ce virtuel de tous les possibles ?

Place des écrans dans le travail de soutien à la parentalité

Nous participons toutes les deux à des dispositifs de soutien à la parentalité : l'un concerne de jeunes enfants âgés de 2 à 6 ans, accompagnés par leurs parents, tandis que le second s'adresse aux parents d'adolescents en situation de crise ou de déscolarisation.

1. Observations et réflexions sur l'évolution de la clinique du lien parent-enfant

Le principe de réalité a changé avec l'évolution technologique, et ce qui faisait limite concrète auparavant ne tient plus à présent. Ainsi par exemple, il n'y a plus de téléphone fixe dont l'usage devait être réparti entre les différents membres de la famille et dont la batterie pouvait se décharger au bout d'un certain temps, mettant de fait un terme à la discussion. Par ailleurs, l'accès à des images érotiques peut se faire aujourd'hui en deux clics, là où il y a quelques années il fallait se déplacer au tabac presse pour acheter un magazine. Dorénavant, face à cette accessibilité et à

cette immédiateté, les limites ne reposent plus que sur des principes éducatifs, essentiellement définis par les figures parentales.

Et bien souvent le problème, c'est que ces limites dépendent des représentations des parents concernant le rapport aux écrans, qui sont très variables et qui oscillent entre 3 grandes tendances : fascination, diabolisation ou banalisation.

Non seulement les parents sont bien souvent perdus pour trouver la bonne limite et poser un cadre cohérent par rapport aux besoins de leur enfant en fonction de leur âge, de leur sensibilité, du contexte, mais en plus, ces limites nécessitent d'être réinterrogées régulièrement pour s'ajuster au développement de l'enfant. Les parents se retrouvent souvent tiraillés entre des injonctions paradoxales dans la société, entre l'émergence des avertissements concernant le danger des écrans et une pression sociale en lien avec la société de consommation.

2. Avec les jeunes enfants

Nous sommes souvent étonnées par la valorisation de certaines pratiques (jeux éducatifs, dessins animés dans différentes langues, compétences acquises par l'enfant et que les parents n'avaient pas pu développer plus jeunes...), alors que ces compétences cognitives sont en décalage avec les besoins émotionnels des enfants. Cela peut altérer le développement affectif des plus jeunes ; en effet de plus en plus de troubles s'apparentant à des troubles du spectre autistique sont repérés chez les petits, dont le temps d'exposition aux écrans est trop important.

Souvent par méconnaissance, ou par facilité pour éviter des réactions émotionnelles fortes chez leur enfant, ou dans l'illusion que leur enfant est calme pendant ce temps-là, des parents tiennent un discours positif concernant ces pratiques.

Chez d'autres parents, nous avons pu noter que les écrans se sont progressivement substitués à certaines activités visant l'accordage émotionnel avec leur enfant. Ainsi par exemple, le chant de comptines ou la lecture d'une histoire sont de moins en moins investis par les parents qui semblent enthousiastes lorsqu'ils nous racontent que leurs enfants ont accès à ces contenus via YouTube.

3. La surexposition des parents

Par ailleurs, de plus en plus de parents sont eux-mêmes surexposés aux écrans et n'ont souvent pas conscience de l'impact que cela a sur leur disponibilité et en tant que

modèle.

On observe souvent un écart entre le discours parental et les actes (ex : des témoignages d'enfants qui relatent qu'un parent s'enferme dans la chambre pour scroller ou jouer à des jeux vidéo...)

Dans les relations parents-enfants, nous constatons une réduction des interactions de qualité, ce qui conduit à une plus faible disponibilité psychique des parents, et une verbalisation amoindrie.

L'attention des parents et des enfants se retrouve détournée de la relation, et les moments de plaisir partagé ou d'échanges sont moins nombreux, nous conduisant régulièrement à inviter les parents à réinstaurer des temps de jeux ou de berceuses.

Pour les plus petits, lors des temps d'allaitement, de plus en plus de mères sont sur leur téléphone et s'adressent moins à leur nourrisson.

Selon une étude diffusée par Child Development (6), il y aurait 26 % de mots en moins adressés par une mère à son bébé les jours où elle consulte son smartphone.

Moins de mots, moins de regards ou de sourires adressés, cela nous conduit à l'impression que les relations familiales se déshumanisent peu à peu. La vidéo « Grandir avec les écrans » réalisée par l'équipe du Dr Gentaz (7) le montre très clairement.

Un autre point notable concerne le rapport au récit narratif : de nos jours, les parents nous montrent des messages ou des vidéos de leur enfant en crise, comme si l'image avait valeur de vérité en soi, faisant passer au second plan le discours et l'importance de l'énonciation, comme s'il fallait être au plus près de la réalité objective au détriment du vécu subjectif de chacun.

Enfin une dernière observation concerne le rapport à l'espace de chacun, dans le processus d'individuation/séparation entre l'enfant et ses parents. En effet, de plus en plus d'enfants se saisissent librement du téléphone de leur parent, sans demander

l'autorisation, risquant d'accéder à des contenus personnels de leur parent. Très peu de parents conscientisent cette limite en posant une frontière symbolique entre leur espace privé et ce à quoi leur enfant peut avoir accès.

4. Avec les adolescents

Le groupe parents/ados s'adresse à des adolescents en situation d'empêchement scolaire ou présentant une phobie sociale invalidante dans leur vie quotidienne. La présence de l'adolescent avec au moins un de ses parents est exigée. Ce groupe est divisé en deux : un espace d'expression pour les parents d'un côté et un autre espace pour les adolescents. Les séances ont lieu tous les 15 jours durant 1h00. Chaque groupe est accompagné autour de différentes thématiques par deux professionnels (psychologue, psychomotricien, éducateur spécialisé ou infirmière).

Lors des entretiens avec les parents d'adolescents en souffrance, la place des écrans est devenue un enjeu éducatif majeur, objet de très nombreux conflits autour des règles d'utilisation et de la question du temps passé sur les écrans.

Nous remarquons que le terme des écrans est générique, mais qu'il y a fréquemment une méconnaissance de leur part sur les activités de leurs enfants sur ce support. Ils observent leur ado, statique, isolé, les yeux fixés sur l'écran, mais l'écart est important entre ce que les jeunes donnent à voir et ce qu'ils peuvent vivre intérieurement. En effet derrière le même comportement peuvent se cacher des réalités virtuelles bien différentes.

Les fonctions sont tellement variées ! Elles peuvent être stimulantes pour le développement de l'ado, mais d'autres potentiellement dangereuses.

On pense au téléphone comme objet qui rassure, ou à l'inverse à une activité qui coupe de l'entourage, qui opère une mise

TUTO « ÉCRANS et PROPRETE »
RENFORCEZ LA CONFIANCE &
L'AUTONOMIE DE VOTRE ENFANT



à l'écart du monde extérieur, qui amène à se couper de ses ressentis ou de son corps. Pour d'autres ça peut être une occasion de se socialiser virtuellement (alors qu'ils sont isolés dans leur vie quotidienne) ou de faire partie d'un groupe d'appartenance... Certains jeunes disent aussi que regarder des vidéos relaxantes les aident à trouver le sommeil.

Une multitude de fonctions liée à un accès illimité à internet sont possibles : rester en contact avec des amis, développer des compétences cognitives dans des jeux vidéo, favoriser des découvertes musicales, esthétiques, de paysages, de réussites sportives pour s'inspirer ou trouver des supports identificatoires, géolocaliser ses proches, faire rédiger un devoir à ChatGPT, mais aussi visionner des contenus pornographiques ou violents, dégradants... Les réseaux sociaux ouvrent par ailleurs une possibilité infinie de s'informer, mais aussi d'être confronté à des fake news.

On constate donc un flou sur la dangerosité de certaines situations, une part invisible. L'écran fait écran sur les dangers potentiels à portée de clic.

5. Quelques idées pour aider les parents

Pour nous il s'agit avant tout d'informer et de susciter une prise de conscience

des effets sur soi et sur l'enfant, au plan psychique, corporel, cérébral, etc., de les informer sur les risques et les conséquences sur le développement de leur enfant.

Nous tentons de favoriser les activités motrices, la manipulation, les temps d'échanges et de plaisir partagé (lire une histoire ou chanter ensemble, par ex). Nous les invitons à favoriser des contenus de qualité, support d'échanges, et les aidons à prendre conscience du temps consacré pour le mettre en relation avec la réalité concrète.

Nous les incitons à fixer des limites claires et à trouver un bon équilibre entre des moments connectés et des moments déconnectés. Avec les ados, le plus important est d'instaurer un dialogue pour que les parents puissent tenter de comprendre les différentes fonctions de ces activités, puis de voir avec eux si certaines de ces activités pourraient prendre une autre forme, plus inscrite dans la réalité non virtuelle.

Nous les invitons à en parler avec eux, à inciter leur enfant à établir une narration de ses expériences virtuelles et de tenter de les rejoindre dans cet univers, en les questionnant par exemple sur ce qui leur plaît.

Faire tiers entre l'écran et l'enfant

Dans nos métiers, nous tentons de faire tiers entre l'écran et le patient afin de nommer, verbaliser, pour faire exister et délimiter, afin que les écrans ne fassent plus écran aux processus d'humanisation et de subjectivation. Nous pouvons cependant nous interroger avec l'arrivée de l'intelligence artificielle sur l'avenir de nos professions. L'IA risque-t-elle de prendre peu à peu la place du thérapeute ?

Bibliographie

- 1) Vulpian A., cité par Robert-Ouvray S. et Servant-Laval A., *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, chapitre 5 : Le tonus et la tonicité, 6/2023
- 2) Wallon H. (1942), *Les origines du caractère chez l'enfant : les préludes du sentiment de personnalité*, PUF
- 3) Junier H., *Les écrans rendent-ils les enfants hyperactifs ?* Cercle Psy, 5/2014
- 4) Vecchierini M-F, *Impact de l'usage des écrans sur le sommeil*, L'aide-soignante, 07/2017
- 5) Jonze S. (Réalisateur). (2013). *Her* [Film]. Annapurna Pictures
- 6) Child Development (2024). *Étude sur l'interaction mère-bébé et usage du smartphone*. Résumé cité dans Cerveau & Psycho, novembre 2024
- 7) Gentaz, É. (2023). *Grandir avec les écrans* [Vidéo]. YouTube. Réalisée par l'équipe suisse du Pr Gentaz

L'Open Dialogue, un soin partagé en protection de l'enfance

Aurélien LUBIENSKI, Psychologue clinicien

Maeva MUSSO, pédopsychiatre Mobipsy 75, 75101, Hôpitaux Paris Est Val de Marne

Cet article a fait l'objet d'une intervention orale à l'atelier « Accueillir les trauma » lors des Carrefours de la Pédopsychiatrie qui se sont déroulés le 7 février 2025 à Paris sur le thème : « ENSEMBLE : Quelles stratégies collectives en PEA ? Comment faire face aux défis et réalités cliniques ? »

Notre propos s'inscrit dans la pratique d'une équipe mobile de pédopsychiatrie,

nommée Mobipsy75, dédiée aux enfants et adolescents placés à l'ASE de Paris. Cette équipe peut être sollicitée par tout professionnel du soin ou de l'éducation face à des inquiétudes pour un jeune placé, a fortiori en l'absence de lieux de soins identifiés ou en cas de rupture de soin.

Cadre d'intervention

L'équipe est composée d'une infirmière, d'une éducatrice, d'une médiatrice santé paire, d'une secrétaire, d'une assistante sociale, de deux psychologues et deux pédopsychiatres.

Lorsqu'il y a rupture de soin, celle-ci est autant agie (refus de soin, déni des difficultés) que subie par les jeunes (exclusion, multiplication des lieux de vie). Pour les jeunes que nous rencontrons,

placement rime bien souvent avec déplacements, ce qui justifie le caractère mobile de notre équipe.

Un chiffre doit nous alarmer : 1 SDF adulte sur 4 est un ancien enfant ou adolescent placé. Dans quelle mesure le système en place constitue le terreau de cette réalité ? On parle ici d'enfants séparés, placés et déplacés ; 40% d'entre eux ont connu 3 lieux de placement ou plus dans un parcours ASE typique (1). Nombreux sont ceux qui transitent, parfois avec plusieurs allers-retours, dans des foyers d'urgence en attente d'une place pérenne en MECS (Maison d'Enfant à Caractère Social) ou en microstructure. Ceci avec des conséquences évidemment néfastes sur l'insertion sociale et scolaire. Face à ce défaut de domicile fixe, notre mission consiste donc à introduire et à maintenir un lien de continuité dans des parcours de vie et un contexte socio-éducatif et psychique pétri de ruptures et d'empêchements de liens. Notre intervention vise à supporter et accompagner ces différents mouvements

afin de limiter les ruptures de soin et d'éviter la multiplication décourageante et dommageable des interlocuteurs. Le temps qu'un réseau pérenne de soin soit constitué.

Les effets du trauma : un monstre à 3 têtes

La clinique des enfants placés est une clinique du trauma et il nous faut frayer avec ses effets d'effraction, de répétition, de duplication. Car le trauma a tendance non seulement à se répéter, mais aussi à se multiplier et à s'étendre. Dans notre clinique quotidienne, ces effets se rencontrent sous la forme d'un monstre à trois têtes : chez les jeunes placés, du côté des professionnels de l'éducation protégée, et du côté du secteur pédopsychiatrique.

1) Du côté des jeunes placés

A l'origine du placement il y a les négligences et mauvais traitements ayant conduit à la séparation d'avec le milieu d'origine. Ces jeunes ont pu être témoins ou victimes de violences graves, certains ont déjà connu l'errance ou la perte de personnes proches dans des conditions de migrations tragiques. Le placement en lui-même est souvent traumatique pour des enfants qui ne le comprennent pas et vivent comme une injustice incommensurable l'arrachement à leurs figures d'attachement. On leur promet protection, on la leur promet, mais le compte n'y est pas. Les conditions d'accueil sont rarement optimales et, dramatiquement, il arrive que les violences et abus s'y répètent. La protection et le soin qui ont manqué et que les professionnels tentent de restaurer, les jeunes placés ont par réflexe appris à s'en méfier voire même à les rejeter. Le lien à l'autre protecteur est vivement appelé en même temps que violemment attaqué. Les crises clastiques, l'attaque des biens et des personnes, les conduites autodestructrices, les fugues... sont autant de moyens de solliciter le lien tout en le refusant. Les jeunes contribuent à leur corps défendant à mettre en échec le placement, dans une spirale infernale où se protéger du trauma consiste à le reproduire.

2) Du côté de la protection de l'enfance

On est face à un secteur en crise ayant du mal à traiter l'augmentation du nombre de situations de placement avec un manque de professionnels et un nombre insuffisant de places en structures adaptées pour les jeunes ayant des

besoins spécifiques. Les problématiques d'errance, de prostitution ou de recours aux toxiques se rencontrent chez des mineurs de plus en plus jeunes et confrontent les dispositifs d'accueil classiques à leurs limites. Le quotidien des éducateurs est plombé par la lourdeur administrative, la surcharge de travail et de responsabilités. Ces conditions amènent les professionnels à l'isolement et l'épuisement avec pour résultat un turnover important. On répète ainsi un schéma de rupture avec la personne référente, pourtant censée faire fil rouge dans le parcours de l'enfant.

3) Du côté de la pédopsychiatrie

On subit une crise équivalente. Les délais d'attente s'allongent dans les CMP, les lits d'hospitalisation se réduisent, les orientations spécialisées sont bloquées faute de places. Il faut parer au plus urgent. Une logique comptable et de rentabilité s'est installée qui heurte les valeurs et le sens du travail des équipes. S'ensuit une crise de vocation des personnels soignants et des difficultés de recrutement qui aggravent mécaniquement la situation. L'instabilité de leur lieu de vie nuit à l'inscription de ces enfants sur le secteur. L'agitation de leur comportement est perçue comme relevant de l'éducatif. Les retards, les rendez-vous manqués, la pluralité des adultes accompagnants aux rendez-vous, ont souvent raison des tentatives de suivi en CMP.

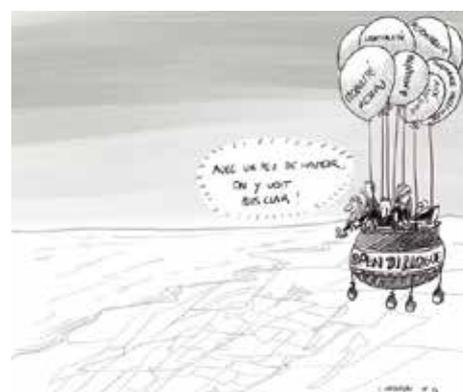
Loin d'être évidente, la rencontre entre la culture du soin et celle de l'éducation conduit régulièrement à des conflits interinstitutionnels où l'on voit se déployer clivages, projections, dénis, renvois de responsabilité... autant de modalités défensives en écho aux problématiques des jeunes accompagnés (2).

S'associer pour résister : l'Open Dialogue

1) Ethique et principes de l'OD

Face aux défis lancés par cette clinique, notre équipe a fait le choix d'adopter l'éthique et les principes de l'Open Dialogue (OD). Nous l'intégrons progressivement à notre pratique depuis maintenant près de deux ans.

La pratique de l'OD s'est développée au cours des années 80 dans une province du Nord-Est de la Finlande. Initialement elle était vouée à accompagner la crise psychotique par l'activation rapide et soutenue d'un réseau de personnes proches et de professionnels. Elle



s'organise de la façon suivante : dès la crise, un binôme de professionnels référents est constitué qui restera mobilisé aussi longtemps que nécessaire. Les professionnels du binôme ont la responsabilité d'organiser des réunions de traitement réunissant la personne concernée et les membres invités de son réseau.

La pratique OD est orientée par 7 principes (3) :

1. Aide immédiate : la crise est l'occasion d'une rencontre et potentialise le changement.
2. Inclusion du réseau : ce dernier est habituellement écarté en protection de l'enfance car évalué comme insuffisant ou défaillant.
3. Mobilité / Flexibilité : aller vers, s'adapter à des conditions changeantes, est souvent un préalable à la relation.
4. Responsabilité : l'engagement dans la durée de figures identifiées sécurise les prises en charge. Davantage partagée, la responsabilité est mieux tolérée par les professionnels.
5. Continuité : créer des ponts entre institutions, rester en lien en dehors des crises, limite les clivages et prévient les ruptures.
6. Tolérance à l'incertitude : reconnaître et partager les moments de doute, quitter la maîtrise, ouvre sur de nouvelles possibilités.
7. Dialogue et Polyphonie : on favorise l'expression des différentes voix sans chercher le consensus, la polyphonie étant fidèle aux vécus complexes.

2) Le partage des responsabilités : un jardin partagé

Le moteur principal de l'OD est l'association systématique du jeune dans les échanges et les décisions qui le concernent. Ainsi, on lui reconnaît et on lui propose une place de sujet. S'il est rarement demandeur au départ, les motifs de rencontre lui sont exposés, son consentement est recueilli. Nous lui laissons la liberté de choisir le lieu le plus approprié pour la rencontre et la possibilité d'inviter les personnes de son

choix.

Ayant affaire à des mineurs et parfois des enfants en bas âge, il nous faut bien sûr adapter les échanges et les modalités de rencontres aux capacités et à la maturité de l'enfant. Associer l'enfant aux échanges qui le concernent ne veut pas dire que sa parole ou son désir fasse loi (retourner dans sa famille bien souvent), l'adulte restant le garant de la protection.

Aussi, nous évitons autant que possible les réunions entre professionnels en l'absence des concernés. Or, la synthèse entre professionnels est très ancrée dans les cultures professionnelles de part et d'autre, et notre refus d'y prendre part peut être mal reçu, entendu comme un refus de collaborer. Le choix que nous faisons est, au contraire, celui du collectif. Il s'agit de travailler ensemble, en présence du jeune, pour partager les questionnements et les difficultés, soutenir les liens entre les personnes, ouvrir les pensées, accepter les divergences et les contradictions. Plutôt que chercher à réduire les différences de points de vue, on cherche à maintenir une certaine polyphonie par laquelle des voix diverses, peuvent se juxter et circuler dans un même espace. On encourage ainsi l'horizontalité des échanges, au plus près du vécu complexe et équivoque des jeunes, on évite l'écueil d'une entente préalable entre professionnels vécue par les jeunes comme arbitraire et non respectueuse de leur autonomie psychique.

C'est dans le même esprit que le travail avec le réseau de la personne est privilégié. On veille à mobiliser les ressources relationnelles existantes, même fragiles, à valoriser les vécus et les savoirs expérientiels comme complémentaires à ceux des professionnels. Notre pratique vise le partage multiple de responsabilités pour parer à l'équation isolement-épuisement-démission. Cela implique de quitter la place d'expert et de refuser cette assignation. D'entretenir un brouillage des frontières entre le psychiatrique et l'éducatif. De cesser la culture en plates-bandes pour développer celle des jardins partagés.

Les situations de placement confrontent les professionnels à un vécu émotionnel intense et difficile à élaborer (4). L'OD nous encourage à le considérer comme une matière de travail à part entière, alors qu'il est habituellement passé sous silence. Face à des jeunes au comportement inquiétant ou menaçant il conviendrait de rester de marbre, de « tenir bon ». Le partage par les professionnels de leurs ressentis en présence du jeune et d'autres professionnels, est pourtant

un levier intéressant pour accueillir et traiter collectivement la charge affective et traumatique véhiculée dans la relation aux personnes qui prennent soin. Les émotions les plus inconfortables à formuler, impuissance ou peur par exemple, cessent d'être menaçantes, leur fonction de ciment des relations peut être reconnue et protégée.

3) Endiguer les effets de diffusion du trauma

Ainsi, face au monstre à trois têtes, nous faisons le pari de développer un soin en trois dimensions : le soin des enfants et adolescents placés, le soin de leurs relations, et le soin de la relation entre institutions. Il s'agit, en somme, de créer des liens entre les liens pour endiguer l'effet de diffusion du trauma. Par sa perspective fondamentale de réseau, cette approche facilite une compréhension contextuelle et relationnelle du bien-être mental et permet de ne pas psychiatriser des situations qui ne doivent pas l'être.

Si cette pratique s'avère stimulante et porteuse d'espoir pour notre équipe, de nombreux défis restent à relever pour l'ancrer durablement et en favoriser la diffusion à plus large échelle.

Face au renouvellement constant des équipes, nous avons le sentiment de devoir chaque fois tout recommencer. Mais les pratiques dialogiques pourraient contribuer à stabiliser les collectifs de travail en soutenant une responsabilité partagée et en prévenant l'épuisement professionnel. Des résultats préliminaires présentés à Rome en 2023 dans le cadre de l'étude ODESSI montrent d'ailleurs un taux de turnover près de 10 fois inférieur dans les équipes pratiquant l'OD. D'autre part, l'OD a démontré son efficacité en situation de crise, en permettant notamment de réduire le recours aux traitements médicamenteux (5). Cela représente un enjeu majeur dans un contexte marqué par une augmentation préoccupante de la consommation de psychotropes chez les 12-25 ans (6). Sur le plan médico-économique, une étude a également montré qu'en pédopsychiatrie, les dépenses cumulées par habitant sur dix ans étaient moindres dans le cadre de cette approche (7).

Perspectives

Face à la crise actuelle des institutions, une évaluation de l'OD en contexte français serait pertinente et pourrait ouvrir des perspectives.

Nous pensons par ailleurs qu'il serait nécessaire de créer des lieux d'accueil mixtes (pédopsychiatrie et protection

de l'enfance), ajustés aux besoins des jeunes en crise, sans rupture ni médicalisation excessive. Malgré un fonctionnement encore trop souvent en silo, source de renvois de responsabilité entre institutions, il est essentiel de pouvoir faire équipe autour du jeune, d'autant plus quand plusieurs services ou structures sont impliqués.

Références bibliographiques :

1) Frechon, I., Galtier, B., Manivel, S., & Peruyero, C. (2024, septembre), *Retisser les fils du destin : parcours des jeunes placés*, France Stratégie.

2) Bonneville-Baruchel, E. 2017, *Obstacles et perspectives des soins psychiques aux enfants confiés à la protection de l'enfance*, Dialogue, 218(4), 45-56.

3) Seikkula J, Olson ME. *The open dialogue approach to acute psychosis : its poetics and micropolitics*. Fam Process. 2003 Fall ;42(3) :403-18. Doi : 10.1111/j.1545-5300.2003.00403.x. PMID : 14606203.

4) Guedeney, N. 2008, *Les émotions négatives des professionnels de l'enfance confrontés à la situation de placement*, Enfances&PSY, 101-117.

5) Bergström T, Seikkula J, Alakare B, Mäki P, Köngäs-Saviaro P, Taskila JJ, Tolvanen A, Aaltonen J. *The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis : Nineteen-year outcomes*. Psychiatry Res. 2018 Dec;270 :168-175. Doi : 10.1016/j.psychres.2018.09.039. Epub 2018 Sep 18. PMID : 30253321.

6) *Rapport Charges et produits*, Assurance Maladie, 19 juillet 2024.

7) Bergström T, Seikkula J, Alakare B, Kurtti M, Köngäs-Saviaro P, Löhönen E, Miettunen J, Mäkiöllitervo H, Taskila JJ, Virta K, Valtanen K. *The 10-year treatment outcome of open dialogue-based psychiatric services for adolescents : A nationwide longitudinal register-based study*. Early Interv Psychiatry. 2022 Dec;16(12) :1368-1375. doi : 10.1111/eip.13286. Epub 2022 Mar 25. PMID : 35332989; PMCID : PMC10078679.

Comment (ré) envelopper patients et soignants dans le travail clinique en contexte de violences ?

Jeanne CABOS, psychologue clinicienne
Nicolas LEBLE, pédopsychiatre
Secteur 93104, CHI Robert Balanger, Aulnay-sous-bois (93)

Cet article a fait l'objet d'une intervention orale à l'atelier « Le collectif soignant au service des patients » lors des Carrefours de la Pédopsychiatrie qui se sont déroulés le 7 février 2025 à Paris sur le thème : « ENSEMBLE : Quelles stratégies collectives en PEA ? Comment faire face aux défis et réalités cliniques ? ».

L'unité intersectorielle de Prise en Charge Psychologique Spécialisée du service de pédopsychiatrie d'Aulnay-sous-bois reçoit des familles ayant vécu des violences graves, dans le couple parental ou ciblant directement les enfants. Ces familles sont généralement adressées par nos partenaires habituels : PMI, ASE, UMJ, intervenant social d'un commissariat.

L'accueil de ces familles présente certaines spécificités : la prise en charge de fratries, avec des enfants d'âge souvent hétérogène, l'articulation entre un premier temps de consultation thérapeutique familiale permettant une évaluation, puis la mise en place de mesures de protection et de premiers soins psychiques. Dans un second temps une prise en charge pluridisciplinaire est envisagée, comportant groupe thérapeutique, approche psychocorporelle ou psychothérapeutique individuelle et accompagnement social.

Ces soins naviguent entre plusieurs enjeux légaux, parmi lesquels la notion d'autorité parentale, l'obligation de protection de l'enfance en danger et les prérogatives bien différenciées du juge des enfants (JE) et du juge aux affaires familiales (JAF).

Des parcours de vie fragmentés

La prise en charge des situations de violences intra-familiales implique nécessairement de travailler avec la réalité extérieure, dans un premier temps. C'est cette réalité des violences, souvent encore très actuelle, qui occupe toute la place et fait écran à l'histoire singulière

des familles, à leur réalité psychique. Lors des premières consultations, la sidération et la confusion dominant. La violence a un effet désorganisant, floutant les repères temporels, donnant à voir des morceaux d'histoires. Les récits des parents sont incomplets, fragmentaires.

Les familles qui nous arrivent ont aussi, pour la plupart, fui les violences. De fait, les enfants et leurs parents viennent souvent de déménager, vivent dans des hébergements d'urgence, et les enfants s'ils sont déjà rescolarisés, viennent de changer d'établissement scolaire. Les enfants qui sont placés, eux, ont déjà connu plusieurs lieux de placements, passant par un foyer d'urgence, puis d'une famille d'accueil à une autre.

Nous rencontrons donc des enfants dont l'environnement connaît de grands bouleversements. Cette réalité extérieure induit de fait de la fragmentation et de la discontinuité, y compris dans leur présence aux soins. Cette discontinuité est alors à considérer non pas uniquement sous l'angle de la résistance, mais aussi comme un effet traumatique des violences.

Les attaques de la réalité extérieure

Cette réalité extérieure, cet environnement, vient donc d'une certaine façon attaquer l'espace potentiel de soin. Mais si cette réalité extérieure est négligée, alors l'espace de soin risque d'être mis à mal. La précarité sociale par exemple, affecte l'investissement d'un dispositif de soin « intensif », lorsque ces familles ont des incertitudes sur la façon

dont ils vont pouvoir se nourrir, ou sur le lieu où ils pourront être hébergés.

Comment proposer alors des espaces de soins supposés « sécurisés », quand la réalité de l'environnement de l'enfant est menaçante et insécurisée ? L'étayage social, à l'intérieur de l'unité, par une assistante sociale formée aux enjeux des violences intra-familiales est indispensable - et parfois un préalable - pour les familles, avant la mise en place de soins ultérieurs plus conséquents, qui eux viseront à prendre soin de la réalité psychique.

De même, il est indispensable d'évaluer la question du danger, de mesurer si la violence est encore active, ce qui freinerait considérablement la mise en place des soins et leurs effets. Cette évaluation première nous conduit souvent à intervenir, une fois encore dans la réalité externe, en signalant une situation préoccupante par exemple.

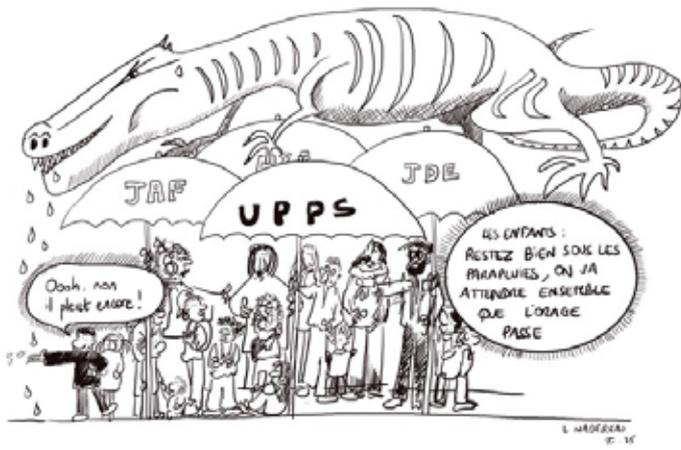
Ce premier travail de consultation d'évaluation permet de poser les jalons d'une prise en charge psychique à proprement parler.

Les paradoxes de l'institution judiciaire

Les familles et les professionnels font face à de multiples procédures et à des intervenants sociaux et judiciaires, dont il n'est pas toujours aisé de repérer les actions et le cadre d'intervention.

Un tableau permet d'en saisir la complexité car les violences s'exercent surtout dans le cas de parents séparés ou en cours de séparation :

	Juge aux Affaires Familiales	Juge des Enfants	Parquet
Saisi par	Les parents uniquement	Le Parquet/CRIP, les parents, les enfants...	Plainte / signalement / JE / JAF
Action sur les contacts parent-enfant	Décide de la résidence principale et des droits de visite et d'hébergement	Peut les limiter <u>seulement dans le cadre d'un placement</u>	<ul style="list-style-type: none"> Ordonnance de protection dans contexte de violence OPP (placement en urgence)
Action sur l'autorité parentale	Statue sur l'exercice de l'autorité parentale	Peut la déléguer ponctuellement <u>si indisponibilité d'un parent de l'exercer</u>	Aucune
Comment lui transmettre des infos ?	Impossible directement	Possible (si déjà nommé)	Via signalement
De quelles infos dispose-t-il pour décider ?	<ul style="list-style-type: none"> Requêtes des parents Enquête sociale / expertise psy Communication dossier JE 	<ul style="list-style-type: none"> Rapports MJIE/AEMO Expertise psy Communication dossier JAF 	<ul style="list-style-type: none"> Enquête de police Signalement



Dans le cas de parents séparés, le clinicien se trouve confronté à une situation contre-intuitive : le seul magistrat qui peut suspendre les contacts entre un parent violent (hors cadre de placement) est le juge aux affaires familiales, or celui-ci ne peut être contacté par le clinicien, qui n'a aucun moyen de lui transmettre des informations sur la situation de son patient (tout certificat dans ce contexte est à proscrire, car à haut risque si une plainte ordinale est déposée).

Le clinicien peut et doit signaler les suspicions de violence de la manière habituelle (signalement et/ou IP), tout en sachant que sa démarche n'aura pas forcément d'action immédiate, mais nourrira à moyen terme le dossier du JAF, une fois qu'un JE sera saisi, par le biais de la communication des dossiers entre les deux magistrats.

Le parent « protecteur » se trouve lui aussi dans une situation délicate : il doit non seulement rapporter les faits que son enfant a subi à la justice, mais également débiter des démarches longues auprès du JAF (en faisant appel à un avocat) pour demander l'éventuelle restriction des contacts avec l'autre parent, sans tiers pour appuyer sa démarche.

Par ailleurs, le travail en pédopsychiatrie est soumis à l'accord des deux titulaires de l'autorité parentale, dès lors qu'il dépasse quelques consultations d'évaluation et s'engage vers des soins réguliers. Voici un autre paradoxe : celui de devoir demander au parent violent l'autorisation de soigner ses enfants, autorisation qu'il refuse parfois, ce qui met un terme aux tentatives de soin, et déclenche alors éventuellement une IP pour négligence.

Les effets de déliaison du trauma

Les effets de déliaison du trauma sont observables à plusieurs niveaux. D'une part, la déliaison au niveau pulsionnel qui génère une grande destructivité ; cette déliaison se joue en « interne », dans la vie intrapsychique, mais a des répercussions inévitables dans

la réalité externe, puisqu'elle se joue aussi dans la relation.

On peut aussi parler de clivage : clivage entre pulsion de vie et pulsion destructrice, clivage entre moi et l'autre, clivage entre corps et psyché. Pour le dire autrement, si la déliaison est l'attaque du lien, alors elle affecte aussi bien le lien interne (désintrication pulsionnelle) que le lien à l'autre.

Nos patients sont donc aux prises avec ces effets de déliaison traumatique et il faut être attentif aux effets miroir, dans l'équipe et les institutions, de la déliaison et du clivage. L'un des enjeux de la prise en charge sera donc de soigner le lien au sens large : lien intrapsychique, lien à l'autre, ce qui sera possible si un regard est porté aux liens institutionnels (liens dans l'équipe de soin, liens entre l'équipe de soin et les autres institutions comme l'ASE).

C'est en ayant ces enjeux en tête qu'il est possible de penser une unité de consultation ambulatoire suffisamment contenant pour ces situations et un dispositif de soin qui permette de trouver un équilibre entre travail du lien et travail de différenciation.

Des enveloppes imbriquées en « poupées russes »

Le travail d'accueil et de soin du trauma se constitue volontiers en « poupées russes » : le dispositif forme une superposition de différentes enveloppes, partant de l'extérieur, pour aller vers l'intérieur.

Bien souvent, il y a d'abord les consultations familiales. Cette première enveloppe de soin est à la lisière entre la réalité extérieure et le monde interne, la vie psychique. Il faut qu'elle soit à la fois suffisamment sensible aux aspects de la réalité, tout en y étant suffisamment imperméable pour permettre les émergences d'un travail de différenciation.

C'est seulement plus tard, après un premier travail de différenciation,

que vont se dessiner de nouvelles enveloppes, imbriquées à la première. Ces nouvelles enveloppes peuvent être des consultations individuelles, des thérapies, des groupes thérapeutiques. Parce que la consultation l'enveloppe, l'espace individuel pourra être plus préservé des attaques du contexte extérieur. Les espaces individuels pourront ainsi être plus étanches, plus proches de la singularité du patient et de ce qui anime son monde interne.

Le travail de différenciation

Le travail thérapeutique de différenciation est au cœur du soin familial du trauma. Sous l'effet des violences, le trauma condense les générations et fige les rôles : l'enfant prend soin du parent menacé, ou se saisit du mandat du parent violent pour reproduire lui-même les violences. Le climat incestuel, fréquent dans ce type de famille, brouille les limites corporelles et psychiques.

Les professionnels vont donc tâcher de (ré)instaurer, progressivement, une différenciation. Ce travail ne peut débiter qu'au stade du matériau indifférencié que présente la famille, dans le premier espace de consultation familiale.

Un premier levier, à ce stade, peut être mobilisé en recevant le parent seul, durant le ou les premiers entretiens ; son récit, souvent traumatique et brut, peut être recueilli sans y exposer les enfants, et les aspects de protection peuvent y être abordés sans que les enfants n'aient à y participer.

Un second levier, lorsqu'il s'agit de solliciter une rencontre avec le parent violent, peut être de proposer qu'il soit reçu par un professionnel tiers de l'équipe afin de garantir une certaine étanchéité protectrice à l'espace de consultation initiale.

L'assistante sociale de l'unité a un rôle important dans ce travail de différenciation des enjeux adultes/enfants : si elle s'occupe rarement des écrits (signalement / IP) concernant les enfants, elle est le pivot de la stratégie de prise en charge du parent ; elle l'oriente vers des dispositifs adaptés (ordonnance de protection, logement, soins psychiques pour adultes) et fait le lien avec l'avocat pour conseiller les meilleures démarches auprès du JAF. Ce faisant, elle soutient le parent dans sa préoccupation envers ses enfants et permet à ces derniers de se dégager de leur préoccupation envers leurs parents.

Dans un temps ultérieur, les propositions de soins individuels, spécifiques aux besoins

du ou des enfants, permettent d'achever cette tentative de différenciation, en proposant des espaces plus confidentiels (psychothérapie, groupe thérapeutique, psychomotricité...).

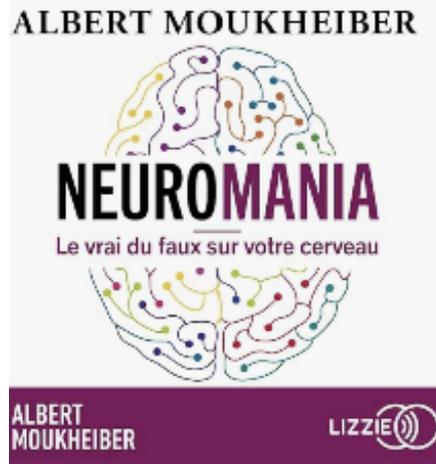
La « fonction CATTP » d'une unité de consultations ambulatoires

Face à un parcours de vie et un contexte chaotique et fragmenté, l'enjeu d'enveloppement est de taille. Des soins intensifs sont souvent proposés et il n'est pas rare que les enfants et leur famille soient reçus de manière pluri-hebdomadaire : consultations familiales, soins individuels, rendez-vous sociaux.

Un fonctionnement similaire à celui d'un CATTP se met alors en place, et le secrétariat des consultations, le couloir des bureaux et les espaces de soins fonctionnent de manière contiguë et communicante : il n'est pas rare que des enfants passent une grande demi-journée dans ce couloir, y prennent ensemble leur goûter avant un groupe thérapeutique, y croisent le cortège de professionnels qui les prennent en charge. L'unité ambulatoire constitue alors non plus un lieu de passage, mais un espace de soin contenant.

Le soin à porter à l'institution soignante et au collectif

Le soin s'appuie donc sur un collectif, dont les membres sont fortement interdépendants, et qui partagent une clinique singulière et souvent effractante. Une attention à ces effets est indispensable : il s'agit de lutter contre les effets de déliaison qui peuvent émerger au sein de l'équipe soignante. Face au régime de l'urgence permanente, les capacités de penser, rêver, créer ensemble, sont à mobiliser : le déploiement de nouveaux groupes thérapeutiques et des expériences de sorties thérapeutiques avec les patients ; la participation à des activités scientifiques ou d'enseignement en dehors de l'unité et l'investissement sûr d'un espace de supervision sont des outils importants pour l'équipe. La tendresse dans le lien thérapeutique et la convivialité dans les relations professionnelles en sont d'autres, et non des moindres.



Neuromania Albert MOUKHEIBER, Allary Editions, 2024.

**Marie-Claude BOSSIERE,
PH honoraire**

Aujourd'hui, tout, ou presque, semble devoir trouver son explication dans le cerveau. Nos bonheurs, nos émotions, nos addictions, nos peurs, nos croyances, nos performances, notre capacité à changer, individuellement ou collectivement ne seraient qu'un effet des interactions de nos neurones.

Mais cette profusion de discours sur le cerveau - cette neuro mania - se fait au prix de raccourcis, d'approximations, voire de contrevérités. On ne peut pas réduire tous les problèmes à l'individu et à son cerveau, ni faire dire aux neurosciences et aux sciences cognitives, ce qu'elles ne disent pas (...).

« Notre cerveau est l'organe le plus mystérieux de notre corps. »

Des théories « localistes » (consistant à vouloir localiser certaines fonctions dans des zones précises du cerveau) font l'hypothèse que chacun de nos hémisphères abriterait des fonctions spécifiques, indépendantes l'une de l'autre. Mais cette idée ne s'appuie sur aucune preuve scientifique. Les fonctions sont distribuées et les deux hémisphères travaillent de concert sur les différents paramètres d'une même fonction

complexe. L'IRM structurelle et l'IRM fonctionnelle proposent de superbes images, et coupes du cerveau en couleurs, présentées comme des cartes de notre activité cérébrale. Mais tout cela est bien plus complexe que ce qui en est rapporté. Les images et le traitement statistique qui en est fait reviennent « à isoler un signal dans un océan de bruit » : ce sont les probabilités qui apparaissent en couleurs. L'utilisation des données de l'IRM fonctionnelle est d'ailleurs critiquée par certains spécialistes : y recourir pour expliquer des fonctions complexes comme des comportements, des cognitions ou des émotions revient plus souvent à chercher à confirmer sa vision des choses plutôt qu'à décrire objectivement le cerveau. Greg Bennett, neuroscientifique, en 2009, a par exemple, à titre un brin sarcastique, enregistré l'activité cérébrale d'un saumon mort et montré que les résultats de l'IRM fonctionnelle présentaient des activations dans le cerveau, laissant penser à une activité cérébrale. Il y a donc beaucoup de faux positifs, et on peut faire dire beaucoup de choses à l'imagerie cérébrale (ce qui explique qu'elle soit si utilisée !).

Le parallèle entre cerveau et ordinateur est fréquemment utilisé, mais un enfant de deux ans reconnaît un chien, un chat, bien plus rapidement qu'une intelligence artificielle qui nécessitera des milliers de photos avant de pouvoir le faire.

Réductionnisme et développement personnel

Ces théories simplistes permettent la commercialisation de nombreuses applications ou programmes de renforcement cérébral, de neuro coaching, de neuro leadership, de neuro créativité, de neuro marketing ou programmation neuro linguistique. C'est un commerce. Certes le cerveau est plastique, sa structure n'est pas figée et les neurones se réorganisent constamment, la neuroplasticité est une fonction centrale de notre système nerveux, constitutive du fonctionnement normal du cerveau. Nos connexions neuronales se renforcent par activations répétées, mais le cerveau peut aussi fonctionner de manière redondante : c'est-à-dire qu'une fonction peut être soutenue par plusieurs réseaux. Ceci explique que certaines fonctions peuvent être maintenues même après une lésion. Cette redondance constitue un argument supplémentaire contre le modèle simpliste cerveau gauche,

cerveau droit : une grande partie de nos fonctions n'est pas latéralisée et une aire endommagée peut parfois en pousser une autre à prendre le relais. Le cerveau se recâble en permanence tout le temps.

La mode du développement personnel se révèle extrêmement culpabilisante et anxiogène, en faisant porter toute la responsabilité sur les épaules de l'individu. Si tout repose sur l'individu, les solutions doivent aussi être individuelles. On assiste donc à une individualisation des problèmes collectifs, sous couvert de formules ronflantes, empruntant au vocabulaire des neurosciences ou de la psychologie.

Cerveau droit-cerveau gauche

L'opposition entre les émotions et la raison remonte à l'Antiquité, et on a voulu appliquer cette distinction aux nouvelles découvertes sur le cerveau. D'où une prolifération d'articles distinguant le cerveau émotionnel du cerveau rationnel, mais cela méconnaît la complexité de notre fonctionnement, l'entrelacement et la co-constitution de nos facultés. La localisation de nos émotions dans l'amygdale cérébrale est fautive ; les amygdales sont juste une zone fortement impliquée mais la localisation dans cette aire unique est une négation de la complexité de notre biologie : il n'y a pas de cerveau émotionnel, le cerveau doit être étudié dans sa globalité. D'ailleurs, les chercheurs en neurosciences reviennent à une vision plus distribuée,

adaptative, intégrée du cerveau. Émotions et raisonnements sont des états mentaux qui fonctionnent de concert.

Et, non, la sérotonine n'est pas la molécule du bonheur ! Et non, la dopamine n'est pas la molécule du plaisir !

Activations neuronales

Notre cerveau consiste en des réseaux de neurones qui se déchargent électriquement ou non. Il n'y a pas d'émotion, d'idée, de langage, dans le cerveau : il ne contient que des neurones qui s'excitent ou s'inhibent, chaque neurone reçoit des impulsions de la part de centaines d'autres neurones qui vont le pousser à s'activer ou non. À ces milliards d'activations, s'ajoute cette difficulté que le cerveau ne fonctionne pas en boucle de causalité linéaire. Dans une boucle de causalité linéaire, une cause entraîne une conséquence et la même cause entraîne toujours la même conséquence. Le cerveau, lui, fonctionne en boucle de rétroaction : un réseau de neurones active un autre réseau de neurones qui va lui-même agir sur le réseau initial. Nous faisons face à de multiples couches de rétroaction positives et négatives qui décuplent chaque fois le niveau de complexité, c'est une immense symphonie électrique et chimique. Mais notre ressenti subjectif se joue à un autre niveau. Observer une aire cérébrale s'activer ou non dans une situation déterminée, ne nous apprend pas grand-chose du ressenti d'une personne.

Nos compétences sont incarnées

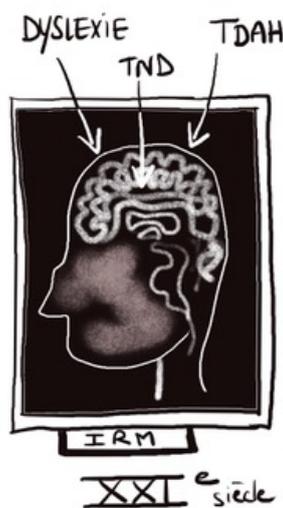
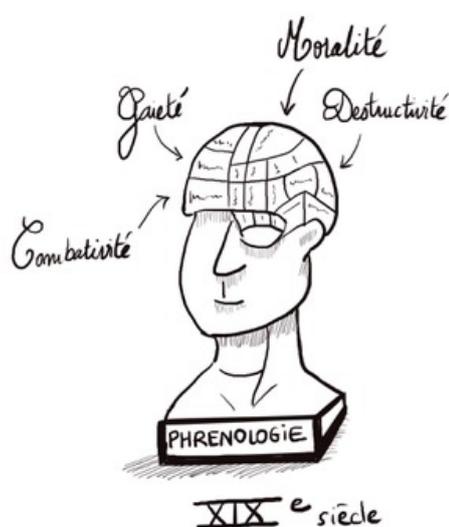
On sait depuis longtemps que la vision, par exemple, est incarnée : la vision n'est pas uniquement le fruit de nos yeux et se construit en lien avec les autres fonctions du corps, en particulier la motricité. Les autres fonctions cognitives sont aussi incarnées. Nos pensées, nos émotions et nos comportements sont non seulement interdépendants, mais aussi dépendants du corps. Le cerveau n'est pas un organe qui produit notre esprit, mais le centre d'intégration qui joue le rôle de médiateur de notre corps et de notre relation au monde, au réel. Notre cerveau est un organe d'interrelations.

Ecrans et addiction

L'auteur insiste beaucoup sur la dimension première du marketing et de l'économie de l'attention dans la technologie numérique, créée, voulue, entretenue pour garder notre attention captive. Ne parler que de la dopamine ferait porter la responsabilité des effets toxiques sur l'individu et sa dopamine, alors qu'il faudrait miser sur la régulation des algorithmes ! Il critique l'utilisation du mot addiction, argumentant que la question du contenu semble plus importante à prendre en compte. Même si cela est discutable, l'intérêt de ce chapitre est de porter à nouveau l'attention à l'environnement, au contexte, à la dimension sociale des problèmes.

Conclusion

Douleur, douleurs fantômes, biais cognitifs, fake news, complotisme, conséquences politiques d'une vision cérébrocentrée excluant la dimension collective des problèmes à résoudre... : cet ouvrage est riche en données et en questionnements !



La science avance ... ou pas

L. HADJICHAÏ 27 25

Prénom, NOM :

Statut et fonction (entourez svp) :

PH tps plein / PH tps partiel / Praticien contractuel / Assistant-CCA / Interne / Pédopsychiatre dans le médico-social ou en CMPP / En libéral / Retraité

Responsable d'UF / Chef de service / Chef de pôle / Fonction universitaire (précisez) :

Coordonnées professionnelles :

Région :

Département :

Si travail - en secteur sanitaire, précisez le code du secteur :

- en secteur médico-social, structure :

Lieu principal d'exercice : adresse, téléphone, email

Coordonnées personnelles (facultatives) :

Etes-vous intéressé par l'envoi d'informations et de la Lettre de l'API par email ?

Si oui, indiquez l'adresse email à utiliser :

Montant de la cotisation annuelle :

80 € (40 € pour les adhérents de l'AJPJA les trois premières années, 20 € pour les internes).

Fiche à retourner à API, chez Véronique Puybaret, 47 rue du Porche, Le Chauzanel, 19600 Chateaux accompagnée d'un chèque

Autres moyens de paiement :

- sur la plateforme HelloAsso en lien ici :

<https://www.helloasso.com/associations/association-des-psychiatres-de-secteur-infanto-juvenile>

- sur le compte de l'API : IBAN FR76 1130 6000 3698 3745 9100 017 en nous adressant une preuve bancaire du virement à apicontact@api.asso.fr et en précisant votre nom et prénom sinon nous ne pourrions pas identifier le paiement.

Si vous souhaitez un reçu fiscal pour votre cotisation, envoyez un mail à apicontact@api.asso.fr.

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au secrétariat de l'association.

La Lettre de l'API est une publication de
**L'Association des Psychiatres Infanto-juvéniles
de secteur sanitaire et médico-social**

Responsable de la Lettre : Christophe Libert • Coordination : Claire Puybaret-Bataille

Illustrations : Lise Nadereau • PAO : Pierre Jacob

Imprimerie : Ateliers Malécot, 59160 Lomme

La Lettre de l'API
32 rue Ferdinand Buisson
94500 Champigny-sur-Marne
Tel : 06 75 00 77 01