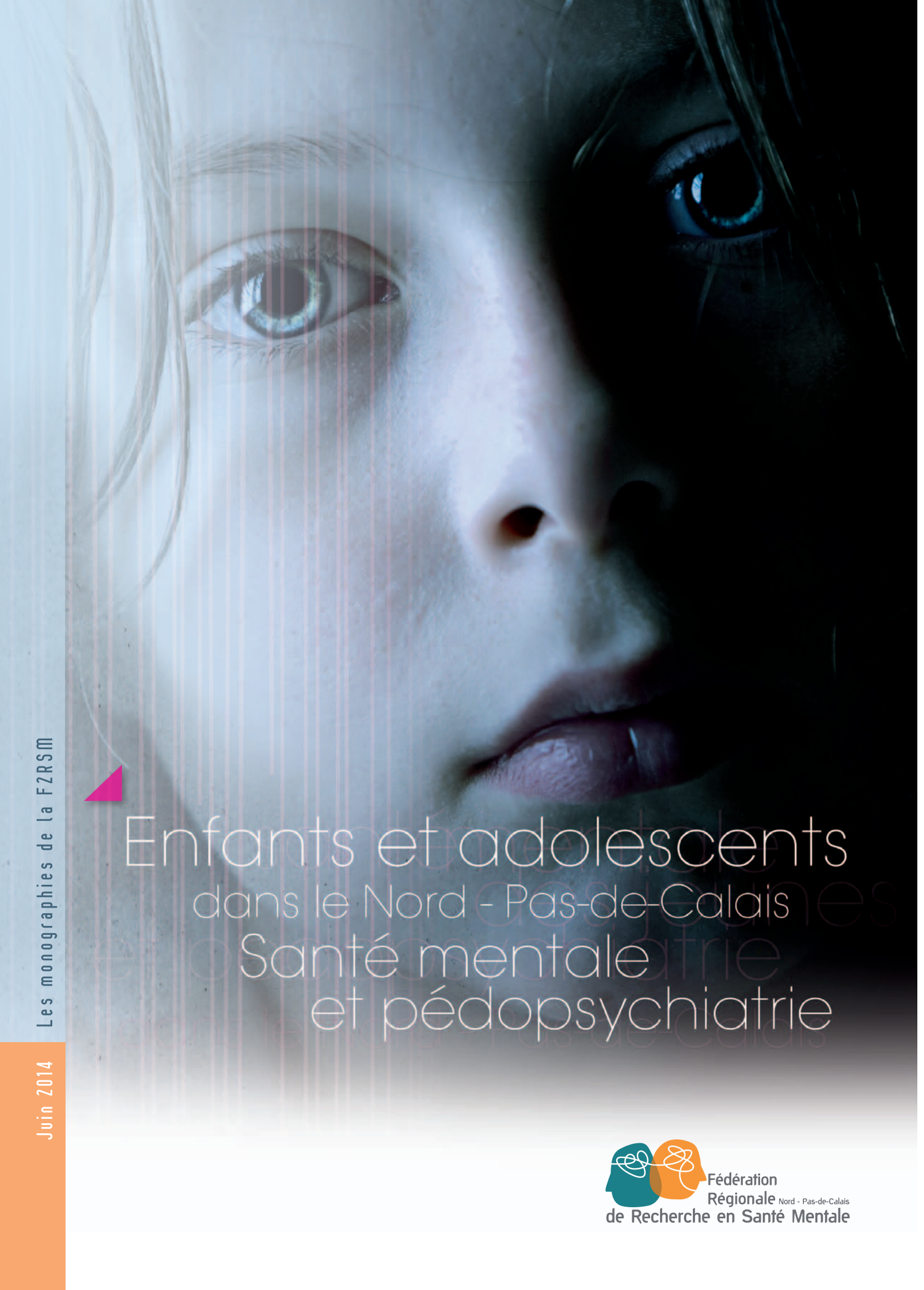




Enfants et adolescents dans le Nord - Pas-de-Calais Santé mentale et pédopsychiatrie

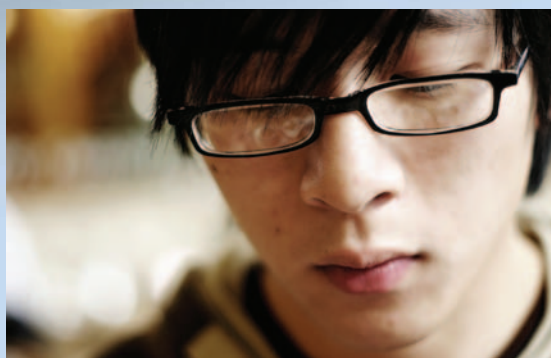


Comité éditorial

Dr Marc Bétremieux (CH de Hénin-Beaumont) • Marie-Noëlle Cadou (Creai) • Dr Thierry Danel (F2RSM) • Dr François Ducrocq (CHRU) • Dr Marie-Pierre Dupond (Education nationale) • Dr Renaud Jardri (CHRU) • Dr Frédéric Kochman (Clinique Lautréaumont) • Dr Laurence Lecomte (CG59) • Dr Rosa Mascaro (CHRU, CRA) • Dr Jean Oureib (EPSM-AL) • Nathalie Pauwels (F2RSM, réalisation) • Laurent Plancke (F2RSM, coordination du projet) • Dr Eric Salomé (EPSM des Flandres, API) • Fatima Samouri-M'Chakleb (CRA) • Dr Brigitte Weens (Education nationale).

Relecture et corrections : Gérard Lecouffe

Les articles sont rédigés sous la responsabilité de leurs auteurs et n'engagent pas la F2RSM. Sigles et acronymes sont développés p 74.



Edito

Enfance, jeunesse, santé mentale, souffrance psychique, maladie mentale : tels sont les mots-clés de la nouvelle monographie éditée par la Fédération régionale de recherche en santé mentale Nord - Pas-de-Calais. Elle trouve son origine dans l'interpellation de certains pédopsychiatres de la région, qui ont attiré notre attention sur l'absence de publication sur les enfants et jeunes par notre organisme depuis les débuts de ses travaux en 2007.

Ce document vient donc réparer cette omission et présente un panorama régional de la situation de l'aide psychique et des soins psychiatriques apportés aux enfants et aux jeunes de la région.

Points de vue, données épidémiologiques, offre de soins et de service, prises en charge spécifiques, dispositifs... sont ainsi recensés, certes de façon non exhaustive. Mais l'occasion est offerte d'insister dès à présent sur l'insuffisance et l'inégale répartition de ces moyens : plusieurs secteurs ne connaissent aucune offre de psychiatres libéraux, d'autres (ou parfois les mêmes) n'ont pas de lits d'hospitalisation psychiatrique pour adolescents.

Car si la très grande majorité des enfants et adolescents va bien, certains présentent des difficultés ou pathologies que nous avons voulu aborder d'un point de vue régional à travers différents articles : regards épidémiologiques et/ou de prise en charge : addictions, troubles des comportements alimentaires, conduites suicidaires et premiers épisodes psychotiques.

Il n'est pourtant pas dans notre propos d'enfermer enfants et jeunes dans leur seul statut d'êtres en souffrance ou malades ; d'une part, parce que les jeunes sont des êtres en « construction », ils peuvent n'être affectés que momentanément ; d'autre part, parce qu'il est essentiel de maintenir un lien dynamique, durant les soins, sur la question du projet de vie avec l'ensemble des acteurs reliés aux enfants et aux jeunes : famille, professionnels des champs sociaux, médico-sociaux et sanitaires. Enfin, parce qu'un malade est d'abord une personne, sa pathologie et les handicaps qu'elle entraîne, le cas échéant, ne constituent pas une identité.

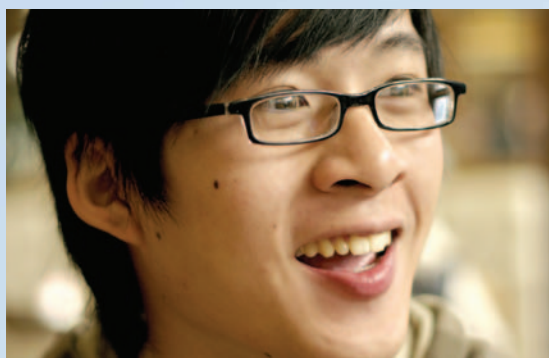
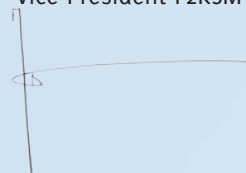
Les interventions des professionnels, du service public notamment, s'inscrivent dans le cadre de la pratique de secteur. Elles constituent un espace de collaboration entre la pédopsychiatrie et ses partenaires. La mise en place de cette politique sectorielle soulève des questions, elle révèle également des pratiques existantes, qu'elle légitime et encourage. Articuler des zones de prise en soin traduit la volonté des équipes de coopérer afin d'améliorer l'offre au service du public. Coopérations qui sont d'autant plus nécessaires lorsque les situations sont dites « complexes ». Quelques-unes de ces expériences sont rapportées ici.

Cette monographie a été conçue par un comité éditorial. Il s'est réuni pour proposer thèmes et auteurs, nous tenons à remercier ses membres, également souvent rédacteurs, pour leur investissement dans cette réalisation. Celle-ci, à l'image de la F2RSM, a rassemblé des acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale, ainsi que certains de leurs partenaires, dans une démarche concertée et résolue.

Dr Martine Lefebvre
Présidente F2RSM



Dr Marc Bétremieux
Vice-Président F2RSM





03	Edito
04	Sommaire
06	Enfants et jeunes dans le Nord - Pas-de-Calais
07	Partie 1 : La spécificité de l'enfance
08	Vers une clinique de la post-adolescence
10	Corps et adolescence : entre recherche de limites et expression d'une souffrance
12	La psychiatrie d'enfants : construction d'une identité
14	La pédopsychiatrie intégrative
16	« <i>L'esprit est l'idée du corps vivant en acte</i> ». De la psychomotricité en pédopsychiatrie
17	L'offre de soins
19	Partie 2 : La clinique
20	Une consultation pour bébés à risque d'autisme
21	Equipes diagnostic autismes de proximité, réseaux territoriaux de compétences
22	Une équipe mobile pour adolescents
24	Les hospitalisations psychiatriques à temps complet des enfants et des jeunes
26	Un exemple d'approche intégrée pédiatrie-pédopsychiatrie
27	L'encadrement législatif des soins psychiatriques aux mineurs
28	La prise en charge de l'anorexie et de la boulimie
29	Le réseau TCA Nord - Pas-de-Calais
29	Alimentation et cerveau chez l'adolescent en souffrance psychique
30	Les conduites suicidaires des jeunes



Sommaire

- 32 Les usages de substances psychoactives à 17 ans
- 33 Les consultations jeunes consommateurs : un dispositif au carrefour de la prévention et du soin
- 35 Mhasc©: une application numérique pour évaluer les hallucinations précoces
- 36 Cannabis et troubles psychotiques
- 37 Prise en charge d'un premier épisode psychotique
- 38 L'intérêt du projet Psymac pour les jeunes
- 40 Usages problématiques des écrans et cyberdépendance
- 41 Cyberaddiction et comorbidités chez les adolescents de 13 à 18 ans
- 42 Une enquête sur la santé psychique des étudiants
- 43 Des services ambulatoires pour les étudiants
- 44 La prise en charge des adolescents présentant des problématiques psychologiques et comportementales sévères
- 46 Mineurs, santé mentale et prison
- 48 Famille et pédopsychiatre en institution. Une alliance thérapeutique possible
- 49 Partie 3 : Le maillage : la pédopsychiatrie et ses partenaires**
- 50 La complexité des situations : l'apport du travail en réseau autour du jeune enfant (0 à 2 ans)
- 52 Enfants et jeunes confrontés à des problématiques de santé mentale : l'action du Département
- 54 La scolarisation des enfants présentant des troubles psychiques dans le Nord - Pas-de-Calais
- 55 Fil santé jeunes : écoute et orientation
- 56 Les adolescents et les réseaux sociaux
- 58 De la pédopsychiatrie à la psychiatrie, quel parcours de soin ?
- 59 Partie 4 : Un champ complexe, des dispositifs multiples**
- 60 Dispositifs sanitaires de psychiatrie infanto-juvénile
- 62 Offre médico-sociale pour enfants en situation de handicap
- 65 Le handicap psychique
- 66 Dispositifs d'accompagnement sanitaires, médico-sociaux et sociaux pour les mineurs présentant un trouble psychique
- 70 Lexique : principaux sigles et acronymes
- 71 Références complémentaires
- 71 A propos de la F2RSM

Enfants et jeunes dans le Nord - Pas-de-Calais

Le Nord - Pas-de-Calais compte environ 1,350 million de jeunes de moins de 25 ans, soit un tiers de la population régionale ; c'est la seconde plus jeune région métropolitaine après l'Île-de-France [1]. 56 398 enfants ont vu le jour dans le Nord - Pas-de-Calais en 2011, ce

Cependant, le dynamisme démographique régional ralentit, notamment du fait du départ de la région des femmes en âge de procréer ; l'âge moyen des mères à la maternité ne cesse d'augmenter depuis de nombreuses années. Il naît plus de garçons (51,5%) que de filles (48,5%) ; cette prédominance masculine est enregistrée jusqu'à 21 ans, âge à partir duquel on recense autant d'hommes que de femmes (ces dernières deviennent alors progressivement plus nombreuses, leur mortalité étant plus faible). Parmi les ménages de la région, on compte plus qu'ailleurs de familles monoparentales (9,3%), moins de personnes vivant seules (31,0%) et plus de couples avec enfants (30,0%) ; enfin, un enfant sur dix vit dans une famille recomposée [2].

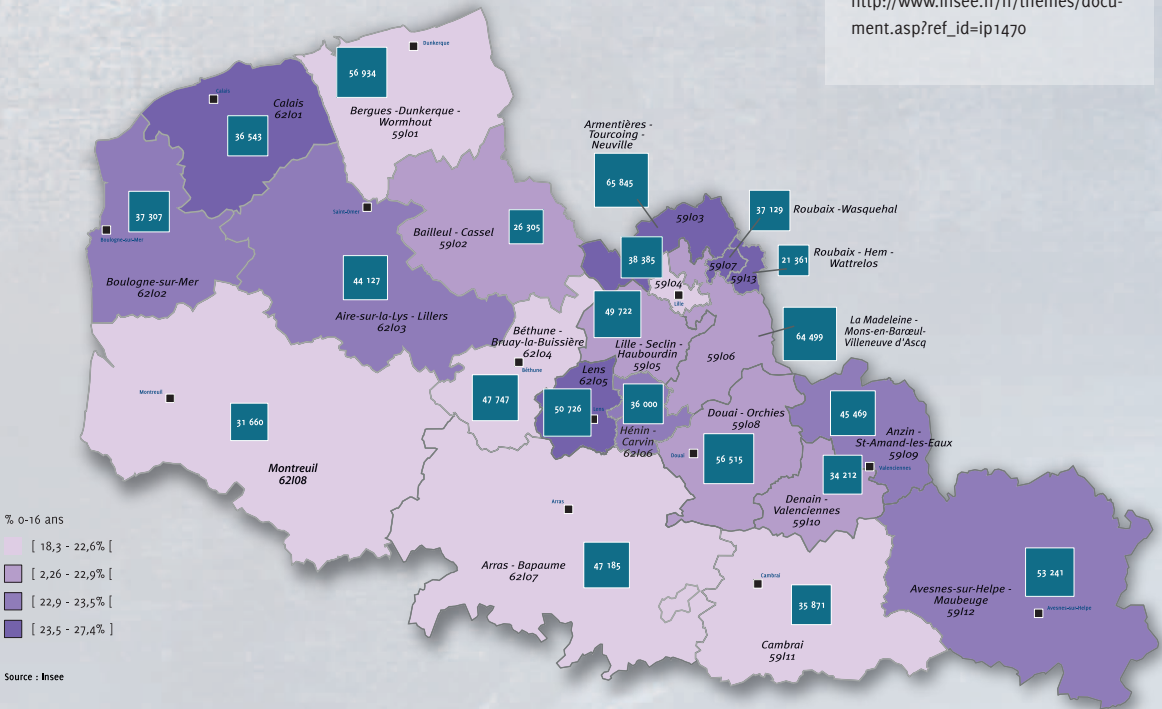
Tableau 1. Effectif de la population du Nord - Pas-de-Calais de moins de 25 ans selon le sexe et différentes classes d'âge. 2010. Source : Insee.

Classe d'âge	Garçons	Filles	Ensemble	% hommes	% ensemble population
0-15 ans	443 480	420 115	863 595	51,4%	21,4%
0-16 ans	470 376	446 408	916 783	51,3%	22,7%
0-18 ans	527 126	499 705	1 026 830	51,3%	25,4%
0-20 ans	585 555	556 547	1 142 101	51,3%	28,3%
0-4 ans	139 073	132 984	272 056	51,1%	6,7%
5-9 ans	140 916	132 594	273 511	51,5%	6,8%
10-14 ans	136 814	129 342	266 156	51,4%	6,6%
15-19 ans	139 685	133 206	272 890	51,2%	6,8%
20-24 ans	140 315	139 851	280 166	50,1%	6,9%
0-24 ans	696 803	667 977	1 364 779	51,1%	33,8%

qui constitue un nombre élevé par rapport au poids démographique de la région ; la fécondité régionale est plus élevée qu'en moyenne nationale, notamment celle du Pas-de-Calais. Avec 39,5% de leur population âgée de moins de 25 ans, les secteurs de Lille et de Roubaix - Wasquehal (cf. carte 1) sont les plus jeunes de la région, alors que celui de Montreuil en compte le moins (29,9%).

Laurent Plancke
Chargé d'études, F2RSM
M : laurent.plancke@santementale5962.com
T : 03 20 44 10 34

[1] http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=t_0404R
[2] Chiffre pour la France en 2011.
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1470



Carte 1. Les 0-16 ans. Nombre et part dans la population, selon le secteur de psychiatrie infanto-juvénile. Nord - Pas-de-Calais. 2010.

1

La spécificité de l'enfance

La spécificité de l'enfance

La spécificité de l'enfance

La spécificité de l'enfance

La spécificité de l'enfance

La spécificité de l'enfance



Vers une clinique de la post-adolescence

L'adolescence est une des périodes de la vie la plus difficile pour les adolescents eux-mêmes mais aussi pour les parents, enseignants ou éducateurs. Tout change : le corps, les liens affectifs, les intérêts intellectuels sans que l'adolescent ait la moindre assurance sur les résultats.

L'appétit de conquête de l'adolescent a comme miroir « la crise du milieu de la vie » des parents, faite généralement d'un réajustement à la baisse de leurs idéaux, obscurcissant l'horizon plus souvent qu'elle ne l'éclaire. Difficile d'être très joyeux dans ces conditions et si l'adolescent l'est, c'est plus sur le mode de l'excitation et de la fuite en avant que sur celui de l'épanouissement. Celui-ci viendra – peut-être – plus tard, quand les premiers résultats, professionnels et amoureux, rassureront le jeune adulte sur la réalité de ses capacités.

En attendant, l'adolescent est peu ou prou confronté à un mal-être qui pour l'essentiel repose sur les paradoxes caractéristiques de cet âge : l'envie de grandir et la nostalgie de l'enfance ; le besoin de s'affirmer et la peur de la confrontation ; l'envie de recevoir et la volonté de se suffire... Paradoxes plus que contradictions parce que ces oppositions apparentes relèvent en fait de niveaux de réponses d'ordre différent. Mais elles se traduisent pour l'adolescent qui les vit par une tension interne, voire une souffrance, difficilement pensable et qu'il subit sans savoir de quoi elle est

faite. Il y répond fréquemment soit par une attitude de l'ordre de la sidération, soit par une tentative de décharge de cette tension par les troubles du comportement. L'ensemble de ces contradictions apparentes peut se dire dans ce paradoxe fondamental qui oppose l'appétence de ces adolescents à recevoir des adultes la force qui leur manque, à leur besoin d'autonomie et d'affirmation d'eux-mêmes. Comment penser cette contradiction fondamentale qui fait du désir le lieu de l'aliénation et transforme le plaisir de désirer en un pouvoir donné à l'autre sur soi ? Après coup, on sait que c'est en acceptant de se nourrir des autres qu'on devient soi. Mais les adolescents les plus vulnérables ne peuvent percevoir que la face menaçante de la dépendance, liée à ce qu'ils ressentent comme une façon pour les adultes de leur « *prendre la tête* ».

Cependant, la majorité d'entre eux va plutôt bien. Ils ont même une ambition et des capacités d'adaptation à un monde en plein changement, qui n'a rien à envier à leurs aînés. Il est d'autant plus désolant d'en voir certains s'enfoncer dans des conduites d'auto-destruction – conduites qui sont pathogènes car elles finissent



par rendre réellement malades ceux qui s'y enferment. Or, à ces facteurs de risque semblables correspondent des destins différents. Les uns feront de leur vulnérabilité une richesse, les poussant à devenir créatifs ; les autres, à défaut d'être grands dans la réussite, le seront dans l'échec. Or, c'est souvent la qualité de leurs rencontres avec les adultes qui changera le destin de ces adolescents qui sont dans des réactions en tout ou rien, aussi capables de s'enthousiasmer que sensibles à la déception.

Toute une clinique de la dépendance se développe à ce moment-là. L'adolescent va alors essayer de substituer à ses liens affectifs relationnels des liens d'emprise et de maîtrise. Tous les troubles du comportement, la toxicomanie, mais aussi les troubles de conduites alimentaires, les conduites d'opposition, de refus peuvent être vus sous cet angle. Il s'agit d'introduire entre les parents et soi des objets substitutifs que l'on pense maîtriser, des objets que l'on met sous emprise - la nourriture dans la boulimie, la drogue, etc. Le problème c'est que la dépendance qu'on avait voulu fuir dans la relation pour espérer la maîtriser dans un comportement, va resurgir sous forme d'un piège. Les adolescents, par ces comportements, au lieu de renforcer leur narcissisme et d'intérioriser des liens valorisants et sécurisants, se dévalorisent un peu plus et renforcent de ce fait leurs besoins de dépendance en un véritable cercle vicieux.

La psychopathologie de l'adolescence montre que les troubles qui éclosent à cette période de la vie peuvent être analysés sous l'angle de l'expression d'une division du sujet avec lui-même : il va rejeter une part de lui, vécue comme une aliénation possible à ceux dont il a besoin, tandis que cette conduite de rejet contribue à lui permettre de s'affirmer en une identité négative qui ne devrait rien aux autres. Ce processus de rejet et de réappropriation dans le négatif peut concerner le corps dans son ensemble, la pensée, ou tel ou tel élément du corps, telle ou telle fonction ou capacité. Il peut être extensif, s'étendre en tache d'huile ou se focaliser à chacun de ces éléments. Mais il est un point commun à ces différentes manifestations qui autorise à les regarder comme participant d'un même processus, c'est que la partie du sujet qui est ainsi attaquée et rejetée est toujours un élément antérieurement investi et qui l'est en fonction d'un lien avec un

des objets d'attachement privilégié du sujet. Ce qui est alors rejeté, c'est essentiellement ce lien en tant qu'il est vécu comme la manifestation d'une dépendance dangereuse aux autres et l'expression d'un pouvoir aliénant possible de ces autres sur soi.

Le développement peut reprendre spontanément à la suite d'événements positifs ou d'un appui narcissisant de l'entourage, ou sous l'effet de traitements, psychothérapiques notamment. La situation peut aussi se figer et/ou se dégrader. Autrement dit, toutes ces variantes d'aménagement ont pour conséquence de figer le temps, de créer une sorte de moratoire qui laisse l'adolescent en panne, avec en contrepartie, la possibilité qu'elle reprenne son cours.

En ce qui concerne la clinique de la post-adolescence, la problématique et les enjeux restent ceux de l'adolescence, mais rendus plus difficiles à dénouer parce que le temps a passé, même si les symptômes servent à le nier, figeant le cours des choses, et conférant aux aménagements adaptés une fonction narcissique et identitaire qui contribuera à les renforcer, rendant l'action de l'entourage plus aléatoire. On peut ainsi voir l'inflation actuelle de la pathologie dite limite et des états narcissiques comme l'expression de cette problématique d'adolescence restée en suspens.

C'est souligner l'importance de ne pas laisser l'adolescent se priver des apports dont il a besoin pour se développer qui concernent ces trois champs privilégiés que sont le développement de son corps, celui de ses apprentissages et de ses compétences, et celui de la sociabilité.

Toute privation dans un de ces trois domaines ne peut que renforcer son sentiment d'insécurité et de mésestime de lui-même et rendre menaçante la rencontre avec les adultes.

Pr Philippe Jeammet

Professeur émérite de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, président de l'École des parents et des Éducateurs Île de France.

Corps et adolescence : entre recherche de limites et expression d'une souffrance

L'adolescence est une formidable période de métamorphoses. Aux changements corporels s'associent des modifications psychiques liées à un besoin fort d'indépendance et d'autonomie.

Mais ces transformations ne sont pas aisées : c'est la difficulté à quitter l'enfance pour rejoindre le monde des adultes qui se joue là, et le paradoxe entre un besoin d'autonomie et celui de dépendance affective et matérielle.

Dans cette tourmente, le corps est un des principaux objets de préoccupation de l'adolescent. Les changements pubertaires et la maturation sexuelle qui en résulte génèrent, en effet, un manque d'assurance voire des inquiétudes particulières centrées sur le corps. L'adolescent a globalement tendance à mettre de côté certains aspects de sa personne en se concentrant préférentiellement sur son image corporelle, ce qui génère souvent une diminution de l'estime de soi et constitue un facteur de risque de troubles psychiques, qui s'expriment en particulier à travers ce corps.

Trois dimensions nous apparaissent aujourd'hui essentielles durant cette période de transition. L'importance accordée au regard tout d'abord, tant ce regard pèse, à cet âge, dans la construction identitaire. Ensuite, le besoin de maîtrise d'un corps en perpétuelle mutation, se trouvant être tour à tour le vecteur d'envies, de potentialité et de limites nouvelles. Enfin, et parce que le glissement entre ces deux dimensions est aisé, la recherche de sensations, rapportée par les adolescents comme un moyen de se sentir libre et en vie.

Importance du regard

Avançant sous le regard de ses pairs avec la peur du rejet, l'identité de l'adolescent se façonne en partie au gré de son image. L'émergence de la sexualité et les nécessaires comportements de séduction rendent ce regard d'autant plus crucial.

Cette pression du regard conduit l'adolescent à utiliser son apparence pour se distinguer d'autrui en recherchant également une ressemblance rassurante avec les autres jeunes de son âge. Ainsi, les phénomènes de mode sont particulièrement marqués à cet âge et se développent de nos jours à plus grande échelle avec les médias (Le Breton, 2011). Cette pression peut cependant devenir

tyrannique et, en milieu scolaire, la vie de groupe peut exacerber davantage les effets du regard des autres sur le corps. Philippe Juhem décrit ainsi les cours de lycée comme des endroits « de commentaires croisés que chaque élève porte sur tous les autres. Les anecdotes circulent, les cotes s'établissent, les réputations se propagent. Les jugements sont souvent tranchés et distinguent d'un côté les « mignons », les « canons » ou les « hypersympas », de l'autre les « cageots », les « thons » ou les « bouffons ».

Les échanges sur Internet paraissent être pour les jeunes un moyen d'évacuer cette question des apparences et de pratiquer plus facilement le dévoilement de soi (Pasquier, 2011). Mais ces échanges ne sont pas aussi libres qu'ils y paraissent et leur caractère normatif ne devrait pas être sous-estimé, de même que les risques encourus.

Par ailleurs, l'adolescent peut se servir de son corps et de conduites dites somatiques comme mode d'expression de ses difficultés. Les infirmières des collèges et lycées connaissent bien ces jeunes dont les plaintes somatiques cachent mal le malaise identitaire. Les adolescents expriment, là encore, l'ambivalence entre le besoin d'être indépendant, à distance des adultes, et les désirs de maternage.

À l'extrême, ces plaintes prennent la forme particulière du trouble somatoforme, manifestations somatiques fonctionnelles sans substratum anatomique, pour lequel un lien statistique est établi avec des antécédents de trauma dans l'enfance. On peut noter le cas particulier des crises pseudoépileptiques, dont l'analyse psychopathologique est souvent complexe, dans la mesure où le niveau de motivation est variable, de même que la conscience du conflit intrapsychique ou des émotions sous-jacentes. Des auteurs ont récemment proposé diverses modalités de survenue (Brown, 2004). Certaines de ces manifestations critiques répondraient ainsi à une nécessaire soustraction à l'environnement, dans des situations stressantes, d'autres à l'expression d'une colère, d'autre encore à une abréaction. Enfin, il s'agit parfois de crises factices, qui témoignent tout autant d'une souffrance psychique, de difficultés d'individuation et d'une volonté de maîtrise.

Un besoin de maîtrise

Il est directement lié au besoin de l'adolescent de garder le contrôle, tant sur les fantasmes et les sources d'excitation pulsionnelle qui peuplent désormais son monde intérieur, que sur son enveloppe corporelle en perpétuelle transformation. Ce corps, qui se transforme, inquiète. Son aspect change et avec lui le regard que l'on porte sur lui. Il trahit des émotions que l'adolescent aurait aimé garder secrètes...

Il n'est alors pas rare que l'attention portée à certains détails devienne démesurée, au point de voir apparaître de véritables dysmorphophobies. Ces craintes irrationnelles quant à son apparence physique viennent masquer un questionnement identitaire profond, qui ne peut être résolu par des démarches en apparence réparatrices, telles que la chirurgie esthétique.

Dans le même temps, les moindres douleurs - et elles sont fréquentes à cet âge - inquiètent et induisent le recours aux infirmeries scolaires, au médecin de famille. Ces derniers connaissent



bien ces jeunes dont les plaintes hypochondriaques cachent, là encore difficilement, le malaise identitaire sous-jacent. Elles illustrent bien cette oscillation permanente entre des positions adultomorphes témoignant d'un besoin de séparation et d'individuation et des passages par des attitudes plus régressives et infantiles telles que ses plaintes somatiques multiples, signe d'un désir de maternage néanmoins encore présent.

Mais le besoin de contrôle de sa propre image peut également conduire à l'apparition de véritables comportements d'emprise, ce qu'Anna Freud (1946) qualifiait de comportement ascétique de l'adolescent. Faute de ne pouvoir contrôler sa vie, celui-ci se portera sur les besoins primordiaux. Cet ascétisme se caractérise alors par une hostilité primaire à l'égard de ses propres instincts pulsionnels et se reporte sur ses besoins physiques les plus élémentaires. L'adolescent refuse alors de se protéger du froid, s'oblige à se lever tôt et réduit ses apports alimentaires au strict minimum. Il s'impose des tâches physiques éprouvantes et refuse bien souvent toute forme de plaisir physique. Il est alors aisé de faire le lien entre ces comportements et une tentative de contrôle des pulsions sexuelles et/ou agressives. Dans l'anorexie mentale, cet ascétisme est poussé à son paroxysme.

Durant la période prépubertaire, il est fréquent d'observer chez la jeune fille une période de restriction alimentaire transitoire. Il peut s'agir d'une restriction qualitative, marquée par l'éviction de certains aliments, ou quantitative, les ingesta étant alors réduits dans leur ensemble. Ces comportements répondent en général à un désir de correspondre à des standards esthétiques véhiculés par les médias et/ou les pairs. Il est plus rare qu'ils évoluent vers une restriction majeure signant l'entrée dans l'anorexie mentale. Elles restent toutefois l'apanage de la femme jeune, comme l'indique l'ensemble des enquêtes de prévalence, puisqu'elle touche des femmes dans plus de 90% des cas préférentiellement vers 15-16 ans et 18-19 ans. A ces conduites de restriction alimentaire, s'associent un amaigrissement sévère, une hyperactivité motrice, une perception déformée de l'image du corps et un désintérêt pour la sexualité. Le corps se trouve idéalisé, désincarné, indestructible. C'est sur lui que se concentre le besoin de maîtrise, le sujet se trouvant dans une position paradoxale évoquant à la fois son désir de devenir invisible et son besoin de montrer à voir. Mais ce corps décharné peut également constituer une protection, un rempart vis-à-vis de l'autre. Il peut également venir signifier une reprise de contrôle du sujet qui a pu, à un moment, s'en être vu déposséder. C'est notamment le cas dans les situations de violences physiques ou d'abus sexuels dans l'enfance. Des études épidémiologiques récentes mettent en effet en évidence une co-occurrence importante entre ces événements traumatiques et la survenue ultérieure de troubles du comportement alimentaire. Le corps se trouve être ainsi une seconde fois malmené. Une bascule s'opère dès lors vers le monde des sensations, au premier rang desquelles celle de la faim. En proie à cette sensation intracorporelle, le sujet se trouve ainsi en autostimulation perpétuelle.

Un besoin de sensations

Dans une société où se ressentir devient un besoin, les adolescents semblent inventer de nouveaux rituels de passage, à ceci près qu'ils s'exercent de façon solitaire, sans codification précise, et sans la présence d'adultes tutélaires. Une fois encore le corps s'en trouvera être le vecteur. Ainsi se développe la mode des piercings, non dénués de douleurs ni de risques - tant du point de vue infectieux que du danger lié au choix même de l'endroit à percer, des tatouages dont on ne sait s'ils seront supportables esthétiquement ou affectivement à l'âge adulte, tant leur graphisme nous semble éphémère. Tout se passe comme si la douleur infligée devenait plus facile à supporter que celles subies et imposées de l'extérieur ou induites par un psychisme en pleine évolution. Véritable entrave à la mentalisation, l'agir prend la place sur le dire, comme en témoigne l'augmentation croissante des conduites d'automutilations, telles que les scarifications, parmi les adolescents. Celles-ci pourraient d'ailleurs devenir, à l'instar des troubles

du comportement alimentaire, l'une des causes principales de demande de soins psychiques (Favazza, 1998). Certaines conditions de contrainte pourraient en favoriser l'apparition, de même que les antécédents de carence affective, de séparation précoce, de climats violents. Parmi les styles de fonctionnement intrafamiliaux, le manque de soutien affectif et la répression de l'expression de l'agressivité et de la colère pourraient en favoriser le retournement contre soi (Richard, 2005). Ces conduites ne visent à apaiser les tensions que pour une courte durée. Il n'est pas rare de voir ces épisodes de scarification se répéter, de manière automatique et stéréotypée, agissant à l'image d'un coupe-circuit. Celles-ci deviennent rapidement le principal mode de décharge, au point de voir émerger une pseudo « addiction » au comportement, les patients se déclarant « accros de la coupure ». Là encore, l'émotion visible d'un conflit interne est laissée, sans pour autant que celui soit le signe d'un fonctionnement de personnalité, mais seulement le témoin d'une adolescence douloureuse.

Mais il serait réducteur de considérer l'agir comme un seul empêchement à la mentalisation. Il peut en effet, constituer un véritable outil de communication. Avec l'adulte, l'adolescent peut chercher à le mettre en difficulté, attirer son attention, par le biais de ces conduites : fumer du tabac, expérimenter les drogues, avoir ses premiers rapports sexuels, sécher le lycée... Mais, au travers de ces comportements, l'adolescent cherchera également une appartenance à un groupe de pairs. Un autre dénominateur commun de ces conduites serait, à des degrés variables, celui de la prise de risque. Il n'y a pas d'adolescence sans prise de risque diront certains ; à ceci près que le discernement entre une recherche structurante de limites et une recherche d'excès est parfois difficile à faire. Dans le premier cas, le risque s'annexe mais n'est jamais recherché pour lui-même et constitue une composante d'une conduite dont la symbolique la dépasse. Dans la seconde situation, la finalité du risque est l'excitation qu'elle procure, véritable rempart contre le vide et l'angoisse. L'insatisfaction générée par de telles conduites pousse le sujet à les répéter, amorçant par là même son escalade. La conduite ordalique en devient le point culminant, l'adolescent s'en remettant à une puissance absolue qui décidera de l'issue d'un acte pour lequel la mort devient un enjeu implicite (Charles-Nicolas, 1984).

Drs Quentin Lenglet & Dewi Guardia

Clinique Lautréamont, Loos

T : 03 20 57 88 09

- Arnett J.J., Sensation seeking: a new conceptualization and new scale, *Personality and individual differences*, 1996;16:289-296
- Brown R.J., Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: an integrative conceptual model, *Psychological bulletin* 2004;130(5):793-812
- Charles-Nicolas A., A propos des conduites ordaliques, *Topique*, 1984;35-36:207-29
- Favazza A., The Coming of Age of Self-Mutilation, *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 1998;186:259-68
- Freud A., *Psychoanalytic study of infantile feeding disturbances*, International Universities Press Inc 1946;4:39-59
- Juhem P., Les relations amoureuses des lycéens, *Sociétés contemporaines*, 1995;21:29-42
- Le Breton D., Sur les cultures adolescentes, *Le Journal des psychologues*, 2011;293:26-31
- Marcelli M., Braconnier A., Psychopathologie des conduites centrées sur le corps, *Adolescence et psychopathologie*, Masson, 2008
- Michel G. et coll., Clinique et recherche sur les conduites à risque chez l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2006;54:62-76
- Pasquier D., Pratique d'Internet et pouvoir des apparences, *Le Journal des psychologues*, 2011;293:32-35
- Richard B., Les comportements de scarification chez l'adolescent, *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* 2005;53:134-41

La psychiatrie d'enfants : construction d'une identité

S'interroger sur l'articulation entre la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et la psychiatrie de l'adulte revient à questionner l'identité de chacune de ces disciplines.

La psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie ont chacune une existence ; elles ont chacune leur sujet. A la recherche d'elle-même, la pédopsychiatrie s'est construit une identité.

La formation du psychiatre d'enfants et d'adolescents en France

C'est une discipline médicale jeune dont la reconnaissance par l'ordre des médecins date seulement de 1999. Elle s'est construite à partir d'une pratique directe auprès des enfants, sujets à part entière mais également dépendants de leur famille. Ces enfants sont aussi des êtres en développement entraînant des particularités dans les approches cliniques et thérapeutiques.

Le psychiatre d'enfants et d'adolescents est un médecin, spécialisé dans le soin des maladies mentales et des troubles psychiques dans leurs différentes dimensions : diagnostic, traitement, prévention, accompagnements... Il a une formation médicale et a effectué une spécialisation pendant quatre ans en psychiatrie polyvalente. Dans son cursus, chaque interne en psychiatrie doit effectuer un semestre dans un service agréé pour les enfants et les adolescents. Il est, par décret, psychothérapeute. Il a ensuite acquis une compétence en suivant une formation d'un an, sanctionnée par un Diplôme d'études spécialisées complémentaires (Desc) de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, reconnue comme qualification par l'ordre des médecins, psychiatrie option « enfants et adolescents ».

Cette nature « optionnelle » pourrait encore évoluer (ou involuer). En mars 2014, en effet, les professeurs François Couraud et François-René Pruvot, chargés de formuler des propositions au gouvernement afin de mener la réforme du 3^e cycle des études médicales, ont estimé que la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent pourrait devenir une option du Diplôme d'études spécialisées (DES) de psychiatrie [1].

Qu'en est-il dans les autres pays européens ?

L'Union européenne des médecins spécialistes recommande un internat de 5 ans avec une séparation entre les filières de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte. En fait, en fonction de l'histoire de la spécialité et de l'organisation des soins propres à chaque pays, ces recommandations sont suivies de manière différente.

En plus de la France, 6 pays (Croatie, Finlande, Irlande, Lettonie, Royaume-Uni, Pays Bas) ont un tronc commun de psychiatrie générale avant la formation complémentaire en pédopsychiatrie, qui reste donc optionnelle en France. En Biélorussie, Bosnie, Ukraine, Malte, Russie et Espagne, il n'y a pas de cursus de formation à la pédopsychiatrie. En revanche, dans 19 pays, il existe un programme de formation spécifique : les formations en pédopsychiatrie et en psychiatrie adulte sont distinctes, les internes doivent choisir l'une ou l'autre dès la fin de leurs études de médecine.

La situation des Pays-Bas s'avère préoccupante, puisqu'actuellement un projet de loi attribuerait aux communes la « régie » et l'organisation des soins pédopsychiatriques, qui ne seraient par ailleurs plus pris en compte par les assurances. Une réduction de ressources allouées de l'ordre de 15% a été calculée. Nos collègues pédopsychiatres néerlandais s'inquiètent pour la continuité des soins et craignent à terme une disparition de la pédopsychiatrie publique au profit de la santé mentale d'une part et de l'offre privée d'autre part.



Son métier

Le pédopsychiatre peut exercer en libéral, en institution médico-sociale ou en secteur de psychiatrie infanto-juvénile.

Il n'exerce qu'exceptionnellement seul. Son approche clinique est le plus souvent basée sur le travail d'équipes pluriprofessionnelles articulant des interventions d'assistants sociaux éducatifs, de psychologues, de pédagogues, d'orthophonistes, de psychomotriciens, au côté d'infirmiers en psychiatrie. Sa pratique est également pluridisciplinaire vers la pédiatrie, l'école, les réseaux...

La psychiatrie d'enfants dans son histoire

En 1801, Jean Itard met en doute le diagnostic d'idiotisme incurable. Il s'occupe alors de Victor, un enfant « *sauvage* » trouvé dans l'Aveyron, et part de l'hypothèse que l'enfant est « *idiot* » parce qu'il a vécu toujours isolé. Il va à l'encontre de la position de Philippe Pinel pour qui cet enfant avait été abandonné car « *idiot* ». Jean Itard s'appuie sur une philosophie de l'homme comme « *machine à sentir* » et éclaire les travaux de René Spitz, deux siècles plus tard, sur le développement affectif de l'enfant.

En France, on parlera d'abord de « neuro psychiatrie infantile », dont la chaire est créée par le Professeur Georges Heuyer à la faculté de médecine à Paris en 1936, puis de « pédopsychiatrie » qui relie pédiatrie et psychiatrie. En 1949, cette chaire devient celle de « clinique de psychiatrie de l'enfant ». Ensuite, les travaux ont porté sur d'autres dimensions vers l'adolescent et plus récemment le bébé.

Le développement de la clinique psychiatrique de l'enfant a été porté en France par les élèves de Georges Heuyer, notamment Serge Lebovici, René Diatkine, Michel Soulé et Roger Mises. Elle s'appuie sur tous les apports théoriques de la psychanalyse mais aussi sur les autres courants de la recherche en psychopathologie, en psychothérapies et en approches éducatives et pédagogiques... Roger Mises a ainsi appelé à une « nouvelle clinique psychiatrique » sur la base de modèles intégratifs. Il a coordonné la rédaction de la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA R-2012), classification psychopathologique qui peut utilement être mise en correspondance avec les catégories des troubles de la CIM 10 [2].

La pédopsychiatrie n'est pas une psychiatrie adultomorphique

Tout interne débutant son stage dans un service d'enfant et d'adolescent, est sensibilisé au piège de l'adultomorphisme, percevant l'enfant comme un adulte en réduction. Cette vision fautive consiste à s'appuyer sur le modèle de compréhension de l'adulte et à réduire l'échelle afin d'aborder l'enfant comme si l'adulte précédait l'enfant et non l'inverse. Il est primordial de prendre en compte la dynamique évolutive et ses effets, il importe de connaître les spécificités de l'enfant et de l'adolescent tant physiologiques que psychiques voire sociales.

Pourtant, il existe encore aujourd'hui, deux représentations de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent :

- l'une privilégie les facteurs communs avec la psychiatrie de l'adulte : elle les inscrit dans une dimension temporelle qui sera la caractéristique des facteurs de recouvrement et des limites de ces deux champs de la psychiatrie générale,
- l'autre privilégie la différenciation : elle inscrit ces deux disciplines dans une dimension spatiale.

L'organisation des soins in vitro implique un choix de représentation de la pédopsychiatrie selon un de ces deux modèles. Cependant pour aborder les questions identitaires in vivo, il nous paraît intéressant de complexifier la représentation de la pédopsychiatrie en y adjoignant la dimension manquante : une psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en 2D temporelle et spatiale. Toute contribution apportant une troisième dimension pour lui donner du volume sera la bienvenue.

Dr Marc Bétremieux, pédopsychiatre,
CH Hénin-Beaumont - M : marc.betremieux@ch-henin.fr

Dr Eric Salomé, pédopsychiatre,
CMP adolescent Dunkerque - M : eric.salome@epsm-des-flandres.com

Deux textes fondateurs

La Circulaire 443 du 16 mars 1972, abrogée à ce jour, relative au programme d'organisation et d'équipement en matière de lutte contre les maladies mentales des enfants et des adolescents précise qu'un enfant doit pouvoir être pris en charge dans son milieu. Elle définit le périmètre des secteurs infanto-juvéniles, qui recouvrent trois secteurs de psychiatrie adulte, soit environ 200 000 habitants [3], et des réalités socio-économiques très diverses. Les limites d'âge ne sont pas formulées précisément (l'âge de 16 ans est indiqué comme principe général) privilégiant la notion de continuité des soins. Il est mis l'accent sur le bilan diagnostique et la mise en place de traitements appropriés à l'état du sujet. Cette circulaire conclut sur la nécessité de coordonner et d'assurer une continuité du projet de soins et encourage donc la mise en place de relations étroites entre les différents acteurs.

La Circulaire du 11 décembre 1992 relative à l'orientation de la politique de santé mentale en faveur des enfants vise à l'amélioration de l'accueil et du suivi de populations jusqu'ici peu accessibles (défavorisées, nourrissons, jeunes enfants). Elle favorise les interventions de psychiatrie infanto-juvénile au sein de la collectivité et permet de promouvoir des actions partenariales avec l'ensemble des acteurs concernés par les programmes d'action en faveur de l'enfance ou de l'adolescence.

[1] Couraud F., Pruvot F.-R. *Propositions pour une restructuration du troisième cycle des études médicales*, 2013.

[2] Classification internationale des maladies, 10^e révision.

[3] En page 60, retrouvez la carte de l'organisation intersectorielle de la pédopsychiatrie en région Nord - Pas-de-Calais.

La pédopsychiatrie intégrative

La pédopsychiatrie est une spécialité médicale récente. Créée par l'université en 1973, elle s'est développée grâce à la sectorisation psychiatrique (circulaire de 1972) en offrant à chaque famille la possibilité de recevoir des enfants présentant une souffrance psychique, d'en établir le diagnostic et de proposer des soins quand cela était nécessaire.

A ses débuts, la pédopsychiatrie s'est beaucoup inspirée des recherches des psychopathologues, notamment psychanalystes, sur le développement de l'enfant et sur les modalités de leurs prises en charge. C'est ainsi que se sont déployés à l'intérieur de la pédopsychiatrie trois grands domaines relativement spécifiés pour approfondir les questions concernant les adolescents, les enfants et les bébés. Mais dans tous les cas, le travail proposé à l'enfant, quel que soit son âge, doit se doubler d'un accueil des parents, afin d'aider les deux dans leurs trajectoires : un enfant aidé de façon adéquate consolidera ses avancées s'il vit dans la relation avec ses parents une authentique compréhension de ce qui lui est arrivé, de même que des parents comprenant mieux la situation de leur enfant pourront à leur tour participer à la résolution de ses difficultés avec l'aide des soignants de la pédopsychiatrie. De ce point de vue, une pédopsychiatrie sans parents ne peut exister. Dans la plupart des cas, un enfant sera suivi en consultations et en soins ambulatoires, tout en restant inséré dans sa famille et dans son milieu scolaire. Dans quelques cas, la pathologie sera dite envahissante (autisme, TED/TSA) et nécessitera des

soins plus conséquents sous la forme de temps plus ou moins importants (en hospitalisation de jour, en demi-journées ou moins), articulés avec l'école et la famille. Dans d'autres situations plus aiguës, une hospitalisation à temps complet sera utile temporairement pour arriver à dépasser la crise psychopathologique. L'anorexie mentale, le suicide répété, le début de schizophrénie et les graves troubles du comportement sont des indications d'hospitalisations, qui peuvent être couplées ou non avec le maintien en famille et à l'école. Il s'agit en quelque sorte de construire pour chaque enfant un *costume thérapeutique sur mesure* qui tiendra compte de sa pathologie, de ses ressources personnelles, familiales et environnementales. Le pédopsychiatre est le garant de ce travail spécifique de prise en charge des enfants présentant des souffrances psychiques qui ne peuvent être résolues dans les cadres socio-familiaux habituels.

Depuis quelques années, les avancées des neurosciences donnant des clés de compréhension nouvelles, les approfondissements de la psychopathologie à partir d'expériences portant sur des pathologies que la psychanalyse n'avait pas encore explorées et s'enrichissant des apports des théories de l'attachement, développementales et autres, les apports d'une anthropologie éclairant les chemins de la modernité (modifications profondes de la parentalité, des possibilités de fécondation et de naissance, apparition et envahissement par les écrans...), sont autant de richesses à prendre en considération pour mieux approcher les pathologies pédopsychiatriques.

Encore faut-il en articuler les éléments sans tomber dans un syncrétisme de surface, en penser les hypothèses complémentaires sans en déduire des analogies simplificatrices, en décrire les vertex sans confondre les champs qu'ils tentent de théoriser. La pédopsychiatrie peut y gagner très largement de nouvelles façons de penser ses références et ses praxis, et ainsi permettre aux dispositifs qu'elle a mis en place il y a quelques décennies d'évoluer vers des réponses concrètes plus adaptées au service des enfants concernés et de leurs familles.

Voilà les enjeux d'une pédopsychiatrie intégrative. Il ne s'agit pas d'unifier des champs hétérogènes les uns par rapport aux autres, au risque de produire des collages non pertinents sur le plan épistémologique ; non, il s'agit bien de faire chanter de façon polyphonique les voix des uns et des autres ; chaque voix est spécifiée mais s'harmonise avec celles des autres pour entourer un enfant et ses parents tout au long de sa prise en charge.

Ainsi par exemple, la prise en charge d'un enfant autiste aujourd'hui repose sur un trépied indispensable à son évolution : éducatif toujours, pédagogique si possible et thérapeutique si nécessaire. Les parents sont les éducateurs habituels de leur enfant. Lorsque cet enfant présente une difficulté d'audition ou de locomotion, les parents peuvent être aidés dans leur fonction éducative par des professionnels spécialisés dans la langue des signes, dans l'éducation motrice. Dans l'occurrence de l'autisme, les parents peuvent avoir recours à des méthodes éducatives (Teacch, ABA, Pecs...) qui sont pratiquées par des éducateurs spécialisés dans telle ou telle méthode. Lorsque vient l'âge scolaire de trois ans, l'enfant autiste doit aller à l'école pour y faire l'expérience et en fonction des résultats de ce premier essai, un aménagement sera organisé s'il s'avère nécessaire. Enfin, il arrive que des enfants autistes ne soient pas suffisamment améliorés par ces deux premiers volets de prise en charge, et continuent de présenter des angoisses importantes sous la forme de comportements difficiles à amender en famille et à l'école. Dans ce cas, une intervention thérapeutique peut être nécessaire. La pédopsychiatrie intégrative permet de réunir tous ces professionnels autour de l'enfant concerné sous l'égide des parents, et de travailler ensemble en fonction des évolutions de l'enfant, sans se perdre dans des affrontements aussi ridicules qu'inutiles entre les théoriciens d'un courant contre ceux d'un autre.

Dans d'autres cas, un enfant peut présenter une affection complexe, nécessitant des points de vue complémentaires pour proposer une prise en charge tenant compte de la complexité plutôt que des prises en charge spécifiques pour chaque élément de complexité, cloisonnées de fait pour l'enfant et ses parents. C'est dans cette perspective que nous avons créé, il y a bientôt dix ans, une consultation conjointe avec mon collègue Louis Vallée, professeur de neuropédiatrie au CHRU de Lille et que nous y accueillons ensemble des enfants présentant de telles pathologies : épilepsies et psychose, instabilité psychomotrice et dépression, autisme et maladie neuropédiatrique. Chaque consultation est l'occasion de don-

ner les points de vue de chacun des professionnels et de construire ensemble des hypothèses de travail pour penser la prise en charge de façon conjointe en tenant compte des facteurs de complexité d'origine neuropédiatrique et pédopsychiatrique. Nous assistons souvent en direct à ce travail chez les parents qui peuvent construire la complexité de leur enfant en utilisant les propositions à la fois des neurosciences et de la psychopathologie. Nous revoyons ces enfants et leurs parents après leur prise en charge par leur équipe de secteur et constatons les effets de cette forme de pensée de la maladie infantile sur l'évolution de l'enfant et de ses parents. La pédopsychiatrie intégrative permet d'organiser de telles expériences de conjonction de champs médicaux certes connexes, mais trop souvent empoisonnés par des rivalités qui ne sont pas de mise.

Troisième exemple de pédopsychiatrie intégrative portant sur le thème « violences et enfance » : un travail engagé depuis plusieurs années, qui a donné lieu à l'instauration de réseaux dans les quartiers en difficulté sur Lille, rassemblant différents professionnels de l'enfance autour de ces questions préoccupantes. Des ateliers philosophie se sont créés dans quelques écoles de quartier dans lesquels les enfants discutent dès la maternelle de grandes questions de l'existence. Des « cafés-parents » se sont installés autour des questions d'apprentissages scolaires pour aider les parents à aider leurs enfants, en leur permettant d'aborder des problématiques collatérales utiles à connaître et à prendre en considération dans l'investissement de l'école par les enfants. Une formation au jeu des trois figures de Serge Tisseron est en cours pour faciliter la distance que les enfants doivent prendre par rapport aux écrans dans leur vie quotidienne. Je ne peux citer ici toutes les idées qui ont germé dans ce contexte, mais seulement constater que ce travail de réunion régulière des professionnels de l'enfance dans les quartiers pour penser collectivement les questions sociétales majeures (la violence, la citoyenneté, la solidarité...) a des effets que les consultations ne pourraient apporter seules. Voilà une autre facette, préventive, de la pédopsychiatrie intégrative qui n'hésite pas à mêler les citoyens, les élus, et les autres professionnels autour de tâches communes au service d'un meilleur développement des enfants.

La pédopsychiatrie intégrative est donc une pratique qui tente de prendre en considération les multiples aspects concernant les enfants, quel que soit leur âge, et de faire son miel de tout ce qui peut concourir à éclairer en pensée et en pratique leur développement, depuis les avancées des neurosciences jusqu'aux fonctionnements démocratiques de proximité en passant par les éclairages de la psychopathologie psychanalytique et les dispositifs éducatifs et culturels.

Pr Pierre Delion, responsable du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,
CHRU de Lille - M : pierre.delion@chru-lille.fr
T : 03 20 44 45 81

« L'esprit est l'idée du corps vivant en acte ». De la psychomotricité en pédopsychiatrie

Parler du corps semble a priori chose aisée. Pourtant dès lors que la réflexion débute, les choses se compliquent.

Tout d'abord, le terme *corps* est en lui-même polysémique. Si son premier sens est celui de désigner la part matérielle des choses qu'elles soient inertes ou animées, il peut aussi désigner la partie principale d'un bâtiment comme le *corps de ferme* ou l'ensemble des personnes exerçant une même activité comme le *corps médical*. Toutefois et au-delà de cette pluralité de sens, il semble que le trait commun entre ces définitions soit celui des rapports qu'entretiennent les différentes parties composant les corps. En effet, ceux-ci doivent être cohésifs et équilibrés pour que les corps existent et se singularisent. Nous pouvons dire, par exemple, qu'en ce qui concerne les êtres animés, la qualité de ces rapports sous-tend la bonne santé du corps.

S'il s'agit dans ce petit texte d'aborder la notion de corps en tant qu'elle désigne le corps humain, pour autant la polysémie reste de mise. De quel corps allons-nous parler ? Du corps que *j'ai* ou du corps que *je suis* ? En médecine somatique, les choses peuvent paraître plus simples puisque la vision du corps est souvent équivalente à celle d'*organisme*. Notre corps est la réalité matérielle de notre être, la *chose étendue* par opposition à la *chose pensante* qu'est notre esprit. A ce titre le corps est un objet d'étude, une mécanique dont les fonctionnements peuvent parfaitement être connaissables par la science. Dans le même temps, nous savons que cette dimension physique du corps n'est pas suffisante pour rendre compte de la complexité de la personne humaine car « *le corps dont traite le biologiste n'est pas un corps habité. Il est étudié sur le mode de l'être en soi, un objet posé dans l'espace et non sur le mode de l'être pour soi qui est celui de la conscience* » [1]. Le point de vue somatique reste donc un point de vue partiel.

Arrive maintenant cette question à laquelle nous ne prétendons pas répondre mais qui néanmoins nous préoccupe, celle du corps en tant qu'il est subjectivement habité. Le professeur André Bullinger qui a beaucoup travaillé la question du développement sensori-moteur des bébés (0 - 18 mois) écrit : « *Habiter son organisme pour en faire son corps est une des tâches les plus importantes à laquelle est confronté le bébé dans son développement. Dans sa période dite sensori-motrice, le bébé apprend à habiter son corps, mais il en fait aussi un moyen d'action sur le milieu humain et physique.* » [2]. Dans cette optique, c'est à partir des interactions que l'organisme entretient avec son milieu que les objets, l'espace mais aussi le corps vont progressivement donner lieu à des représentations qui organiseront notre vie psychique.

Au début du XXe siècle, Edmond Husserl, considéré comme

le père de la phénoménologie, formalise cette double réalité du corps, à savoir le corps objectif (*Körper*) et le corps vécu (*Leib*). Pour ce philosophe allemand, c'est au travers des expériences et des éprouvés corporels que la conscience se développe car celle-ci ne peut être que conscience de quelque chose qui est hors d'elle-même. Face au *Je pense donc je suis cartésien*, Husserl oppose un *Je pense quelque chose donc je suis*. Il écrit : « *Ces états de conscience sont aussi appelés états intentionnels. Le mot intentionnalité ne signifie rien d'autre que cette particularité foncière et générale qu'a la conscience d'être conscience de quelque chose, de porter, en sa qualité de cogito, son cogitatum en elle-même.* » [3].

Si la question des liens entre l'esprit et le corps constitue depuis l'antiquité une grande part de la réflexion philosophique occidentale, les propositions d'un philosophe hollandais du XVIIe siècle, Baruch Spinoza, nous semblent dignes d'intérêt pour penser la clinique aujourd'hui. Contemporain de Descartes, Spinoza remet en cause la dualité corps / esprit en proposant une vision moniste de l'homme. Celui-ci ne serait pas le fruit d'une dualité substantielle, le corps d'une part et l'esprit d'autre part, mais une unité s'exprimant sous deux modalités différentes. Pour saisir cette idée, nous pouvons prendre l'image de la pièce de monnaie composée de deux faces intrinsèquement indissociables et covariantes l'une de l'autre. Ainsi, trois siècles avant Piaget qui décrit le stade sensori-moteur de l'enfant durant lequel il construit ses premières représentations sur la base d'une intelligence en action, Spinoza écrit : « *L'objet de l'idée constituant l'esprit humain est le corps, c'est-à-dire un certain mode de l'étendue en acte, et rien d'autre.* » [4]. Nous retrouvons ici la même idée que Husserl, à savoir que pour penser il faut un contenu de pensée et le premier objet constituant l'esprit est le corps en tant qu'il produit des actes. Nous pourrions compléter le cogito en écrivant « *Je peux donc je pense quelque chose donc je suis* ».

De cette logique moniste, découle une autre proposition : « *De tout ce qui accroît ou réduit, seconde ou réprime la puissance d'agir de notre corps, l'idée accroît ou réduit, seconde ou réprime la puissance de penser de notre esprit.* » [5]. Le corps est ici considéré comme puissance d'action et plus cette puissance s'enrichit et plus l'esprit est apte à penser ; l'inverse est aussi valable comme nous pouvons le constater dans certaines pathologies comme la mélancolie ou la dépression.

Ce point de vue dans lequel le corps et l'esprit ne sont

plus opposables puisqu'ils expriment la même unité, ouvre une position originale pour les soins en psychiatrie et en pédopsychiatrie. Il nous permet de ne plus penser les soins somatiques et les soins psychiques comme autonomes mais de les conjointre en vue de ce qui est utile pour les patients. C'est aussi une position éthique en tant qu'elle est une invitation au dialogue interdisciplinaire plutôt qu'aux divisions.

Cette manière de penser le corps comme puissance d'action en lien permanent avec l'esprit ou, inversement, penser l'esprit comme puissance de penser en lien permanent avec le corps, constitue l'un des enjeux d'une discipline clinique, la psychomotricité. Récemment introduite dans le paysage de la psychiatrie et de la pédopsychiatrie, puisque son diplôme date de 1974 et son inscription au livre IV du code de la santé publique de 1995, la psychomotricité propose une vision originale et singulière du soin.

Dans la clinique psychomotrice, l'organisation des mouvements ainsi que leur ajustement sont considérés comme participant de la capacité à être pleinement acteur des situations que nous vivons. Ainsi les personnes bénéficiant d'une prise en charge psychomotrice sont celles qui expriment un malaise corporel ou celles dont les gestes et les attitudes ne leur permettent pas d'être dans une relation harmonieuse avec eux-mêmes et les autres. Avec les bébés, il s'agira pour l'essentiel d'être vigilant aux points d'appuis posturaux nécessaires à un développement sensori-moteur puis psychomoteur harmonieux tout en étant également attentif aux points d'appuis psychiques que proposera le milieu humain. Avec les enfants plus âgés, c'est souvent à partir de la motricité spontanée et au travers de situations ludiques que le psychomotricien favorisera les expériences

corporelles dans lesquelles les jeunes patients pourront s'éprouver et ainsi augmenter de façon adaptée à la fois leur potentiel psychomoteur mais aussi leur processus de pensée. Ici le corps n'est pas considéré comme le lieu du non-dit mais comme une potentialisation vers la symbolisation. Avec les adolescents et les adultes, le psychomotricien utilisera plus volontiers des médiateurs autres que le jeu spontané. Il s'agira par exemple de la relaxation, de l'eutonie ou de toute autre technique dont l'objectif reste la mobilisation corporelle pour un mieux-être et une meilleure perception de ses propres ressentis en lien avec les aspects émotionnels de notre vie.

Pour conclure, nous pouvons dire que s'intéresser au corps en tant qu'il produit des actes et que ces actes conditionnent notre façon de penser et de percevoir le monde permet de dépasser les clivages pernicieux amenant à considérer le corps et l'esprit comme deux entités séparées voire autonomes. En ce sens, le travail thérapeutique visera à soutenir tout autant les capacités à agir que les capacités à penser adéquatement afin de permettre au sujet souffrant de passer du statut de patient à celui d'acteur.

Bernard Meurin, psychomotricien

CHRU de Lille

T : 03 20 44 45 81

[1] Jaquet C. *Le Corps*, Paris, PUF, 2001, p15

[2] Bullinger A., *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars*, Ramonville, Érès, coll. La vie de l'enfant, 2004 p151

[3] Husserl E., *Les méditations cartésiennes*, Paris, Vrin, 2008, p65

[4] Spinoza B., *L'Éthique*, Paris/Tel-Aviv, Éditions de l'éclat, 2005 (Traduction Misrahi R.), p113

[5] Ibidem, p166

L'offre de soins

La psychiatrie infanto-juvénile hospitalière dans le Nord - Pas-de-Calais

Tout comme en psychiatrie générale, les secteurs sont rattachés à des établissements de santé, spécialisés (ils sont cinq dans le Nord - Pas-de-Calais) ou généraux (dix dans la région, dont le CHRU), même si la majorité de leur activité se déroule hors des murs de ces établissements. Initialement, les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile correspondaient à trois secteurs de psychiatrie générale ; au fil du temps, des redécoupages sont intervenus, la superposition n'est plus observée partout et de grandes différences de tailles de populations couvertes peuvent être relevées (cf carte 1, p 6). Si, en moyenne régionale, un secteur couvre 44 000 enfants de 0-16 ans, le plus peuplé (environ 66 000) en compte plus de trois fois que le moins peuplé (environ 21 000).

Des communes comme Lille, Roubaix ou Valenciennes, sont divisées en plusieurs secteurs pour enfants et adolescents alors que leur taille ne justifiait pas cette scission, au moins pour deux d'entre elles. Les enfants d'une même commune peuvent relever d'établissements distincts (et différents de ceux dont dépendent les adultes), ce qui contribue à une complexité pour les publics, les professionnels et les élus des communes concernées.

Les établissements privés soignant enfants et adolescents sont concentrés à Lille et ses alentours, sur le Littoral et à Maubeuge ; ce type d'offre est donc absent de la plupart des secteurs de la région, imposant des déplacements importants aux familles qui veulent en bénéficier. Aux côtés de ces services de psychiatrie travaillent de très nombreux intervenants, présentés pages 60 et suivantes.

.../...

L'offre de soin des établissements non sectorisés

6 établissements non sectorisés prennent en charge des enfants et adolescents dont 5 ont une offre d'hospitalisation à temps complet (cf carte 2).

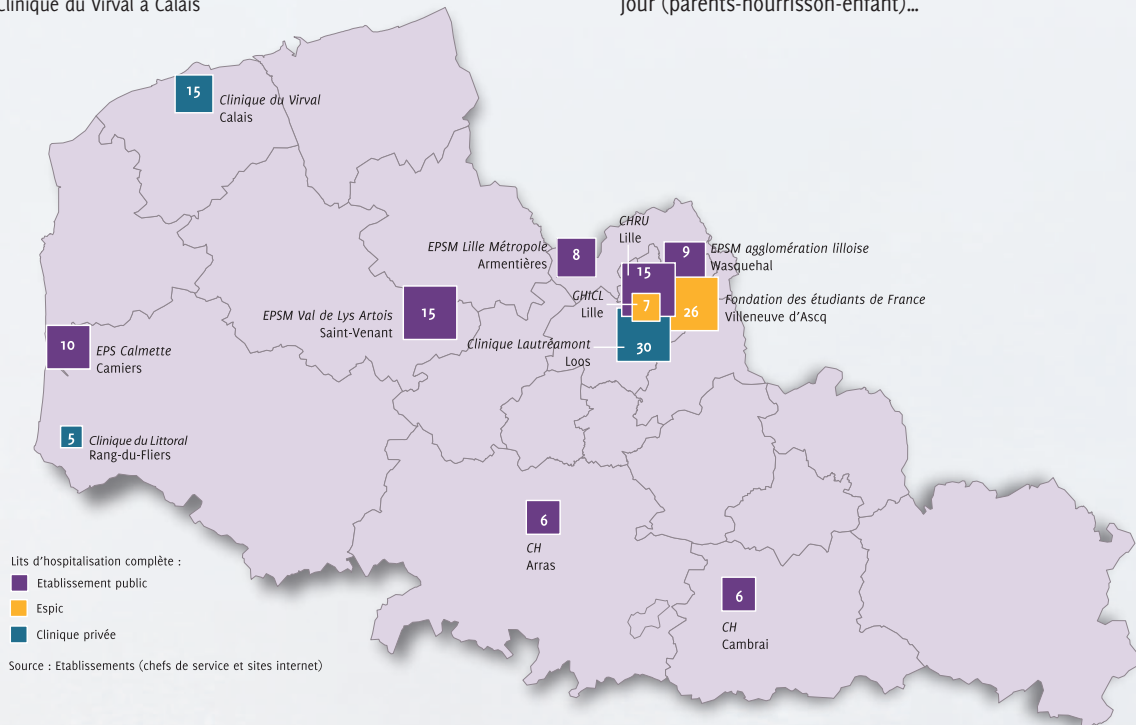
4 disposent d'autorisations de psychiatrie infanto-juvénile :

- Clinique Lautréamont à Loos
- GHICL à Lille
- Hôpital de jour «Château Maintenon» à Maubeuge
- Clinique du Virval à Calais

2 disposent d'autorisations de psychiatrie générale, avec mention spécifique sur l'accueil des adolescents :

- Clinique du Littoral à Rang-du-Fliers
- Clinique des 4 Cantons à Villeneuve d'Ascq

Selon les établissements, l'offre prend la forme d'hospitalisation complète (83 lits [2]), de jour et/ou de nuit, de consultations, de soins ambulatoires, des groupes thérapeutiques, un hôpital de jour (parents-nourrisson-enfant)...



Carte 2. Lits d'hospitalisation complète en psychiatrie pour enfants et jeunes. Nombre, localisation et statut de l'établissement. 2014. Nord - Pas-de-Calais

Les professionnels libéraux de santé

• 617 psychiatres exercent dans la région en 2013, dont environ un sur cinq (21,7%) à titre libéral. Les psychiatres libéraux représentent 134 ETP.

• Un recours rare des mineurs aux psychiatres libéraux

Les bases de remboursement permettent d'établir que 2 744 mineurs assurés au régime général de l'assurance-maladie (soit 0,3% de la population de même âge) ont consulté un psychiatre libéral dans le Nord - Pas-de-Calais en 2011 ; cet effectif constitue 8,5% de leur patientèle. 11 849 consultations ont été remboursées pour les mineurs, soit 4,1% de l'ensemble des consultations. Chez les garçons, on note un pic entre 9 et 11 ans, alors que, chez les filles, il est observé à 16 ans.

• Combien la région compte-t-elle de pédopsychiatres ?

L'Ordre des médecins connaît, au 1er janvier 2013, 21 pédopsychiatres dans le Nord - Pas-de-Calais, dont 15 dans le Nord et 6 dans le Pas-de-Calais [3]. 11 sont des hommes et 10 sont des femmes. Dans le Nord, les pédopsychiatres sont des salariés, pour 87% d'entre eux ; dans le Pas-de-Calais, ils le sont tous (100%). Le salariat est beaucoup plus élevé en région qu'en France entière, où l'on recense 58% de pédopsychiatres d'exercice salarié et 12% d'exercice mixte (libéral et salarié).

8 médecins apparaissent à l'annuaire téléphonique dans la rubrique Médecins psychiatres pour enfants et adolescents.

141 médecins exercent dans des services de pédopsychiatrie.

Tableau 2. Effectifs, en nombre et équivalent temps plein (ETP), des psychiatres, psychologues, généralistes et orthophonistes selon leur type d'exercice. Nord - Pas-de-Calais. 2013.

Exercice	Libéral	Mixte	Salarié	Total	ETP libéraux*	ETP salariés*	% libéraux	% salariés
Psychiatres	120	28	469	617	134,0	483,0	21,7%	78,3%
Psychologues	197	165	2024	2386	279,5	2106,5	11,7%	88,3%
Généralistes	4133	245	1903	6281	4255,5	2025,5	67,8%	32,2%
Orthophonistes	1244	160	353	1757	1324,0	433,0	75,4%	24,6%

Source : Adeli Automatisation des listes - <http://www.sante.gouv.fr/repertoire-adeli.html>
ETP libéraux = effectif libéraux + (effectif mixte / 2). ETP salariés = effectif salarié + (effectif mixte/2). Exemple de lecture : 120 psychiatres d'exercice libéral, 28 d'exercice mixte et 469 d'exercice salarié étaient enregistrés dans Adeli en 2013. En répartissant les psychiatres d'exercice mixte (0,5 ETP en libéral et 0,5 ETP en salarié), 134 ETP libéraux et 483 ETP salariés pouvaient être calculés.

[1] Plancke L., Amariei A., Le recueil d'informations médicalisé en psychiatrie est-il apte à décrire les prises en charge et leurs bénéficiaires dans le Nord - Pas-de-Calais ?, F2RSM, Psy.Brèves n°4, février 2014, p4

[2] D'ici à fin 2014, une nouvelle unité clinique de 10 lits pour les 8-15 ans ouvrira ses portes au sein de la clinique Lautréamont, à Loos.

[3] Avec une densité de 1,9 pédopsychiatre pour 100 000 habitants, contre 5,0 en moyenne pour la France métropolitaine, le Nord - Pas-de-Calais occupe le 19e rang des 22 régions métropolitaines. Seules la Corse (1,5), l'Auvergne (1,3) et la Franche-Comté (0,3) connaissent des densités par habitant plus faibles.

2

La clinique



La clinique



Une consultation pour bébés à risque d'autisme

Il existe un grand potentiel de changement et d'adaptation chez le bébé au cours de ses premières années de vie de sorte qu'une intervention très précoce peut avoir un résultat thérapeutique significatif.

Des années de clinique auprès des nourrissons en difficulté ont permis de mieux comprendre son fonctionnement, les conditions dans lesquelles il manifeste sa souffrance, ainsi que l'impact de celle-ci sur son développement. S'agissant des troubles autistiques, il nous est apparu nécessaire de repérer le plus précocement possible les signes de souffrance du bébé et, même si le consensus scientifique international préconise de poser un diagnostic vers l'âge de 30 à 36 mois, il est désormais reconnu qu'il est possible de repérer des signes de risque autistique chez les bébés dès les premiers mois de la vie. La précocité de l'évaluation diagnostique permet la mise en œuvre de soins d'autant plus efficaces qu'ils interviennent avant que le processus autistique n'ait envahi les divers domaines du développement du bébé.

L'évaluation, qui doit être prudente et conduite par une personne formée aux interactions précoces et à la psychopathologie du bébé, constitue la première étape de la mise en œuvre de soins. Le repérage et l'étude des signes précoces d'autisme ont considérablement évolué ces dernières années, à la lumière des nouvelles connaissances concernant les compétences du nourrisson et les interactions précoces. Des signes d'alerte peuvent être reconnus dès le premier trimestre.

Nous avons pu généralement observer chez les bébés présentant des signes d'autisme, des troubles des interactions (notamment au niveau de l'intersubjectivité pri-

maire) caractérisés par une absence ou une insuffisance d'intérêt pour autrui, ce qui entrave la qualité « *d'attention mutuelle* », puis, plus tard, la capacité « *d'attention conjointe* » et le partage émotionnel avec les parents ou partenaires de soins. Il s'agit souvent de bébés peu réceptifs aux sollicitations des parents qui sont ainsi parfois amenés à intensifier leurs stimulations pour pouvoir obtenir une réponse de leur part.

La consultation de l'Unité d'évaluation pour bébés de 0 à 30 mois a pour objectif de prendre en compte très précocement les signes d'alerte repérés par les parents faisant craindre une évolution développementale vers un processus autistique. Nous proposons une évaluation conjointe pluridisciplinaire par une équipe formée à la psychopathologie précoce et à l'autisme (pédopsychiatre, psychomotricien, orthophoniste, éducateur spécialisé). Il s'agit d'une évaluation approfondie du fonctionnement du bébé, de son développement et du type de lien noué avec sa famille et son environnement. Dans certains cas nous proposons des évaluations complémentaires (bilan sensori-moteur ou de langage, ADOS, PEP, bilan neuropédiatrique). C'est au regard des diverses évaluations, de l'échange avec les parents et du partage des observations pluridisciplinaires que des orientations diagnostiques sont établies et que des soins sont proposés à la famille. Les signes autistiques présentés par le bébé peuvent être annonciateurs d'un autisme et doivent être très rapidement traités par des soins adaptés, mais il peut aussi s'agir de défenses de type autistique dont la prise en charge permet de faire émerger une problématique différente tel un état dépressif, une pathologie carentielle, sensorielle, neurologique, psychosomatique...

Dans le cadre d'une convention entre le CHRU (service du Pr Pierre Delion) et le Camsp Lebovici spécialisé sur les troubles psychiques, certains bébés du secteur peuvent disposer de soins au Camsp ou dans le secteur. Néanmoins, malgré un dépistage précoce, un nombre important de bébés ne peuvent pas bénéficier d'une telle prise en charge précoce et intensive par manque de moyens. Il est important d'envisager la mise en place de structures intermédiaires qui pourraient assumer une prise en charge adaptée de ces bébés à la fois thérapeutique et éducative avec le consentement des parents qui devraient y être associés.

Dr Rosa Mascaró, pédopsychiatre
Espace Lebovici, Lille
T : 03 28 14 10 31 - M : camsp@lasauvegardedunord.fr



Equipes diagnostic autismes de proximité, réseaux territoriaux de compétences

A ce jour, les familles sont confrontées à des délais d'attente trop importants pour obtenir un diagnostic d'autisme. Cela est une conséquence du manque de services permettant un diagnostic pour ce handicap en France. Or, il est recommandé que les familles puissent accéder à un diagnostic d'autisme sur leur territoire de santé dans un court délai.

Face à ce constat, l'Agence régionale de santé (ARS) et le Centre ressources autismes du Nord - Pas-de-Calais (CRA-NPDC) ont mis en place un dispositif : les Equipes diagnostic autismes de proximité (Edap). Ces équipes permettent d'établir un maillage territorial facilitant l'accès à une évaluation diagnostique des enfants et adolescents. Par le biais de formations, d'intervention et d'appui dans leurs pratiques par le CRA-NPDC, elles ont actualisé ou élargi leurs connaissances dans le domaine de l'autisme et des autres Troubles envahissants du développement (TED). Elles sont formées aux pratiques d'évaluation diagnostiques, selon les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS).

La circulaire interministérielle du 27 juillet 2010 relative à la mise en œuvre du plan autisme 2008-2010 prévoit de recentrer les CRA sur des missions de diagnostic et d'évaluation complexes. Le délai actuel au CRA-NPDC est d'environ un an entre la demande de diagnostic et sa mise en œuvre. Or, la HAS recommande un délai de trois mois. En effet, plus court est le délai, plus vite on pourra engager une prise en charge, avec des incidences positives sur le développement de l'enfant.

A partir de ce constat, il est devenu nécessaire de constituer dans notre région un dispositif qui articule des équipes formées en mesure de poser des diagnostics en première intention pour les diagnostics simples, le CRA-NPDC restant en appui des équipes et proposant son expertise pour des situations de diagnostic plus complexes.

L'ARS a donc fait un appel à candidature dans l'ensemble des territoires en santé de la région afin de constituer des Edap prenant appui sur le CRA-NPDC. Ces équipes sont constituées de plusieurs partenaires d'un même territoire décidés à mettre en synergie leurs compétences pour assurer les évaluations diagnostiques des enfants et adolescents de leur territoire

présentant un TED, qu'ils soient ou non pris en charge (en amont ou en aval) par ces partenaires.

Chaque Edap répond au cahier des charges co-construit par l'ARS et le CRA de la région ; elles sont composées d'au moins un Centre d'action médico-sociale précoce (Camsp) ou d'un Centre médico-psychopédagogique (CMPP) et d'une équipe hospitalière. Des structures médico-sociales et des professionnels libéraux peuvent être partenaires aux Edap. Elles sont pluridisciplinaires et sont constituées, à minima, de pédopsychiatre ou neuropédiatre, psychologue, psychomotricien, orthophoniste et d'éducateur ou infirmier. Ces équipes ont été formées par les professionnels du CRA-NPDC sur les aspects cliniques de l'autisme et les critères diagnostics, et aux différents outils d'évaluation diagnostique et d'évaluation fonctionnelle des enfants et adolescents susceptibles d'être concernés par un TED. Ces formations ont été financées par l'ARS, ainsi que la mise à disposition de différents outils pour chacune des Edap et les postes de secrétariat.

Actuellement, cinq Edap sont formées et mises en place sur différents territoires de notre région : le Dunkerquois, la Flandre-intérieure, Montreuil-Boulogne, le secteur Lens-Hénin et la métropole lilloise ouest. L'objectif est de disposer d'une Edap sur tous les territoires de la région et répondre ainsi plus rapidement aux demandes de diagnostic de TED des familles au plus proche de chez elles.

Au-delà, l'effet attendu est de donner aux professionnels des territoires l'habitude de coopérer, favorisant ainsi la coordination et la fluidité des parcours.

Olivier Masson, directeur,
Fatima-Zohra Samouri, psychologue
Centre régional autismes Nord - Pas-de-Calais
M : o.masson@cra-npdc.fr - M : f.mchakleb@cra-npdc.fr
T : 03 20 60 62 59

Une équipe mobile pour adolescents

L'équipe mobile pour adolescents du secteur d'Armentières, Tourcoing, Halluin (59103), une des toutes premières en France, a été créée en 2003, originellement pour travailler en amont de l'hospitalisation.

Le besoin identifié des partenaires, à l'époque, était de disposer d'une meilleure disponibilité de notre service, plus proche de leurs propres besoins, dans les foyers, les écoles, les hôpitaux, les cabinets des médecins de famille... A cette **disponibilité** réclamée s'est naturellement associée la **mobilité**, pour aller y voir de plus près ; cela répond à au moins deux bonnes raisons :

- celle, inscrite dans les principes du secteur, de prendre en compte les besoins de toutes les populations, quel que soit le lieu où elles se trouvent et quelle que soit leur capacité à élaborer spontanément une demande de soins.
- celle relevant d'une éthique de la responsabilité que Emmanuel Levinas identifie dans « *la responsabilité*

pour autrui » : « Dès lors qu'autrui me regarde, j'en suis responsable que, d'ailleurs, il l'accepte ou le refuse ».

En créant ce nouvel outil, nous nous sommes donné les moyens d'être concernés comme nous l'entendions par ces situations ! Ce que Jacques Hochmann a défini lors de son intervention au 4e congrès des équipes mobiles de novembre 2013 comme « *l'outil qui permet de mettre de l'huile dans les rouages du secteur* ».

En travaillant en amont de l'hospitalisation, notre équipe mobile a rapidement permis d'observer son **premier effet** : la diminution du recours à l'hospitalisation et de la durée des séjours (cf tableau ci-dessous).

Tableau 3. Caractéristiques des hospitalisations avant et après la création de l'équipe mobile dans le service.

Hospitalisations en pédopsychiatrie	Avant 2003	2013
Taux d'occupation	100 %	22 %
Âges	12-16	12-18
Durée des séjours	2 ans	Moyenne = 6,2 jours - Médiane = 4,0 jours
Liste et délais d'attente	+++	0
Mixité psychopathologique	0*	+++
File active adolescents	10	27 (11 garçons - 16 filles)
Taux de réadmission (hospitalisations séquentielles programmées)	0	74,1% des ados (20/27) 83,4% des séjours (121/145) 58,1% des durées cumulées (522/898)

*essentiellement troubles du comportement. Source : EPSM Lille métropole – Secteur 59103. Sur les 754 interventions de l'équipe mobile réalisées en 2013 pour 318 adolescents, seules 6,3% ont abouti à une hospitalisation (cette proportion est constante depuis 2004)

Ce renversement de paradigme consiste à aller vers des patients dont le besoin est repéré mais qui sont, pour différentes raisons, dans l'impossibilité de faire spontanément la démarche de

venir dans nos lieux de soins. Dans ce cas, l'équipe mobile génère un travail initial avec la « *non-demande* » et permet l'accès aux soins. **C'est son deuxième effet** (cf tableau page suivante).

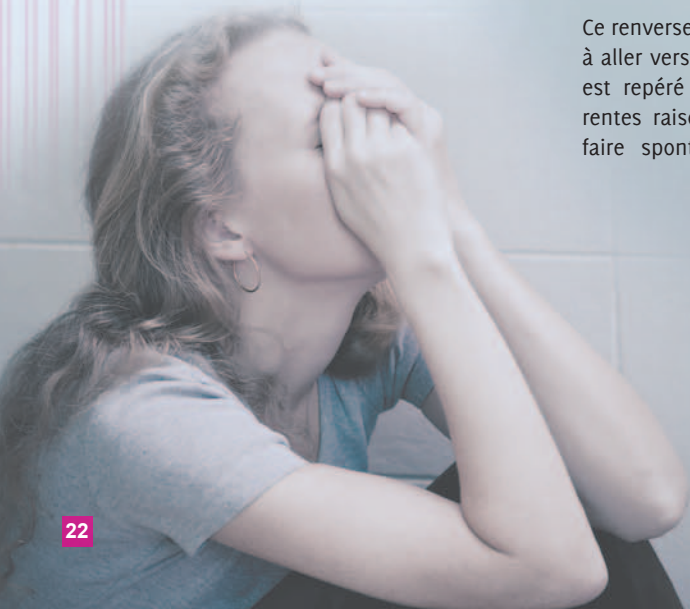


Tableau 4. Devenir des nouveaux patients pris en charge par les équipes mobiles

Activité de l'équipe mobile pour adolescents 2013 – Suites proposées	%
Suivi dans le pôle	83,2%
Suivi relayé par le secteur référent (patients hors secteur)	9,6%
Mise à disposition ou refus	7,2%

Source : EPSM Lille métropole – Secteur 59103.
Dans 58% des cas, les équipes mobiles sont un mode d'accès aux soins

Avec 3 corollaires :

- l'intérêt pour les acteurs de ces équipes qui interviennent en binômes d'enrichir leur clinique, de découvrir d'autres formations sémiologiques (au domicile, au foyer, à l'école) ; cet intérêt rejaillit sur l'ensemble du secteur,
- pour les partenaires, en première ligne dans le réseau, le renforcement du repérage et de l'accompagnement de la question psychique,
- pour tous, des espaces de soins et prendre-soin partagés qui renforcent les capacités à prendre en charge les situations les plus difficiles.

Ces corollaires constituent son **troisième effet** : la modulation et l'intensification des soins ambulatoires. Dans 42% des cas, les équipes mobiles sont sollicitées pour soutenir un suivi en cours, soit lors d'une aggravation de la situation, soit lors d'une indisponibilité du professionnel suiveur, soit les deux combinés. Elles servent à soutenir le travail ambulatoire engagé sans devoir recourir à l'hospitalisation.

Après plusieurs années de pratique et d'amélioration de ce travail en équipe mobile, ces effets agissent de manière profonde sur les représentations qu'ont les équipes elles-mêmes de leur propre travail et étayent les messages qu'elles passent aux patients, familles et partenaires. A partir de quoi, il est possible de mettre en place précocement un travail ambulatoire intensif et précoce, qui entraîne, outre une diminution du recours à l'hospitalisation, une diminution du recours aux services des urgences : **c'est son quatrième effet** (cf tableau ci-dessous). Il s'agit là de bénéfices en matière de prévention des passages à l'acte et des crises.

Enfin, depuis 10 ans et sur une file active cumulée sur cette période de plus de 10 000 adolescents de 12 à 18 ans (nous suivons 5% des adolescents du secteur chaque année), nous n'avons eu à déplorer aucun suicide ; c'est certainement une grande chance.

Dr Vincent Garcin
EPSM Lille - Métropole
M : vgarcin@epsm-lille-metropole.fr
T : 03 20 10 23 73

Tableau 5. Lieu d'intervention de l'équipe mobile, durant ses premières années de fonctionnement et en 2013

Répartition des lieux d'intervention de l'équipe mobile	Premières années de fonctionnement	2013
Interventions de l'équipe mobile	600	754
Bénéficiaires équipe mobile	240	318
Lieux ambulatoires (CSM, cabinets des médecins traitants, foyers, domiciles, ...)	30%	69%
Hospitalisation en CH via les urgences	70%	31%

Source : EPSM Lille métropole – Secteur 59103.
Dans 58% des cas, les équipes mobiles sont un mode d'accès aux soins

[1] Levinas E., *Ethique et infini*, Paris, Le Livre de Poche, 1984.
[2] Garcin V., Julie M., Le Nouy G., Rouzé M. Troubles du comportement et adolescence. Problématiques d'accès aux soins et modalités de réponses nouvelles. *Pratiques Psychologiques*. Vol 12 N°4 p. 465-481. Déc. 2006
[3] Tordjman S., Garcin V., Les équipes mobiles auprès des adolescents en difficulté. Coll. *Pratiques en psychothérapie*, Paris, Masson, 2010.
[4] Demailly L., Dembinski O., Déchamp-Le Roux C., Les équipes mobiles en psychiatrie et le travail de disponibilité, Paris, John Libbey, Coll. *Offre de soins en psychiatrie*, 2014.

Les hospitalisations psychiatriques à temps complet des enfants et des jeunes

Sept établissements de santé publics disposent de lits à temps complet de pédopsychiatrie, alors que cinq établissements privés (dont deux Espic) disposent de places d'hospitalisation ouvertes à des jeunes de 16-25 ans. Les indications sont multiples : décompensations (troubles anxieux, dépressifs, délirants, comportementaux...), troubles des comportements alimentaires avec engagement du pronostic vital et crises suicidaires.

En 2011, 824 jeunes de 0 à 16 ans sont hospitalisés à temps plein en service de psychiatrie, où 2 841 séjours ont été enregistrés, 44% dans le Nord et 56% dans le Pas-de-Calais. La carte ci-dessous fait ressortir qu'une majorité des secteurs de la région ne dispose pas d'offre locale de ce type et que leurs populations ont à gagner des lieux d'hospitalisation parfois éloignés. En 2011, un tiers des séjours à temps complet enregistrés dans le RimP [1] l'est à l'Institut Albert Calmette à Camiers, où sont hospitalisés des enfants ou adolescents du Calaisis, du Boulonnais et de l'est du Montreuillois ; à Saint-Venant (EPSM Val de Lys-Artois,

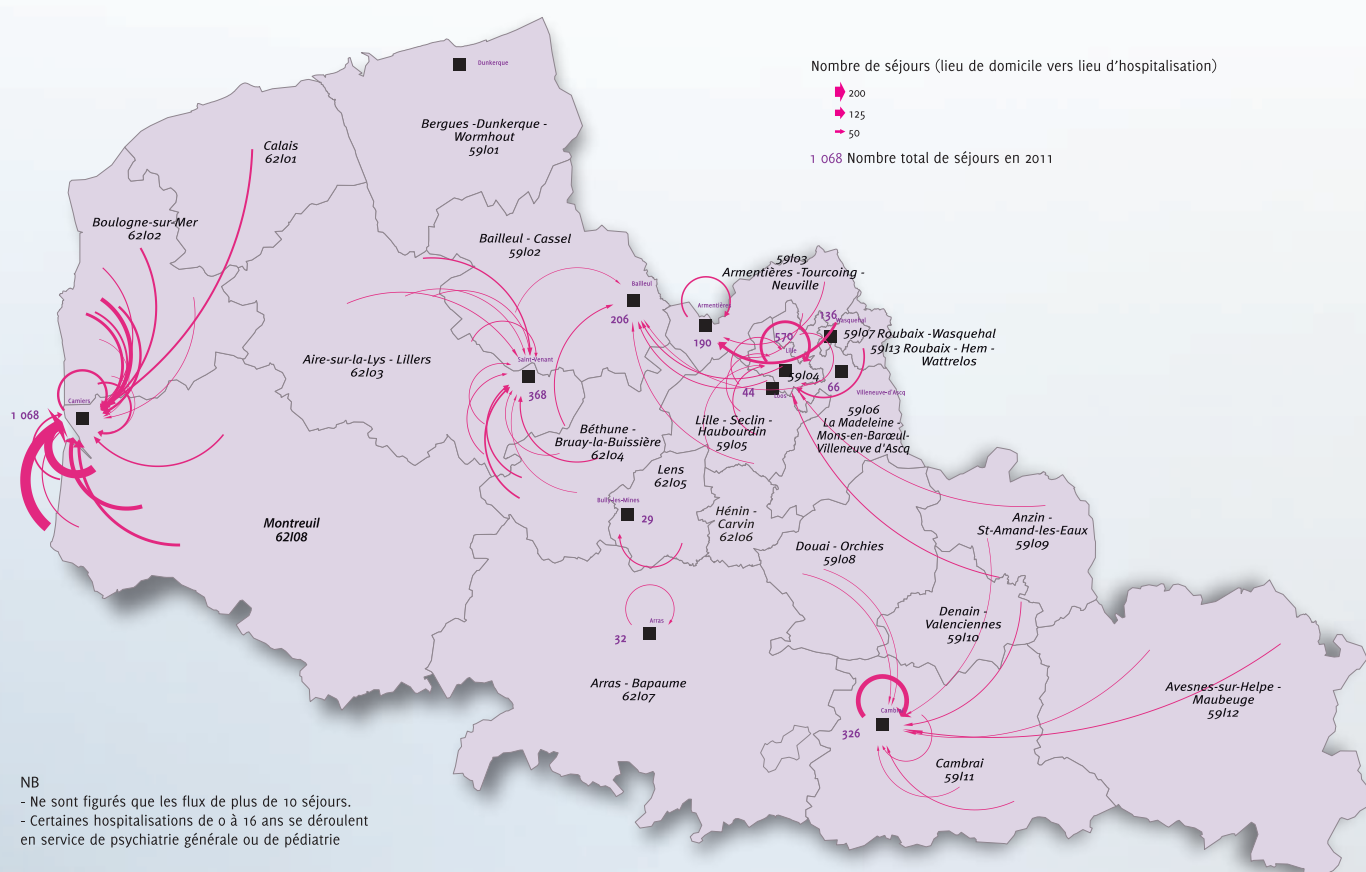
11,7% des séjours), le recrutement émane des secteurs de l'Audomarois et du Béthunois, rattachés à l'établissement. Dans la métropole lilloise, les hospitalisations ont lieu au CHRU de Lille (12,3% des séjours), à l'EPSM Lille métropole (Armentières, 6,0%), à l'hôpital Saint-Vincent de Paul à Lille (5,8%) et dans l'unité pour adolescents ouverte par l'EPSM de l'agglomération lilloise à Wasquehal (4,3% des séjours).

L'EPSM des Flandres à Bailleul, non doté de lits de psychiatrie infanto-juvénile, enregistre pourtant 6,5% des séjours de la région ; ils se déroulent dans les services de psychiatrie adulte.

Des entretiens menés avec six chefs de pôle ou de service de pédopsychiatrie, il apparaît que ces derniers peuvent être classés en deux types. Les services dotés de lits sont confrontés à de fortes demandes, émanant des partenaires implantés dans leur secteur (centres avec hébergement, intervenants scolaires, services d'aide sociale à l'enfance...), mais également de services non dotés de lits. La gestion de ces demandes va dépendre de la disponibilité du moment, mais aussi et surtout du parcours de soin élaboré : la crainte est toujours que la sortie d'hospitalisation soit mal préparée et que le jeune reste plus longtemps que prévu dans le service, faute de solution.

Les services non dotés de lits sont amenés à déployer une énergie considérable pour faire admettre des

[1] Le Recueil d'informations médical en psychiatrie (RimP) est un recueil de données sur l'ensemble des séjours et des actes ambulatoires réalisés dans les services de psychiatrie, publics ou privés.



Carte 3. Hospitalisations à temps complet des enfants-jeunes de 0-16 ans selon le lieu de résidence et la commune d'hospitalisation. Nord - Pas-de-Calais. 2011.

jeunes patients dans des établissements dont ils ne dépendent pas (cf carte). Le service de pédopsychiatrie du CHRU de Lille est perçu comme service de recours régional. En cas d'accord, un transport est à organiser (pour la visite de préadmission, à l'entrée, lors des permissions et de la sortie) ; il est réalisé par les familles, quand elles en ont la possibilité, ou par des professionnels.

Le renoncement à ce type de prise en charge, par les professionnels ou les familles est une réalité incontestable et en hausse : deux services disposant de lits d'hospitalisation pédopsychiatrique ont dû, depuis 2011, réduire leur activité. A Cambrai et Arras, du fait du départ de psychiatres, l'hospitalisation ne fonctionne plus qu'en semaine (du lundi matin au vendredi après-midi) ; l'admission de patients hors secteur a pris fin et la gestion de l'accueil le week-end est compliquée pour les patients ne pouvant pas retourner dans leur famille. Parmi les montages construits pour pallier le manque de lits de pédopsychiatrie, il faut souligner les accords avec les services de pédiatrie. Selon le cas, il s'agit de pratiques de dépannage (accord pour une admission de courte durée, le weekend...) ou de véritables collaborations.

Le Centre hospitalier de Dunkerque et l'EPSM des Flandres à Bailleul se sont accordés pour créer une

unité pour adolescents à Dunkerque, dans les locaux du centre hospitalier, où la prise en charge est à la fois pédiatrique et –durant la journée - pédopsychiatrique. A Lille, il faut mettre en valeur un autre exemple de coopération entre ces deux spécialités de l'enfant et de l'adolescent, au sein d'un même établissement cette fois (cf p 26).

Outre les sept établissements publics disposant de lits de pédopsychiatrie, deux Etablissements de santé privés d'intérêts collectif (Espic) et trois cliniques privées gèrent des lits ouverts aux jeunes patients par autorisation de psychiatrie infanto-juvénile, ou par autorisation en psychiatrie générale avec mention spécifique sur l'accueil des adolescents.

Laurent Plancke, chargé d'études, F2RSM

T : 03 20 44 10 34

M : laurent.plancke@santementales962.com

Un exemple d'approche intégrée pédiatrie-pédopsychiatrie

Un projet qui s'articule autour d'un accueil spécifique d'adolescents de plus en plus nombreux, de l'identification d'un lieu adapté, de la formation de toute l'équipe en intra et extrahospitalier avec rencontre d'autres équipes engagées dans ce même projet.

La création de l'Unité de santé de l'adolescent de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul à Lille s'appuie sur l'expérience d'une équipe qui a élaboré progressivement ce travail à partir de 1988, année de la circulaire ministérielle du 16 mars 1988 relative à l'amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents, à partir du service de pédiatrie générale de l'hôpital Saint-Antoine à Lille.

La participation de psychologues, de pédopsychiatres intégrés dans l'équipe s'est faite progressivement pour aboutir à l'ouverture officielle de l'Unité de santé de l'adolescent en septembre 2003, date d'intégration de l'hôpital pédiatrique Saint-Antoine à l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul du Groupement hospitalier de l'institut catholique (GHICL) à Lille.

Quel que soit le motif d'hospitalisation, les adolescents bénéficient d'un double regard, somatique et psychique ; le travail est conjoint, ce qui permet une évaluation globale, pluridisciplinaire, et un accès aux soins facilité pour tous, au sein d'une unité ouverte.

Si le service n'est pas sectorisé, la prise en charge d'adolescents vivant à proximité de l'hôpital est privilégiée, afin de permettre le travail avec la famille et l'environnement.

Le mode d'admission privilégie la consultation préalable et la préparation à l'hospitalisation, en dehors des pathologies à caractère d'urgence avérée, afin de favoriser l'alliance thérapeutique et optimiser la qualité de la prise en charge.

Tableau 6. Nombre d'entrées, de journées d'hospitalisation et durée moyenne de séjour selon l'unité fonctionnelle au sein de l'Unité de santé de l'adolescent. Hôpital Saint-Vincent-de-Paul. Lille. 2013.

UF	Capacité (lits)	Entrées	Journées d'hospit.	Durée moyenne de séjour (jours)
Pédiatrie	8	315	1998	6,34
Pédopsychiatrie	7	133	1269	9,54
Total	15	448	3267	7,29

Des temps de réunion, temps de réflexion partagée, assurent la qualité et la cohérence des projets de soin : tours au tableau avec toute l'équipe tous les matins, synthèses sur des situations particulières, tour complet de tous les dossiers le jeudi matin, temps de régulation institutionnelle le vendredi. Une supervision est

L'Unité de santé de l'adolescent a deux responsables, un pédiatre et un pédopsychiatre ; un second pédopsychiatre et trois internes (deux en pédiatrie, un en pédopsychiatrie) complètent l'équipe médicale. L'unité comprend également un cadre de santé, un cadre éducatif, du personnel paramédical (infirmier, psychomotricien, auxiliaire de puériculture), des psychologues et des travailleurs sociaux (éducateur spécialisé et assistante sociale). Elle accueille des étudiants en formation et participe à la vie universitaire de la Faculté libre de médecine de Lille.

La capacité d'accueil de l'unité est de 15 lits (8 de pédiatrie, 7 de pédopsychiatrie) pour des jeunes de 12 à 17 ans.

- Les pathologies prises en charge sont :
- Affections aiguës du champ médical classique
- Maladies chroniques de décompensation plus fréquente à cet âge
- Affections à présentation plus psychiatrique d'emblée
- Pas de pathologie chirurgicale

proposée à l'équipe paramédicale et à l'équipe pédopsychiatrique.

Ce travail n'est pas sans rencontrer de nombreux plans de clivage, activés par les problématiques des adolescents, travaillés en réunions. L'abord de l'adolescent est à la croisée d'une approche médicale classique et d'une prise en charge de type psychothérapie institutionnelle. Des activités à visée thérapeutique sont proposées aux adolescents, animées par les éducateurs, les soignants paramédicaux et/ou les psychologues, ainsi qu'un groupe de parole pour les adolescents toutes les semaines.

Des « règles de vie » sont présentées aux adolescents et à leurs parents à l'entrée. Ces derniers sont associés au projet de soin. Les relations avec l'extérieur sont importantes pour l'évaluation et l'élaboration du projet de soin. Le temps hospitalier n'est pas une fin en soi. La permanence des soins repose sur l'équipe médicale en journée et le service des urgences de pédiatrie en garde.

L'originalité du service est cette unicité de lieu pour le travail du champ pédiatrique et pédopsychiatrique. Le corps est au centre des changements physiques et psychologiques à cet âge et les symptômes amenés par l'adolescent bénéficient de cette approche globale.

Dr Pascale Gronnier, pédiatre
Dr Patrice Doubriez, pédopsychiatre
Hôpital Saint-Vincent-de-Paul à Lille, GHICL
M : gronnier.pascale@ghicl.net

L'encadrement législatif des soins psychiatriques aux mineurs

• Consultation en Centre médico-psychologique ou suivi régulier

La jurisprudence a distingué les actes usuels (une ou quelques consultations pour avis d'un psychologue ou d'un psychiatre) des actes non usuels (un suivi par un service de psychiatrie de l'enfant ou de l'adolescent). Dans ce contexte, même s'il est préférable de recueillir l'accord des deux parents, pour une consultation en centre médico-psychologique, l'accord d'un seul parent peut suffire.

A contrario, tout suivi nécessite l'accord des détenteurs de l'autorité parentale (le plus souvent les deux parents). A noter que pour les enfants placés, les parents restent le plus souvent détenteurs de l'autorité parentale, sauf dans les cas plus rares de déchéance de l'autorité parentale (d'un parent ou des deux), ou d'enfant dans un statut de pupille de l'Etat.

• Respect de la vie privée du mineur

Le mineur peut refuser que ses parents soient consultés afin de garder le secret sur son état de santé.

Article L.1111-5 du code de la santé publique : «Par dérogation à l'article 371-2 du code civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.»

Pour le Conseil national de l'Ordre des médecins, le mineur doit bénéficier, au même titre que le majeur, d'un droit individuel à l'intimité dans le cadre de sa relation avec le médecin. Le mineur a donc un droit particulier au secret. Les parents se voient délivrer une information, de nature médicale, en vue de prendre une décision ; en ce sens, la part de confidences délivrées par la personne mineure restera secrète.

Le médecin n'est pas tenu de tout révéler aux parents, surtout lorsque le mineur est en situation de conflit avec ces derniers, en situation de danger, ou lorsque la révélation de ces éléments serait de nature à le pousser à des actes graves (ex : révélation de relations incestueuses, annonce d'un suicide envisagé). Mais cette confidentialité doit en principe rester provisoire, le but étant que le mineur renoue peu à peu le dialogue avec ses parents.

• Droits et protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et modalités de leur prise en charge

La Loi du 5 juillet 2011, réformée par la loi du 27 septembre 2013 (n°2013-869), régit la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques.

Concernant les mineurs, la décision d'admission et la levée de la mesure sont de la compétence des parents, détenteurs de l'autorité parentale (articles 371-, 371-21 du Code civil ; articles L.3211-10, R.1112-34 du Code de la santé publique), après avis médical. Cependant, on recherchera toujours l'adhésion et le consentement du mineur au programme de soins. Dans l'hypothèse où l'enfant se met en danger, l'accord des parents suite à une information claire peut suffire. En cas de désaccord des parents, il est possible de saisir le juge aux affaires familiales.

Si les parents sont défaillants, si l'enfant est en danger ou si l'enfant peut être dangereux pour autrui, le juge des enfants est saisi, en délégation de l'autorité parentale. Il peut, après avis circonstancié d'un médecin extérieur, ordonner l'hospitalisation, pour une durée maximale de 15 jours ; la mesure, sur avis conforme d'un psychiatre de l'établissement, peut être maintenue pour une durée d'un mois renouvelable (ordonnance de placement provisoire, article 375-3 du Code civil). Si les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public, le Préfet peut prendre une décision d'admission (soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, article L.3211-10 du Code de la santé publique).

Valérieane Dujardin, juriste, EPSM Lille métropole
M : vdujardin@epsm-lille-metropole.fr

Dr Claudine Desobry, CH Hénin-Beaumont
M : claudine.desobry@ch-henin.fr



La prise en charge de l'anorexie et de la boulimie

Les troubles des conduites alimentaires se divisent en deux sous-groupes principaux : une forme restrictive, c'est l'anorexie encore appelée l'anorexie mentale, et une forme boulimique.

Il y aurait, en France, environ 40 000 anorexiques dans la population des 12-19 ans. La boulimie toucherait 5 à 10 fois plus de personnes dans la même tranche d'âge. L'anorexie mentale et la boulimie sont des pathologies graves, avec une mortalité importante, pouvant atteindre 5 à 9 % des troubles des conduites alimentaires [1].

Le sex ratio est de 1 homme pour 9 femmes. Les troubles des conduites alimentaires touchent donc une population très largement féminine. Les garçons exprimant leurs difficultés par d'autres conduites à risque. Cependant quelques évolutions sont notables : nous rencontrons aujourd'hui davantage de garçons anorexiques et boulimiques. L'anorexie et la boulimie s'expriment dans des tranches d'âge de plus en plus larges, et il n'est pas rare de rencontrer un trouble des conduites alimentaires chez des enfants bien avant la puberté, comme chez des femmes au-delà de 30 ans, voire davantage.

Le traitement des conduites alimentaires nécessite une prise en charge multimodale. Les soins infirmiers sont centrés sur les repas et la surveillance des paramètres physiologiques tels que le calcul de l'indice de masse corporel (poids divisé par la taille au carré), la mesure

de la tension artérielle, du rythme cardiaque, de la glycémie... mais il concerne aussi les effleurages, les soins esthétiques, les repas et les couchers thérapeutiques et bien d'autres soins prodigués au patient.

Les thérapies corporelles telles que le massage, la fasciathérapie, les enveloppements multisensoriels ou la psychomotricité cherchent à la fois à contacter la mémoire psychocorporelle et à ré-imprégner dans le corps des sensations de bien-être.

Ces thérapies sont souvent associées à des stimulations sensorielles agréables qui stimulent l'ouïe, l'odorat, mais aussi la vue, le toucher, le goût et que le patient peut par la suite s'approprier afin de se créer un environnement sensoriel rassurant où il peut s'apaiser et se ressourcer.

La psychothérapie individuelle et familiale autorise un travail de mise en mots et de mise en sens qui réduit la fracture entre l'esprit et le corps, pour retrouver une unité existentielle où le corps prolonge l'esprit pour aller à la rencontre du monde, où l'émotion se nourrit et s'exprime dans les ressentis et les éprouvés corporels. Alors prendra sens le travail ciblé sur le symptôme alimentaire : les restrictions cognitives, les comportements inadéquats, l'apprentissage de la gestion du stress, mais aussi l'accompagnement dans la réalisation d'un nouveau projet de vie, qui sera d'autant plus efficace que ce travail combinant psychothérapie individuelle, psychothérapie familiale, thérapie et médiation corporelle aura pris sens.

Pr Vincent Dodin

Hôpital Saint-Vincent-de-Paul à Lille, GHICL

M : dodin.vincent@ghicl.net

T : 03 20 87 48 48

[1] Falissard B., Eating disorders : interactions between human nutrition research and food behaviours, Trends in Food Science and Technology, n°18, 2007, p.281-287.

Le réseau TCA Nord - Pas-de-Calais

En mars 2011, un réseau informel de professionnels impliqués dans la prise en charge des patients souffrant de Troubles du comportement alimentaire (TCA) s'est constitué en association Loi 1901 sous le nom « Réseau TCA Nord - Pas-de-Calais ».

Créé sous l'égide de praticiens exerçant au CHRU de Lille, au GHICL (hôpital Saint-Vincent-de-Paul) ou au sein de l'association G&T59/62 Nouvelles pratiques en médecine générale, il a pour objectif principal de rendre compte des pratiques de prise en charge, mais également des modèles et méthodes, des métiers, des partenariats et des besoins ressentis des personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire.

Ce réseau vise donc à développer une expertise du soin, de l'enseignement et de la recherche dans le domaine des TCA pour tous les acteurs concernés, qu'ils soient soignants, chercheurs, patients ou familles.

Ainsi, ces dernières années, le réseau TCA a organisé :

- Deux colloques à Lille, dont un en partenariat avec le Groupe de recherche interdisciplinaire sur l'anorexie mentale (Giram) financé par la région Nord - Pas-de-Calais
- Une campagne de prévention, avec l'aide du cinéaste Djamel Ammari
- Des groupes de travail
 - Les écoutants sont des soignants
 - Développement du partenariat avec les patients et les familles de patients
 - Développement d'un partenariat privilégié avec de nouvelles institutions soignantes mais aussi

L'Education nationale et les associations concernées par les TCA

- Développement de la collaboration avec l'association *Charlotte tous ensemble*, partenaire privilégié du réseau

- Un enseignement en participant au Diplôme Interuniversitaire (Lille, Montpellier, Nantes) sur les TCA
- Des travaux de recherche, en partenariat avec le Giram et la F2RSM (étude sur l'épidémiologie des TCA dans la région)

Lieu d'échange et de rencontres, le réseau TCA Nord - Pas-de-Calais souhaite lutter contre le faible repérage des services aptes à recevoir des patients souffrant de TCA, sortir de l'inégalité d'accès aux soins et de la concentration des structures spécialisées sur la métropole lilloise en aidant au développement de services ressources dans chaque territoire de santé et en développant des formations régionales, tant dans l'apprentissage de connaissances que de compétences dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire.

Dr Jean Vignau, Pr Olivier Cottencin

CHRU

M : jean.vignau@chru-lille.fr

T : 03 20 44 58 38

Alimentation et cerveau chez l'adolescent en souffrance psychique

Le cerveau de l'adolescent est en phase de profondes modifications, notamment du fait des processus de myélinisation. Par ailleurs, plus de 25% de l'ensemble des calories ingérées par jour sont absorbées par notre cerveau qui ne représente pourtant que 2% du poids du corps [1]. Les mauvaises habitudes alimentaires (la fameuse « *malbouffe* » propre à certains adolescents) peuvent logiquement avoir un impact important sur le fonctionnement cérébral et donc cognitif ou psychique.

Cette réflexion nous a conduits à l'élaboration de deux stratégies de soins au sein de notre établissement :

- Impliquer les patients quant à l'importance de la nutrition et de son impact positif sur la santé psychique et la santé en général. Des groupes de paroles sont organisés avec notre diététicienne et l'ensemble de notre équipe soignante. La rédaction et la mise à disposition à table de fiches consacrées à des familles d'aliments ayant démontré des bienfaits pour notre santé (les choux, les carottes, les acides gras oméga 3...). Une restauration « *maison* » (à base uniquement de produits frais, privilégiant les aliments anti-oxydants, les fibres, le poisson et les viandes maigres) avec une équipe de cuisiniers impliqués dans ces stratégies permet de concrétiser, chaque jour, ces implications de notre équipe soignante et tout autant des patients.
- Intégrer aux repas quotidiens les aliments ayant montré un impact positif dans la prise en charge de la souffrance psychique : les acides gras oméga 3 qui ont des propriétés antidépressives, de prévention du risque suicidaire, ou encore d'amélioration des fonctions cognitives [2]. Les folates (vitamines B9) peuvent contribuer à un effet antidépresseur [3].

Au total, notre vision holistique des soins intègre de manière centrale l'alimentation et vise à impliquer les jeunes patients afin de les influencer, à long terme, sur l'impact et l'importance d'une nourriture saine sur leur santé psychique et leur bien-être global.

Dr Frédéric Kochman, pédopsychiatre,
Coline Flandrin, diététicienne
Clinique Lautréamont
M : lautreamont@orpea.net

[1] Lammert E., Brain Wnts for Blood Vessels, Science 21 November 2008: Vol. 322 no.5905 pp.1195-1196

[2] G Grosso G. et al, Factors associated with metabolic syndrome in a Mediterranean population: role of caffeinated beverages, *Journal of Epidemiology*, mai 2014.

[3] Papakostas G., Shelton R., Zajecka J. and al., f Metthylfolate as Adjunctive Therapy for SSRI Resistant Major Depression: Results of Two Randomized, Double-Blind, Parallel-Sequential Trials, *Am J Psychiatry* 2012;169:1267-1274.

Les conduites suicidaires des jeunes

Les conduites suicidaires sont des phénomènes complexes et multifactoriels, qui relèvent à la fois de l'individu (génétique, pathologies...), du milieu dans lequel il vit (structures socio-économiques, affiliations...) et des expériences qu'il connaît (rupture, chômage, incarcération...). Sujet prioritaire de la F2RSM, elle en a réalisé une monographie en 2011 (1).

Il convient de différencier les tentatives de suicide (TS) des suicides aboutis, pour lesquels une pathologie mentale serait fréquente. Chez les jeunes – dont la distanciation lors de la survenue de problèmes est plus faible que chez les adultes – les TS peuvent constituer un appel à l'aide plus qu'un désir de mort.

L'épidémiologie des TS peut être étudiée, d'une part, à partir des réponses faites sur ce sujet dans les enquêtes en population générale (*Avez-vous fait une tentative de suicide durant les 12 derniers mois ?*) d'autre part, à partir des recours aux soins lorsque la TS est codée.

Beaucoup plus de tentatives de suicide chez les filles

Dans le Baromètre santé 2005, chez les jeunes de 15-25 ans interrogés dans le Nord - Pas-de-Calais, ceux qui avaient connu un épisode dépressif caractérisé étaient 35% à avoir eu des **pensées suicidaires** et 24% à avoir fait une TS durant les 12 derniers mois (contre respectivement 3% et 3% pour ceux qui n'en avaient pas connu) [2].

En 2010, sur les 15-30 ans en France métropolitaine cette fois, la même enquête établit à 5,0% la part des jeunes déclarant avoir fait une TS durant leur vie, dont 67% une fois, 19% deux fois et 14% plus de deux [3]. La propension à la TS est toujours plus élevée chez les jeunes femmes (7,3%) que chez les jeunes hommes (2,7%) ; l'écart est encore plus marqué parmi les 15-19 ans (6,8% vs 1,4%, soit un sex ratio de 4,8). Durant les 12 mois ayant précédé l'enquête, 0,9% des 15-30 ans, 1,3% des jeunes femmes et 0,5% des jeunes hommes déclarent avoir fait une TS (le taux est maximal de nouveau chez les jeunes femmes de 15-19 ans (2,0%). Une régression logistique a permis d'étudier les facteurs les plus significativement reliés à la TS des 12 derniers mois : le sexe féminin, un âge compris entre 15 et 19 ans, de faibles revenus, avoir connu des violences (sexuelles ou non) sont à l'origine de risques plus élevés, alors que la situation professionnelle, la solitude, le fait de fumer quotidiennement et le risque par rapport à l'alcool ne semblaient pas influents sur la fréquence de TS.

Dans 60% des cas, la TS était « *un appel à l'aide sans intention de mourir* », dans 23% « *une réelle volonté de mourir* » et dans 17% « *un souhait de mourir tout en sachant que le moyen n'était pas le plus efficace* ». Après la dernière TS, 46% des jeunes de 15-30 ans déclarent être allés à l'hôpital (mais nettement moins chez les 15-19 ans : 29%). 73% ont pu parler de leur geste avec un tiers et 49% ont été suivis par un médecin (psychiatre ou autre spécialité), un psychologue ou un psychothérapeute.

Chiffres clés

• France

TS 12 derniers mois : 0,9% des 15-30 ans en 2010
Des difficultés familiales dans 64% des cas de TS

• Nord - Pas-de-Calais

0,2% des 10-24 ans hospitalisés pour TS en 2012
6 hospitalisations par jour pour TS
50 décès chaque année

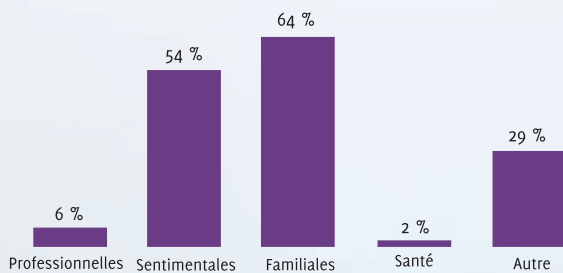


Figure 1. Raisons invoquées pour la dernière tentative de suicide parmi les 15-19 ans en 2010 (N=71). France métropolitaine. En %. Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

Les hospitalisations en médecine-chirurgie avec un diagnostic de suicide ont concerné 1 949 jeunes de 10-24 ans domiciliés dans le Nord - Pas-de-Calais en 2012 : 65,0% de filles (1 266) et 35,0% de garçons (683). Les filles connaissent un pic très marqué à l'âge de 15 ans : 158 d'entre elles ont été hospitalisées pour TS en 2012 ; à partir de 16 ans, leur nombre diminue, irrégulièrement. Le nombre de garçons évolue quant à lui à la hausse entre 12 et 23 ans, mais reste toujours inférieur à celui des filles jusqu'à cet âge.

Dans les services de psychiatrie, publique ou privé, 950 jeunes de 10 à 24 ans pris en charge, en hospitalisation et/ou en ambulatoire ont un diagnostic de TS en 2012 dans le Nord - Pas-de-Calais, dont 649 filles (68%) et 301 garçons (32%) ; deux fois plus faible que celui des hospitalisés en médecine-chirurgie pour TS, cet effectif évoque un faible suivi psychologique ou psychiatrique après TS (mais la source ne décrit pas l'ensemble des professionnels susceptibles d'intervenir, comme les libéraux).

Les décès par suicide sont peu nombreux, mais constituent une part importante de la mortalité des jeunes

Entre 2002 et 2011, dans le Nord - Pas-de-Calais, 50 suicides par an en moyenne sont enregistrés chez les

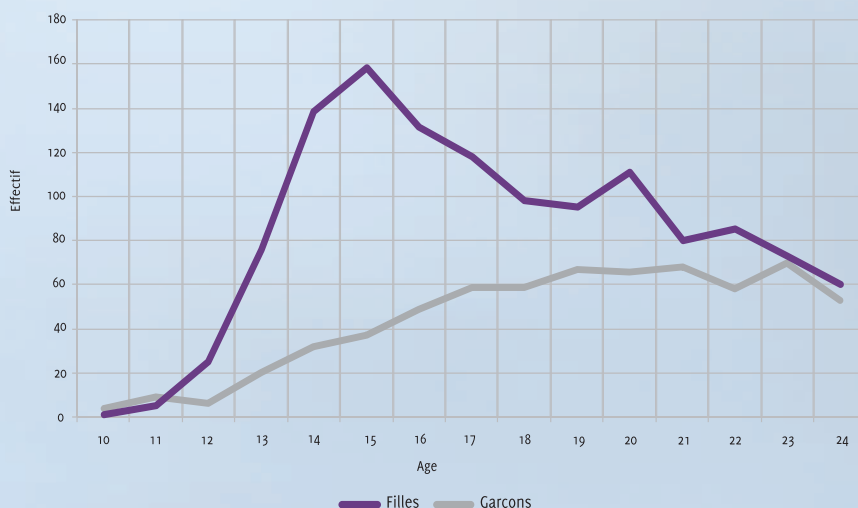


Figure 2. Hospitalisations en médecine-chirurgie avec un diagnostic de TS selon l'âge. Nord - Pas-de-Calais. 10-24 ans. 2012. N=1911. Source : PMSI.

10-24 ans ; à l'inverse des TS, ils concernent surtout des garçons (4/5) et beaucoup moins des filles (1/5). Chez les 15-24 ans, le suicide représente 21% des décès (23% des décès masculins et 16% des décès féminins). La pendaison est le mode employé dans près de trois cas sur cinq (mais moins d'un cas sur deux chez les filles) ; l'arme à feu est la seconde modalité en fréquence, avec plus d'un cas sur dix.

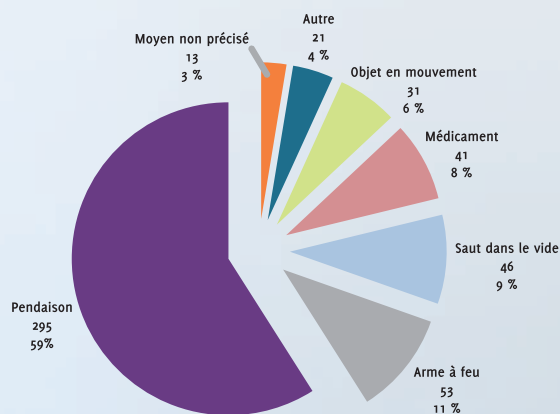


Figure 3. Modalité du suicide chez les 10-25 ans. Nord - Pas-de-Calais. Source : Inserm, CepadC.

Les conduites suicidaires sont donc relativement fréquentes chez les jeunes, particulièrement les TS chez les filles. Si elles n'expriment pas toujours un réel désir de mort, elles sont à prendre en compte et devraient sans doute donner lieu plus fréquemment à une aide psychologique ou psychiatrique.

Laurent Plancke, chargé d'études, F2RSM

T : 03 20 44 10 34

M : laurent.plancke@santementale5962.com

- [1] Ducrocq F., Plancke L., Vaiva G., Suicide et tentative de suicide dans le Nord - Pas-de-Calais, Lille, F2RSM, avril 2011. <http://www.santementale5962.com/nos-travaux/les-themes-d-etude-et-de-recherche/suicide-et-tentative-de-suicide/article/monographie-sur-le-suicide-et-la>
- [2] Drass-Ddass Nord - Pas-de-Calais, Baromètre santé jeunes. Résultats thématiques. Santé mentale des jeunes dans le Nord - Pas-de-Calais, septembre 2007.
- [3] Beck F., Guignard R., Husky M. et al. Tentatives de suicide et pensées suicidaires parmi les 15-30 ans, in Beck F., Richard J.-B., (dir.), Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010, Saint-Denis, Inpes, 2013.

Les usages de substances psychoactives à 17 ans

L'enquête Escapad de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) permet d'apprécier les niveaux d'usage des produits psychoactifs des jeunes de 17 ans. La dernière édition date de 2011 et concerne 27 402 individus à l'échelle nationale et 1 791 en région Nord - Pas-de-Calais.

En 2011, en région, les substances les plus expérimentées à 17 ans restent, dans l'ordre, l'alcool (87%), le tabac (65%) et le cannabis (36%). Par rapport à la précédente enquête de 2008, ces chiffres indiquent une tendance à la baisse et placent le Nord - Pas-de-Calais en deçà des moyennes nationales (qui sont de 91% pour l'alcool, de 68% pour le tabac et de 41% pour le cannabis).

Si ces chiffres apparaissent comme encourageants, ils ne doivent pas pour autant cacher une évolution dont il faut se préoccuper : l'augmentation de usages abusifs et/ou à risques [1]. Ainsi, le niveau de tabagisme quotidien croît, passant de 28% en 2008 à 31% en 2011. Au niveau de l'alcool, les ivresses répétées (au moins trois dans l'année) sont en augmentation, avec 22% en 2011 contre 20% en 2008 et les alcoolisations ponctuelles importantes (API), soit consommer cinq verres ou plus en une occasion, suivent la même tendance avec 49% des répondants les ayant déjà expérimentées contre 44% en 2008. Les données issues de l'édition 2010 du Baromètre santé de l'Inpes permettent de dresser le même constat d'augmentation des comportements d'alcoolisation, à l'échelle nationale mais également en régions [2, 3].

Enfin, concernant les substances psychoactives consommées par un public jeune (ecstasy, amphétamines, cocaïne)

après une période de forte augmentation dans les années 2000, il semble que leur expérimentation ait diminué et se soit stabilisée avec des taux compris entre 2 et 5% [4]. Les travaux menés par le Cèdre bleu, dans le cadre du dispositif Tendances récentes et nouvelles drogues (Trend) de l'OFDT, confirment ces tendances ; les substances psychoactives consommées par les jeunes le sont surtout dans un cadre festif. Parmi elles, c'est l'alcool qui est au premier plan. Dans le cadre d'une enquête dans les lieux de fête à Lille [5], nous avons pu remarquer l'omniprésence de l'alcool durant ces moments. Quel que soit leur âge, les jeunes rencontrés en bars et discothèques, sont régulièrement amenés à consommer des quantités d'alcool dépassant les cinq verres au-delà desquels ils relèvent d'un phénomène d'API. Chez les plus jeunes (moins de 25 ans), une banalisation des ivresses et une minimisation des dangers associés aux usages excessifs ont pu être mis en lumière.

Les conséquences des usages de substances psychoactives chez les jeunes sont une préoccupation de premier plan en santé publique. La Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt), dans son *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017*, en a d'ailleurs fait une de ses priorités d'action. En déplacement à Lille, au mois de janvier 2014, la Ministre de la santé a annoncé la création d'une plate-forme expérimentale à Lille pour lutter contre l'hyper alcoolisation des jeunes, notamment par le biais d'actions de prévention, d'éducation et de promotion de la santé.

Nathalie Lancial, Chargée de recherche

Le Cèdre bleu

T : 03 20 07 20 94

M : nathalie.lancial@cedre-bleu.fr.

[1] *Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement.* <http://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-societe/conduites-addictives-chez-les-adolescents-une-expertise-collective-de-l-inserm>

[2] Beck F., Guignard R., Richard J.-B., Léon C. *Atlas des usages de substances psychoactives, Analyses régionales du Baromètre santé de l'Inpes 2010, 2013* <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/atlas-usages-substances-psychoactives-2010/index.asp#sthash.V1B5i6FC.dpuf>

[3] Richard J.-B., Beck F. et Spilka S., La consommation d'alcool des 18-25 ans en 2010 en France : spécificités et évolutions depuis 2005, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°16-17-18, mai 2013

[4] OFDT, Observation des drogues pour l'information sur les comportements en régions (Odicer) http://odicer.ofdt.fr/#s=2011;v=map;g=escapad.ca_canvie_f;f=fr

[5] Lancial N., Lose S., *Enquête en milieux festifs à Lille*, Lille, Cèdre bleu-OFDT, 2013, 214 p.

Les consultations jeunes consommateurs : un dispositif au carrefour de la prévention et du soin

Destinées à un public jeune ou dont la consommation est récente, les Consultations jeunes consommateurs (CJC) ont été conçues pour intervenir au plus vite, au plus près et de manière brève.

L'enjeu est ici de s'adresser aux consommateurs de cannabis et d'autres psychotropes dès les premiers usages pour accompagner leurs expériences et leur donner les moyens de contrôler leur consommation, de faire des choix et de les gérer.

L'objectif majeur est de créer un accueil spécifique pour des adolescents ou des jeunes adultes qui, de par une faible perception du risque, ne qualifient pas leur conduite de « *pathologique* », et expriment rarement une demande d'aide. La complexité est d'intervenir à contretemps, lorsque la relation au produit psychoactif ne pose pas (encore) de problème, mais aussi et surtout à contre-courant alors que les jeunes ne perçoivent de leur usage que les bénéfices qu'ils en tirent (socialisation parmi les pairs, soulagement de tensions internes et externes, et surtout du plaisir). Un pari d'autant plus ambitieux qu'on assiste chez cette population à l'essor des polyconsommations, à la montée des pratiques d'alcoolisation massive, à la recrudescence du tabagisme... Le volet français de l'enquête Espad 2011 [1] dresse un constat significatif : deux lycéens sur cinq déclarent fumer des cigarettes lors du mois précédant l'enquête ; les trois quarts d'entre eux indiquent avoir bu une boisson alcoolisée et la moitié dit avoir connu une « *alcoolisation ponctuelle importante* ». Dans le même laps de temps, un lycéen sur trois dit avoir consommé du cannabis. La consommation de ces 3 produits s'intensifierait en seconde et en 1ère.

Les derniers chiffres de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) [2] sont tout autant éloquentes : 14% des 18-25 ans seraient des « *buveurs à risques chroniques* » (contre 9% de la population), 18% des adolescents de 17 ans ayant consommé du cannabis dans l'année présenteraient « *un risque élevé d'usage problématique, voire de dépendance* ».

10 ans déjà ! 10 ans seulement !

Baptisées « consultations cannabis » lors de leur création avec le plan gouvernemental 2004-2008 de lutte

contre les drogues et les toxicomanies, les CJC ont été rattachées, au moment de la réorganisation du paysage addictologique en 2008, aux Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) ou aux Consultations hospitalières d'addictologie. Leur financement est intégré au financement global des structures.

Leur fonctionnement varie toutefois selon la structure porteuse, son historique, les moyens accordés à cette mission, le contexte local, les équipes de professionnels spécifiques ou non, l'implantation au sein même d'un Csapa ou dans un local indépendant... Il devrait néanmoins s'harmoniser peu à peu suite à la publication d'un référentiel [3]. Cet ouvrage, élaboré par la Fédération addiction en 2012, est voué à accompagner l'essor des CJC et l'évolution des pratiques des professionnels qui y exercent.

Et depuis 3 ans, ce dispositif qui cible les moins de 25 ans, connaît un nouvel élan. Après l'octroi de moyens supplémentaires dans le plan 2008-2011, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) vient de s'engager, via son programme 2013-2017 [4] à renforcer les missions et la visibilité des CJC. Aujourd'hui, elles sont environ 400, dont 23 dans la région Nord Pas-de-Calais [5], à proposer aux jeunes usagers de produits psychoactifs ou adeptes de jeux vidéo, de jeux d'argent... un accueil spécialisé, gratuit et anonyme.

Une pratique clinique qui se construit peu à peu

Au cœur de la démarche : prendre en compte les spécificités relatives à l'adolescence, créer un climat bienveillant et la possibilité d'une alliance thérapeutique. Ouvrir un espace et un temps protégés où peut être entendue et discutée l'expérience du jeune et de son entourage, sans jugement ni *a priori* et ce dans le respect de la parole et de la temporalité de la personne accueillie. Évaluer avec le jeune son expérience d'usage pour lui permettre d'amorcer des changements dans sa vie personnelle, familiale et environ-

nementale en fonction de son comportement addictif et de ses possibles. Apporter une aide appropriée à l'entourage familial du jeune (avec ou sans lui) en proposant un accompagnement diversifié pouvant aller d'une prise en charge ponctuelle à un suivi plus long : écoute, conseil, soutien, thérapie familiale.

C'est un lieu où peut s'apprendre quelque chose sur soi. C'est le temps d'un ressenti, d'une émotion, d'un vécu. Plaisir, détente, douleur, souffrance, peur, inquiétude... sont écoutées ; il s'agit de les reconnaître et de rendre possible la parole à leur sujet. Cependant, il existe peu de demandes volontaires de la part des jeunes quelle que soit l'intensité de leur consommation de produits psychoactifs et quel que soit ce qui sous-tend cette consommation. Ils viennent rarement de leur plein gré mais plutôt contraints par un tiers qui porte la demande (instances judiciaires, établissements scolaires, foyers...). Elle émane plus particulièrement de l'entourage qui vit souvent très mal ce recours au produit (problématique selon lui alors que le jeune le perçoit comme une ressource).

Les CJC proposent aux parents cet espace de « *soutien-ressource* » à la fois pour informer, sensibiliser, travailler « *autour du symptôme* » mais aussi pour aider la famille à s'en décentrer et retrouver une dynamique. Il s'agit souvent d'épauler les parents à retrouver du lien avec leur enfant, lien de soutien plutôt que rejet en corrélation avec l'usage de produits psychoactifs. Il s'agit de les associer pour qu'ils puissent envisager et construire les différentes possibilités d'accompagnement thérapeutique, s'approprier une démarche qui leur conviendra, y mettre un sens dans ce moment de leur histoire. Une perspective systémique peut être privilégiée.

Les CJC s'intéressent avant tout « *aux façons de ne pas entrer dans l'addiction* » avant de se centrer sur « *les façons d'en sortir* ». Cette stratégie d'intervention précoce s'élabore là où les jeunes se trouvent. Elles constatent qu'elles doivent aller vers eux et, à cette fin, renforcer leurs liens avec l'extérieur. Comme le stipule le guide [5], il s'agit de « *mailler un réseau avec l'ensemble de la communauté adulte qui entoure le jeune afin de faciliter sa rencontre et son accompagnement* ».

L'enjeu des CJC est maintenant d'affirmer leur spécificité par rapport à d'autres structures (MDA, PAEJ...), se rendre plus visibles, aller vers d'autres professionnels (Education nationale, clubs de prévention, missions locale, PJJ, clubs sportifs...) et travailler avec eux pour contribuer à mieux prendre en compte la réalité des conduites addictives dans les institutions. Cela passe par l'organisation de séances d'information/sensibilisation aux conduites addictives adolescentes, la formation au repérage et à l'intervention brève, un soutien aux équipes dans leur pratique quotidienne...

Parallèlement à cette démarche, des actions de prévention collectives auprès des jeunes et des consultations avancées ou des permanences à la demande au sein même des institutions (en dehors de l'Education nationale) peuvent être proposées. Cette inscription active dans un réseau de proximité est essentielle pour raccourcir le délai entre les premiers signes d'une possible pathologie et la mise en œuvre de réponses appropriées.

En se situant à la croisée des chemins de la prévention et du soin, les CJC permettent, à un moment où c'est encore possible, d'influer sur le parcours de l'utilisateur et soit d'éviter le passage par une addiction douloureuse et coûteuse (physiquement, psychologiquement, socialement) soit d'accélérer l'entrée dans une prise en charge adaptée.

Delphine Pick, psychologue clinicienne

Le Cèdre bleu

T : 03 20 08 16 61 ou 03 20 47 48 08

M : delphine.pick@cedre-bleu.fr

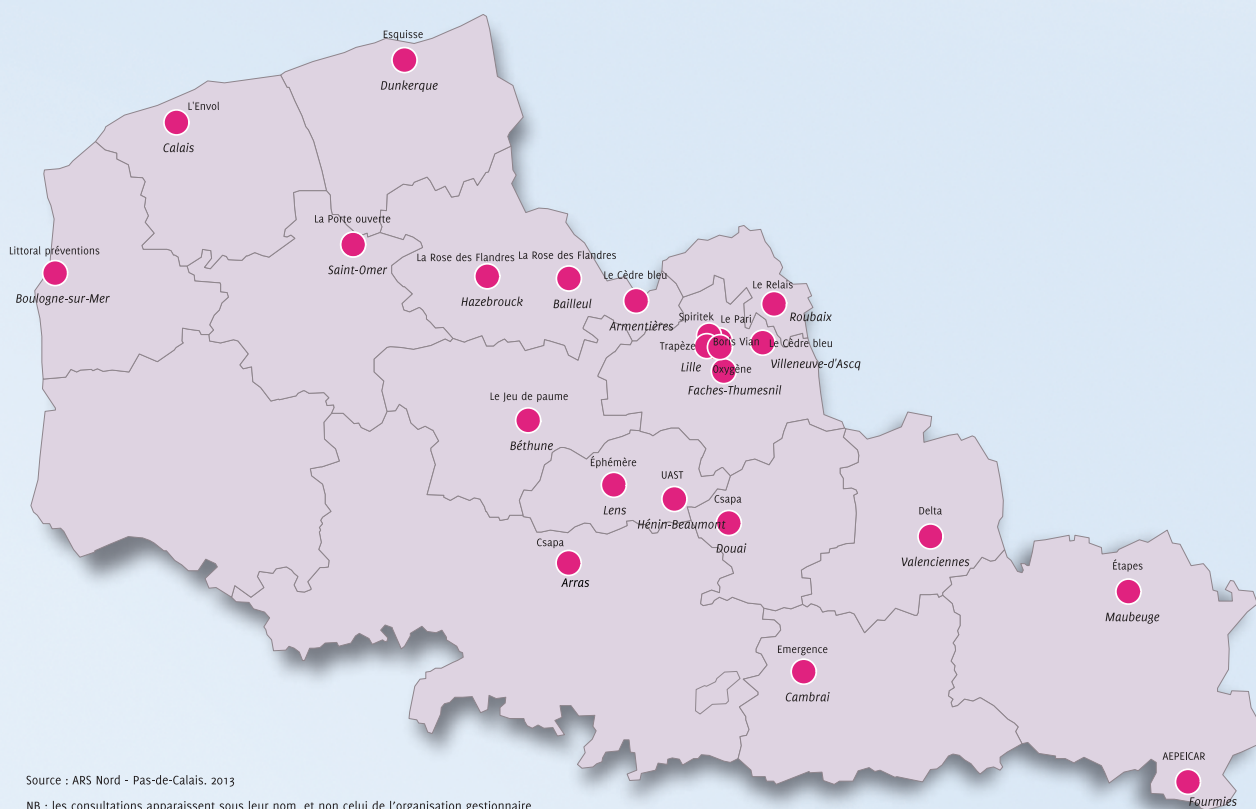
[1] Alcool, tabac et cannabis durant les « années lycée », tendances OFDT, novembre 2013 <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend89.html>

[2] Drogues et addictions, données essentielles - OFDT, 2013 <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/dade.html>

[3] CJC Pratique(s) <http://www.federationaddiction.fr/cjc-du-guide-au-dispositif-daccompagnement-en-region-en-2012-2013/>

[4] voir ASH n°2825 du 20/09/13

[5] voir liste des CJC sur www.drogues-info-service.fr



Carte 4. Implantation des Consultations jeunes consommateurs par zone de proximité. Nord - Pas-de-Calais, 2013.

Mhasc©: une application numérique pour évaluer les hallucinations précoces

Le numérique a aujourd'hui envahi de nombreux domaines de la vie infantile et il ne se passe pas un jour sans que parents ou bloggeurs ne chantent les louanges ou ne maudissent les conséquences d'une vie de plus en plus dominée par les tablettes et autres smartphones. Nombreuses sont les autorités de santé à avoir déjà mis en garde les professionnels face aux risques d'un visionnage passif et excessif d'écrans avant l'âge de 2 ans, mais une utilisation responsable et raisonnée du numérique a également démontré son utilité à des fins éducatives ou médicales. C'est notamment le cas du projet Mhasc© (*Multisensory hallucinations scale for children*), serious-game développé au sein du Laboratoire de neurosciences fonctionnelles et pathologies (Lille) et soutenu par la Fondation Pierre Deniker et l'*International consortium on hallucination research* (ICHR).

Mhasc© se veut un outil complet d'évaluation d'expériences subjectives, souvent difficiles à aborder de prime abord avec l'enfant en consultation. En complément

d'une évaluation cognitive rapide, testant la théorie de l'esprit et les capacités d'imagerie mentale, la sévérité et la phénoménologie des expériences hallucinatoires sont explorées, de manière ludique, dans chaque modalité sensorielle. Une fois validée d'un point de vue psychométrique et labélisée en tant qu'*application mobile de santé* (dmd-sante.com), Mhasc© sera rendue disponible gratuitement en téléchargement, accompagnée de son manuel d'utilisation. Ce projet sera prochainement disponible en version multilingue avec le soutien de l'ICHR.

Dr Renaud Jardri^{1,2}

M : renaud.jardri@chru-lille.fr

Morgane Demeulemeester^{2,3}

M : modemeulemeester@gmail.com

¹. Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHRU de Lille, Hôpital Fontan

². Laboratoire de Neurosciences fonctionnelles et pathologies, Université droit et santé de Lille

³. Clinique Lautréamont, Groupe Orpea-Clinea, Loos

Cannabis et troubles psychotiques

L'intoxication au cannabis et les états psychotiques partagent un certain nombre de caractéristiques à la fois phénoménologiques et neurobiologiques.

La consommation aiguë de cannabis entraîne une perturbation des processus de filtrage cognitif, aboutissant à l'irruption dans le champ de conscience de perceptions ou d'associations d'idées qui auraient été sinon ignorées par le sujet. Cette atteinte cognitive est proche de celle constatée dans la schizophrénie, en particulier dans ses formes délirantes. Chez certains sujets, la consommation de cannabis peut même provoquer d'authentiques hallucinations ou des croyances délirantes souvent rapidement réversibles.

Pourtant, dès le début des années 1990, il a été montré qu'en population adolescente, les fumeurs réguliers de cannabis avaient un risque plus élevé de développer ultérieurement une schizophrénie. Le caractère causal de cette association a longtemps été discuté, car on a évoqué également la possibilité que le cannabis puisse être une forme d'automédication chez des sujets dont l'atteinte psychiatrique n'était pas encore décelable cliniquement. Au cours des années 2000, cette hypothèse a toutefois progressivement perdu du terrain, notamment parce que l'intensité des troubles ne semblait pas particulièrement diminuer après l'arrêt de la consommation de cannabis.

Il semble aujourd'hui se dégager un consensus pour

considérer que le cannabis, plus qu'un réel agent causal, est davantage un facteur précipitant de schizophrénie chez des sujets prédisposés à développer ce type de trouble. Chez ces sujets, la précocité et l'importance des consommations semblent influencer directement sur la précocité des troubles et sur leur intensité lors des premières années de la maladie. Cette constatation a une grande importance en termes de santé publique. Elle impose de repérer, chez les adolescents qui consomment régulièrement du cannabis, l'apparition de signes avant-coureurs de psychose, en particulier lors des consommations de cannabis. La détection de ce type de symptômes devrait aboutir à une information précise du patient, associée si possible à une aide précoce à l'arrêt de la consommation, et à une surveillance psychiatrique plus ou moins appuyée au cours des années qui suivent.

Les travaux pharmacologiques les plus récents ont toutefois révélé que le lien entre cannabis et psychose était plus complexe. Le cannabis, comme toute substance d'origine naturelle, est en réalité composé de nombreux principes actifs qui ont parfois des actions psychopharmacologiques différentes, voire opposées. Il semble de plus en plus clair que le principe actif le plus anciennement connu du cannabis, le 11-hydroxy- Δ^9 -tetrahydrocannabinol, ou THC, favorise la survenue de symptômes anxieux et délirants. A l'opposé, un autre principe actif, le cannabidiol, aurait des vertus anxiolytiques et antipsychotiques, à un tel point que cette molécule fait actuellement l'objet de recherches thérapeutiques dans la schizophrénie. Selon le gradient THC/cannabidiol des différentes variétés de cannabis, celles-ci pourraient ainsi être plutôt nocives ou au contraire protectrices chez les sujets à risque, d'évoluer vers un trouble schizophrénique.

Dr Benjamin Rolland

Pôle de psychiatrie et addictologie, CHRU de Lille

Laboratoire de pharmacologie médicale, EA 1046, Faculté de Médecine, Université Lille Nord de France

M : benjamin.rolland@chru-lille.fr

T : 03 20 44 58 38

- Coscas S., Benyamina A., Reynaud M., Karila L. Complications psychiatriques de la consommation de cannabis. *Revue du Praticien* 2013; 10.
- Le Bec P.Y., Fatséas M., Denis C., Lavie E., Auriacombe M. Cannabis et psychose : recherche d'un lien de causalité à partir d'une revue critique systématique de la littérature. *L'Encéphale* 2009; 35(4):377-85.
- Moore T.H., Zammit S., Lingford-Hughes A., Barnes T.R., Jones P.B., Burke M., Lewis G. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2007; 370(9584):319-28.

Prise en charge d'un premier épisode psychotique

La prévalence globale de la schizophrénie est légèrement inférieure à 1% soit près de 40 000 personnes dans la région Nord – Pas-de-Calais et survient, en règle générale, entre l'âge de 15 et 25 ans (5). Cette pathologie, non ou mal soignée, peut avoir des conséquences dévastatrices chez un jeune en plein développement psychique, affectif et cognitif.

L'élément pronostique le plus important dès cette classe d'âge est la durée de psychose non traitée (Duration of untreated psychosis, DUP). Une étude récente montre qu'un intervalle de deux mois entre le début des symptômes et la prise en charge revêt déjà un impact négatif sur l'évolution pronostique [6]. Nous nous devons donc de développer pour d'évidentes raisons éthiques, un réseau avec les médecins, les services de soins, afin de recevoir au plus vite les jeunes patients concernés. La réduction de la DUP est donc une priorité absolue et dans ce sens, nous avons réduit à 24 heures le délai entre une demande médicale et l'accueil du patient concerné dans notre service.

Ces patients présentent souvent une comorbidité d'abus et de dépendance au cannabis. Nous savons, aujourd'hui, que cette consommation abaisse l'âge de début d'un premier épisode psychotique, augmente le risque suicidaire, et aggrave le pronostic à long terme [4]. Le risque suicidaire est important chez les patients souffrant d'un premier épisode psychotique. Il semble multiplié par plus de 8 par rapport à la population générale [7] et peut être diminué en cas de réduction de la DUP [2].

De nombreuses approches thérapeutiques nouvelles qui peuvent être instaurées, dès le début de la prise en charge, ont démontré leur efficacité et justifient donc leur intégration dans nos soins :

- la psycho-éducation individuelle et familiale quotidienne est plébiscitée par les patients et leur famille. Une étude démontre que les critères de rémission sont atteints dans 91,2% des cas de patients qui en bénéficient, contre 66,7% des patients non inclus et bénéficiant d'une thérapie classique [9].
- Plus étonnant encore : le score PANSS (Positive and ne-

gative syndrome scale) a diminué de plus de 50% chez plus de 40% de patients schizophrènes ne prenant pas d'antipsychotiques et soignés uniquement en psychothérapie cognitive et comportementale [8].

- La remédiation cognitive est devenue incontournable car la détérioration des fonctions cognitives peut être très rapide chez le jeune patient qui est en étude. Cette approche a démontré une efficacité et une protection des fonctions cognitives [1], et une nette amélioration de la symptomatologie déficitaire et de la désorganisation de la pensée également [3].

En conclusion, la notion de durée de psychose non traitée est devenue si importante, dès le plus jeune âge, qu'elle impose aujourd'hui dans notre spécialité une réflexion éthique urgente afin de recevoir au plus vite les jeunes patients concernés. Par ailleurs, de nouvelles thérapies ont vu le jour et ont démontré leur efficacité clinique mais aussi leurs fonctions préventives anti-déficiantaires ou encore de préservation des fonctions cognitives : une dimension primordiale chez les jeunes étudiants suivis.

L'existence d'une unité en ville, proche des lieux d'études, consacrée aux étudiants, nous permet de répondre parfaitement à ces critères et d'intégrer totalement à notre pratique ces nouvelles données qui bouleversent le pronostic évolutif des premiers épisodes psychotiques.

Drs Frédéric Kochman, Laure Cohen, Dewi Guardia, Quentin Lenglet
Clinique Lautréamont
M : lautreamont@orpea.net
T : 03 20 57 88 09

[1] Barlati S et al., Cognitive Remediation in Schizophrenia: Current Status and Future Perspectives, *Schizophr Res Treatment*. 2013; Dec 17.

[2] Barret E.A., Suicidality in first episode psychosis is associated with insight and negative beliefs about psychosis. *Schizophr Res*. 2010 Nov;123(2-3):257-62

[3] Cella M, Reeder C, Wykes T. It is all in the factors: Effects of cognitive remediation on symptom dimensions. *Schizophr Res*. 2014 Jun;156(1):60-2.

[4] Donoghue K, Doody GA, Murray RM, Jones PB, Morgan C, Dazzan P, Hart J, Mazzoncini R, Maccabe JH., Cannabis use, gender and age of onset of schizophrenia: data from the AESOP study. *Psychiatry Res*. 2014 Mar 30;215(3):528-32.

[5] Dumas E, Bonnot O. *Schizophrénie à début précoce*. EMC, Masson, Paris, 2013

[6] Fraguas D, Del Rey-Mejías A, Moreno C, Castro-Fornieles J, Graell M, Otero S, Gonzalez-Pinto A, Moreno D, Baeza I, Martínez-Cengotitabengoa M, Arango C, Parellada M., Duration of untreated psychosis predicts functional and clinical outcome in children and adolescents with first-episode psychosis: a 2-year longitudinal study, *Schizophr Res*. 2014 Jan;152(1):130-8.

[7] Kredentser MS1, Martens PJ, Chochinov HM, Prior HJ., Cause and rate of death in people with schizophrenia across the lifespan: a population-based study in Manitoba, Canada, *J Clin Psychiatry*. 2014 Feb;75(2):154-61.

[8] Morrisson AP, Turkington D, Pyle M and al., Cognitive therapy for people with schizophrenia spectrum disorders not taking antipsychotic drugs: a single-blind randomised controlled trial, *Lancet*. 2014 Apr 19;383(9926):1395-403.

[9] Valencia M, Fresan A, Juárez F, Escamilla R, Saracco R., The beneficial effects of combining pharmacological and psychosocial treatment on remission and functional outcome in outpatients with schizophrenia, *J Psychiatr Res*. 2013 Dec;47(12):1886-92.

L'intérêt du projet Psymac pour les jeunes

Ces dernières années ont été celles de progrès fulgurants dans tous les domaines de l'imagerie cérébrale, tant du point de vue de la qualité et de la précision des images que de leur contribution majeure aux étapes diagnostiques et pré-thérapeutiques.

C'est notamment le cas de l'Imagerie par résonance magnétique (IRM), qui permet d'étudier aussi bien la structure et la fonction cérébrale que la connectivité ou la composition chimique des voxels. Pour autant, peu de recommandations sont disponibles sur l'exploration par imagerie cérébrale des troubles pédopsychiatriques. Actuellement, la Société française de radiologie recommande l'IRM dans l'exploration du parenchyme cérébral et la Haute autorité de santé a reconnu l'intérêt d'une imagerie dans le premier épisode psychotique (2007).

A ce jour, l'imagerie cérébrale en pédopsychiatrie est principalement prescrite pour écarter un diagnostic différentiel. Ces examens sont interprétés en référence à la sémiologie neuroradiologique, mais est-il possible d'envisager un élargissement de ses indications ? L'accès à l'IRM peut s'avérer difficile sur certains territoires avec un délai d'attente pour la réalisation de l'examen pouvant atteindre jusqu'à 4 mois, limitant de fait l'accès à certaines indications pathologiques. Une harmonisation bilatérale des pratiques (radiologiques et psychiatriques) peut-elle aujourd'hui réduire ces disparités

et faciliter l'accès à l'imagerie ? Le projet Psymac a justement été impulsé par la Fédération régionale de recherche en santé mentale (F2RSM) en collaboration avec plusieurs équipes de radiologie, afin de répondre à ces questions.

Les étapes préliminaires à la mise en place de ce projet innovant ont été récemment finalisées :

1. constituer une dizaine de binômes psychiatre/radiologue sur l'ensemble du territoire,
2. standardiser les séquences IRM prescrites dans le cadre de l'activité clinique, avec le soutien logistique du Centre d'acquisition et de traitement de l'image (Cati) Neurospin afin de s'assurer d'une parfaite reproductibilité des examens sur l'ensemble des centres radiologiques,
3. définir un flux optimisé des données d'imagerie, préalable à l'analyse centralisée sur la plateforme du Centre universitaire de recherche et d'exploration en psychiatrie (Cure), du CHRU de Lille.

A court terme, des bénéfices sont attendus pour les jeunes patients, dont l'évaluation clinique et radiologique sera standardisée, mais aussi pour les praticiens des deux disciplines, bénéficiant du soutien logistique de la F2RSM. A plus long terme, ce modèle unique vise d'une part, au développement d'une sémiologie propre à l'imagerie psychiatrique et d'autre part, à l'établissement de recommandations au-delà du diagnostic différentiel, avec notamment une possible utilisation des données IRM comme biomarqueurs permettant d'assister la décision clinique. Le développement récent d'outils statistiques multivariés devrait permettre d'utiliser cette base de données innovante, comportant à la fois des IRM et des données phénotypiques, pour catégoriser tout nouvel examen IRM réalisé chez un patient, et ce, dans un but diagnostique et pronostique.



En pratique, ces outils pourraient permettre de prédire si un nouveau sujet scanné dans le cadre de Psymac présente un risque d'évolution défavorable (risque de conversion chez un sujet à risque par exemple) ou sa réponse à une prise en charge donnée. La construction de tels algorithmes ne se substitue pas à l'appréciation clinique des spécialistes mais constitue une information complémentaire utile à une décision fondée sur les preuves. Ce type de démarche multiaxiale a fait ses preuves dans d'autres domaines de la médecine, comme en obstétrique, où la combinaison de la mesure de l'âge maternel, des marqueurs sériques et de la clarté nucale à l'échographie fœtale, permet de pondérer le risque d'anomalie chromosomique pouvant amener à une décision d'amniocentèse.

Le premier trouble à bénéficier de la mise en place du projet Psymac serait le syndrome psychotique atténué (ou prodromal) à l'adolescence. Cliniquement, un dépistage des sujets à haut risque psychotique (HR) permet rarement de décider d'un traitement précoce, puisque « seulement » 30% de ces sujets développeront un premier épisode psychotique (PEP) à 1 an. Parmi ce sous-groupe PEP, 30% présentent à leur tour un risque d'évolution vers une schizophrénie. La région Nord - Pas-de-Calais est particulièrement touchée par ce trouble avec plus de 800 nouveaux cas de schizophrénie diagnostiqués par an. C'est pourquoi un protocole d'évaluation clinique et radiologique des sujets HR et des sujets PEP est en cours de validation au sein de Psymac, avec pour objectif de repérer et de traiter précocement les sujets les plus à risque.

Une seconde catégorie diagnostique paradigmatique de la pédopsychiatrie et pouvant bénéficier de Psymac est celle des troubles du spectre autistique (TSA). A nouveau, les enjeux d'un repérage précoce, d'une distinction entre certains sous-type de TSA (e.g. Asperger vs. Autisme de haut-niveau...), et de la prédiction de la réponse à certaines prises en charges spécifiques sont tels que la F2RSM souhaite élargir les binômes à de nouvelles équipes de secteurs spécialisées dans les TSA ainsi qu'à l'unité d'évaluation diagnostique du Centre ressource autisme afin de définir les critères minimum d'harmonisation nécessaires à l'intégration de ce second programme au sein de Psymac.

L'appropriation de ces outils par tous, pédopsychiatres et radiologues, apparaît être la clé de voûte indispensable à la réussite de ce projet fédératif de la F2RSM, conçu pour être au service des enfants et adolescents souffrant de troubles mentaux en région Nord - Pas-de-Calais.

Drs Renaud Jardri^{1,2}, Christine Delmaire^{3,4}

¹. Service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Fontan, CHRU de Lille

². Laboratoire de Neurosciences Fonctionnelles et Pathologies, Université droit et santé de Lille

³. Service de Neuroradiologie, Hôpital Salengro, CHRU de Lille

⁴. Laboratoire EarlyCog, Université droit et santé de Lille

M : renaud.jardri@chru-lille.fr

T : 03 20 44 67 47

M : christine.delmaire@chru-lille.fr

T : 03 20 44 64 69



Usages problématiques des écrans et cyberdépendance

La cyberdépendance peut être définie comme une dépendance au virtuel se traduisant par un besoin de connexion qui ne correspond pas aux besoins réels de la personne (par opposition avec des usages professionnels ou scolaires, qui peuvent être intenses mais sont considérés comme nécessaires).

La cyberdépendance s'exprime essentiellement dans trois domaines : la sexualité (pornographie, rencontres), le domaine financier (achats en ligne, bourse, jeux de hasard) et l'interactivité (jeux en ligne, sites de clavardage). Il est à noter que certains comportements se retrouvent dans plusieurs catégories, que certains préexistaient à Internet et aux Technologies de l'information et la communication (TIC) mais furent amplifiés par cette innovation technologique, alors que d'autres ont été authentiquement générés par Internet.

Le temps de connexion ne suffit pas à lui seul à signer la cyberdépendance. La perturbation de l'emploi du temps, la baisse des performances scolaires ou professionnelles, le repli social et la perte de temps de sommeil au profit du temps connecté représentent des indicateurs plus pertinents. Les consommations et abus de café, alcool, cannabis, médicaments psychotropes ou cocaïne représentent toujours un facteur de sévérité qui doit alerter et être pris en charge.

Dans 86% des cas d'usage problématique, les adultes présentent des pathologies recensées au DSM IV (surtout les troubles dépressifs mais encore tout trouble de l'humeur, des troubles obsessionnels compulsifs, des troubles bipolaires, de l'anxiété sociale et l'abus de substances).

L'adolescent aujourd'hui entretient quant à lui une

grande proximité avec le virtuel et va pouvoir se servir de l'abus d'écran pour exprimer une « crise d'adolescence ». Sa révolte contre les adultes et le deuil difficile de l'enfance favorisent des pratiques extrêmes le plus souvent abandonnées quelques années plus tard. L'adolescent se met virtuellement dans la peau d'un adulte lorsqu'il entre dans le jeu vidéo ; Serge Tisseron parle alors de « *mue virtuelle* », puis il abandonne la pratique envahissante des jeux vidéo pour s'engager dans la réalité. Il devient d'abord un adulte virtuel puis dans un deuxième temps, un adulte réel. L'usage problématique (UP) des TIC ou des jeux vidéo peut encore être à cet âge une tentative d'auto-traitement d'une dépression, d'un défaut d'estime de soi, d'une phobie sociale ou une évasion d'un environnement familial perturbé.

Prévention et prise en charge

La règle des 3-6-9-12 est proposée par Serge Tisseron : pas d'écran avant 3 ans, pas de console de jeu personnelle avant 6 ans, pas d'Internet accompagné avant 9 ans, pas d'Internet seul avant 12 ans, ou avant l'entrée au collège.

La prise en charge souvent sera différente chez les adolescents et chez les adultes car chez les premiers, dans

- Bonnaire C., Varescon I. – La cyberdépendance – in Varescon I. *Les addictions comportementales*, Bruxelles, Mardaga, 2009 : 107-132.
- Cungi C., *Faire face aux dépendances, alcool, tabac, drogues, jeux, Internet*, Paris, Retz, 2005 : 223-227.
- Kern L., Romo L., La dépendance aux jeux vidéo et à l'Internet, in Graziani P. Romo L. *Soigner les addictions par les TCC*, Paris, Masson, coll. Pratiques en psychothérapie, 2013, 159-168.
- Le Heuzey M.-F., *Les écrans et nos enfants*, Paris, J. Lyon, 2011.
- Mao B., *Les jeux vidéo*, Paris, 10/18, coll. « Le monde expliqué aux vieux », 2013.
- Minotte P. *Cyberdépendances et autres croquemitaines*, Bruxelles, Fabert, coll. Temps d'arrêt, 2010.
- Schmidt C. Economistes et addictions, in Toubiana E.-P. (dir) *Addictologie clinique*, Paris, PUF, coll. Quadrige EP, 2011 : 563-585.
- Tisseron S., 3-6-9-12 *Apprivoiser les écrans et grandir*, Paris, Erès, 2013.



En 2014, les personnels des centres d'addictologie (Csapa) bénéficieront d'une formation sur l'addiction aux jeux. Financée par l'ARS et organisée par l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa), en lien avec Eclat-Graa et la Fédération addiction, elle donnera lieu, dans chacun des quatre territoires de santé, à une session de trois jours dont l'objectif général est de sensibiliser l'ensemble des professionnels des Csapa accueillant le public en première ligne et leur donner des repères pour pouvoir aborder la demande, en parler, évaluer et orienter si nécessaire.

la grande majorité des cas, il s'agit d'une crise passagère. L'aide est alors éducative et non médico-psychologique. Pour les autres cas, pour les adolescents comme pour les adultes, il convient évidemment de prendre en charge la pathologie sous-jacente. C'est d'ailleurs dans ces cas la souffrance ressentie qui motive la demande de prise en charge. Les outils thérapeutiques sont les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), les thérapies systémiques familiales, l'entretien motivationnel, les ateliers de groupe (intéressant pour l'UP aux jeux vidéo) et les centres spécialisés de prise en charge des addictions aux jeux.

Il convient de différencier la prise en charge des addic-

tions aux jeux d'argent (*gambling*) à réserver préférentiellement aux adultes et celles de prise en charge des jeux vidéo (*gaming*). Il est préférable de ne pas regrouper dans les centres spécialisés de jeunes patients en crise d'adolescence avec des adultes présentant une co-addiction avec substances. Ces centres travaillent essentiellement par thérapies cognitivo-comportementales et entretiens motivationnels.

Dr Arnaud Muysen

Csapa, CHRU de Lille

M : arnaud.muysen@chru-lille.fr

T : 03 20 44 59 46

Cyberaddiction et comorbidités chez les adolescents de 13 à 18 ans

Menée dans le cadre d'une thèse de médecine générale en 2012, l'étude portait sur l'activité devant écrans, l'anxio-dépression, les usages d'alcool et de cannabis. L'enquête par questionnaire fut menée, en 2011-2012, auprès de patients âgés de 13 à 18 ans, sélectionnés aléatoirement par 200 médecins généralistes de la région Nord - Pas-de-Calais. 474 questionnaires ont pu être traités, représentant un taux de participation de 30%.

La cyberaddiction, mesurée avec une échelle élaborée au sein d'un service de psychiatrie pour adolescents [2], a été retrouvée chez 4,3% des répondants. L'étude n'a pas révélé de taux supérieur chez les garçons, contrairement à d'autres études [3, 4], ni de différences significatives selon l'âge et la zone de résidence.

Concernant les comorbidités, les cyberaddicts étaient plus anxieux et présentaient une anxiété plutôt de type panique. Il y avait quatre fois plus d'anxieux chez les cyberaddicts mais ceux-ci n'étaient pas majoritairement anxieux pour autant (44,4% versus 11%, $p < 0,001$). L'étude n'a pas permis d'établir le sens de la relation entre cyberaddiction et anxiété.

Par ailleurs, aucune différence n'a été mise en évidence quant à la dépression et les co-addictions.

Concernant le temps passé devant écran (internet et console), les cyberaddicts passaient en moyenne 29 heures par semaine versus 20 heures par semaine pour les non cyberaddicts. Sur un an, cela représenterait 468 heures, soit environ 19 jours supplémentaires de temps de connexion. Le cyberaddict est incapable de maîtriser son temps de connexion malgré ses efforts. Cependant, d'après la revue de la littérature de

P.D. Vaugeois, le temps moyen de connexion ne donne que peu d'indications sur le degré de dépendance [5].

Concernant les types d'utilisation, les cyberaddicts fréquentaient plus les forums et chats que les non cyberaddicts. Toutefois, aucune différence significative n'a été retrouvée pour Facebook, Twitter, jeux vidéo, First person shooter (FPS) et Massively multiplayer online role playing game (MMORPG).

Des addictologues considèrent pourtant les FPS et MMORPG comme étant plus addictogènes car nécessitant un temps de pratique plus important pour progresser [6].

La cyberaddiction serait donc un problème de santé publique liée à une anxiété. Il conviendrait d'organiser un dépistage non discriminant chez les adolescents et de proposer des moyens de prise en charge adaptés.

Drs Pauline Fournier & Clothilde Lefebvre

[1] Fournier P., Lefebvre C., Cyberaddiction et comorbidités chez les adolescents en médecine générale dans la région du Nord - Pas-de-Calais, Lille, Thèse de doctorat en médecine, 2012.

[2] Clinique Lautréamont, à Loos.

[3] Morahan-Martin J., Schumacher P. Incidence and correlates of pathological Internet use among college students. *Computers in Human Behavior*. 2000 jan; 16(1): 13-29.

[4] Yen J-Y, Ko C-H, Yen C-F, Wu H-Y, Yang M-J. The comorbid psychiatric symptoms of Internet addiction: attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), depression, social phobia, and hostility. *The Journal Of Adolescent Health*. 2007 jul; 41(1): 93-98.

[5] Vaugeois P. La cyberdépendance : fondements et perspectives. Montréal: Centre québécois de lutte aux dépendances; 2006.

[6] Rocher B., Grall-Bronnec M., Vandermerch N., Venisse J.-L. Videogame addiction. *Archives Of Pediatrics*. 2008 jun; 15(5): 804-805.

Une enquête sur la santé psychique des étudiants

En France, le suicide constitue la première cause de décès chez les 25-34 ans et la seconde chez les 15-24 ans après les accidents sur la voie publique. Il représente 1% des décès en population générale contre 16% dans cette dernière classe d'âge, légitimant de définir cette réalité comme un véritable problème de santé publique.

Pour autant, les conduites suicidaires décelées chez les jeunes, et notamment chez les étudiants, sont volontiers banalisées, considérées comme une fatalité et parfois même caricaturées. Malheureusement, elles sont un excellent indicateur de mauvaise santé psychique et traduisent souvent un mal-être authentique, parfois incompris des proches et souvent sous-estimé par les professionnels de santé eux-mêmes et qui fait aujourd'hui l'objet d'une littérature abondante à travers le monde. D'après nombre de ces travaux, les étudiants sont majoritairement en bonne santé physique mais présentent une vulnérabilité significative en matière de santé mentale qui ne cesse de s'accroître.

La Haute autorité de santé, dans ses bonnes pratiques relatives à l'évaluation de la crise suicidaire, propose aux cliniciens de repérer chez les sujets jeunes plusieurs indicateurs représentant autant de facteurs de risque de morbi-mortalité suicidaire : les intentions

suicidaires, les manifestations psychiques liées aux troubles anxieux ou à la dépression, les consommations nocives de toxiques et des conditions de vie défavorables. Le repérage de signes précliniques apparaît ainsi chez les étudiants un préalable indispensable à une prise en charge adaptée et à la mise en place de programme de prévention ambitieux encore à l'état d'ébauche en France.

Dans la région Nord - Pas-de-Calais, les différents acteurs du réseau sanitaire impliqués dans la prise en charge des étudiants (la médecine préventive du rectorat, le laboratoire URECA de l'université de Lille 3, le Service inter-universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé, la Fédération régionale de recherche en santé mentale, le CHRU de Lille ainsi que les secteurs de psychiatrie) ont d'autant plus pris en considération ces éléments que la région accueille une population universitaire importante au sein de ses structures privées et publiques. Dans ce contexte, un état des lieux de la situation locale semblait nécessaire et des données descriptives concernant l'état de santé mentale des étudiants devaient faire l'objet d'une évaluation.

Grâce à l'expérience de l'équipe du Siumpps et avec la collaboration des psychiatres lillois, un autoquestionnaire nommé « Bien-être et santé psychique (Besp) » a servi de base à une étude d'évaluation de la santé psychique globale des étudiants et au dépistage des éléments psychopathologiques qui nécessiteraient une orientation spécialisée lors de leur visite médicale obligatoire en première année universitaire. Le formulaire était composé de 54 items et décomposé en 7 sous-échelles explorant la qualité de vie, la santé psychique globale, les relations sociales, la détresse psychologique, le risque suicidaire et les consumma-

tions de substances psychoactives. Dans les mois qui ont suivi la rentrée universitaire 2010-2011, 900 questionnaires Besp ont été recueillis auprès des étudiants lillois de L1 et L2.

L'enquête a permis de mettre en évidence une qualité de vie globale très hétérogène, marquée par des relations sociales et une santé physique plutôt préservées en comparaison à une santé environnementale et une santé psychique plus précaire. La santé psychologique était globalement plutôt médiocre et s'assortissait de signes thymiques et d'une irritabilité préoccupantes alors que l'anxiété était plutôt modérée et que les troubles n'avaient qu'un faible retentissement cognitif. En revanche, nous relevions chez ces étudiants la présence fréquente d'une idéation suicidaire (8% des

étudiants interrogés disaient avoir eu des idées de suicide dans l'année précédant l'évaluation), confirmant ainsi le risque suicidaire propre à ces âges. Enfin, la consommation d'alcool était significative (5,6 %) mais s'associait à des chiffres plutôt bas de consommation de cannabis (3,3 %) sur des données purement déclaratives. Des analyses de corrélation permettaient également d'établir que la qualité de vie et notamment la qualité de l'environnement représentent des facteurs de protection face au risque suicidaire alors que la détresse psychologique lui est fortement liée.

Dr François Ducrocq,
FzRSM

T : 03 20 44 10 34

M : francois.ducrocq@chru-lille.fr

Des services ambulatoires pour les étudiants

Les Centres de santé des étudiants ou Services inter-universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (Siumpps)

Au service d'une population étudiante, ces centres ont un rôle d'accompagnement préventif, éducatif, médical et psychologique. Les demandes relatives à la santé mentale les amènent, parfois, à proposer les services spécifiques de psychiatres et de psychologues cliniciens qui s'intègrent aux équipes pluridisciplinaires. Les étudiants reçus viennent pour tous les types de troubles ou de problématiques sans exclusive : stress, tentative de suicide, délires, dépression, addictions, violences subies, échecs dans les études...

Les Centres de santé :

- Lille 1 - T : 03 20 43 65 50
- Lille 2 - T : 03 28 55 06 40
- Lille 3 - T : 03 20 19 02 70
- Université catholique de Lille - T : 03 28 04 02 40

Les Centres de prévention :

- Université de Valenciennes et du Hainaut-Cambrésis Mont Houy - T : 03 27 51 10 41
- Université d'Artois - T : 03 21 60 49 16
- Université Littoral Côte d'Opale : T : 03 28 23 71 61

Le Bureau d'aide psychologique universitaire (Bapu)

Le Bapu est un centre de consultation, implanté à Lille, pour les étudiants qui souhaitent une aide psychologique. Il aide les étudiants dans ce moment particulier où la famille s'efface, alors que l'environnement social n'est pas encore porteur d'identité.

L'équipe est composée de psychologue, de psychiatre, d'assistante sociale... Le Bapu est agréé pour recevoir des étudiants et des jeunes adultes en formation de plus de 17 ans, qui connaissent des difficultés psychologiques. Il est ouvert à tout étudiant faisant ses études dans la région Nord - Pas-de-Calais.

T : 03 20 54 85 26

M : bapulill@club-internet.fr

La prise en charge des adolescents présentant des problématiques psychologiques et comportementales sévères

En 2009, dans le cadre de sa mission de recherche, l'Institut wallon pour la santé mentale a été mandaté par la région wallonne pour réaliser un état des lieux de la prise en charge des jeunes dont la problématique se situe au croisement de la sphère judiciaire, de la sphère éducative et de la sphère médicale (psychiatrique).

Ce travail a donné lieu à un rapport intitulé «*Les situations «complexes» : État des lieux et pistes de travail concernant la prise en charge des adolescents présentant des problématiques psychologiques et comportementales sévères*».

Des jeunes aux trajectoires édifiantes

Nous pouvons dire des jeunes sur lesquels a porté notre étude qu'ils présentent à la fois des problèmes qualifiés de psychiatriques et de graves problèmes comportementaux qui finissent souvent par entraîner une judiciarisation de leur prise en charge. Le point commun de ces adolescents est qu'ils perturbent le système d'offre tel qu'il est organisé et amènent régulièrement les institutions à ne plus se reconnaître compétentes pour les accueillir. Les transgressions et les passages à l'acte auto et hétéro agressifs font

partie des «*symptômes*» qui mettent le plus à mal les équipes, l'indication d'une réponse à valence plus curative qu'éducative étant compliquée à établir... et lorsqu'elle est établie, semble difficile à appliquer. Quelle que soit la nature du service qui les accueille, celui-ci est généralement mis en difficultés dans sa mission par le comportement du jeune, de telle sorte que d'autres solutions sont à envisager. De cette façon, si l'on n'y prend garde, leur parcours s'inscrit dans le morcellement et l'errance.

La grande majorité de ces adolescents ont une histoire marquée par la souffrance et les situations traumatiques. Le décès d'un proche, le rejet par les parents, les violences intrafamiliales, les abus sexuels, la maladie psychique d'un parent, l'exil dans des conditions difficiles, viennent souvent plomber leurs anamnèses. Nous pouvons donc, à leur sujet, postuler une «*entrée en souffrance*» lourde et précoce qui a d'abord et avant tout fait d'eux des enfants à protéger.

Des constats concernant l'offre de prise en charge

Avant tout, les secteurs concernés manquent de places, surtout dans certaines régions. Les délais d'attente peuvent être très longs, incompatibles avec les missions des institutions. Ce constat a de nombreuses répercussions sur les trajectoires de prise en charge. C'est ainsi que les simples séjours d'attente se multiplient, venant accentuer le saucissonnage, souvent à des moments de crise pour les jeunes. Ceux-ci sont orientés en fonction des places disponibles plus que d'un projet cohérent. Ou encore, des retours en famille ou des mises en autonomie peu opportunes sont décidés faute d'autres solutions. Certains jeunes ne trouvent aucune place dans les institutions adaptées à leur problématique. De cette façon, c'est au



moment où les situations nécessitent le plus d'attention (moments de crise et changement de lieu de vie) qu'elles risquent d'en recevoir le moins. Ce manque de places augmente également la tendance qu'ont de nombreuses institutions à trier les populations qu'elles accueillent. Beaucoup de services refusent les jeunes porteurs d'étiquettes lourdes comme : psychiatrie, délinquance, toxicomanie, infraction à caractère sexuel. Les jeunes dont nous parlons les cumulent souvent...

La complexité peut également être renforcée par les difficultés de collaboration et de communication entre institutions de secteurs et/ou de paradigmes différents. Les objectifs, le cadre éthique, les références conceptuelles et théoriques varient entre secteurs, entre services. De plus, ceux-ci manquent généralement de moyens pour réaliser le travail en réseau nécessaire. C'est ainsi que, bien que le travail en réseau soit de plus en plus valorisé et soutenu, il semble que du chemin soit encore à parcourir concernant les situations complexes, notamment pour que l'intérêt du jeune vienne transcender les logiques et les contraintes administratives et sectorielles.

La difficulté de faire coïncider l'ensemble des problématiques du jeune et l'offre de prise en charge favorise les jeux de « *ping-pong* » entre services qui tantôt incluent le jeune dans leur sein pour l'une de ses difficultés et tantôt l'excluent pour une autre (voire pour la même raison qui a motivé son inscription). Dans ces conditions, la socialisation comme finalité de la prise en charge, si elle peut se percevoir dans l'action isolée de chaque service, peut s'avérer fondamentalement compromise au regard du parcours de soin dans son ensemble. Une étiquette stigmatisante permet l'entrée du jeune dans un service et une plus stigmatisante encore conclut son exclusion et sa réorientation.

La question de la demande

Un autre élément commun à la majorité de notre public est la quasi-impossibilité dans laquelle il est d'être porteur d'une demande explicite de « *soins* ». Les réponses d'ordre psychothérapeutique, qui privilégient la mise en mots, sont totalement en décalage par rapport au mode de fonctionnement de ces adolescents (et c'est bien pour ça qu'elles sont théoriquement si importantes). L'engagement dans une relation thérapeutique, avec tout ce qu'il peut impliquer d'émergence d'affects douloureux que le sujet s'emploie à tenir à distance, est extrêmement difficile à « *obtenir* ». Rajoutons à cela la mauvaise image du champ psy et de ses intervenants chez ces jeunes, liée à la stigmatisation qu'il implique pour ses bénéficiaires ; mais aussi pour certains, aux multiples rencontres sans suites avec des thérapeutes qu'ils ont pu faire durant leur parcours... Les intervenants psychosociaux sont souvent classés du côté des représentants du système et sont appréhendés à ce titre avec défiance.

Quelles qu'en soient les raisons, l'absence de demande, voire le « *sabotage* » systématique de la mise en place de démarches psychothérapeutiques, est un point nodal de ces problématiques complexes. Celle-ci impose aux structures qui veulent se donner les moyens de travailler avec ce public un réajustement de la définition de la demande « *recevable* » et la mise

en place de dispositifs inventifs, alternatifs aux procédures d'admission classiques, ainsi qu'un travail psychothérapeutique articulé aussi autour des passages à l'acte.

Par ailleurs, le travail sous contrainte fait également partie des possibilités dont disposent les juges. Néanmoins, ces derniers évoquent des freins à la mise en place de ce type de solution. Censé donner des injonctions, le juge de la jeunesse se trouve dans une position inconfortable face aux professionnels de la santé mentale qui obéissent au principe du contrat thérapeutique. Nous retrouvons ici un constat formulé unanimement par les institutions partenaires du secteur de la santé mentale. Les exigences de certaines institutions en termes de demande, de projet, de motivation, participent au phénomène d'exclusion de notre public cible.

Conclusions

Nous l'avons vu, les jeunes qui nous préoccupent vivent depuis leur plus jeune âge une situation de souffrance psychique. Nous pouvons donc raisonnablement attendre que les premières mesures mises en place pour l'enfant et ses parents soient accompagnées d'une offre psychothérapeutique consistante qui se donne le temps et des moyens adaptés au contexte et aux enjeux. Or, il semble que, dans les faits, ce soit rarement le cas. Dans cette logique, soulignons l'intérêt qu'il y a à soutenir des initiatives qui développent un travail clinique sur le milieu de vie adressé aux tout jeunes enfants (0-6 ans). Il s'agit ici de travailler les perturbations précoces du lien parents – enfants lorsqu'elles sont constatées par un parent ou par un intervenant de première ligne, généralement dans un contexte où la demande a du mal à se formuler. Bien qu'il soit avant tout « *curatif* », ce type de dispositif a des vertus préventives évidentes étant donné l'impact de la qualité relationnelle parent – bébé sur le devenir de celui-ci. L'amorce d'une spirale vertueuse au sein de la dynamique familiale est génératrice de bénéfices inestimables, tant pour les intéressés que pour la société. Enfin, concernant les adolescents qui sont au centre de notre attention, nous devons abandonner l'idée qu'il existe une et une seule bonne institution pour les accueillir. Des solutions intéressantes pourraient se construire en mobilisant plusieurs services qui travailleraient avec le jeune et sa famille au départ de différents scénarios (des possibilités d'orientation) afin d'anticiper les situations, fussent-elles de crise, et des réponses adaptées à chacune d'entre elles. Le réseau en question pourrait comprendre un lieu de vie, une école, la possibilité d'un « *séjour de répit* » pour prendre du recul et faire le point, un travail thérapeutique externe au lieu de vie, une possibilité d'hospitalisation en cas de décompensation, une IPPJ si les comportements du jeune passent certaines limites, etc. En effet, c'est en anticipant les passages à l'acte, constitutifs de la problématique, que nous donnerons le plus de chance à un travail basé sur la non-exclusion.

Pascal Minotte, psychologue et chercheur

Centre de référence en santé mentale (CRéSaM), Namur

T : 00 32 81 25 31 42 - M : p.minotte@cresam.be

Mineurs, santé mentale et prison

La spécificité des soins psychiatriques aux mineurs incarcérés tient, non pas, à l'exercice mais au lieu de cet exercice. L'existence même de ces soins témoigne d'une volonté de considérer ces jeunes comme des citoyens à part entière.



Une population mal connue

Une soixantaine d'établissements se répartissent les 66 572 mineurs détenus en France, soit 1,1% de la population sous écrou. Ils peuvent être incarcérés dès 13 ans, soit en quartier pour mineurs, soit dans l'un des 6 établissements pour mineurs (EPM) de France. La durée moyenne des incarcérations dépasse rarement quelques mois.

La littérature portant sur la santé mentale des mineurs incarcérés est rare et souvent contradictoire. Une enquête menée par la Drees en 2003 montre qu'un arrivant sur 13 entre avec un psychotrope et qu'un sur 8 nécessite des soins psychiatriques. Les troubles mentaux caractérisés sont rarement observés. En revanche, les carences éducatives et affectives sont souvent au premier plan ainsi que l'immaturité affective et les troubles du comportement qui en résultent. Les conduites addictives sont également fréquentes et concernent essentiellement le tabac et le cannabis, parfois l'alcool, exceptionnellement d'autres produits. Un élément fondamental à considérer est la potentialité évolutive des symptômes constatés à ces âges.

Les dispositifs de soins

Les Unités de consultations et de soins ambulatoires (Ucsa) assurent l'ensemble des soins somatiques aux détenus. En EPM, le dispositif de soins psychiatriques dépend généralement de ces unités. Ce n'est pas le cas en quartier mineur où les soins sont délivrés soit par le Service médico-psychologique régional (SMPR), soit par des praticiens hospitaliers conventionnés.

Le dispositif de soins psychiatriques a pour mission principale d'identifier les mineurs souffrant de troubles psychiques et de déterminer s'ils nécessitent des soins hospitaliers. Ceux-là sont alors pris en charge en unité de psychiatrie générale, parfois mal adaptée (maintien en chambre d'isolement, service adulte). Depuis 2010, des Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) ont vu le jour et offrent des conditions de soins plus satisfaisantes liées à la sécurisation des locaux. Les deux modes d'hospitalisation coexistent encore...

Les mineurs bénéficient tous d'une évaluation psychiatrique à leur arrivée, puis d'un suivi si leur état le nécessite. Les psychothérapies, comprises au sens large du terme, sont également possibles en détention. Des actions de préventions sont aussi organisées, parfois avec les différents partenaires de l'établissement.

L'entretien thérapeutique doit rester, autant que possible, un espace neutre, ce qui nécessite l'application stricte de la déontologie médicale, et plus particulièrement du secret médical. Bien qu'ils soient mineurs, le consentement aux soins est toujours recherché. Le consentement des titulaires de l'autorité parentale est quant à lui clairement inscrit dans la Loi, et conditionne l'ensemble de la prise en charge, à l'exception des cas d'urgence.

Des soins en questionnement

La spécificité des soins psychiatriques aux mineurs incarcérés tient non à l'exercice mais au lieu d'exercice. L'existence même de ces soins témoigne d'une volonté de considérer ces jeunes comme des citoyens à part entière. Il s'agit également d'un moment privilégié pour dépister et promouvoir la santé auprès d'une population parfois socialement défavorisée.

Néanmoins, savoir organiser les soins et préserver son champ d'action face aux différents partenaires (administration pénitentiaire, protection judiciaire de la jeunesse, éducation nationale) nécessite pour l'équipe, un travail permanent qui peut conduire à un sentiment d'usure. Une meilleure coordination entre les structures de soins (SMPR, UHSA, EPM, secteur psychiatrique) est à promouvoir ainsi qu'avec les familles, ressources indispensables pour bon nombre de problématiques adolescentes. Il est également nécessaire de préciser que l'incarcération ne peut se concevoir comme un substitutif au dispositif de soins psychiatriques, et réciproquement.

Drs Clément Garcette et Eric Thomazeau, psychiatres
Centre hospitalier de Valenciennes
M : thomazeau-e@ch-valenciennes.fr
T : 03 27 14 31 82

[1] Ministère de la justice, Les chiffres clés au 1^{er} janvier 2013 <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/>

[2] Sannier O., Nappez S., Manaouil C., Prise en charge sanitaire des mineurs détenus, *Archives de Pédiatrie*, Volume 17, Issue 2, Pages 166-174

[3] Mouquet M.-C., La santé des personnes entrées en prison en 2003, Drees, Etudes et résultats n°386, mars 2005 <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er386.pdf>

[4] Fix M., Soigner en prison, *La Revue du praticien*, 2013, vol. 63, n°1, pp. 75-77.

Famille et pédopsychiatre en institution. Une alliance thérapeutique possible

L'admission en établissement spécialisé ravive souvent chez les parents ayant un enfant porteur d'un handicap, le traumatisme de l'enfant différent. L'annonce du handicap reçue violemment crée souvent un contentieux avec le corps médical provoquant un certain recul, voire une colère de la famille.

La famille, dans le cadre d'une intégration en établissement doit cheminer, exprimer le ressenti d'un parcours jonché de colère enfouie, de souffrance et de sentiments d'abandon. C'est lors d'un premier entretien avec le pédopsychiatre que les liens peuvent se créer à des niveaux de confiance différents.

Ainsi s'expriment les questions du pourquoi, du devenir, de l'avenir.

Cependant, certaines familles s'obstinent ou ne souhaitent pas *entendre* afin de ne pas revivre leurs souffrances. Elles restent aussi convaincues que le pédopsychiatre a pour mission première de médicaliser l'enfant. Persuadée de l'intérêt de ces rencontres, l'équipe pluridisciplinaire se doit de faire preuve de patience, qui avec le temps amènera la famille à constater la nécessité d'une rencontre avec le pédopsychiatre.

La route est souvent longue avant que la famille s'autorise à partager ses émotions, ses interrogations sur le comportement de son enfant et de porter un regard positif sur le projet éducatif personnalisé.

C'est ainsi que le premier entretien peut être vécu comme un nouveau traumatisme. Il lui faut refaire l'histoire, passer à nouveau par l'annonce du handicap, les espoirs d'amélioration, souvent persuadée que l'institution proposée n'est pas la mieux adaptée à la pathologie de l'enfant. *Mon enfant est moins handicapé que les autres.* C'est dans ce déversement de souffrance mais aussi d'espoir, que le pédopsychiatre va créer l'ébauche d'une relation et d'un travail thérapeutique alors possible en

impliquant comme il se doit l'équipe pluridisciplinaire de l'institution.

La rencontre des parents avec le pédopsychiatre peut être aussi vécue de façon positive. Ils apprécient l'expertise d'un spécialiste et trouvent des réponses qu'ils n'ont pas obtenues durant le parcours de l'enfant depuis sa naissance.

Ainsi la famille prend conscience de la place qu'elle occupe dans la parcours de son enfant et ceci en lien avec certains membres de l'équipe.

A travers les entretiens avec le thérapeute, les familles trouvent souvent une ressource personnelle. Celui-ci réajustant certaines idées ou certitudes exprimées, amenant alors un autre constat et un autre regard.

Certaines familles peuvent rester imperméables à ces échanges, sachant néanmoins que beaucoup d'entre elles sont maintenant en demande, persuadées de trouver un éclairage sur leurs interrogations et aussi un apaisement bénéfique favorisant l'accompagnement de leur enfant.

Un accompagnement demande la coopération de chaque acteur pour optimiser la qualité de l'accueil en institution. Les parents en sont le maillon incontournable. Mais le pédopsychiatre en est l'élément essentiel.

Chantal Pancow,
administratrice déléguée Sésame Autisme
IME La Fontinelle, Annœullin
T : 03 20 00 82 34



3

Le maillage : la pédopsychiatrie et ses partenaires



La complexité des situations : l'apport du travail en réseau autour du jeune enfant (0 à 2 ans)

L'Espace Lebovici est un centre polyvalent à spécificité pédopsychiatrique (1), situé dans le centre de Lille, dont la pratique s'inscrit dans la « *pédopsychiatrie intégrative* » (2). Pour chaque enfant rencontré sont recherchés les appuis spécifiques dont il a besoin pour son développement corpero-psychique, en vue de fabriquer pour lui un « *costume thérapeutique sur mesure* ».

Pour ce faire, nous rencontrons d'abord le bébé et ses parents en consultation pédopsychiatrique, puis d'autres soignants de l'équipe (psychologue, psychomotricien, infirmier, auxiliaire de puériculture...) font connaissance avec ce bébé. Le fonctionnement psychique immature du bébé a ceci de particulier qu'il se déploie de façon parcellaire dans ces différentes relations [3]. D'emblée est constituée une équipe autour du bébé, sorte de réseau « *primaire* » de soin, auquel s'adjoint un réseau secondaire, le plus souvent dormant, constitué d'institutions et de professionnels divers, mobilisé en fonction de besoins particuliers.

La croissance et la maturation psychique du bébé ont besoin d'un « *double ancrage, corporel et interactif* » pour advenir [4], ce qui nous amène à être particulièrement attentifs au corps du bébé et à son environnement. Bernard Golse présente le corps du bébé comme « *la voie royale d'accès au processus de psychisation* » [4]. La souffrance psychique du très jeune enfant s'ex-

prime très souvent par des manifestations corporelles (troubles alimentaires, troubles du sommeil, troubles à expression psychomotrice...). Les symptômes physiques du bébé sont donc pris en compte, avec avis de collègues somaticiens, pour établir un diagnostic différentiel avec une pathologie somatique, pour comprendre l'expression singulière d'une pathologie somatique, ou pour soulager des symptômes corporels qui entravent les possibilités de développement de l'enfant.

Les contacts peuvent être pris avec des médecins généralistes, des pédiatres (généralistes ou de surspécialité (neuropédiatrie, pneumopédiatrie...)), des médecins de rééducation fonctionnelle ou des kinésithérapeutes.

Au tout début de sa vie, le bébé est en état de « *dépendance absolue* » à son environnement [5]. A l'extrême, sa survie en dépend. Le développement corporel et psychique du bébé s'étaye sur son environnement humain et matériel. Le bébé trouve et maintient le « *sentiment continu d'exister* » [5] dans la satisfaction de ses be-



soins élémentaires par son entourage, ses parents le plus souvent. La sensibilité, la fiabilité, l'accessibilité de l'entourage et la prévisibilité des réponses apportées aux besoins du bébé sont nécessaires à un développement corpro-psychique satisfaisant [5]. Un environnement qui répond de façon trop inadéquate à ses besoins va être source de souffrance psychique pour le bébé, voire entamer ses potentialités développementales [6]. En outre, l'appareil psychique très immature du bébé ne peut traiter seul les stimulations qui lui parviennent. Il a absolument besoin qu'un adulte reçoive, contienne, transforme et lui restitue les sensations, les émotions et les angoisses qui le traversent, qu'on l'aide à mettre en forme son monde interne, comme le monde extérieur [4]. C'est cette particularité de son fonctionnement psychique qui rend la continuité relationnelle indispensable au bébé, et ce, jusqu'à ce qu'il soit suffisamment mature pour accéder à une organisation physique et psychique autonome et stable. Enfin, le développement du bébé et la parentalité se nourrissent l'un l'autre dans une « spirale interactionnelle » [7]. Le bébé, les interactions parent-enfant et les parents sont inextricablement liés, si bien que lorsque l'on repère des difficultés à quelque endroit, les trois composantes du système risquent d'être perturbées et nécessiter une prise en charge.

Pour toutes ces raisons, l'équipe est attentive au bébé, à ses parents, premier cercle environnemental du bébé, et à leurs liens, mais également à tous ceux qui s'occupent de lui au quotidien. En fonction des besoins, l'aide de partenaires est recherchée : équipes de Protection maternelle et infantile (PMI) pour soutenir les capacités familiales et/ou instaurer certaines aides sociales spécifiques, équipe du Fil d'Ariane, en cas de troubles graves de la parentalité, Aide sociale à l'enfance (ASE) quand les familles sont gravement dysfonctionnelles et que le bébé est en danger, crèches ou lieux de garde, ou, quand le bébé est à risque de carence dans sa famille, psychiatres si des soins sont indiqués pour les parents ou encore hôpital de jour parent-enfant.

Si la prise en charge que nous pouvons proposer est insuffisante, le bébé peut être orienté vers l'équipe de pédopsychiatrie de secteur, vers une équipe de surspécialité : Centre ressource autismes (CRA), Camsp Montfort pour des troubles auditifs ou du langage, Camsp de Villeneuve d'Ascq pour des troubles neurologiques et moteurs...

Les familles que nous accueillons peuvent présenter une pathologie du lien, qui risque de désorganiser le fonctionnement du réseau (il en est de même pour l'institution). Ce type de difficulté psychique est caractérisé par un manque de différenciation entre les membres de la famille, qui peut s'exporter dans le monde extérieur [8]. Le groupe des professionnels risque alors de reproduire au sein du réseau le mode de fonctionnement pathologique de la famille, fait de déni, de clivage et de projection. Ces mécanismes de défense servent l'illusion d'indifférenciation, la différenciation générant des angoisses archaïques catastrophiques [11]. Pour préserver nos capacités de penser et prévenir des disqualifications mutuelles, nous pouvons nous appuyer sur deux piliers : le cadre (qui permet à chacun d'avoir

une définition précise de son rôle dans le réseau, de retrouver son cap, quand il est chahuté par la pathologie familiale) et les réunions de concertation.

Celles-ci sont l'occasion de rassembler les expériences de chaque membre du réseau, d'analyser les mécanismes psychopathologiques à l'œuvre et, le cas échéant, de sortir de la confusion que provoque en chacun de nous les émotions archaïques induites par cette pathologie du lien. La pensée s'en trouve libérée, le réseau retrouve ses capacités de soutien de la famille, et la famille voit ses capacités de représentation croître [9]. Nous retrouvons là des notions de la psychothérapie institutionnelle, en particulier celle de « constellation transférentielle » [2].

A l'instar des qualités requises pour l'environnement du bébé, le réseau doit avoir certaines qualités comme la fiabilité et la réactivité, qui permettent une confiance mutuelle. Ces deux qualités sont importantes, surtout à une période de la vie de l'enfant où le développement est très rapide et les possibilités thérapeutiques très grandes. Pour paraphraser Winnicott, qui nous a appris que « un bébé tout seul n'existe pas » [5], un Camsp pédopsychiatrique tout seul n'existe pas non plus, surtout lorsqu'il accueille de très jeunes enfants.

Les deux types de réseaux, « primaire » pour l'accompagnement quotidien du bébé et de sa famille, et « secondaire » pour les ressources complémentaires à notre action quotidienne, nous semblent indispensables ; ils peuvent se constituer et se consolider lors de formations ; ainsi par exemple, celle portant sur l'observation du bébé selon la méthode décrite par Esther Bick [10], ouverte à des professionnels d'horizons différents, qui a permis d'expérimenter le travail de mise en réseau « psychique » (principe de l'élaboration collective d'une observation du bébé) et s'est prolongé par la mise en réseau des compétences d'un grand nombre de professionnels de la région.

Drs Floriane Carillo, Delphine Charlet et Rosa Mascaro (directrice), pédopsychiatres.

Espace Lebovici, Lille.

T : 03 28 14 10 31

M : camsp@lasauvegardedunord.fr

[1] L'Espace Lebovici regroupe trois unités de prévention et de soins précoces à spécificité pédopsychiatrique : l'Unité mère-enfant Myriam David, le Camsp Alfred Binet et le Sessad Serge Lebovici. <http://www.lasauvegardedunord.fr/etablissements/espace-serge-lebovici-camsp-alfred-binet/>

[2] Delion P., *Écouter, soigner. La souffrance psychique de l'enfant*, Ed A. Michel, 2013.

[3] Delion P. (dir.), *La souffrance psychique du bébé. Approches pluridisciplinaires*, Ed ESF, Coll. La vie de l'enfant, 2002.

[4] Viodé-Bénony C., Golse B., *Psychopathologie du bébé*, Ed A. Colin, Coll. 128, 2e édition, 2012.

[5] Winnicott D.-W., *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Ed Payot, 1969.

[6] Mascaro R., Dupuis-Gautier C., Jardri R., Delion P., Evaluation des effets du placement précoce du bébé en pouponnière, *Devenir* 2012/2 (Vol. 24) : 69-115.

[7] Lebovici S., Stoléru S. *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste. Les interactions précoces*, Ed Bayard, 2003.

[8] Racamier P.-C., *L'inceste et l'incestuel*, Les éditions du collège, 1995.

[9] Libert M., La pratique du réseau en psychiatrie périnatale. Ebauche de théorisation : la périnatalité, *L'information Psychiatrique*, 2001, Vol 77 N°1.

[10] Delion P. (dir.), *L'observation du bébé selon Esther Bick, son intérêt dans la pédopsychiatrie d'aujourd'hui*, Ed Erès, Coll Mille et un bébés, 2004.

[11] Berger M., *Le travail thérapeutique avec la famille*, Ed Dunod, Coll. Psychothérapie pratique, 2e édition, 2012.

Enfants et jeunes confrontés à des problématiques de santé mentale : l'action du Département

Si la santé relève d'une politique nationale mise en œuvre par les Agences régionales de santé (ARS), dans le Nord, le Département en est l'un des acteurs majeurs par ses politiques de prévention, d'accompagnement, de protection et de développement social territorial.

Pour cette collectivité, être «*chef de file*» [1] de l'action sociale et de la protection de l'enfance va au-delà de la définition des orientations stratégiques des politiques publiques. Il s'agit aussi pour lui de concrétiser, avec ses partenaires, les valeurs de solidarité et de proximité en direction des personnes et des familles fragilisées, notamment dans leur santé. Cet engagement est essentiel car, on le sait, les problématiques de santé sont davantage corrélées à des facteurs sociaux - conditions de vie, exclusion et pauvreté - qu'à des variations territoriales de l'offre de soins [2]. Il s'intensifie dès que sont concernés des enfants et adolescents. En effet, avec une structure démographique forte de sa jeunesse (27,3 % de sa population a moins de 20 ans) et un taux de natalité dynamique (14,3 naissances pour 1000 habitants), le Nord dispose d'atouts précieux mais aussi d'une responsabilité humaine majeure.

Département du Nord : un service public territorialisé

Avec 2,6 millions d'habitants, le Nord est aujourd'hui le département le plus peuplé de France. Le Conseil général a organisé son service public d'action médico-sociale en conséquence : 44 unités territoriales de prévention et d'action sociale (UTPAS), 10 services de prévention santé (SPS), 500 lieux de consultation de PMI et autant de permanences sociales accueillent, informent, orientent vers les partenaires spécialisés et accompagnent les usagers.

Près de 1 000 professionnels - médecins, infirmiers, sages-femmes, puéricultrices, psychologues, conseillères conjugales et familiales, secrétaires - se consacrent à la prévention et l'accompagnement médico-social et travaillent en étroite collaboration avec les professionnels libéraux, hospitaliers et les établissements tels que les Centres d'action médico-sociale précoce.

Prévention précoce et dépistage

Les consultations de PMI sont, naturellement, des lieux de repérage et de dépistage précoce des troubles du développement chez l'enfant et de la relation parentale. Au sein des UTPAS, le service départemental de PMI assure le suivi des femmes enceintes, des enfants de moins de 6 ans et soutient les parents pour prévenir les pathologies du lien familial.

Le bilan de 4 ans constitue un moment-clé de détection précoce des troubles sensoriels, des apprentissages et de l'adaptation scolaire des enfants ; il en est de même des rencontres dans les Lieux d'accueil parents-enfants (Lape) qui s'adressent aux enfants encore plus jeunes.

Les services de prévention santé et les actions de planification familiale portées par le service de PMI, le planning familial ou des centres hospitaliers conventionnés, touchent surtout un public de jeunes. Ils assurent des séances d'information individuelle ou collective sur la vie affective et sexuelle et les contraceptions, dans une recherche constante de prévention.

Enfin, spécialisé dans la prévention des addictions, le service Epicéa assure la sensibilisation de professionnels en contact régulier avec les jeunes (travailleurs sociaux, enseignants...) et développe ainsi un réseau d'animateurs-relais dans tout le département.

Contribution à l'épidémiologie

Le recueil de données extraites des certificats de santé de l'enfant transmis au service départemental de PMI, permet de mieux connaître l'état de santé des jeunes enfants et constituent un apport précieux pour l'identification des facteurs prédictifs et des «*groupes à risque*», l'approche des facteurs explicatifs et l'évaluation des besoins en services de santé en général [3].

Protection de l'enfance et engagement dans une dynamique de prévention des difficultés de la jeunesse

Près de 20 000 jeunes mineurs bénéficient d'une mesure de protection de l'enfance. De nombreuses études le confirment : la fréquence des troubles psychiques ou mentaux chez les enfants sous protection est plus élevée que dans le reste de la population de même tranche d'âge. Des difficultés d'accès aux soins somatiques et psychiques persistent alors que ces jeunes expriment une grande souffrance et une difficulté à être compris dans leurs besoins. Ces situations mettent en difficultés les modes d'accompagnement ou d'intervention traditionnels des professionnels de l'enfance, de l'éducation ou de la justice.

La nécessité d'un fonctionnement en réseau, respectueux des compétences de chacun, pour prévenir les ruptures de prise en charge des jeunes

Aussi, parallèlement à la recherche de solutions partenariales, le Département du Nord fait-il de l'accompagnement préventif des adolescents, un axe prioritaire de sa politique de protection de l'enfance. Il finance ainsi 450 postes d'intervenants auprès des jeunes dans les centres sociaux, les communes, les établissements scolaires, au sein même des quartiers... Des problématiques de santé sont souvent repérées chez les jeunes, corrélées à un décrochage scolaire et des difficultés d'insertion (le Fonds départemental d'aide aux jeunes consacre 7 % de son budget à l'accompagnement santé).

Tous les professionnels du secteur social et médico-social en contact quotidien avec les jeunes observent une croissance de la souffrance psycho-sociale. Elle s'exprime par une symptomatologie qui ne recouvre pas toujours une pathologie mentale avérée : comportements d'isolement, échecs répétés, ruptures de trajectoires, conduites à risques, violence... La limite entre la souffrance psycho-sociale et la pathologie mentale relève d'une appréciation délicate pour les professionnels de l'action sociale départementale qui peut contrarier un accompagnement adapté aux besoins de chaque jeune.

Améliorer le repérage de la souffrance des enfants et des jeunes

Le Département du Nord vient d'obtenir la priorisation de formations professionnelles dans le contrat d'objectifs sectoriel des secteurs sanitaire, social et médico-social. Un séminaire sur le repérage précoce des signes de souffrance du bébé a déjà eu lieu mobilisant de nombreux professionnels départementaux. Par ailleurs pour juguler les situations d'urgence, les psychologues du Département effectuent désormais un bilan à l'admission de l'enfant dans le service de l'ASE, dans le but de détecter les signes de souffrance et de

vulnérabilité psychiques pour envisager une prise en charge adaptée par les services de santé et de psychiatrie.

Asseoir le dispositif de prévention et de gestion des situations complexes de jeunes

Impulsés par le Département, les Réseaux territoriaux de compétences (RTC) réunissent les acteurs de la protection de l'enfance interpellés par les jeunes à difficultés multiples [4] qui, par leurs problématiques spécifiques, mettent à l'épreuve les dispositifs traditionnels. Cette démarche s'inscrit dans la lignée des préconisations de l'Office national de l'enfance en danger (Oned) [5].

Assurer la continuité des parcours des jeunes

Le Département préside le Groupement d'intérêt public (GIP) de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Au-delà de l'attribution d'allocations individuelles, sa commission administrative décide de l'orientation de jeunes (et d'adultes) vers les structures spécialisées, adaptées aux besoins d'accompagnement et de prises en charge de chacun. Il est indispensable de poursuivre la coordination engagée pour une concrétisation rapide de ces orientations.

Il est urgent de dépasser la logique traditionnelle d'établissement ou de service au profit d'une logique centrée sur l'usager ; car les jeunes dits « difficiles » ignorent les frontières institutionnelles et sont en droit de bénéficier d'un parcours de prise en charge adapté à leurs problématiques spécifiques. Des initiatives institutionnelles allant dans ce sens - maisons des adolescents de Lille et du Hainaut portées conjointement par l'ARS, le Département, La Sauvegarde du Nord, l'Afeji et les centres hospitaliers de Lille, de Maubeuge et de Valenciennes [6], montrent que cette « révolution copernicienne » est à la fois possible et judicieuse.

Dr Laurence Lecomte, chargée de la stratégie santé

Département du Nord

M : laurence.lecomte@cgs9.fr

T : 03 59 73 71 86

[1] La notion de chef de file entre collectivités a été introduite par la révision constitutionnelle de 2003 puis reprise dans la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.

[2] Malaizé V., Desrivière D., *Les disparités territoriales de dépenses de santé dans le Nord - Pas-de-Calais au regard des facteurs démographiques, sanitaires et sociaux*, Insee, Profils n°105 - juin 2012. http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=18724

[3] Allès-Jardel M., Mouraille S. Étude de la santé mentale chez des enfants de 6-10 ans : comparaison entre 2 groupes issus de milieux scolaires et socioculturels différents, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, Volume 51, Issue 5, Pages 235-246.

[4] Jeunes dont les besoins spécifiques relèvent en général de plusieurs modes de prise en charge (sanitaire, sociale, médico-sociale, judiciaire) selon Jean- Yves Barreyre, psychosociologue, directeur du CEDIAS, délégué régional ANCREA Île-de -France.

[5] Barreyre J.-Y., Fiacre P., Joseph V., Makdessi Y., Une souffrance maltraitée, parcours et situations de vie des jeunes dits incasables, Cedias, juillet 2008. <http://www.anthropos-consultants.fr/Unesouffrance-maltraitee-Parcours.html>

[6] Cf encadré page 55.

La scolarisation des enfants présentant des troubles psychiques dans le Nord - Pas-de-Calais

La scolarisation des élèves à besoins éducatifs particuliers fait partie des missions du médecin de l'Éducation nationale (mEN). Son champ d'intervention couvre la population scolaire de la maternelle aux brevets de techniciens supérieurs (BTS), aux classes préparatoires et aux grandes écoles (CPGE) implantés dans les lycées.

Dans ce cadre, le mEN participe au dépistage, à l'orientation diagnostique et au suivi des élèves présentant des troubles psychiques. Il est le conseiller technique, référent santé à l'Éducation nationale. A l'interface entre la famille, l'école et les soignants, il veille au bien-être de l'élève, contribue à sa réussite et l'accompagne dans sa construction individuelle et collective. Son action peut se situer suite au repérage par les acteurs de première ligne (enseignants, parents...) et/ou dans la continuité du bilan de 3-4 ans réalisé par la PMI. Une de ses missions est la réalisation du bilan obligatoire de la 6e année. Tout au long de la scolarité, dans le cadre d'examens à la demande (ED), il participe à l'évaluation de la situation de l'élève en équipe pluridisciplinaire pour assurer la fiabilité de l'analyse et envisager dès ce repérage des remédiations graduées en termes de résultats attendus tant sur le plan pédagogique qu'éducatif. Un travail de co-éducation avec la famille doit être systématiquement recherché. Si, malgré les remédiations mises en œuvre, les difficultés persistent, le dépistage d'un trouble s'impose. Il s'agit, dès lors, de rechercher et d'identifier l'existence d'une problématique potentiellement pathologique. Le mEN propose à la famille de poursuivre les investigations et l'oriente dans la démarche de bilan spécialisé complémentaire pour définir la prise en charge thérapeutique nécessaire. En fonction du diagnostic et des besoins de l'élève, une personnalisation de la scolarité et un suivi

sont organisés en lien avec la famille et les soignants. Divers dispositifs sont prévus dans les textes: projet d'accueil individualisé (circulaire n° 2003-135 du 8 septembre 2003), projet personnalisé de scolarisation (PPS - décret n°2005-1752 du 30 décembre 2005) quand la situation relève du champ du handicap.

Le repérage des signes d'alerte est essentiel car il permet d'adapter précocement la scolarité et la prise en charge de l'élève. A cet effet, un guide de repérage à l'usage des enseignants, établi en partenariat, sera un outil recommandé pour mobiliser les ressources institutionnelles.

Ce guide existe pour les infirmiers et les assistants de service social de l'Éducation nationale, de même un guide à l'usage des médecins de première ligne est déjà paru. A l'échelon des territoires, le travail de partenariat avec les acteurs du champ de la santé mentale doit être recherché pour renforcer la cohérence des actions. Cette coopération sur des situations d'élèves présentant des troubles psychiques permettra d'assurer une continuité cohérente de leur parcours scolaire.

Drs Annick Caron, Marie-Pierre Dupond et Brigitte Weens
Rectorat

T : 03 20 15 60 84 - M : ce.sermed@ac-lille.fr

Données chiffrées pour l'année 2012/2013

Dépistage d'un trouble psychopathologique par les mEN : 833 élèves sur 22 880 bilans de la 6e année réalisés.

De la maternelle au lycée (enseignement public ou privé) : 1821 examens à la demande pour troubles du comportement et 258 pour conduites à risque. Ils ont donné un avis dans le cadre de modalités d'enseignement particulières : Services d'assistance pédagogique à domicile (Sapad, Article D351-4 - Circulaire n° 98-151 du 17 juillet 1998) [1] : 80 pour phobie ou refus scolaire anxieux, 109 pour troubles psychiques) ou Cned réglementé [2] (36 pour phobie ou refus scolaire anxieux, 13 pour troubles psychiques).

[1] Les Services d'assistance pédagogique à domicile (Sapad) sont des dispositifs départementaux de l'Éducation nationale destinés à fournir aux enfants et adolescents atteints de troubles de la santé ou accidentés une prise en charge pédagogique au domicile.

[2] Le Centre national d'enseignement à distance (Cned) est un établissement public qui délivre des cours aux élèves sous deux modalités : en inscription libre ou réglementée. Toute inscription au Cned réglementé requiert l'avis favorable de l'Inspecteur d'académie, directeur académique des services de l'Éducation nationale. Le Cned réglementé peut être accordé sur motif légitime notamment pour les enfants malades.

Fil santé jeunes : écoute et orientation

Fil santé jeunes est un service d'écoute téléphonique anonyme à destination des 12-25 ans sur les questions de santé. Créée en 1995, la ligne téléphonique est gérée par l'association Ecole des parents et des éducateurs (EPE) Ile-de-France.

29 000 appels à contenu [1] ont été traités en 2012, émanant de jeunes à 87% (surtout des filles : 63%). Aux horaires d'ouverture du service, 16 heures par jour, sept jours sur sept, la réponse peut être rapide, ce qui constitue un atout pour un public raisonnant et fonctionnant dans une temporalité brève.

Comme les années précédentes, un appel sur cinq traite de difficultés psychologiques, dont le spectre va du mal être jusqu'à la crise suicidaire ; les garçons (24% de leurs appels) téléphonent proportionnellement plus à propos de ce thème que les filles (20%).

Les situations de tendance dépressive ou d'angoisse, comme les autres situations, font l'objet d'une « écoute bienveillante et empathique, lors d'un entretien d'écoute et d'orientation [2] » sans recours à des grilles standardisées, par des écoutants, psychologues ou médecins, qui reçoivent une formation à leur arrivée dans le service. Il s'agit le plus souvent d'appels uniques ; FSJ ne fait pas de suivi, mais est amené le plus souvent à orienter, vers des pairs, pour des conseils d'ordre relationnel, des services de santé (5,2% des orientations se font vers les CMP/CMPP, 2,5% vers d'autres services de santé mentale, 1,5% vers des services d'addictologie).

En cas de tentative de suicide en ligne (deux ou trois cas par mois), un protocole de levée de l'anonymat a été défini afin que des secours puissent être dépêchés sur le lieu où se trouve l'appelant. « On considère que s'ils appellent à ce moment-là, c'est qu'ils demandent de l'aide ; nous avons donc une légitimité à rompre l'anonymat, avec l'accord de l'appelant ». Les cas les plus fréquents concernent des jeunes d'environ 20 ans.

Un forum et une aide à distance par Internet

Le forum est conçu comme un « lieu d'échange et de soutien entre pairs » ; des discussions peuvent être créées ou alimentées par les internautes. Leur contenu est cependant modéré avant publication par un permanent ; « on rejette tout ce qui est incitatif, tout ce qui n'est pas acceptable sur le plan de la déontologie, comme les appels à la haine, le dénigrement ou les recettes (tu n'as qu'à prendre tel ou tel produit) [...] ou alors reprendre les idées fausses et donner la bonne information. »

Des tchats collectifs (entre jeunes et professionnels de la ligne), deux fois par semaine, permettent des échanges, sur des thèmes de santé prédéfinis, entre les jeunes qui s'y sont inscrits.

« On est en capacité d'être là, tout de suite, dans une immédiateté que d'autres services ne peuvent pas offrir ; on est à la fois à distance (le téléphone), mais extrêmement accessible [...] Si on arrive à les convaincre, après les avoir écoutés, que les psychologues ne correspondent pas à l'image négative qu'ils en ont, cela peut favoriser le recours à ceux qui sont là pour les recevoir en face à face. »

Non sectorisé (16% des appels proviennent d'Ile-de-France, 84% des autres régions), FSJ constitue un service complémentaire des dispositifs existants, en phase avec la temporalité et la sociabilité des jeunes très marquée par les nouvelles technologies de l'information et de la communication.

<http://www.filsantejeunes.com/>

T : 0800 235 236

Quatre maisons des adolescents (MDA) sont ouvertes dans le Nord - Pas-de-Calais, dans les territoires de la Métropole (à Lille), du Hainaut (avec un accueil à Valenciennes et à Maubeuge), dans l'Artois (à Hénin-Beaumont), et sur le littoral (un accueil à Saint-Omer et à Boulogne-sur-Mer). Les MDA proposent un accueil gratuit, avec ou sans rendez-vous, aux jeunes (de 11-12 ans à 21-25 ans selon les cas), quels que soient leurs questionnements ou leurs préoccupations (médicale, sexuelle, psychique, scolaire, juridique, social...) Les actions proposées peuvent être individuelles (conseil et orientation, entretien avec le professionnel le plus adapté) mais également collectives (groupes de parole, ateliers thérapeutiques...) Les MDA se veulent également des lieux de coordination et de ressources pour les professionnels de l'adolescence. Elles sont financées par l'Etat et les conseils généraux, à titre principal.

[1] Comme toutes les lignes d'écoute téléphonique, FSJ est confronté à des appels qui ne peuvent être traités - car tous les écoutants sont déjà en ligne - à des plaisanteries ou des appels hors champ.

[2] Extraits de discours recueillis lors d'un entretien téléphonique avec Mirentxu Bacquerie, Directrice générale.

Les adolescents et les réseaux sociaux

Les réseaux sociaux (RS) sur internet ont connu un développement considérable au cours de la dernière décennie. Ces réseaux, dont Facebook constitue encore le principal représentant mais parmi lesquels *Ask.fm*, *LinkedIn*, *Instagram* et surtout *Snapchat* ou encore *Twitter* connaissent un essor tout particulier, permettent à leurs utilisateurs de partager des informations sur leur vie grâce à une page personnalisée et d'interagir avec les autres utilisateurs.

Leur place chez les jeunes issus de la génération des *Digital Natives* est extrêmement importante puisque 92% des 15-17 ans, 80% des 13-15 ans, 64% des 11-13 ans auraient un profil *Facebook* et 60% des collégiens y passeraient plus d'une heure par jour (ceci étant massivement favorisé par l'explosion des téléphones portables chez les adolescents) [1].

Bien qu'ils soient tantôt banalisés, tantôt diabolisés, l'impact de ces réseaux chez les adolescents reste actuellement difficile à définir. La plupart des auteurs s'accordent cependant sur le fait que cette large utilisation ne va pas sans modifier certains modes de communication au sein de nos sociétés occidentales. Dans ce contexte, il nous paraît important que les pédopsychiatres soient largement informés, ceci afin de tenir compte de ces changements sociétaux dans leur pratique clinique quotidienne.

Aspects positifs

Il est important de rappeler, dans un premier temps, à quel point l'impact de certains RS sur internet peut être positif, renforçant la créativité, la communication, les habiletés sociales, le sentiment d'appartenance groupale et permettant une ouverture sur le monde [2]. Les RS offrent également de nouveaux modes d'accès potentiels aux soins [3] ainsi que de nouvelles stratégies thérapeutiques avec l'avènement de la *e-santé* (groupes d'entraide en ligne, etc.).

Au-delà de la socialisation : la recherche d'identité

L'utilisation des RS est essentiellement centrée sur soi (poster des photos, décrire sa vie privée avec parfois un véritable « *journal intime en ligne* ») avec l'idée

que ces contenus, plus proches d'un soi « idéal » que de l'identité propre des adolescents, seront vus et commentés par les autres utilisateurs. La maîtrise de l'image donnée de soi, notamment pour le profil *Facebook* qui constitue aujourd'hui une véritable vitrine pour les adolescents, peut permettre une certaine sécurisation voire un sentiment de reconnaissance par les pairs (dont le marqueur principal est le nombre de « *J'aime* » recueillis).

Cependant, il faut également se demander comment, au cours de la période d'adolescence marquée par la recherche d'une image propre, l'utilisation de ces RS peut modifier la construction identitaire [4]. Plusieurs études se sont intéressées à la façon dont les sujets se présentent sur leur « *profil* », à l'influence des traits de personnalité sur l'utilisation de ces réseaux mais également à la façon dont leur utilisation peut modifier certains traits de personnalité et la vision de soi. Ainsi Gentile a-t-il pu montrer que l'utilisation des RS pourrait majorer la dimension narcissique de la personnalité [5]. Le narcissisme est en effet au centre



de l'utilisation de ces réseaux, comme en témoigne l'essor récent des pratiques type selfies : il faut « *se mettre en représentation* ». La psychologue Jean Twenge va jusqu'à parler d'une « *épidémie de narcissisme* » qui toucherait aujourd'hui l'Amérique du Nord [6].

« De la conversation à la connexion »

De nombreux travaux en sociologie, ceux de Sherry Turkle notamment, tendent à montrer que les médias dits « *sociaux* » constituent en fait pour l'individu « *le moyen d'être seul tout en étant connecté à beaucoup de monde* », avec cette observation : « *les jeunes seraient passés de la conversation à la connexion* » [7]. La communication interpersonnelle serait alors remplacée par l'expression d'émotions instantanées, avec un effet cathartique souvent recherché et sans possibilité d'ajustement à l'autre. En effet, le sujet qui poste un message n'est soumis qu'à son propre vécu et ne peut s'ajuster à son interlocuteur, à son langage paraverbal ou à son intonation.

Les aspects négatifs de ces bouleversements se trouvent cristallisés dans les pratiques de *cyberbullying*, une forme de harcèlement virtuel. Les RS deviennent alors un moyen de véhiculer des messages insultants vis à vis d'un bouc émissaire. La violence de ces pratiques peut être extrême, marquée par l'immédiateté : il n'existe chez les agresseurs aucune représentation de l'état du sujet discrédité, de son humeur, de sa capacité à recevoir le message. Ces nouvelles transgressions, parfois réalisées sous de faux profils ou associées à des pratiques d'usurpation d'identité, peuvent constituer de véritables traumatismes pour les victimes, voire favoriser un passage à l'acte suicidaire [8]. L'absence de partage, le sentiment d'exclusion, de solitude ou d'incompréhension peuvent également aggraver un vécu dépressif. Paradoxalement, certaines de ces pratiques aboutissent donc à un affaiblissement du lien social et le culte de l'apparence, de l'esthétisme, de l'exhibitionnisme renforce les dérives de l'individualisme et l'affranchissement de toute conscience collective.

La vie privée en danger ?

La plupart des adolescents entretiennent des liens particuliers avec les RS et on peut, aujourd'hui se demander si ces réseaux ne constitueraient pas un « *carnet intime en ligne* » pour certains d'entre eux. Le contraste entre la communication intra-familiale parfois difficile au cours de cette période et les contenus

parfois très intimes des profils de certains adolescents sur les RS illustre bien cette observation. Ceci peut devenir extrêmement problématique lorsque l'on sait, en plus, que la majorité des jeunes ne protègent pas leurs données et que les informations publiées le sont définitivement [9]. Pour la sociologue Joëlle Méraeth « *la vie des adolescents est [devenue] publique par défaut, c'est plutôt le territoire privé qu'il faudra délimiter* ». Les jeunes commencent à avoir conscience de ces problèmes mais n'en tiennent parfois pas compte (on connaît la dimension d'impulsivité au cours de cette période de la vie, en lien notamment avec l'immaturité de certains réseaux frontaux).

Pour finir, il faut garder à l'esprit que les RS sont marqués par une grande variabilité d'usage. Par ailleurs, les comportements des adolescents sur ces RS sont en constante évolution. Par exemple, *Facebook* semble aujourd'hui délaissé (considéré comme un « *réseau social de vieux* », les parents y étant souvent inscrits) au profit d'autres sites comme *Snapchat*, *Twitter* ou *ask.fm*. Dans une logique de dialogue plutôt que dans une approche centrée sur la protection, il est du devoir des cliniciens de se tenir informés de ces évolutions.

Drs Thomas Fovet ¹ et Laurent Lauwerier ²

¹ Interne en psychiatrie

M : tfovet@hotmail.fr

² Pôle de pédopsychiatrie, EPSM Val de Lys - Artois

T : 03 21 63 66 39

M : servicee@epsm-stvenant.fr

[1] Calysto & La Voix de l'Enfant. 5^e baromètre annuel « *Enfants et Internet* ». (2012). <http://www.generationnumerique.com/wp-content/uploads/2012/02/Barometre-Calysto-F%C3%A9vri%C3%A9-2012-BD.pdf>

[2] O'Keeffe, G. S., Clarke-Pearson, K. & Council on Communications and Media. The impact of social media on children, adolescents, and families. *Pediatrics* 127, 800-804 (2011)

[3] Whitehill, J. M., Brockman, L. N. & Moreno, M. A. 'Just talk to me': communicating with college students about depression disclosures on Facebook. *J. Adolesc. Health Off. Publ. Soc. Adolesc. Med.* 52, 122-127 (2013)

[4] Zhao, S., Grasmuck, S. & Martin, J. Identity construction on Facebook: Digital empowerment in anchored relationships. *Comput. Hum. Behav.* 24, 1816-1836 (2008)

[5] Gentile, B., Twenge, J. M., Freeman, E. C. & Campbell, W. K. The effect of social networking websites on positive self-views: An experimental investigation. *Comput. Hum. Behav.* 28, 1929-1933 (2012)

[6] Twenge, J. M. & Campbell. The narcissism epidemic: living in the age of entitlement. (Free Press, 2010)

[7] Turkle Sherry. Alone Together: Why We Expect More from Technology and Less from Each Other. (Basic Books, 2013)

[8] Van Geel, M., Vedder, P. & Tanilon, J. Relationship Between Peer Victimization, Cyberbullying, and Suicide in Children and Adolescents: A Meta-analysis. *JAMA Pediatr.* (2014). doi:10.1001/jamapediatrics.2013.4143

[9] Le Heuzey, M.-F. Les réseaux sociaux, les enfants et le pédiatre. *Arch. Pédiatrie* 19, 92-95 (2012)

De la pédopsychiatrie à la psychiatrie, quel parcours de soin ?

Les professionnels constatent souvent à regret un manque de relais entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte, ce qui nous amène à nous questionner sur cette relation mais également sur les différences de perspectives, de travail et d'organisation des soins.

Travaille-t-on sur des populations différentes ayant des parcours de soin différents ? Les pédopsychiatres voient-ils des personnes présentant des troubles de l'âge adulte ?

Le lien entre psychiatrie adulte et pédopsychiatrie centré sur l'adolescence

Par rapport au reste de la population, les adolescents sont peu représentés dans les files actives des services de santé mentale [1]. Une analyse des bases de données des EPSM Lille métropole et de l'Agglomération lilloise montre un accès aux soins restreint pour cette tranche d'âge. Par ailleurs, les statistiques de la Caisse régionale d'assurance-maladie (CRAM) montrent que ces résultats ne sont pas spécifiques à la santé mentale.

Pourtant, les besoins de soins en santé mentale des adolescents sont à prendre compte, notamment en ce qui concerne la psychose et les troubles bipolaires. Même si la prévalence de la schizophrénie à début précoce durant l'enfance et l'adolescence est d'environ 50 fois inférieure à celle de la schizophrénie débutant à l'âge adulte, l'incidence et la prévalence de la schizophrénie semblent augmenter à partir de l'âge de 15 ans, avec une incidence estimée, chez les 15-18 ans, de 1 à 2 pour 10 000 par an (7 à 14 nouveaux cas par an pour un secteur de 70 000 habitants) [2].

L'amélioration de l'accès aux soins des adolescents est un enjeu pour la psychiatrie adulte. En effet, le repérage précoce des troubles permet d'envisager un pronostic plus favorable [2], notamment celui des pathologies psychotiques [4].

La périnatalité comme point de rencontre

Cela concerne les situations où un adulte nécessite un suivi en santé mentale et est confronté à la naissance et aux premiers soins à apporter à un bébé. Les conséquences de la pathologie présentée sur l'exercice de la parentalité nécessitent une collaboration étroite entre les deux services et les autres intervenants (maternité, PMI...). Cela peut aller d'une attestation partagée relative à l'établissement de la relation primaire, jusqu'à la nécessité d'un accueil modulé pour préserver l'enfant et sa famille. Dans la réalité ces collaborations existent

peu. Il est néanmoins à souligner que la dépression post-natale est observée après 10% des accouchements [5].

Indications de suivi en psychiatrie générale lors d'un suivi pédopsychiatrique

Il existe un grand nombre de situations où le parent d'un enfant suivi en pédopsychiatrie nécessiterait lui-même un suivi psychiatrique, mais n'en prend pas la décision. Cela peut s'expliquer par une réticence à consulter, mais aussi par un maillage insuffisant entre les deux types de services.

Une prise en compte plus affinée du contexte, familial au premier chef, social et soignant en second lieu, devrait permettre une meilleure collaboration pour la mise en place de soins. Les suivis familiaux sont des outils excellents pour évaluer la nécessité de soins de l'un des membres de la famille.

Pour conclure, pédopsychiatrie et psychiatrie générale offrent des pratiques qui diffèrent quant à leur objet. Leurs approches sont différentes et le langage commun est difficile à mettre en place. Une meilleure collaboration entre services de psychiatrie infanto-juvénile et de psychiatrie générale est nécessaire, avec un focus spécifique sur les publics ou situations décrits précédemment (adolescents, périnatalité, parents de jeunes suivis). Cette collaboration ne peut se faire qu'en associant également les acteurs scolaires, sociaux et médicaux-sociaux (aide sociale à l'enfance, PMI, protection de la jeunesse...) qui sont les interlocuteurs privilégiés des parents et des enfants.

Drs Ingrid Dur*, Francis Moreau**, Jean Oureib**, Laurent Defromont*, Anne-Claire Stona*

*Etablissement public de santé mentale de Lille métropole (Armentières) – T : 03 20 61 75 57

** Etablissement public de santé mentale de l'Agglomération lilloise (Saint-André-Lez-Lille)

[1] Pottick K.J., et al., US patterns of mental health service utilization for transition-age youth and young adults. *J Behav Health Serv Res*, 2008;35 (4): p.373-89

[2] Bailly D. Adolescence et schizophrénie, *L'Encéphale* Volume 35, n° S1 janvier 2009

[3] Adolescence et schizophrénie Mind the gap : the interface between child and adult mental health service. Singh, *Psychiatric Bulletin* 2005, n°29, p.292-294

[4] Schaffner et al., 2012, Pathways-to-Care for First-Episode psychotic patients – an overview of international studies, *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*

[5] Sutter-Dallay A-L, Guédeney N. *Concept de psychiatrie périnatale, histoire, applications, limites*. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris) Psychiatrie/Pédopsychiatrie, 37-200-B-20, 2010

4

Un champ
complexe,
des dispositifs
multiples



Dispositifs sanitaires de psychiatrie infanto-juvénile

Dans le service public, le CMP est la porte d'entrée dans le dispositif de soin, hors cas d'urgence. En moyenne, dans le Nord - Pas-de-Calais, il existe 3 CMP pour chacun des 21 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. L'offre de soin non sectorisée se répartit au sein de 6 établissements (privés ou Espic) (1).

La région Nord - Pas-de-Calais compte 21 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, gérant 65 **Centres médico-psychologiques (CMP)**, qui constituent autant de portes d'entrée du dispositif public pour enfants et adolescents ; ces services relèvent de 15 établissements distincts, dont 5 EPSM.

Tableau 7. Nombre de secteurs de psychiatrie infanto-juvénile par département et type d'établissement de rattachement.

Type et nbre d'établissements de rattachement		Nord Pas-de-Calais		Total
CH, CHRU	Secteurs	6	4	10
	Etablissements	6	4	10
EPSM	Secteurs	7	4	11
	Etablissements	3	2	5
Total	Secteurs	13	8	21
	Etablissements	9	6	15

Dans le secteur public, la prise en charge est fonction du lieu de résidence des parents. Initialement conçu pour couvrir une population d'environ 200 000 habitants, les services publics de psychiatrie infanto-juvénile comprennent systématiquement un ou plusieurs CMP, lieu de primo-accueil de toute demande, sauf en cas d'urgence.

Comme en psychiatrie adulte, le CMP constitue la porte d'entrée du dispositif pédopsychiatrique public. C'est le lieu où s'opèrent le diagnostic, l'évaluation, l'orientation et la coordination des soins. Le suivi et les soins se déroulent dans le CMP (86,3% [1] des actes), à domicile (2,5%), ou dans les lieux d'accueil, de scolarisation, d'hébergement (11,2%).

Un outil d'aide à l'accès aux soins

Dans le secteur public, les soins sont sectorisés, c'est-à-dire que les patients sont accueillis en fonction de leur adresse. Afin de faciliter l'accès aux CMP, la F2RSM a publié un annuaire avec leurs coordonnées, mais aussi créé une interface, permettant à tout acteur (patient, famille, professionnel...) de savoir où s'adresser.

<http://www.santementales962.com/ressources-et-outils/annuaire-des-centres-medico/>

Dans certains secteurs existent d'autres lieux ou types de prise en charge :

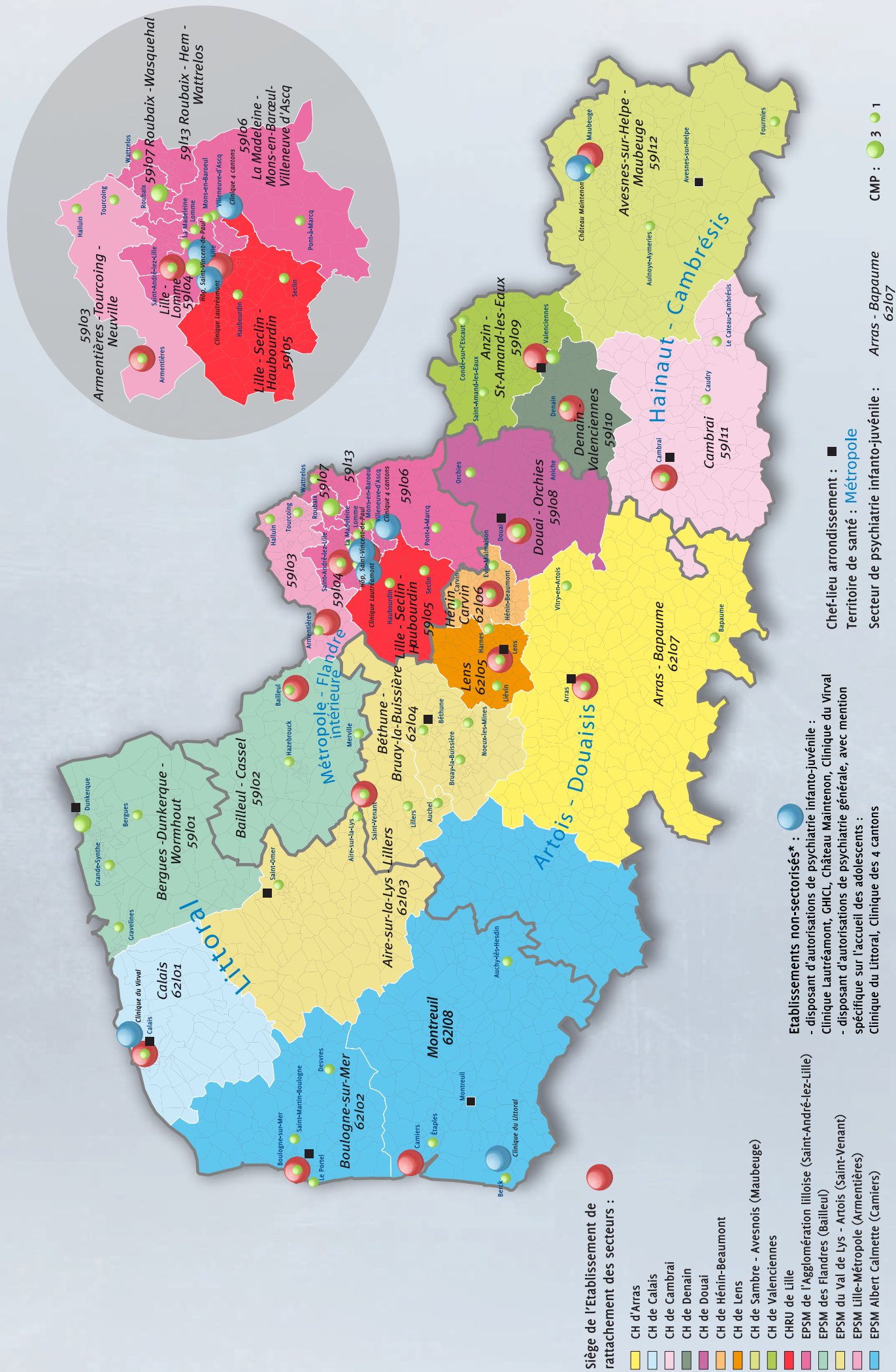
- Des **unités d'hospitalisation** permettent un accueil à temps complet (69 lits) lors d'épisodes aigus (décompensations psychotiques, épisodes dépressifs caractérisés, risques suicidaires importants, troubles du comportement...)
- Les **centres de jour** sont des unités d'accueil et de soins assurant des prises en charge intensives, à la journée ou à temps partiel.
- Les Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (**CATTP**) proposent des actions collectives de soutien dans un but de re-socialisation.
- Les **équipes mobiles** sont constituées de personnels dédiés aux interventions à domicile, dans les lieux de vie des patients, en collaboration étroite avec les autres acteurs de la prise en charge (familles, généralistes, intervenants médico-sociaux...)
- En périnatalité, un lieu d'accueil et de prise en charge spécifique parents-enfants et des équipes dédiées (*cf* encadré)

Il existe d'autres dispositifs originaux de périnatalité, parmi lesquels une **unité psychiatrique mère-enfant** au CHRU de Lille.

Créée en 2004 et désormais implantée dans l'hôpital Fontan 2, elle dispose d'une capacité de 8 lits d'hospitalisation à temps plein (4 dyades) et de 6 lits d'hospitalisation de jour (3 dyades). Son activité comprend également des visites à domicile, des liaisons (maternité, maison d'arrêt...) et des consultations périnatales. Multidisciplinaire, l'unité bénéficie d'interventions des équipes de pédopsychiatrie, de psychiatrie d'adulte et d'addictologie. Ses missions portent sur différents niveaux : prise en charge des pathologies psychiatriques maternelles et/ou paternelles, survenant en période périnatale (dépression postnatale, psychose puerpérale...) ; repérage des signes de souffrance psychique du bébé afin de les atténuer..

Des **équipes de psychiatrie au sein des réseaux de périnatalité**, dans les quatre territoires de santé de la région : Pauline (Littoral), Ombrel (Métropole), RPH (Hainaut) et Bien naître en Artois.

[1] Le détail de l'offre est présenté pages 17 et 18.



Offre médico-sociale pour enfants en situation de handicap

Les enfants et adolescents présentant des troubles psychiques ou des pathologies psychiatriques sont pris en charge par des services ou établissements médico-sociaux, en France ou en Belgique. Le système d’information actuel ne permet cependant pas de connaître la part du public présentant un handicap psychique qu’ils accueillent, ni celle qui est simultanément suivie par les dispositifs pédopsychiatriques.

Type	Nombre	Capacité autorisée
Campsp	25	1 741
CMPP	15	*
IME	81	6437
Itép	16	611
Sessad	108	3 125
Total	245	11914

* Pas de raisonnement en places pour les CMPP.
Source : Agence régionale de la santé Nord - Pas-de-Calais.

Tableau 8. Offre médico-sociale pour enfants en situation de handicap. Nombre de services et de places selon leur type. Nord - Pas-de-Calais. 2014.

En 2014, la région Nord - Pas-de-Calais compte 245 établissements ou services agréés pour enfants en situation de handicap [1], d’une capacité autorisée total de 11 914 places. Plus de la moitié de ces dernières (54%) sont proposés par les Instituts médico-éducatifs (IME) ; la densité d’établissements la plus forte est enregistrée dans le secteur de Montreuil, alors que ceux du littoral, de Flandre intérieure, de Roubaix et du Hainaut (exception faite de la Sambre – Avesnois) présentent de faibles taux, inférieurs à 22 pour 100 000 mineurs (cf Carte 6).

Les prises en charge en Belgique

Domicile	<20 ans	20 ans et +	Total
Nord - Pas-de-Calais	827	138	965
Autre région	492	112	604
Total	1319	250	1569

Source : Agence régionale de la santé Nord - Pas-de-Calais.
Tableau 9. Enfants et jeunes adultes pris en charge dans des établissements médico-sociaux en Belgique. Situation au 31/12/2012.

L’offre française en direction des personnes en situation de handicap étant très insuffisante, de nombreuses familles s’adressent à des établissements belges ; c’est ainsi que, fin 2012, 1569 jeunes Français relevant du secteur enfance conventionné étaient pris en charge dans des établissements médico-sociaux en Belgique, toutes déficiences confondues [1]. Parmi eux, deux sur trois étaient domiciliés dans le Nord - Pas-de-Calais (62,7% des moins de 20 ans et 55,2% des 20 ans ou plus).

[1] L’origine du handicap n’étant pas documentée, il n’est pas possible de faire la part du nombre d’enfants porteurs d’un handicap psychique consécutif à une maladie mentale dans ces effectifs.

Autismes et services possédant un agrément spécifique

Type	Services		Places	
	N	%	N	%
Fam	1	2,2%	32	3,7%
IME	26	56,5%	490	56,3%
Sessad	15	32,6%	279	32,1%
Hôp. de jour	4	8,7%	69	7,9%
Total	46	100%	870	100%

Source : Centre régional ressources autismes Nord - Pas-de-Calais.

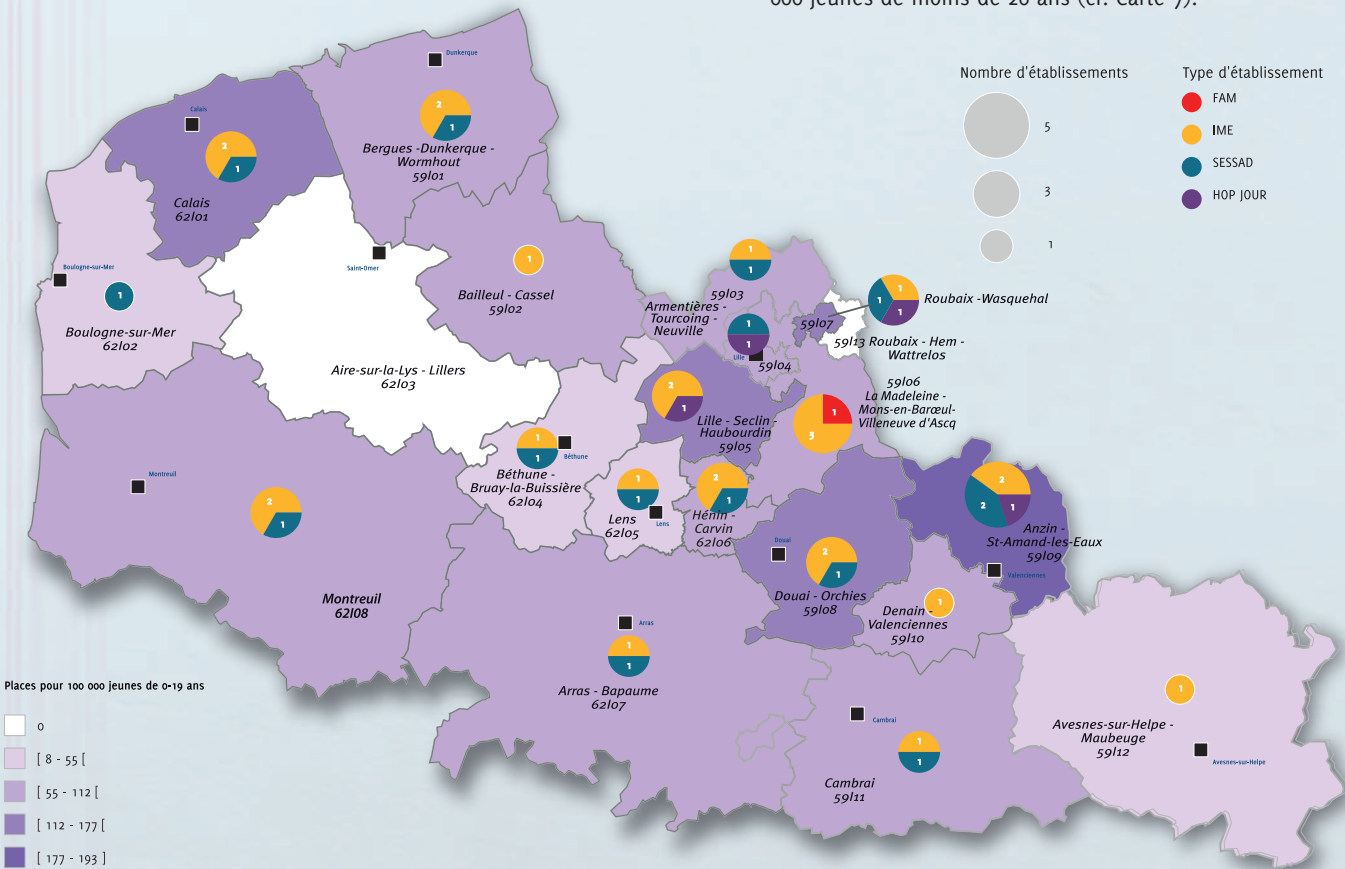
Tableau 10. Services possédant un agrément spécifique pour l'accueil des enfants de 0 à 20 ans affectés d'autismes ou autres troubles envahissants du développement. Nord - Pas-de-Calais. 2003.

Les autismes font partie des troubles envahissants du développement (TED), un groupe hétérogène de pathologies, caractérisées par des altérations qualitatives des interactions sociales, des problèmes de communication (langage et communication non verbale), ainsi que par des troubles du comportement correspondant à un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif.

Le handicap associé est variable, allant de léger à sévère. Il est presque toujours associé à des difficultés d'apprentissage. On estime qu'environ 100 000 jeunes de moins de 20 ans sont atteints d'un TED en France. Les autismes infantiles concerneraient environ 30 000 d'entre eux [2].

Dans un document publié en septembre 2013, le Centre régional ressources autismes recense 46 services [3] ou établissements possédant un agrément spécifique pour accueillir des enfants de 0 à 20 ans affectés d'autismes ou autres troubles envahissant du développement, répartis comme suit.

A eux seuls, les Instituts médico-éducatifs représentent 56,5% des services et 56,3% des places agréées. Alors que deux secteurs ne disposent d'aucune place pour enfants autistes (Audomarois et Roubaix - Hem - Wattrelos), celui de Valenciennes - Condé - Saint-Amand-les-Eaux est le mieux doté, avec 193 places pour 100 000 jeunes de moins de 20 ans (cf. Carte 7).



Carte 7. Etablissements ou services spécialisés avec agrément spécifique autismes ou autres troubles envahissants du développement (TED). Nombre de services et nombre de places pour 100 000 enfants-jeunes de 0 à 19 ans. Nord - Pas-de-Calais. 2013.

[2] Barthélémy B., Dossier Autisme, Inserm, février 2013. Téléchargé le 9 mai 2014 <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/autisme>

[3] 46 services gérés par 45 établissements, l'un d'entre eux possédant un double agrément (IME et Sessad)

Le handicap psychique

La notion de handicap psychique est relativement récente puis qu'elle n'apparaît qu'en 2005, dans la loi du 11 février.

Il convenait en effet de distinguer le handicap mental et le handicap psychique. Le handicap mental résulte d'une déficience intellectuelle apparue dès le début de la vie, il n'évolue pratiquement pas dans le temps et ne justifie pas - sauf pathologie associée - de médicalisation, alors que le handicap psychique est la conséquence d'une affection psychiatrique, il est variable dans le temps et un suivi médical reste indispensable.

A l'origine du handicap psychique, on retrouve les psychoses décompensées (schizophrénie, troubles bipolaires répondant mal au traitement...), les troubles névrotiques graves comme les troubles obsessionnels envahissants, les phobies invalidantes, mais il peut être aussi la conséquence de traumatismes crâniens, de lésions cérébrales, voire accompagner certaines démences d'origine toxique.

Le handicap psychique se traduit par des troubles de la pensée, de la perception, de la volonté ; souvent la personne en situation de handicap psychique méconnaît ou minimise ses troubles, ce qui peut influencer la perception de l'entourage lui-même ; ces troubles sont variables en intensité et dans le temps. En résultent pour la personne qui en est porteuse :

- des difficultés à se prendre en charge au quotidien, y compris pour le logement,
 - des difficultés à aller vers les autres, à avoir une vie sociale,
 - des difficultés pour l'apprentissage et le travail,
- le tout conduisant à un isolement et à une angoisse devant toute situation nouvelle, une peur de l'échec aussi.

C'est aussi la loi du 11 février 2005 qui a créé les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Elles sont chargées de l'accueil et de l'accompagnement des personnes en situation de handicap et de leurs proches.

Animées par le Conseil général, elles associent les services de l'Etat, les organismes de protection sociale (CAF, Caisses d'assurance maladie) et des représentants d'associations de personnes en situation de handicap ou de leur famille. Le président du Conseil

général préside la commission exécutive et nomme le directeur de la MDPH.

Une commission des droits et de l'autonomie des personnes Handicapées (CDAPH) statue sur les demandes et ses décisions s'imposent aux organismes (Etat, Assurance maladie et Conseil général) qui sont chargés de les mettre en œuvre.

La MDPH est ainsi un guichet unique pour l'accès aux droits et prestations, l'accès à la formation et à l'emploi des personnes reconnues travailleurs handicapés (TH), l'orientation vers des établissements et services adaptés (Mas, Fam, Esat, SAVS, Samsah...), l'attribution de cartes d'invalidité, de stationnement, de priorité.

Pour les enfants (jusque 20 ans cf amendement Créton) porteurs d'un handicap les droits et prestations sont :

- allocation d'éducation d'enfant handicapé (AEEH), prestation de compensation du handicap (PCH), attribution des cartes comme pour les adultes,
- prise en charge en établissement médicosocial : Institut médico éducatif (IME), Institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP)..

Dr Martine Lefebvre

Présidente du conseil d'administration, F2RSM

T : 03 20 44 10 34



Dispositifs d'accompagnement sanitaires, médico-sociaux et sociaux pour les mineurs présentant un trouble psychique

L'offre de soins et de services pour les enfants et les jeunes présentant une souffrance psychique, une maladie mentale ou en situation de handicap psychique comprend des services ou professionnels spécialisés (en pédopsychiatrie ou en psychiatrie générale), et un grand nombre de services ou de professionnels qui concourent à la santé mentale ; ce sont des professionnels de la santé (généralistes, pédiatres, psychomotriciens...), des services ouverts à des publics spécifiques (Camsp, CMPP, Consultations jeunes consommateurs...) ou – plus nombreux encore – des services sociaux ou médico-sociaux confrontés à des publics touchés par les problèmes

psychiques et qui ont adapté leurs pratiques et construit des coopérations (très variables selon les territoires) avec les intervenants spécialisés.

Le tableau proposé ci-dessous vise à caractériser ces services ou professionnels selon des caractéristiques comme le statut, l'autorité de tarification, le public, la spécialisation ... et tente d'apporter une clarification dans un champ où le nombre d'intervenants est très important, du fait de la diversité des problèmes associés aux troubles psychiques ou à la maladie mentale des enfants-adolescents.

Tableau 11. Dispositifs et professionnels intervenant, à titre principal ou non, pour la santé mentale, les soins aux enfants-adolescents, l'accompagnement de leur handicap psychique. Nord - Pas-de-Calais.

Structure ou intervenant	Sigle	Age concerné	Institution de rattachement et/ou autorité de tarification	Missions	Orienté par	Statut	Nombre	Accès direct	Accès conditionné [1]
Dispositifs spécifiques									
Secteurs de psychiatrie infanto-juvénile		0-16 ans [2]	ARS	Prévention, diagnostic et soins des troubles et pathologies psychiatriques		Sanitaire	21		
Autres services psychiatriques [3]		< 25 ans	ARS	Diagnostic et traitements des affections psychiques		Sanitaire	6		
Services de pédiatrie		< 18 ans	ARS			Sanitaire			
Services d'urgences pédiatriques		< 18 ans	ARS			Sanitaire			
Centre d'action médico-sociale précoce	Camsp	0 - 6 ans	Conseil général + ARS	Prises en charge ambulatoires d'enfants présentant un retard psychomoteur, des troubles sensoriels, neuro-moteurs ou intellectuels, des difficultés relationnelles. Dépistage, conseil et soutien aux familles.	Professionnels de santé ou des services de la petite enfance	Sanitaire et médico-social	25		
Centres médico-psycho-pédagogiques	CMPP	0 - 20 ans	ARS	Lieu d'écoute, de prévention et de soins pour les jeunes éprouvant des difficultés d'apprentissage, des troubles psychomoteurs, du langage ou des troubles du comportement.	Professionnels de santé ou des services de la petite enfance	Médico-social	15		
Institut médico-éducatif	IME	6 - 14 ans	ARS	Education et enseignement spécialisés prenant en compte les aspects psychologiques et psychopathologiques et recourant - des techniques de rééducation	MDPH	Médico-social	81		
Institut médico-professionnel	ImP	14 - 18 ans	ARS	Education et enseignement spécialisés prenant en compte les aspects psychologiques et psychopathologiques et recourant - des techniques de rééducation	MDPH	Médico-social			
Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques	Itep	6 - 20 ans	ARS	Accueil des enfants ou des adolescents présentant des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment les troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages	MDPH	Médico-social	16		
Service d'éducation spéciale et de soins - domicile	Sessad	0 - 20 ans	ARS	Conseils et accompagnement des familles, dans le but de favoriser l'intégration scolaire et l'acquisition de l'autonomie, des jeunes handicapés moteurs ou des jeunes présentant une déficience intellectuelle	MDPH	Médico-social	108		

[1] Accès sous conditions (de ressources, de diagnostic, de reconnaissance...)
[2] Des jeunes plus âgés peuvent également être suivis.
[3] Cliniques privées ou Etablissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic) disposant d'autorisations de psychiatrie infanto-juvénile ou disposant d'autorisations de psychiatrie générale, avec mention spécifique sur l'accueil des adolescents.

Structure ou intervenant	Sigle	Age concerné	Institution de rattachement et/ou autorité de tarification	Missions	Orienté par	Statut	Nombre	Accès direct	Accès conditionné [1]
Professions libérales									
Psychiatres, dont pédopsychiatres				Prévention, diagnostic et soins des troubles et pathologies psychiatriques		Libéral	118[4]		
Pédiatres				Médecine spécialisée pour enfants		Libéral	83[5]		
Médecins généralistes				Médecine générale		Libéral	5 929		
Orthophonistes				Prise en charge paramédicale des troubles de la communication		Libéral	1 404[6]		
Psychologues				Evaluation et prise en charge paramédicale des troubles psychologiques		Libéral	362[7]		
Psychomotriciens				Prise en charge paramédicale des troubles de la motricité		Libéral	41[8]		
Dispositifs médico-sociaux, éducatifs...									
Services de protection maternelle et infantile	PMI	0 - 6 ans	Département	Prévention médico-psychosociale en faveur des enfants et des femmes enceintes : consultations médicales, suivi à domicile, prévention précoce et dépistage des handicaps.		Médico-social	57		
Services de prévention santé (59) Services locaux de promotion de la santé (62)	SPS SLPS	Mineurs, jeunes majeurs	Département	Prévention médico-psychosociale en faveur de jeunes en situation vulnérable : consultations de prévention et accompagnement santé, individuels et collectifs.		Médico-social	19		
Réseaux périnatalité		0 - 1 an	ARS	Dépistage et prise en charge précoce, accès aux soins, suivi et prise en charge psycho-sociale et sociale si nécessaire de la grossesse en amont et en aval de la naissance, et du nouveau-né durant la période périnatale et plus si vulnérabilité.	Maternité, PMI, médecin traitant, sages-femmes ...	Sanitaire Social et médico-social	4		
Médecins de l'éducation nationale	mEn	2 - 18 ans	Educations nationale	Promotion de la santé, prévention en vue d'une bonne réussite scolaire	Personnels Education nationale		110		
Psychologues scolaires		2 - 11 ans	Educations nationale	En concertation avec la famille, investigations psychologiques nécessaires à l'analyse des difficultés et au choix des formes d'aide adaptée	Personnels Education nationale		203		

[4] 118 psychiatres d'exercice libéral ou mixte sur un total de 565 psychiatres et 21 psychiatres de l'enfant-adolescent inscrits à l'Ordre des Médecins.
 [5] 83 pédiatres d'exercice libéral ou mixte sur un total de 383 inscrits à l'Ordre des Médecins.
 [6] Dont 160 d'exercice mixte (libéral et salarié)
 [7] Dont 165 d'exercice mixte (libéral et salarié)
 [8] Sur un total de 689 psychomotriciens (essentiellement salariés, donc).

Structure ou intervenant	Sigle	Age concerné	Institution de rattachement et/ou autorité de tarification	Missions	Orienté par	Statut	Nombre	Accès direct	Accès conditionné [1]
Conseillers d'orientation psychologues	Copsy	11 - 18 ans	Education nationale	Information des élèves et des familles, participation à l'élaboration des projets scolaires	Personnels Education nationale		239		
Infirmiers Education nationale		6 - 18 ans	Education nationale	Promotion de la santé et de la réussite des élèves, sous l'autorité du chef d'établissement	Personnels Education nationale		568		
Enseignants référents	ER	2 - 18 ans	Education nationale	Suivi des enfants en situation de handicap dans l'ensemble du parcours scolaire	Personnels Education nationale		131		
Auxiliaires de vie scolaire	AVS	2 - 18 ans	Education nationale	Accompagnement des élèves en situation de handicap pendant le temps scolaire	MDPH		2232		
Classes pour l'inclusion scolaire	Clis	6 - 11 ans	Education nationale	Accueil différencié d'élèves en situation de handicap pour un suivi total ou partiel du cursus scolaire ordinaire	MDPH		382		
Unités localisées pour l'inclusion scolaire	Ulis	11 - 18 ans	Education nationale	Accueil différencié d'élèves en situation de handicap pour un suivi total ou partiel du cursus scolaire ordinaire	MDPH		132		
Section d'enseignement général et professionnel adapté	Segpa	12 - 16 ans	Education nationale	Accueil différencié d'élèves présentant des difficultés d'apprentissage graves et durables en collège en vue d'une formation professionnelle de niveau CAP	Commission départementale d'orientation [9]		148		
Etablissements régionaux d'enseignement adapté	Erea	12 - 18 ans	Education nationale	Erea handicap : accueil d'élèves porteurs d'un handicap particulier pour une scolarisation individualisée. Erea : enseignement adapté : accueil différencié d'élèves présentant des difficultés d'apprentissage graves et durables pour une formation professionnelle de niveau CAP	Commission départementale d'orientation [9]		6		
Dispositifs addictologie									
Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie	Csapa		ARS	Accueil, information, évaluation, prises en charge médico-psycho-sociale, avec traitement de substitution si nécessaire		Médico-social	37		

[9] <http://www.education.gouv.fr/bo/2006/11/MENE0502615A.htm>

Structure ou intervenant	Sigle	Age concerné	Institution de rattachement et/ou autorité de tarification	Missions	Orienté par	Statut	Nombre	Accès direct	Accès conditionné [1]
Consultations jeunes consommateurs	CJC	Mineurs et jeunes majeurs	ARS	Ecoute, accueil et soutien de jeunes y compris mineurs, en difficulté avec leur usage (simple, à risque ou nocif) de substances psychoactives		Médico-social	23		
Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue	Caarud	18 ans et +	ARS	Accueil, conseil, soutien aux usagers de drogues dans la réduction des risques, l'accès aux soins, aux droits, au logement, ...		Médico-social	37		
Organismes ressources									
Maisons des adolescents	MDA	11 - 21 ans	Conseil général et ARS	Accueil, écoute, orientation			4		
Maisons départementales des personnes handicapées	MDPH		Conseil général	Guichet unique pour toutes les démarches liées aux diverses situations de handicap		GIP	2		
Centre ressources autismes	CRA		Conseil général et ARS	Evaluation, diagnostic. Conseil, écoute, accompagnement aux familles. Information, formation, études et recherche			1		
Centre de ressources sur le handicap psychique	Crehpsy		ARS	Accompagnement, évaluation précoce et orientation des publics Information et documentation des professionnels Etudes et recherches			1		
Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale	F2RSM		Etablissements [10]	Aide méthodologique et scientifique à la recherche, partages des pratiques, observatoire et valorisation		GIP	1		

[10] La F2RSM est un Groupement d'intérêt public entre les 34 établissements gérant des services de psychiatrie dans le Nord - Pas-de-Calais.



Lexique : principaux sigles et acronymes

- ABA | Analyse appliquée du comportement
- AEEH | Allocation d'éducation pour l'enfant handicapé
- ARS | Agence régionale de santé (anciennement ARH, Drass, Ddass, etc)
- Caarud | Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue
- Camsp | Centre d'action médico-sociale précoce
- CATTP | Centre d'activité thérapeutique à temps partiel
- CDAPH | Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
- CJC | Consultation jeunes consommateurs
- CMP | Centre médico-psychologique
- CMPP | Centre médico-psychopédagogique
- CRA | Centre ressources autisme
- Crehpsy | Centre de ressources sur le handicap psychique
- Csap | Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
- DES | Diplôme d'études spécialisées
- Desc | Diplôme d'études spécialisées complémentaires
- Edap | Equipe diagnostic autismes de proximité
- EPM | Etablissement pour mineurs
- EPSM | Etablissement public de santé mentale
- Espic | Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
- ETP | Equivalent temps plein
- FzRSM | Fédération régionale de recherche en santé mentale Nord - Pas-de-Calais
- GIP | Groupement d'intérêt public
- HAS | Haute autorité de santé
- IME | Institut médico-éducatif
- IMP | Institut médico-professionnel
- Inpes | Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
- IRM | Imagerie par résonance magnétique
- Itep | Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
- MDA | Maison des adolescents
- MDPH | Maison départementale des personnes handicapées
- mEN | Médecin de l'éducation nationale
- Mildt | Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (devenue Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, Mildeca, en mars 2014.
- OFDT | Observatoire français des drogues et toxicomanie
- Pecs | Système de communication par échange d'images
- PMI | Protection maternelle et infantile
- RimP | Recueil d'informations médical en psychiatrie
- SDRE | Soins sur décision du représentant de l'Etat
- SDT | Soins sur demande d'un tiers
- SDTU | Soins sur demande d'un tiers en urgence
- Sessad | Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
- SL | Soins libres
- SMPR | Service médico-psychologique régional
- SPI | Soins en cas de péril imminent
- SROS | Schéma régional de l'organisation des soins
- TCA | Trouble du comportement alimentaire
- TCC | Thérapies cognitivo-comportementales
- Teacch | Traitement et éducation des enfants autistes ou atteints de troubles de la communication associés
- TED | Troubles envahissants du développement
- TIC | Technologies de l'information et de la communication
- TS | Tentative de suicide
- TSA | Troubles du spectre autistique
- Ucsa | Unité de consultations et de soins ambulatoires
- UHSA | Unité hospitalière spécialement aménagée
- Urcam | Union régionale des caisses d'assurance maladie
- UTPAS | Unité territoriale de prévention et d'action sociale

Pour citer ce document : FzRSM, Enfants et adolescents dans le Nord - Pas-de-Calais. Santé mentale et pédopsychiatrie, Lille, juin 2014, 72 p.

Références complémentaires

- Beck F., Richard J.-B. (dir.), Les comportements de santé des jeunes. Analyse du Baromètre santé 2010, Inpes, coll. Baromètres santé, 2013, 344 p.
<http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/comportement-sante-jeunes/telechargements.asp>
- Buisson J.-R., La pédopsychiatrie : prévention et prise en charge, Avis présenté au Conseil économique, social et environnemental, février 2010, 76 p.
<http://ascomed.sharepoint.com/Documents/pedopsychiatrie1.pdf>
- Jourdain-Menninger D., Strohl-Maffesoli H., Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques, Igas, rapport 2004027, février 2004, 102 p + ann.
<http://www.uncpsy.fr/ancien-site-uncpsy/3400/documentation-generale/pirse-en-charge-adolescents-rapport-strohl.pdf>
- Paugam S., Giorgetti C., Dolto C. L'intégration sociale des enfants en France : de fortes inégalités, Unicef France, Consultation nationale des 6/18 ans – « écoutons ce que les enfants ont à nous dire », 2013.
http://www.unicef.fr/userfiles/UNICEF_France-Rapport_complet-consultation.pdf
- Plancke L., Amariei A., Danel T., Atlas de la psychiatrie et de la santé mentale dans le Nord - Pas-de-Calais, Fédération régionale de recherche en santé mentale, avril 2010, 102 p.
<http://www.santementale5962.com/IMG/pdf/atlas-entier-modifie.pdf>

A propos de la F2RSM

Par le biais de la connaissance épidémiologique, du soutien aux recherches cliniques, du partage d'expériences et de la réflexion éthique, la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Nord - Pas-de-Calais promeut la recherche en psychiatrie et santé mentale dans la région. Son action est de fédérer et mobiliser les énergies de ses partenaires autour d'une action collective : une meilleure prise en charge de la personne souffrant de troubles psychiques. L'ensemble des établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif (Espic) en charge de la santé mentale adhère à la F2RSM Nord - Pas-de-Calais.

Depuis sa création en 2007, la F2RSM Nord - Pas-de-Calais – qui s'est constituée en groupement d'intérêt public - demeure UNIQUE EN FRANCE de par :

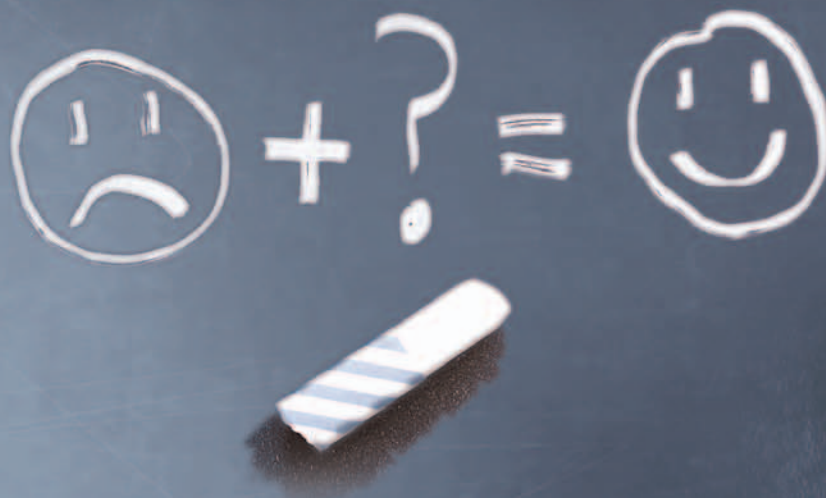
- la dynamique régionale qu'elle insuffle pour les questions de psychiatrie et de santé mentale
- les travaux qu'elle mène
- les collaborations qu'elle initie
- les partenaires qui la composent

- sa totale autonomie dans la décision des projets de recherche qu'elle entreprend
- son indépendance financière

Consciente qu'une meilleure connaissance épidémiologique permet d'appréhender au mieux les besoins de la population de la région, l'équipe de l'Observatoire régional de la psychiatrie et de la santé mentale exploite les données des bases nationale et régionale (Cnam, Samu, Rimp, PMSI...) afin de proposer les chiffres clés de la psychiatrie et de la santé mentale.

Les travaux et publications de l'Observatoire régional de la psychiatrie et de la santé mentale fournissent ainsi des informations utiles à l'élaboration de politiques régionales sanitaires en ce sens qu'ils sont des outils d'aide à la décision. C'est l'objet de cette monographie consacrée aux « Enfants et adolescents dans le Nord - Pas-de-Calais. Santé mentale et pédopsychiatrie ».

Retrouvez l'intégralité des travaux de la F2RSM sur le site :
<http://www.santementale5962.com>



La dépression est la première cause de maladie et de handicap chez les 10-19 ans, tandis que le suicide est la troisième cause de décès. La moitié des personnes qui développent des troubles mentaux, dans le monde, présente ces premiers symptômes avant l'âge de 14 ans (OMS, mai 2014¹). Partant de ce constat, la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Nord - Pas-de-Calais a décidé la réalisation de cette nouvelle monographie.

Elle se veut être le reflet de la réflexion et du travail mené en région pour la prise en charge de la santé psychique des bébés, des enfants et des adolescents.

Dans le champ de la santé mentale, les intervenants sont multiples : aidants naturels ou extérieurs (familles réseaux...), de premier recours (médecins généralistes, services sociaux, services de santé scolaire...) ou spécialisés (pédopsychiatres, psychologues...). C'est donc tout naturellement que le comité éditorial a souhaité leur laisser la plume.

Ce document présente, à l'échelon de la région Nord - Pas-de-Calais, un certain nombre de repères, théoriques, réglementaires et épidémiologiques, ainsi que des actions – menées le plus souvent en coopération - dont le lecteur appréciera le caractère innovant.

¹ En référence à différents travaux, dont : Patton G., Romaniuk H., Mackinnon A., Carlin J., Degenhardt L., Olsson C., Moran P., The prognosis of common mental disorders in adolescents: a 14-year prospective cohort study, The Lancet, Vol 383, Issue 9926 : 1404-1411, 19 Avril 2014.