

LA PEDO-PSYCHIATRIE A TOURS

SOMMAIRE

1. Description sommaire du contexte
2. L'intersecteur de Tours
 - 2.1. Le service A
 - 2.1.1. Le périmètre des activités
 - 2.1.2. Les effectifs
 - 2.1.3. Historique
 - 2.1.4. La pédopsychiatrie sur le site Bretonneau
 - 2.1.4.1. L'hôpital de jour
 - 2.1.4.2. Le CMP et les consultations
 - 2.1.4.3. Le CRA
 - 2.1.5. La pédopsychiatrie sur le site de Clocheville
 - 2.1.5.1. Les consultations externes
 - 2.1.5.2. La pédopsychiatrie d'urgence et de liaison, les consultations "internes"
 - 2.1.5.3. Le CAMSP
 - 2.1.6. Activités et problèmes spécifiques
 - 2.1.6.1. Les adolescents
 - 2.1.6.2. L'hospitalisation temps plein
 - 2.1.6.3. Les cas moins graves et les autres pathologies
 - 2.1.6.4. La périnatalité
 - 2.1.6.5. La couverture des cantons ruraux
 - 2.1.7. La recherche et l'enseignement
 - 2.2. Le service B
 - 2.2.1. Le périmètre des activités
 - 2.2.2. Les effectifs
 - 2.2.3. Historique
 - 2.2.4. Les activités
 - 2.2.5. La recherche et l'enseignement
 - 2.3. Les activités globales de l'intersecteur
 - 2.4. Commentaires
 - 2.5. Commentaires sur les services A et B
3. Le CMPP
 - 3.1. Les équipements
 - 3.1.1. Le CMPP proprement dit
 - 3.1.2. Le BAPU
 - 3.1.3. Le SIRP
 - 3.1.4. L'USIS
 - 3.1.5. Le CAMSP
 - 3.1.6. Le département d'audio phonologie et le CRAPI
 - 3.2. Rencontre avec les dirigeants du CMPP

- 3.3. Commentaires
- 4. Le CPU : unité pour les adolescents
- 5. Les rencontres sur le site de Clocheville
 - 5.1. La Direction
 - 5.2. Le CAMSP
 - 5.3. La pouponnière
 - 5.4. Les urgences et la liaison
 - 5.5. Le CCM
- 6. Commentaires

1. DESCRIPTION SOMMAIRE DU CONTEXTE

Trois intersecteurs desservent la population des moins de 16 ans de l'Indre et Loire, l'un rattaché aux hôpitaux de Chinon, l'autre à l'hôpital de Château-Renault. Un troisième intersecteur, le 37 I 02, est rattaché au CHRU de Tours. Il s'agit d'un service hospitalo-universitaire dont la principale structure se situe sur le site Bretonneau, l'un des sites du CHRU, à Tours.

A proximité du site Bretonneau existe également un très important hôpital pédiatrique (site de Clocheville), juridiquement rattaché au CHU, à vocation régionale. L'intersecteur de Tours y exerce une mission de psychiatrie de consultation-liaison et de réponse aux urgences. Il existe en outre un C.A.M.S.P sur le site, dans lequel la pédopsychiatrie intervient. Clocheville pèse donc de façon importante sur les services de pédopsychiatrie.

Il existe sur le secteur de Chinon une unité de 40 lits pour enfants polyhandicapés. On notera enfin que le CMP et l'hôpital de jour du secteur de Chinon sont situés dans la banlieue de Tours, à Joué, et qu'il existe un important CMPP au sein de l'agglomération tourangelle.

2. L'INTERSECTEUR DE TOURS :

On ne peut séparer l'activité intersectorielle proprement dite, qui comprend un hôpital de jour sur le site Bretonneau, des consultations externes et le point de départ d'activités ambulatoires et de réseau, auxquelles il faudrait adjoindre les consultations externes effectuées sur le site de Clocheville, de celle des deux services hospitalo-universitaires qui l'exercent. Il s'agit du service A, dirigé par le Professeur Sauvage, et du service B, dirigé par le Professeur Barthélémy. La psychiatrie infanto-juvénile et la neurophysiologie du développement sont donc réalisées au CHRU de Tours par deux services médicaux distincts et complémentaires (cf. charte du groupement de pédopsychiatrie) dont les appellations officielles sont :

- service de médico-psychologie du développement et de neurophysiologie du comportement (A), pour lequel est proposée l'appellation : Service Universitaire de Pédopsychiatrie,
- service d'explorations fonctionnelles psychopathologiques et de psychothérapie infanto-juvénile (B), pour lequel est proposée l'appellation : Service Universitaire d'Explorations fonctionnelles et de Neurophysiologie en Pédopsychiatrie.

Chacun de ces services correspond à un centre de responsabilité dont les activités font l'objet d'une comptabilité distincte.

2.1. Le service A (Pr.Sauvage) :

2.1. Périmètre des activités

Il est le siège de l'intersecteur n°2 de psychiatrie infanto-juvénile d'Indre et Loire, qui comprend un hôpital de jour doté de 34 places installées, des consultations externes et des activités ambulatoires pluridisciplinaires au sein de l'hôpital de jour et sur le site de Clocheville (contigu avec le CAMSP), au bénéfice de l'intersecteur 37 I 02, mais également des intersecteurs 37 I 01 et 37 I 03, d'une partie de la Région Centre et de la partie voisine de la Région Poitou-Charente (région de Châtellerauld).

- Il mène dans ce cadre (mais ne s'y réduit pas) une activité de recherche clinique spécifique et a participé jusque l'an 2000 aux activités de l'Unité INSERM 316 (équipe n°3).
- Il assure la pédopsychiatrie de consultation-liaison ainsi que la réponse aux urgences sur le site de Clocheville, à vocation également multi-intersectorielle et régionale.
- Il assure l'enseignement de la psychiatrie, notamment du troisième cycle des spécialités : DES de psychiatrie et DESC de pédopsychiatrie.
- Il assure depuis l'an 2000 la responsabilité du Centre Régional de Ressources pour l'Autisme (CRA), à vocation régionale.

2.1.2. Les effectifs du service comprennent :

- Sur le plan médical : 1 ETP de PU-PH Chef de service, 2 ETP de PH exerçant à 80%, 1 CCA, 3 internes et 15 vacations de pédopsychiatrie (transformées en 1 ETP de PH dont la moitié de l'activité est dédiée au CAMSP de Clocheville), soit 7,6 ETP médicaux qu'on peut répartir de façon très approximative entre 1 ETP pour l'activité universitaire et de recherche, 1,5 ETP pour l'activité de consultation-liaison et d'urgence à Clocheville et 4 ETP pour l'activité intersectorielle proprement dite. Il faut rajouter depuis l'année dernière 1 ETP dédié au CRA.
- Sur le plan paramédical : en ETP, 1 surveillante (à Clocheville), 4,5 secrétaires et adjoints administratifs, 1 assistante sociale, 12,5 infirmières, 0,75 éducateur-chef, 3,25 psychologues, 3,25 éducateurs, 1 orthophoniste, 1 psychomotricienne, 1 aide-soignante, 4 ASH, soit 33,25 ETP au total. Une partie du temps de cet effectif, non quantifiable, est dédiée à la recherche. 3 ETP d'infirmières et 1 ETP d'éducateur en moyenne sont mis à la disposition du service B (pour ses dix places d'hôpital de jour). Il faut rajouter depuis un an 8 ETP dédiés au CRA. Les cadres sont communs aux deux services et un poste d'instituteur est mis à disposition par l'Education Nationale.

La compréhension de la suite ne peut faire l'économie d'un encart historique concernant le service créé par le Pr. Lelord. Le déroulement de l'histoire et, plus particulièrement, son aspect "testamentaire", permettent de mieux situer certains problèmes, sans toutefois apporter une solution applicable sans négociation avec les deux parties en présence.

2.1.3. Historique

1964 : Installation à Tours du Dr. Lelord en qualité de PH chef de service pour adultes (femmes).

Dans le même temps, il poursuit à la Faculté des recherches dans le champ de la pédopsychiatrie.

Ouverture d'une consultation de pédopsychiatrie dans le service de pédiatrie.

Création d'un pôle d'accueil pour enfants dans son service d'adultes.

1966 : Arrivée comme interne du Dr. Sauvage, qui devient par la suite attaché dans le service du Dr. Lelord

1971 : Le service pour enfants s'individualise.

Le Dr. Lelord entre à la Faculté par la physiologie.

Il devient Chef de Service d'exploration fonctionnelle et de psychiatrie infanto-juvénile.

1972 : Le Dr. Lelord est nommé agrégé.

1974 : Le Dr. Sauvage devient chef de clinique.

La pédopsychiatrie de l'Indre et Loire s'organise alors en 2 intersecteurs : celui du Pr. Lelord (40 lits) et celui du Dr Pérasse (maire de Château-Renault - aucun lit).

Le Pr. Lelord milite pour la création d'un 3ème intersecteur qui va être officiel en 1983 et se consacrer à la zone de Chinon (actuellement ce 3ème intersecteur est rattaché à l'hôpital de Chinon, mais le CMP et l'Hôpital de Jour sont situés à Joué les Tours, à quelques kilomètres du CHU).

Concomitamment, le Pr. Lelord se détache du service des polyhandicapés (100 lits) qui est alors installé dans l'hôpital de la base américaine de St. Benoît la Forêt (Chinon). Aujourd'hui sa capacité est de 40 lits.

1980-1984 : Le Pr. Sauvage est PU-PH non chef de service de pédopsychiatrie depuis 1980. Il est nommé chef de service en 1984, ce qui constitue en soit une première bizarrerie puisque coexistent alors, avec le Pr. Lelord, deux chefs dans le même (?) service.

1989/1991 : Affrontement majeur entre le Pr. Lelord et le PH chef de service de pédopsychiatrie de Chinon (Dr Chevrolier).

Le Pr. Lelord investit de façon importante l'Université et développe ainsi des activités de recherche avec l'INSERM (1988). De fait, l'activité du service et de l'unité de recherche sont fortement intriqués.

1992 : Départ à la retraite du Pr. Lelord, qui reste consultant jusqu'en 1996. Il reste très présent dans le service au titre de l'INSERM jusqu'à ces 3 ou 4 dernières années. La situation va se compliquer en 1992 avec la nomination du Pr. Barthélémy comme chef de service (sur le poste du Pr. Lelord ?).

Quel est le "pilote dans l'avion" ? Les questions (et donc les réponses) conditionnent la responsabilité, la hiérarchie, la fonctionnalité et la stratégie de l'intersecteur.

En dehors de l'activité de recherche, le Pr. Barthélémy dispose de peu de personnel en propre. Il s'agit de mises à disposition émanant de l'équipe du Pr Sauvage.

Dans cet imbroglio un fonctionnement "correct" a, semble-t-il, été trouvé, bien que cela reste pénible. Les professeurs Sauvage et Barthélémy disent attendre une clarification de la situation, chacun exprimant des souhaits concernant les définitions de rôle et de frontières, qui ne semblent pas incompatibles les uns avec les autres. Il n'existe pas de désaccord idéologique ou de méthode entre les deux services.

Pour les PH rencontrés (les Drs. Perrot et Hameury), il est clair que le lien hiérarchique s'effectue avec le Pr. Sauvage. Les personnels paramédicaux évitent soigneusement le sujet en réunion plénière.

2.1.4. La pédopsychiatrie sur le site de Bretonneau :

Le Service de Pédopsychiatrie se présente donc à Tours comme un bâtiment unique dont le fronton n'annonce aucune différenciation d'activité, alors que deux chefs de service coexistent dans la structure. Il est scindé en deux parties autonomes qui ne communiquent aujourd'hui que par l'encadrement infirmier et les paramédicaux communs aux deux équipes. Les problématiques de territoire, de responsabilité et de chefferie de secteur sont posées au vu et au su de tous. Il existe une charte liant les deux dirigeants médicaux et la communauté médicale, de sorte qu'un statu quo apparent est respecté. Il va sans dire que la situation rend difficile la synergie entre des équipes qualifiées, ceci constituant, sans méconnaître le travail de qualité réalisé de part et d'autre, un risque de déperdition significatif pour les services et les populations à desservir.

L'infrastructure sise sur le site de Bretonneau, le long de la rue Walvein, créé en 1995, comporte :

2.1.4.1. L'hôpital de jour

- une fonction : hôpital de jour de 34 places (24 pour le service A, 10 mises à la disposition du service B) sur 40 autorisées. Les 6 places restantes ont été transformées en activité de CATTP (soins intensifs ambulatoires individuels ou de groupe).

Elle comporte donc 4 groupes d'enfants : 3 groupes (3 x 8) pour le service A (Pr.Sauvage), 1 groupe pour le service B (Pr. Barthélémy).

L'infrastructure comporte des espaces de bureau et des personnels séparés, de même que des parties et des personnels communs, dont le partage est géré par les cadres.

Parmi les paramédicaux communs figurent l'assistante sociale, le cadre socio-éducatif, le cadre infirmier supérieur, le cadre infirmier. Par contre, des moyens humains du service d'électrophysiologie (service B) sont utilisés au profit du service A pour certaines explorations.

L'entrée à l'hôpital de jour fait suite à un bilan approfondi. La file active 2000 est de 42 enfants. La sollicitation que reçoit le secteur est multi-intersectorielle. Chaque intersecteur de l'Indre et Loire contribue pour un tiers au recrutement des enfants (l'intersecteur I ne fait que de la consultation, l'intersecteur III prend en charge des troubles graves du développement). Une partie du sud du département présente une polarité naturelle avec la Vienne, "c'est une population qui nous adresse des demandes". Les enfants du département pris en charge sont au plus éloignés de 40 km. Au niveau

de l'âge, le recrutement s'effectue entre trois et huit ans (parfois deux ans). Une partie des "portes d'entrée" est constituée par le CAMSP et la pédiatrie de Clocheville.

L'entrée à l'Hôpital de Jour est préparée par une consultation, l'enfant est donc adressé par un généraliste ou un pédiatre, parfois directement par la famille, mais le lien avec le médecin traitant doit s'établir immédiatement.

Le bilan initial a pour objectif de préciser le diagnostic. Il est souvent réalisé au CAMSP ou au Centre de Ressources Autisme. Un bilan complémentaire est effectué lors de l'entrée à l'Hôpital de Jour, dont l'ouverture est de 8 heures par jour, 5 jours sur 7. Il peut exister un délai d'attente pour l'accueil à l'hôpital de jour, dans ce cas les enfants sont suivis en ambulatoire.

Les soins administrés peuvent être de plusieurs types, à temps partiel ou à temps complet. Ils sont de groupe restreint ou individuels, et sont représentés par des thérapies mises au point par le Pr. Lelord (Thérapies d'Echange et de Développement : TED). Ils peuvent comporter également des groupes de langage, des psychothérapies kleinienne ou cognitives, de l'orthophonie, de la psychomotricité, des activités avec la pataugeoire.

La scolarité est organisée au sein de l'hôpital pour une petite partie des enfants, l'intégration dans le milieu ordinaire étant réalisée pour 33 enfants sur 38. Des moyens humains spécifiques sont mis en place pour cette intégration. L'articulation avec les établissements scolaire est importante. Les parents sont très présents et les associations gèrent des auxiliaires d'intégration.

Un travail identique est effectué auprès des crèches, garderies, services de PMI.

Cette action de réseau consécutive aux bilans est entreprise pour les enfants des secteurs I et II; le secteur III intervient pour les enfants relevant de son territoire.

Le partenariat avec les familles est important et intense. Une réunion a lieu tous les mois et assure information, soutien, accompagnement, participation aux soins et aide matérielle. Lorsqu'il existe une souffrance particulière, des entretiens individualisés sont proposés et, le cas échéant, une orientation vers un psychiatre libéral est réalisée. En fait, le travail avec la famille est intégré au projet de soins pour l'enfant. En l'an 2000, la file active de l'hôpital de jour, auquel s'ajoute une activité CATTP, comporte 121 enfants, dont 85 suivis effectivement.

2.1.4.2. Le CMP et les consultations :

- Une fonction : CMP, de consultations externes et d'activité ambulatoire intersectorielle. La durée de la prise en charge est de 2 ans environ. La file active thérapeutique s'est renouvelée de 20 nouveaux enfants pendant l'année (turn-over entre le tiers et la moitié chaque année en général). Il existe une tendance croissante à l'allongement de la période de soins (jusque 3 ans), ce qui rend davantage nécessaire de maîtriser les flux. Des problèmes d'aval se posent certes, mais ne sont pas massifs, selon les professionnels. Les relations avec les structures médico-sociales seraient harmonieuses. Un aval un peu plus ajusté aux besoins permettrait une meilleure gestion de l'activité (articulation avec les IME et IR). Le service est également sollicité pour d'autres aspects médicaux : les bilans intègrent en fait deux dimensions, psychiatrique certes, mais aussi les aspects pédiatriques et de diagnostic étiologique.

L'activité est séparée pour les services A et B et les locaux également partagés, une partie des personnels paramédicaux étant commune, certains d'entre eux se situant dans un entre-deux assez inconfortable (psychologues-secrétaires).

2.1.4.3. Le CRA :

- Une fonction régionale : le Centre de Ressources Autisme (créé en l'an 2000) :

Cette activité, localisée dans l'Hôpital de Jour, et déjà à l'étroit (il manque au moins 4 pièces), est propre au service A. Le CRA possède une vocation interrégionale (Centre, Poitou-Charentes, Limousin), voire nationale. Il produit une activité de bilans, de diagnostics et d'élaboration de programmes thérapeutiques. Les enfants sont réadressés à leur secteur d'origine après le bilan. Pour les enfants dépendant de l'intersecteur de Tours, ces bilans se réalisent indifféremment à l'Hôpital de Jour ou au CRA. Ainsi 59 bilans (pour 84 dossiers ouverts) ont été réalisés en l'an 2000 pour des enfants résidant en Touraine. En raison de la montée en charge inaugurale, cette activité ne peut être complètement représentative des activités futures. Il s'agit donc du développement d'activités préexistantes au niveau de l'hôpital de jour et du secteur ambulatoire du site Bretonneau, mais comportant un recrutement géographique plus important, l'inclusion de circonstances cliniques élargies et un niveau d'expertise accru. Le CRA dispose, pour ce faire, d'1 ETP médical (auquel s'ajoutent un interne à titre provisoire et un demi-poste de CCA prévu en 20001), et de 8 ETP paramédicaux, l'encadrement médical, paramédical et éducatif de la structure étant assuré par le service A. actuel. Deux places supplémentaires sont dévolues pour ce nouveau centre à l'hôpital de jour.

2.1.5. La pédopsychiatrie sur le site pédiatrique de Clocheville :

Elle comporte des activités de consultation externes (fonction de CMP intra-muros intersectoriel), une activité de consultation-liaison et de réponse à l'urgence, et une participation au CAMSP pédiatrique. Ces activités semblent être exercées exclusivement par le service A.

2.1.5.1. Les consultations externes :

- La fonction de consultations externes : sur le site de Clocheville la pédopsychiatrie côtoie la pédiatrie depuis 35 ans. Les infrastructures sont convenables au niveau de l'espace et du confort, même si elles n'atteignent pas le niveau de modernisme fonctionnel et esthétique, et de loin, des locaux du site Bretonneau.

2.1.5.2. L'urgence pédopsychiatrique et l'activité de consultation-liaison, les consultations "internes" :

Elle s'exprime aujourd'hui à travers un projet dont le Dr Malvy est le porteur, qui nécessite une organisation très rigoureuse et lisible par les partenaires. Deux options semblent se dégager : une organisation centrée sur un service ayant obtenu une dotation spécifique suffisamment ajustée, ou bien un système tournant, intégrant les trois intersecteurs.

Actuellement, l'urgence pédopsychiatrique se manifeste essentiellement à travers une activité de liaison urgente. En revanche, on peut se demander si l'urgence stricto sensu émanant de la pédiatrie est complètement assurée (45 pédiatres travaillent sur le site). Actuellement, les 6 médecins seniors et l'interne de la pédopsychiatrie du service A interviennent pendant les heures ouvrables, mais il semble nécessaire de passer à une autre organisation comportant un référent. Sur le site de Clocheville, semblent être mis à la disposition de la pédiatrie de liaison environ 1,5 ETP médicaux (8 demi-journées d'interne de spécialité et cinq journées de senior). Mais les pédiatres attendent de plus en plus une réponse immédiate. En même temps, la pédopsychiatrie est en passe de faire sa place (elle est implantée depuis plus de 30 ans), de bénéficier d'une meilleure reconnaissance, et donc les besoins reconnus sont aussi en augmentation. On relève 3 à 4 demandes par jour qui nécessitent souvent plusieurs heures d'intervention pour des situations fréquemment complexes et extrêmes. Cette post-urgence est souvent plus consommatrice de temps que l'urgence elle-même. Il n'existe pas de couverture pédopsychiatrique 24h/24h, ni les week-ends ni les jours fériés. Le psychiatre de

psychiatrie générale est censé assurer ces créneaux, mais dans les faits cette assurance n'existe pas.

Il sera sans doute nécessaire, pour aider au règlement de cette question, de déléguer nettement des paramédicaux sur ce travail (psychologues, infirmiers, assistantes sociales, etc.) dans le cadre d'une formation spécifique à envisager.

L'urgence s'exprime aussi dans le cadre de la consultation externe. Ces consultations non programmées proviennent de toute la région et représentent environ 10 interventions par semaine. Ceci provoque une certaine saturation du service, qui nécessitera une dotation supplémentaire et/ou une réorganisation : soit scinder l'activité actuelle entre les missions classiques d'intersecteur, en collaboration avec les autres intersecteurs, et ses missions hospitalo-universitaires, soit faire reconnaître l'urgence pédopsychiatrique au sein de la communauté psychiatrique, en sachant que l'urgence psychiatrique en général ne répond déjà pas aux spécifications du SAU.

2.1.5.3. La participation de la pédopsychiatrie au CAMSP :

Ce centre a été créé en 1980 dans un contexte difficile et placé sous la direction d'un pédiatre non praticien hospitalier, qui est également le chef de service de la pouponnière. L'activité pédopsychiatrique est à la charge du Pr. Sauvage. Le Dr Lenoir, membre de son service, y est affecté à mi-temps, ce qui rend les relations de travail acceptables. Le CAMSP présente une coloration pédiatrique très affirmée. On y traite de tous les handicaps précoces, ce qui est moins le cas du CAMSP privé rattaché au CMPP. Le travail de la pédopsychiatrie au sein du CAMSP consiste en :

- ◆ Évaluation – Diagnostic.
- ◆ Mise en oeuvre des soins.
- ◆ Préparation des familles.
- ◆ Animation institutionnelle pour les personnels à propos des cas cliniques.

2.1.6. Quelques activités et problèmes spécifiques :

2.1.6.1. Les adolescents :

C'est un domaine peu organisé à ce jour par l'intersecteur, et qui demandera assurément la mise en oeuvre d'un projet spécifique. Cette question de l'adolescence est émergente depuis les années quatre-vingt et s'amplifie. A l'hôpital de jour, selon les professionnels, il existe peu de réponses adéquates pour les adolescents, mais en revanche ils sont suivis en ambulatoire, de même qu'à Clocheville (pour les suicidants). L'intervention en amont limite l'apparition du problème dans toute son ampleur. L'unité du Pr. Gaillard semble concerner des adolescents différents de ceux que l'on pourrait trouver en pédopsychiatrie. Il serait sans doute nécessaire de constituer une structure de 8 places, un dispositif de crise et de réévaluation pour les adolescents des IME.

2.1.6.2. L'hospitalisation temps-plein des enfants :

Présentement, c'est une réponse qui manque à la palette des soins bien que, selon les professionnels eux-mêmes, une telle structure, de faible capacité, soit nécessaire. L'idéal serait de l'intégrer à la pédiatrie de Clocheville. Les pédiatres sont ils prêts pour cela ? Selon le Pr. Sauvage, l'hospitalisation de pédopsychiatrie se gère actuellement en pédiatrie de façon non explicite. L'hôpital St Benoît (Chinon) peut assurer quelques accueils, mais en général la structure ne convient pas.

2.1.6.3. Les cas moins graves et les autres pathologies :

Sont concernés les autres établissements ou acteurs situés sur le territoire de l'intersecteur : le CMPP et son CAMSP (distinct de celui de Clocheville), le CMP de Joué les Tours et un secteur libéral très important. Ils prennent en charge les cas moins graves ou relevant de pathologies différentes. Le service reçoit en ambulatoire "la partie la plus lourde des cas moins graves". En ambulatoire, sur les sites de Bretonneau, Clocheville, Château Lavallière,

l'orientation se fait immédiatement vers la prise en charge qui convient. Il n'existe pas de liste d'attente.

2.1.6.4. La péri-natalité :

Selon les professionnels, cette activité est actuellement peu investie malgré son importance, il sera nécessaire de la développer dans le projet à venir.

2.1.6.5. Les cantons ruraux :

Cette partie de l'activité n'a jamais été vraiment investie. Actuellement une consultation mensuelle existe à Château-Lavallière, assurée personnellement par le Pr. Sauvage. Le canton de Langeais nécessiterait sans doute une organisation particulière, mais le service, pris par ses tâches tourangelles, n'a pas développé de réflexion sur ce thème. L'idée d'un repartage des territoires et des missions est peut-être une piste à ouvrir.

2.1.7. Les axes de recherche et d'enseignement :

- ◆ Clinique
- ◆ Bio-clinique
- ◆ Troubles du développement :
 - Diagnostic précoce,
 - Soins précoces,
 - Pathologies associées.

La Mission d'Appui n'ayant pas vocation à être concernée par la planification ou l'évaluation en matière d'enseignement, de recherche et de formation, se borne à constater l'excellent niveau en ce domaine, attesté par les discussions avec les dirigeants et l'engagement des équipes, la production de nombreuses publications dans des revues à comité de lecture et, d'une façon générale, la notoriété nationale et l'intérêt que suscite l'ensemble de cette activité. Elle s'interroge toutefois sur l'opportunité de la coexistence de deux équipes.

2.2. Le service B (rencontre avec le Pr. Barthélémy et son équipe) :

2.2.1. Périmètre des activités :

- Il constitue un centre d'explorations fonctionnelles neurophysiologiques, de consultations, de bilans intensifs et de guidance dans le domaine des troubles du développement et des polyhandicaps complexes de l'enfant.
- Il dispose d'un laboratoire de neurophysiologie et utilise 10 des 34 places de l'hôpital de jour du service A pour y accueillir des enfants faisant l'objet d'un suivi. Il effectue également les explorations et des bilans pour les enfants de l'hôpital de jour. Ces deux dernières activités s'effectuent au bénéfice d'enfants issus de l'ensemble du département d'Indre et Loire et donc des trois intersecteurs concernés, de la Région Centre et des régions voisines.
- Il assure l'enseignement de la physiologie, notamment dans le premier cycle des études médicales, et pour les maîtrises des sciences biologiques et médicales.
- Il mène des recherches biocliniques spécifiques. Le Pr. Barthélémy dirige l'unité INSERM n° 2 : autisme et troubles apparentés ; psychopathologie et physiopathologie. Elle est membre de l'inter commission INSERM n° 2 : psychiatrie et santé mentale.

L'ensemble des personnels du service B est placé sous l'autorité du médecin-chef de ce service. Il s'agit des personnels des explorations fonctionnelles des consultations de Bretonneau et du laboratoire de Neurophysiologie. Par contre, les personnels travaillant auprès des enfants accueillis dans les dix places mises à la disposition du service B (cf. supra) relèvent des médecins de ce service pour l'exécution de leurs prescriptions, mais ils restent rattachés au service A pour l'organisation de leur travail, sous couvert de l'encadrement infirmier commun aux deux services et sous condition d'une concertation minimale entre les deux dirigeants médicaux.

2.2.2. L'effectif du service comprend :

- Sur le plan médical : 1 ETP de PU-PH chef de service, 0,5 ETP de physiologiste, 1 AHU, 7 vacations (rééducation, pédiatrie, pédiatrie spécialisée, ORL), auxquelles s'ajoutent 6 vacations de généticienne, soit très approximativement 1,75 ETP médicaux dédiés à la recherche et 1,75 consacrés à la clinique et donc à l'activité intersectorielle.
- Sur le plan paramédical, en ETP : 2,5 secrétaires et adjoints administratifs, 2 infirmières, 1 psychologue (dont un enseignant-chercheur de rang A issu de Paris V, à mi-temps), 1 orthophoniste, 0,5 assistante sociale, 1 ASH, soit 8 ETP. En outre (cf. supra), 3 infirmières et 1 éducateur du service A sont affectés au fonctionnement des 10 places d'hospitalisation de jour mises à la disposition du service B. Il n'est pas possible de quantifier le temps que ces personnels consacrent à la recherche. Enfin, s'ajoutent à cet effectif des personnels hors statut et budget hospitalier : 1 assistant universitaire à titre étranger, 2 agents de recherche relevant de l'INSERM et un ingénieur de recherche dépendant de l'Université.

Les informations qui suivent viennent en contrepoint des données collectées dans le service A, qu'elles viennent préciser ou confirmer, certains points restant à élucider.

2.2.3. Historique

L'Histoire du service : dès l'origine le service développe une logistique permettant de poursuivre un double objectif :

ÿ Le fonctionnement d'un intersecteur.

ÿ L'exploration fonctionnelle cérébrale.

1984 : Le service a formé 2 personnes, élèves du Pr. Lelord : Le Dr. Sauvage, le Dr. Barthélémy.

Le Dr Sauvage, agrégé de pédopsychiatrie, est responsable du site de Clocheville. Il est alors nommé chef de service, mais le Pr. Lelord reste le médecin-chef de l'intersecteur. Sur un plan juridique et administratif, personne n'a l'air de savoir comment cela s'est passé.

1992 : Mme Barthélémy, PU-PH en physiologie, affectée en pédopsychiatrie, serait nommée sur le poste du Pr. Lelord.

D'après le Pr. Barthélémy, elle devait être (?), selon le déroulement prévu, le médecin-chef de l'intersecteur, le Pr Sauvage étant chef du département de pédopsychiatrie ("testament" du Pr. Lelord).

En fait, rien n'est clair. le Pr. Sauvage exerce la fonction de médecin-chef de secteur, et Mme le Pr. Barthélémy ne veut plus contester cette organisation. D'ailleurs, selon ses dires, elle n'a pas le choix et souhaite simplement que sa contribution à cette activité ne soit pas déniée.

Le service B dispose aujourd'hui de 10 places d'Hôpital de Jour dans le Service de Pédopsychiatrie (consultations et hospitalisation de jour sur le site Bretonneau, rue Walvein) "sous la responsabilité" (?) du Pr. Sauvage, et participe de ce fait à l'activité de l'intersecteur. Selon le Pr. Barthélémy, son service n'aurait jamais été validé administrativement. Mais il existe toutefois une charte du groupement de services. Cette situation, qui sépare l'inséparable, limite d'après nous les synergies et le développement du secteur mais, toujours selon ce dirigeant, il est tout de même possible de travailler dans des conditions convenables. Elle pense que si elle se repliait sur sa seule activité de recherche, cela poserait de gros problèmes de fonctionnement (recherche séparée des consultations, de la clinique et de la thérapeutique). Pour conclure, le Pr. Barthélémy reconnaît publiquement que la chefferie de l'intersecteur est sous la responsabilité effective du Pr. Sauvage, mais souhaite que son activité ne soit pas menacée et qu'on prenne son avis sur la politique à mener. Les personnels expriment un soutien fort à l'adresse du Pr Barthélémy.

2.2.4. Les activités cliniques et thérapeutiques :

Û Consultations pour des enfants provenant à la fois du département, de la région et de l'ensemble du territoire. (Explorations cliniques et bio cliniques ambulatoires).

Suivi des enfants autistes sortant de l'hôpital de jour (après 8 ans).

Û Bilans (sur trois demi-journées) : Examens cliniques - Explorations - Entretien avec la famille.

Examens spécialisés - Rencontre prolongée avec la famille.

Comptes-rendus communs.

Les bilans sont identiques, quelle que soit la partie du service concerné (Pr. Sauvage/Pr. Barthélémy). Il existe davantage de moyens sur place chez le Pr. Barthélémy (généticienne attachée, exploration neurophysiologique systématique, examen EEG des potentiels évoqués). Chez le Pr. Sauvage, une partie des examens est sous traitée. Mme Barthélémy envisage la possibilité d'étendre cette activité au profit des personnes adultes.

Ü Hospitalisations (10 places d'Hôpital de Jour) pour des enfants présentant des difficultés sévères du comportement : pratiques éducatives, d'intégration sociale et scolaire en partenariat avec les services de l'enfance, thérapies spécifiques d'échange et de développement.

A l'Hôpital de Jour, tous les enfants bénéficient d'un projet de soins (contrat) individualisé. Les psychothérapies sont englobées dans le projet de soins. Le travail d'intégration scolaire est très valorisé. Une partie de l'équipe, dont le Pr. Barthélémy elle-même, se rend sur le terrain. Les enfants autistes sont autant que possible scolarisés dans le milieu ordinaire, et donc un travail interstitiel de soins est produit. Les associations sont actives (auxiliaires d'intégration scolaire). Entre le CRA et le service de Mme Barthélémy existent des zones de recouvrement et de complémentarité. Elle ne participe pas à son activité alors qu'elle a travaillé à l'élaboration du projet. Elle souhaite faire partie du comité de suivi. Elle est très impliquée dans les mouvements de parents (autisme).

Pour ce qui concerne les cas moins lourds, ils sont reçus dans d'autres lieux de prise en charge et par d'autres professionnels (le réseau libéral, le CMPP et les autres intersecteurs). Les cas "résistants" peuvent lui être adressés ou réadressés.

2.2.5. La recherche

Le Pr. Barthélémy dirige l'équipe INSERM n° 2 et est membre de l'inter commission° 2 (cf. supra).

L'activité "recherche"est financée par la dotation globale hospitalière, l'Université et l'INSERM. La région a également subventionné une partie des bâtiments et de l'équipement du service de pédopsychiatrie.

Les objectifs et les axes de recherche :

Mieux décrire, mieux comprendre, mieux suivre et mieux traiter les enfants présentant des troubles du développement, dont l'autisme est le modèle.

Comme pour le service A, l'activité de recherche du service B paraît de très haut niveau et extrêmement intéressante, mais amène également à s'interroger sur l'intérêt de la coexistence de deux équipes.

2.3. Les activités globales de l'intersecteur, agglomérant les contributions des services A et B, comportent pour l'année 2000 une file active de 1269 enfants, 663 vus pour la première fois et 351 vus une fois seulement. 731 sont des garçons et 539 des filles. 251 ont moins de cinq ans, 314 de six à huit ans, 375 de neuf à douze ans, 256 de treize à quinze ans, 73 ont plus de vingt ans. Près d'un quart de cette activité (271 enfants) est effectuée à partir de Cloche ville. Le service B, suivant qu'on considère la file active ou les activités de l'hôpital de jour, représente entre 15 et 25% de l'activité globale.

2.4.COMMENTAIRES :

Globalement, l'impression laissée lors de la visite et des différentes réunions tenues, est extrêmement favorable. Les équipes en présence, à quelque niveau que ce soit, paraissent très professionnelles et très engagées, et le travail produit d'une qualité incontestable, malgré le contexte relationnel entre les chefs de service. L'infrastructure de Bretonneau (Hôpital de Jour) est remarquable par sa conception et sa réalisation architecturales, ses espaces, son aspect général et sa tenue (propreté, hygiène).

Le CMP intra-muros de Clocheville, réhabilitation de bâtiments classés, semble restreint au niveau des espaces, mais reste malgré tout une structure bien supérieure en qualité à ce que nous pouvons voir dans d'autres établissements.

Des questions restent malgré tout posées, dont la principale, évidemment, concerne la cohabitation entre l'activité propre à un service universitaire et celle liée à une mission d'intersecteur. Le travail de consultation, d'évaluation et de recours d'un service universitaire dépasse largement les limites d'un intersecteur classique. En l'occurrence, pour ce qui concerne les services hospitalo-universitaires de Tours, leur zone de recrutement est largement régionale, voire nationale. Ce travail reconnu requiert d'importants moyens de l'intersecteur, qui peut-être lui manquent pour l'exercice d'autres missions de soins et la couverture des cantons ruraux. Ceci pourrait impliquer de renforcer, pour mieux l'ajuster à l'ensemble de ses missions, les moyens de cet intersecteur, ou au contraire de scinder ses autres missions de son activité d'intersecteur, afin de mieux la faire reconnaître et partager par les autres secteurs, et ainsi d'organiser ou reconnaître une complémentarité entre l'activité pédopsychiatrique du CHU et hors CHU (essentiellement privée) à Tours d'une part, et entre les trois intersecteurs d'autre part.

2.5. COMMENTAIRES SUR LES SERVICES A ET B:

La pédopsychiatrie tourangelle au CHU se présente sous la forme d'une "succession en indivision" de l'héritage du Professeur Lelord, selon trois axes :

- l'existence et le développement continus d'une pédopsychiatrie fortement biomédicale, moins nettement psychosociale, à la fois sur le plan de la recherche et de l'innovation et, logiquement de la clinique et des pratiques thérapeutiques. Cela lui donne un positionnement très atypique par rapport à de nombreux dispositifs de santé mentale infanto-juvéniles qui, tout en adoptant un programme officiel consensuel bio-médico-psycho-socio-familial, présentent à l'opposé un équilibre dominant sur le versant psychosocial.
- un mode d'exercice clinique et para-clinique très ancré à l'hôpital général, articulé davantage avec le site des adultes que celui des enfants (Clocheville) malgré une demande croissante au sein de celui-ci. D'où une posture à la fois "hospitalo-centrée" (vs communautaire) et décentrée (par rapport à Clocheville) du dispositif, en remarquant toutefois qu'il est situé en plein cœur de l'agglomération principale, et un moindre développement de structures plus banalisées dans la communauté, compensé en partie par une forte accessibilité locale et également au service du département, de la région, voire au-delà.
- Le fort développement d'un pôle d'enseignement, de formation et de recherche depuis plus de vingt ans, centré sur les pathologies les plus graves, en particulier les troubles envahissants du développement tels que l'autisme. Ce pôle est caractérisé par une activité scientifique de haut niveau, connue et reconnue nationalement. Cela permet à la pédopsychiatrie tourangelle publique de diffuser à tous ces niveaux géographiques évoqués : connaissances, savoir-faire et, à l'échelon loco-régional, un soutien effectif et continu, y compris dans la communauté, qui induit une réelle satisfaction du côté des familles, du réseau scolaire et sanitaire, généraliste ou spécialisé.

On peut donc considérer que la pédopsychiatrie du CHU de Tours, malgré sa forte polarité bio-médicale, mais qui conserve un éclectisme mesuré et non dogmatique, participe au dépistage précoce, à l'évaluation et au traitement dans la durée, des pathologies lourdes, avec les articulations soutenantes qu'elles nécessitent. De ce point de vue, non seulement elle offre un haut niveau de qualité thérapeutique et de prospective, mais elle est également

positionnée "à l'endroit", à l'inverse d'un certain nombre d'intersecteurs¹, en prenant en charges les cas les plus graves, en déléguant ou en co-gérant avec le réseau sanitaire spécialisé ou non les cas de gravité plus modérée, et en assurant un recours pour les partenaires. En même temps, le poids territorial et fonctionnel de cette filière d'excellence pose en retour la question du type d'articulation avec les autres intersecteurs du département, ce qui inclut les conséquences sur la structuration interne et territoriale de leur offre.

Pour autant, la pédopsychiatrie du CHU de Tours, malgré ses évidentes et éminentes qualités, pose des problèmes de trois ordres :

1) Au niveau de l'offre de soins,

- une diversification géographique insuffisante dans la communauté (couverture des cantons ruraux), la quasi-totalité des réponses étant concentrées à Tours et au sein de l'hôpital, sur le site Bretonneau, même si, aux dires des dirigeants, cet aspect est compensé par un certain degré de mobilité des équipes, un travail de réseau, et concerne des populations distantes d'au maximum 40 kilomètres,
- une diversification insuffisante de l'offre : il n'existe pas *de pôle périnatal* structuré, en dehors du dépistage précoce des jeunes enfants psychotiques ou présentant des troubles graves intriqués, alors que l'existence proche d'une très forte offre pédiatrique (sur le site de Clocheville) devrait faire reconnaître ce besoin. De même, il n'existe pas d'offre *d'hospitalisation complète*, même temporaire de crise, pour les enfants. Cet aspect quantitativement limité et les problèmes de fonctionnalité d'implantation de telles réponses posent avec encore davantage d'acuité la question de
- *l'insuffisance d'une articulation forte et structurée avec la pédiatrie locale, qui inclut également l'amplification et la diversification de la pédopsychiatrie de liaison et de la réponse aux urgences.* On doit reconnaître toutefois une augmentation réelle des réponses dans ce domaine, même si l'on peut avoir l'impression que ce développement est davantage subi que désiré, en même temps que l'évolution actuelle des réflexions de la communauté pédiatrique rend particulièrement nécessaire la structuration et l'ajustement des réponses pédopsychiatriques. Il en est de même pour la question des *adolescents, qui inclut à la fois l'absence de réponse institutionnelle prolongée, au-delà de 10-12 ans, pour les enfants ayant relevé de l'hôpital de jour, et la question des adolescents perturbateurs ou posant de réels problèmes psychiatriques lors de l'entrée dans l'âge adulte, à travers les urgences.* Mais ces deux derniers points, les adolescents et les urgences, doivent être considérés également comme posant des problèmes plus globaux de rapports peu fonctionnels au sein de la psychiatrie, y compris la pédopsychiatrie, pour les adolescents, et la discipline et le reste du CHU, pour les urgences.
- une diversification insuffisante des réponses ambulatoires, à la fois au plan de l'offre psychosociale, moins développée, et des clientèles présentant les pathologies les plus fréquentes, qui ne sont ni psychotiques ni autistiques. Cela pose bien évidemment la question d'une articulation plus évidente, même si elle existe, avec la pédopsychiatrie libérale, le CMPP de Tours et son CAMSP qui devraient, à première vue, remplir cette fonction

2) Au niveau des moyens consacrés à l'activité intersectorielle de santé mentale infanto-juvénile stricto-sensu, dans l'absolu et dans sa répartition entre l'activité clinique et thérapeutique d'une part, et l'activité de recherche, d'enseignement et de formation,

¹ Un nombre non négligeable d'intersecteurs, pour des raisons diverses, ne traite qu'une partie des cas les plus graves en les transférant, volontairement ou non, dans le dispositif médico-social.

d'autre part. Rappelons que la pédopsychiatrie du CHU de Tours dispose de deux services hospitalo-universitaires et qu'elle a disposé jusqu'à très récemment de deux équipes INSERM. Si l'on ajoute l'ensemble des postes médicaux consacrés, dans les deux services, à l'activité intersectorielle, y compris le CRA, à l'exclusion de l'activité universitaire identifiable et des postes hors budget hospitalier, cela représente près de 9,6 ETP, à comparer aux 6 ETP en moyenne nationale. De même, l'ensemble des postes paramédicaux des deux services payés par la dotation globale semble représenter 50 agents, à rapprocher de 45 en moyenne nationale. Toutefois, on doit pondérer cette appréciation brute par trois observations qui jouent en sens contraire : l'une concerne la zone d'attraction des deux services qui concourent à l'activité intersectorielle, dont on a dit qu'elle était nettement plus large que celle d'un intersecteur "normal", à la fois pour des raisons géo-démographiques, du fait de l'insuffisance de l'offre périphérique des autres intersecteurs, et également en raison de la position de recours, de technicité et de notoriété, de la pédopsychiatrie de Tours. S'y ajoute le poids spécifique important des besoins émanant de Clocheville, atypique par sa taille critique, et dont la satisfaction repose exclusivement sur les ressources de l'intersecteur 37 I02. A l'inverse, la présence d'une offre spécialisée libérale nettement supérieure à la moyenne, ainsi que l'existence d'un important CMPP-CAMSP doivent soulager significativement la demande ambulatoire susceptible de s'adresser à ce même intersecteur.

3) Au niveau de "l'indivision successorale" de l'héritage du Professeur Lelord et de ses conséquences institutionnelles, hiérarchiques, organisationnelles et stratégiques. Cette indivision permet la cohabitation de deux chefs de service hospitalo-universitaires communiquant peu (les réunions de synthèse communes semblent ne plus exister), au sein d'un service de pédopsychiatrie dont le fronton à l'entrée laisse supposer, pour les visiteurs comme pour les usagers, une organisation unique. Saluons d'ailleurs le rôle des agents paramédicaux et de leurs cadres qui subissent avec regret, mais avec une très grande loyauté, une situation aussi particulière. Ces deux responsables travaillent au même endroit pour des clientèles équivalentes, même si l'orientation diffère un peu, au service des mêmes territoires géo-démographiques. Ils mobilisent ainsi simultanément des ressources thérapeutiques et de recherche, sans qu'on puisse en nier l'aspect concurrentiel. Remarquons tout de même que, s'il existe deux chefs de service et si une charte a organisé depuis cinq ans une sorte de trêve institutionnelle entre les deux dirigeants médicaux, le responsable de l'intersecteur est en quelque sorte "introuvable", même si d'un côté le Professeur Barthélémy reconnaît publiquement la responsabilité du Professeur Sauvage (tout en souhaitant que sa contribution pratique et stratégique à elle dans la politique de l'intersecteur, comme son rôle dans le Centre Ressources Autisme ne soient pas niés) et que ce dernier ne sait pas trop (ou veut en donner l'impression) si cette responsabilité lui est officiellement dévolue, tout en semblant déclarer qu'il l'exerce. On ne peut s'empêcher de se demander si tout ceci n'exerce pas un effet paralysant sur l'utilisation optimale de ressources rares au profit des usagers, en même temps que n'apparaît pas un contexte propice au développement stratégique et cohérent d'une politique d'intersecteur (et par voie de conséquence des intersecteurs voisins, vu le poids de la pédopsychiatrie locale) appréhendée et mobilisée comme telle.

3. LE CENTRE MEDICO-PSYCHO-PEDAGOGIQUE D'INDRE ET LOIRE :

3.1. DESCRIPTION DES EQUIPEMENTS

Le CMPP est implanté à Tours et est installé dans des locaux rue de la Pierre. Il est géré par une association fondée en 1957. Depuis 1971, se sont successivement créés :

- Une consultation de C.M.P.P.
- Un semi-internat de réadaptation psychothérapeutique (S.I.R.P.) fonctionnant grosso modo comme un hôpital de jour, auquel s'ajoute une Unité de Soins Intensifs du Soir (U.S.I.S., souvent sous forme de CATTP, ici SESAD).
- Une consultation spécialisée pour étudiants : le B.A.P.U.
- Un centre d'action médico-sociale précoce spécialisé développant à la fois une activité de prévention en matière de santé mentale et une action centrée sur les handicaps auditifs, cette activité ayant été reconnue comme centre régional d'audio phonologie infantile.
- Une antenne comportant C.M.P.P. et C.A.M.S.P.a été ouverte à Ligueil en 1981 et se développe encore, avec un projet de construction de nouveaux locaux.

L'Association des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques d'Indre et Loire emploie 113 personnes, dont 25 à temps plein, pour 73 E.T.P.

Le Médecin-Directeur de ce centre est en même temps Président de l'Association Française des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques et affirme d'emblée son orientation analytique.

Les locaux sont installés dans un ancien prieuré. Il s'agit d'un bâtiment sur deux étages, entourant une tour carrée. L'entrée se fait par une vaste salle d'attente où, dès 8 H 45, s'agite une multitude d'enfants et de parents que les professionnels viennent chercher individuellement. Les locaux sont répartis en trois espaces : l'un est réservé au C.M.P.P., auquel s'ajoute un petit espace pour le B.A.P.U., l'autre est affecté au C.A.M.S.P., c'est à dire les enfants les plus jeunes. Un troisième espace est attribué au S.I.R.P., c'est à dire à l'accueil institutionnel à la journée-hospitalisation de jour, et l'unité de soins intensifs du soir, qui se partagent le même local. Ces locaux sont vastes et bien entretenus, et finalement assez bien adaptés à l'activité.

Le rapport d'activité, fourni par l'Association, montre une activité très classique, bien organisée.

3.1.1. Le CMPP :

L'activité, pour une file active d'environ 1400 enfants est difficile en mettre en rapport avec le nombre de soignants, qui n'est pas individualisé par rapport à elle. Elle correspond à la file active classique d'un C.M.P.P. de taille importante en région parisienne. Le taux de renouvellement, un tiers de nouveaux cas dans l'année, correspond là aussi à une bonne implantation au sein du réseau. Le nombre de séances par enfant suivi varie entre 17 et 21, ce qui représente une bonne moyenne. Paradoxalement, celle des psychothérapies est nettement inférieure, ce qui peut laisser supposer qu'il n'existe pas beaucoup de psychothérapies à plus d'une séance par semaine, ou peut-être un absentéisme supérieur, qu'il conviendrait d'analyser. Enfin, 13 % des consultations n'ont pas donné lieu à une prise en charge suivie.

Les soins se répartissent ainsi : 35 % de psychothérapies, un peu plus de 6 % de travail en groupe, 57 % d'orientations plus rééducatives.

Un poste d'enseignant spécialisé est destiné à favoriser les contacts institutionnels avec les écoles, tant à Tours qu'à Ligueil, et permet ainsi la participation au travail des équipes éducatives et des Commissions d'Education Spécialisée.

3.1.2. Le B.A.P.U. :

95 étudiants ont été examinés, dont seuls 30 % viennent d'Indre et Loire. L'essentiel des consultants a entre 20 et 25 ans. La plupart des étudiants sont venus consulter pour des troubles de l'adaptation avec humeur dépressive. L'adhésion aux soins proposés est excellente, puisque seuls 4 étudiants n'ont pas donné suite à leur première consultation.

3.1.3. L'activité du Semi-Internat de Réadaptation psychothérapeutique (SIRP) :

Elle a touché 29 enfants entre 6 et 12 ans, avec un relatif équilibre entre le nombre de garçons et de filles (ce qui laisse supposer qu'il y a peu d'états psychotiques). Les enfants sont suivis au S.I.R.P. entre 2 et 3 ans en moyenne. Les sorties s'inscrivent, soit en institut de rééducation, en internat, soit en scolarité normale ou adaptée. Le commentaire signale l'importance des difficultés sociales et

familiales pour ces enfants et la fréquence des enfants placés en famille d'accueil ou faisant l'objet d'une mesure d'A.S.E. ou judiciaire (51 %).

3.1.4. L'Unité de Soins Intensifs du Soir (USIS) :

15 enfants, dont la moyenne d'âge est de 9 ans, ont été pris en charge, répartis essentiellement entre Tours et le Grand Tours. La durée moyenne de traitement est de 2 années scolaires.

3.1.5. Les C.A.M.S.P. :

45 % des consultants habitent le Grand Tours, 55 % le département hors Tours. 71 % des consultants sont des garçons. Les enfants sont adressés essentiellement par les médecins (services de santé scolaire et de P.M.I), 30 % par les enseignants ou les services scolaires et 18 % sur initiative personnelle ou par un réseau de connaissances. Les demandes de consultation pour troubles du comportement constituent plus de 60 % des motifs de demande. Les prises en charge proposées sont la plupart du temps multifformes : elles comportent 42 % de propositions de rééducation et 15 % de proposition de thérapie de groupe. Pour 10 % environ des familles, quelques entretiens suffisent.

3.1.6. Le département d'audio phonologie et le CRAPI :

Près de 200 enfants ont été examinés; dont 36 % habitent le Grand Tours et 58 % le département, hors Tours. 2/3 sont des garçons, 1/3 sont des filles, qui sont essentiellement adressés par des médecins généralistes ou de santé scolaire. 50 % de ces enfants présentent une audition normale, 46 % une surdité légère, 1 % une surdité moyenne ou profonde. A la suite des dépistages, 8 enfants ont été suivis régulièrement en 2000.

Pour le Centre Régional d'Audio phonologie Infantile : C.R.A.P.I. (la différence avec l'audio phonologie du C.A.M.S.P. devra être précisée), 30 % enfants ont bénéficié d'un bilan, dont 30 % habitent le Grand Tour et 63 % le département, hors Tours. Les enfants pris en charge au C.R.A.P.I. viennent du département d'audio phonologie ou d'autres C.A.M.S.P. Au premier septembre 2001, 40 enfants étaient suivis.

3.2. La rencontre avec les dirigeants du C.M.P.P.

Elle fournit quelques précisions sur le fonctionnement. Sont présents : le Médecin-Directeur du C.M.P.P., le Médecin-Directeur du C.A.M.S.P. et le Directeur Administratif.

On notera en premier lieu la forte implication militante des acteurs du C.M.P.P. dans la réflexion sur la place générale des C.M.P.P. en France, à travers l'Association des C.M.P.P. : Tours est le troisième C.M.P.P. de France par l'ancienneté, dans les premiers par l'activité, et en tête aussi pour la participation à des groupes de réflexions au Ministère sur la place des C.M.P.P. dans le dispositif général des soins et de pédopsychiatrie en France. Au niveau local, les acteurs du C.M.P.P.s'impliquent également dans le réseau des psychanalystes du département.

- Le B.A.P.U est conventionné avec la médecine préventive universitaire qui effectue le dépistage, le B.A.P.U prenant en charge les problèmes de psychiatrie et de santé mentale. Toutefois un accès direct est aussi possible. Il appartient également au réseau de prévention du suicide qui commence à se mettre en place sous l'égide du Docteur Filatre.
- Le Centre Régional d'Audio Phonologie Infantile est organisé en S.E.S.A.D.. Il permet de suivre les enfants scolarisés dans des structures classiques de l'Éducation Nationale.
- Le S.I.R.P. est répertorié dans le cadre de l'annexe XXIV du décret de 1956 comme Institut de Rééducation. Les admissions s'effectuent donc par l'intermédiaire de la C.D.E.S., par le biais de l'Éducation Nationale plus que par les praticiens. Cela pose d'ailleurs un problème de fonctionnement puisque les dossiers sont refusés s'il n'y a pas de saisine de l'Éducation Nationale. Le poids de l'analyse psychopathologique est donc souvent mineur dans ces demandes, eu égard à la subjectivité ressentie des troubles du comportement. Il semble (à vérifier) que les médecins de l'équipe technique de la C.D.E.S. soient ceux du secteur de Madame Gaillard et le Docteur Vallet, les trois intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile

étant alternativement représentés. Les procédures d'admission au S.I.R.P. au travers de la C.D.E.S. demanderaient à être revues.

- l'U.S.I.S appartient au même type d'organisation et serait plus tôt répertoriée comme un S.E.S.A.D., (dans le secteur sanitaire on la considèrerait comme un C.A.T.T.P.). Là aussi les enfants sont admis sur décision de la C.D.E.S.

Du point de vue financier, il semble que les deux structures appartiennent à la même enveloppe, avec un tarif médian journalier pour chacune d'entre elle, (à vérifier).

- En ce qui concerne les C.A.M.S.P. : une partie du C.A.M.S.P. apparaît spécialisée en santé mentale, se différenciant ainsi de celui de Clocheville, davantage centré sur le handicap et la surveillance de la prématurité, le dépistage des déficiences sensorielles et des I.M.C. Le C.A.M.S.P. spécialisé en audio phonologie est régi par l'annexe XXXII du décret de 1956 et fait partie intégrante du réseau "surdité" départemental.
- Comme l'équipe du Docteur Sauvage, il assurerait le dépistage précoce de l'autisme. Le C.A.M.S.P. de Tour maintient des liens importants avec les services de P.M.I., et l'orientation des enfants y est plus tôt d'ordre médico-social. Pour 50 % d'entre eux, il s'agit d'une demande de prévention et de soins en faveur de l'ensemble de la famille. *Au total, il semble bien qu'un des points importants soit l'absence d'inscription de toute cette activité de C.A.M.S.P. dans les réseaux de la p rinalit  et de l'autisme. Par ailleurs le réseau de la p rinalit  ne semble pas encore très actif dans le département. On note que l'activité de dépistage et de prévention de la surdité en maternité commence tout juste à se mettre en place. Ce fonctionnement du C.A.M.S.P., et pas seulement lui, illustre bien comment l'usager peut être amené à naviguer au détour de ces différentes offres de soins.* Pour les médecins présents, il semble que le repérage de l'autisme soit relativement clair, centralisé vers l'équipe du Docteur Sauvage, sauf pour un certain nombre de correspondants qui ne souhaitent pas faire appel à ces modalités d'analyse et de prise en charge, d'autres correspondants ne connaissant que l'un ou l'autre des services.

Le C.M.P.P. reste plutôt orienté vers les troubles de la personnalité, la prévention, la dimension sociale, le travail familial et la prévention de la maltraitance, vis à vis des juges et de la D.A.S.S. du département. *Finally, il semble que la problématique soit assez représentative de celle fréquemment rencontrée en région parisienne : absence de complémentarité active entre un C.H.U qui développe des activités très spécialisées dans certains domaines, qui amplifient la fragmentation et le cloisonnement : autisme, neuropédiatrie, neurophysiologie, et un C.M.P.P. qui, sans souci de planification ou de Santé publique ni contrainte de fonctionnement, développe une offre de soins centrée sur les cas les moins lourds, mais avec une bonne prise en compte cependant, semble t il, des facteurs environnementaux. Cette question peut être étudiée à travers les durées de prise en charge et les modalités de sortie du S.I.R.P. Un autre indicateur est la mise en oeuvre de traitements pluri-hebdomadaires : sur 1300 enfants, moins de 10 reçoivent un traitement comportant plus de trois séances hebdomadaires.* Le travail de réseau du C.M.P.P. est assuré essentiellement par un enseignant et les assistantes sociales, ce qui est démontré par la facturation en actes, qui se monte à trois ou quatre par semaines. *C'est peu par rapport à l'activité de réseau d'un intersecteur habituel; travail donc très peu développé par l'ensemble des acteurs.* Enfin, si le C.M.P.P. exerce une activité sur l'ensemble du département, il dessert plutôt l'est et le nord de Tours. L'implantation à Ligueil, zone de population croissante, très pauvre en équipements tant médicaux que sociaux, dont l'axe de déplacement nord-sud est difficile, permet de toucher la population rurale du sud du département. *Le problème de fond reste donc posé. S'il semble possible d'organiser les complémentarités en zone urbaine, il faudra certainement attacher une attention particulière à l'organisation des complémentarités de soins, tant au niveau du réseau sanitaire que du réseau social, pour la zone rurale du sud. Par ailleurs ces activités desservent aussi une partie de la Vienne, avec des échanges possibles avec Châtellerault, échanges acceptés*

par la C.D.E.S., mais parfois avec difficultés, car la Vienne est aussi un département peu doté en pédopsychiatrie (son activité est tournée vers Poitiers). En ce qui concerne la prise en charge des adolescents, le C.M.P.P. semble peu concerné par les situations d'urgence. Il est organisé en quatre unités : trois unités généralistes, dont une unité à Ligueil, et une quatrième unité centrée sur les adolescents, qui favorise les interventions en situation de crise dans les collèges. Le C.M.P.P. aurait une convention avec la coordination "ado" qui commence à se mettre en place, avec deux réunions trimestrielles et un travail de collaboration sous forme de groupe de supervision d'enseignants, organisée en commun. Le réseau a été sollicité pour des collèves en difficulté, pour des centres spécialisés d'apprentis, mais il existe actuellement peu de collaboration institutionnelle, pour des raisons de financement. *Ce réseau adolescent ne paraît pas très actif !* Au niveau de l'enfance, les intégrations en C.L.I.S. semblent bien fonctionner, mais là encore des problèmes institutionnels sont un frein à la mise en place de l'intégration scolaire. L'Éducation Nationale préfère travailler avec le S.E.S.A.D. unique de l'A.D.A.P.E.I. et reste réticente à la poursuite de la prise en charge déjà mise en place dans les C.M.P. et C.M.P.P.

3.3. Commentaires :

Le C.M.P.P. effectue un travail de qualité, efficace, et particulièrement efficient vu sa facilité à mettre en oeuvre des projets (grâce à sa gestion par une association ad hoc, dépourvue d'un maximum de contraintes hospitalières), donc une réactivité plus importante.

Le C.M.P.P. effectue à l'évidence une partie du travail de consultation des secteurs de Tours. Il est plus difficile d'évaluer l'importance de son activité hors Tours et ses relations avec les autres intersecteurs. Cela pose très nettement la question de l'implantation de structures en zone rurale, à Ligueil, et ailleurs.

Les liens avec l'Éducation Nationale semblent assez peu développés. Nous n'avons pas eu connaissance de l'existence de contrats d'intégration pour des enfants en grande difficulté. D'ailleurs ceux-ci, qui ne sont pas dans le champ de l'autisme, ne paraissent pas repérés actuellement dans les prises en charge et ne semblent pas très nombreux au C.M.P.P. : états psychotiques, etc.

Le C.M.P.P. n'assure que moyennement le travail dit de réseau, hors facturation, avec la Justice, l'Éducation Nationale, les Espaces Territoriaux, l'Aide Sociale à l'Enfance. Là encore on peut se demander qui effectue ce travail.

Enfin, la présence des services de pédiatrie de Clocheville est pratiquement absente de leur témoignage, ainsi que la dimension de l'urgence. (qui n'est d'ailleurs pas inscrite dans leur mission). Si l'on prend en compte la forte implantation du C.M.P.P., on peut se demander s'il n'est pas possible de leur proposer une mission de secteur, qui leur permettrait de contribuer à la résolution du problème de l'urgence chez les adolescents, en rapport avec les besoins pédopsychiatriques de Clocheville. Quant aux rapports avec l'équipe d'intersecteur, le registre de l'indifférence paraît prévaloir, malgré les affichages vertueux.

4. VISITE AU CPU : UNITE POUR LES ADOLESCENTS

Le problème des adolescents, et la quasi inexistance des structures nécessaires à leur prise en charge dans l'ensemble du département, semblent la résultante de conflits anciens de personnes aujourd'hui disparues, que leurs héritiers reprennent avec presque la même rancœur.

L'unité pour adolescents s'est ouverte d'abord sous la forme de la création d'une unité de crise pour adolescents de 14 à 18 ans, en 1989, à l'initiative de Madame De Giovanni et du Professeur Gaillard, malgré l'hostilité de la psychiatrie générale qui y voyait une atteinte à la logique de secteur. C'était aussi, semble-t-il, une réponse à la quasi absence de la pédopsychiatrie locale dans ce domaine.

Cette création a donc été l'expression d'une réponse à un besoin mais, aucun des autres équipements n'ayant été mis en place en amont, (travail avec l'Éducation Nationale, la P.J.J., les centres d'hébergement, les réseaux de médecins libéraux, les urgences), ni en aval pour permettre des sorties dans le cadre d'un projet de soins, scolaire ou social (C.A.T.T.P., hôpitaux de jour,

coordination avec les différents secteurs, intégration à l'Éducation Nationale ou à l'Université, etc.), il semble que cette unité a eu du mal à fonctionner. De plus, elle a fait les frais des redéploiements internes du C.H.U. de Tours, en très forte difficulté financière à l'époque. Elle donne donc l'impression d'une structure toujours alimentée par les urgences, mais également toujours en risque de dépérissement.

C'est donc l'ensemble de la réponse aux adolescents qu'il faut revoir, en définissant avec rigueur la place de cette unité au sein d'un projet global. 7 lits pour une population de 600 000 habitants, c'est peu. Il semble bien que l'activité ait évolué vers la prise en charge des 18-22 ans et que peu à peu l'unité se soit plus tournée vers des liens avec la psychiatrie générale, tandis que les liens avec la pédopsychiatrie et la pédiatrie n'ont absolument pas pu se mettre en place. Le problème de l'organisation des gardes, non séniorisées, au C.H.U. constitue encore une circonstance aggravant pour un adressage en urgence et sans projet à cette unité. Pour les demandes provenant des urgences de Clocheville, qui concernent les jeunes adolescents de 14-15 ans, il semble que ces très jeunes ados ont du mal à y trouver leur place et que le problème des troubles aigus du comportement des 11-13 ans n'a, à l'heure actuelle, aucune réponse.

Au total, on est devant l'existence d'une unité qui a le mérite d'être là, bien qu'elle soit largement sous-équipée et dans un état de délabrement qui représente bien le peu d'investissement institutionnel dont elle fait l'objet de la part du C.H.U. Mais pour qu'elle puisse fonctionner convenablement, encore convient-il de favoriser la mise en place d'une organisation globale des soins pour les adolescents.

Il est à noter que les pédiatres de Clocheville disent n'avoir jamais rencontré les médecins du C.P.U. Ils ne connaissent pas non plus la mise en place d'une consultation spécifique par le secteur adulte dans les C.M.P. Le minimum serait de favoriser les liens entre l'unité pour adolescents et les pédiatres, afin que les demandes qui arrivent systématiquement à travers une exigence d'hospitalisation urgente puissent envisager également d'autres possibilités de réponse.

Globalement, le problème des adolescents dans le département, tel qu'il apparaît vu de Tours, souffre d'un manque de structuration en amont et en aval de cette unité d'hospitalisation. Mais, en dehors de la demande expresse des pédiatres, il ne semble pas exister une véritable mobilisation sur ces problèmes.

Le C.P.U. souffre de sa localisation isolée, d'une image dévalorisée à laquelle elle participe en partie, et ne présente pas une dynamique forte de projet tournée vers l'avenir ; plutôt celle, masochiste, d'un regret passéiste.

A plusieurs reprises, le croisement qui paraît indispensable avec le secteur de psychiatrie infanto-juvenile, apparaît comme un verrou, personne ne semblant oser frapper à la porte du Professeur Sauvage pour obtenir de lui "l'autorisation d'agir".

Les leviers possibles semblent être : tout d'abord la demande des pédiatres à Clocheville, ensuite l'organisation des urgences tant au niveau de la pédopsychiatrie que de la psychiatrie générale (ps. : il faut vérifier le créneau d'âge des adolescents réellement reçus. Il semble que le projet initial, pour les 14-20 ans, ait peu à peu glissé vers un travail pour le 18-22 ans).

5. LES RENCONTRES SUR LE SITE DE CLOCHEVILLE :

5.1. Avec la Direction : Monsieur MAZURIER:

Une Direction nouvelle, une dynamique de construction de projet d'établissement, ont permis vraisemblablement que le problème de l'organisation de la pédopsychiatrie au sein de l'hôpital de Clocheville émerge de façon très forte (cf. le compte-rendu de la C.M.E. de mai 2001).

Les principaux obstacles repérés étaient : une logique stricte de secteur s'opposant à la zone géographique multi-intersectorielle d'attractivité et d'activité de l'ensemble de l'hôpital, et le peu de moyens investis au profit du travail de secteur, entre autres par rapport à ceux consacrés à l'autisme.

La Direction s'est engagée à un suivi informatisé des problèmes.

D'autre part, le débat semble rester très focalisé sur la personne du Professeur Sauvage, et très conflictualisé avec quelques chefs de service de l'établissement, dont le neuropédiatre et l'O.R.L.

Les problèmes de la prise en charge des adolescents (repérage d'âge : 13-15 ans), des urgences et des lits et la pédopsychiatrie de liaison sont posés au premier plan.

La réponse attendue par la Direction comprend une approche élargie en termes de santé Mentale, comportant une organisation qui associe psychiatres, psychologues, infirmier psychiatriques et travailleurs sociaux, sous forme d'une réponse coordonnée. *(A ce propos, il semble que les psychologues, face à cette demande, se soient eux aussi organisés en collectif, revendiquant une structuration sous forme de service de psychologie - à vérifier - ce qui rajouterait encore au clivage existant).*

Dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, une fiche concernant la prise en charge des adolescents doit être rajoutée. Mais la Direction ne sait pas s'il faut la poser en termes de lits ou non.

Dans l'immédiat, le problème essentiel est celui de l'augmentation du temps de psychiatre pour, d'une part, obtenir à propos d'un enfant un avis qui, même s'il peut être plus ou moins différé, doit pouvoir être obtenu à court terme, et d'autre part l'existence d'une astreinte.

La réponse du C.M.P. de Clocheville (6 seniors participant à la mise à disposition d'1 ETP pendant le service de jour.) ne paraît pas suffisante pour les pédiatres. *Si c'est véritablement le temps mis à disposition, il est déjà significatif, même s'il n'est pas suffisant. Il doit manquer le travail de communication qui s'ajoute au travail direct auprès du patient, et peut-être aussi celui de mise en lien vers l'extrahospitalier. Enfin on peut se demander si la réponse n'a pas tendance à se limiter à la population du secteur.*

Il faut savoir en outre que l'hôpital s'organise sous la forme d'un projet d'unité de soins de courte durée de 24 heures, c'est à dire 7 lits de crise attenants au service des urgences. Cette organisation pose le problème de l'intervention pédopsychiatrique dans l'unité de crise, permettant une surveillance des situations aiguës et une éventuelle entrée différée en pédiatrie. *Il faudrait éviter une organisation calquée sur celle, défectueuse, de la psychiatrie générale!*

Le problème de la périnatalité n'est absolument pas traité. Les problèmes de maltraitance, de dysfonctionnements familiaux, voire de la psychopathologie intra-familiale, ne paraissent guère pris en compte de la part de l'ensemble de l'hôpital pédiatrique. Un groupe de travail doit se mettre en place, mais sans dynamique forte, et la pédopsychiatrie n'y participe pas. *La pédiatrie ne peut plus faire l'impasse sur sa dimension sociale ni la pédiatrie sociale se substituer à la pédopsychiatrie.*

Les pédiatres soulèvent aussi la question des pré-adolescents (10-12-13 ans), dont le mal être s'exprime de plus en plus par des troubles aigus du comportement posant un problème d'accueil en pédiatrie. *Il s'agit typiquement là de ce qu'on appelle "les nouvelles pathologies", dont la prise en charge relève d'actions coordonnées en santé mentale par tous les intervenants du champ de l'enfance, y compris les élus.*

Le problème des conduites addictives, alcool, anorexie, n'est pas encore traité.

Au total, la Direction nouvelle semble s'impliquer et pose clairement les problèmes, mais sans avoir pour autant de solutions.

5.2. Le C.A.M.S.P. de Clocheville :

Rencontre avec son Médecin Directeur, le Docteur Brémond.

Effectifs : 20 para-médicaux (mais combien d'ETP ?), un Directeur Médical à 80 %, auquel s'ajoutent 20 % de temps de pédiatre, 2 E.T.P. de psychologues pour 4 personnes, dont un seul psychologue à temps plein.

Le C.A.M.S.P. est implanté dans des locaux anciens de l'hôpital, contigus au C.M.P. du secteur. Nous n'avons pas réellement visité les locaux, mais l'exiguïté de la salle d'attente ne semble pas de bon augure.

Activité :

Il s'agit d'un C.A.M.S.P. à vocation pédiatrique, centré sur le dépistage des troubles sensoriels, en particulier la surdité, *ce qui implique donc un fort recouvrement avec le C.A.M.S.P. ou le C.R.A.P.I. du C.M.P.P.* Bien évidemment, on retrouve le débat passionnel des audiophonologistes : *implant cochléaire contre langue des signes, oralisation contre culture de la surdité.* Selon la présentation du C.A.M.S.P., *ceci permettrait une complémentarité autorisant les parents à effectuer leur choix.* Il est cependant évident qu'il n'existe aucune information formalisée leur permettant de l'effectuer, et très peu de contacts semblent exister entre les deux C.A.M.S.P.

L'implantation de la pédopsychiatrie à l'hôpital pédiatrique amène vers elle une forte demande, perçue comme une conséquence des réponses insuffisantes de l'intersecteur. L'orientation pédopsychiatrique est d'ailleurs très peu présente, et la réponse à ces demandes est d'ordre psychosocial. Le C.A.M.S.P. est organisé avec un référent pour chaque type de pathologie, le référent de pédopsychiatrie étant le Professeur Sauvage (la fonction du référent est le recrutement, les courriers à la Direction et les avis sur la politique de soins).

L'affectation récente d'un praticien hospitalier à mi-temps, avec l'arrivée du Dr Lenoir, détaché de l'intersecteur, semble avoir redynamisé la prise en charge pédopsychiatrique au sein du C.A.M.S.P. *Toutefois, on sent bien qu'une partie de ce temps reste aspirée par l'activité de l'intersecteur et que, d'autre part, le PH n'a pas tout à fait les mains libres.* Là encore l'image ou le fantasme tournant autour du Professeur Sauvage circulent et sont largement utilisés.

La file active est de 840 patients vus au moins une fois et comporte une activité de suivi d'anciens prématurés, pour 1/4 de l'activité globale.

Tout les soins sont entrepris dans les locaux, seule une petite antenne mobile permet des déplacements de liaison vers les écoles ou les halte-garderies, mais aucun soin n'est dispensé à l'extérieur.

Les retards de développement importants sont adressés vers les intersecteurs. Le C.A.M.S.P. signale un problème d'accès au service du Professeur Sauvage, qui refuserait ces prises en charge dès lors qu'elles ne sont pas de son secteur, ou exigerait une formalisation de la demande par écrit, qui passerait par les autres chefs de service, ce que ceux-ci ne semblent pas accepter. Pour les deux autres intersecteurs, les délais de premier rendez-vous sont au delà de 6 mois. La rigidité de la sectorisation semble un obstacle à l'accès aux soins.

L'activité du Professeur Barthélemy n'est pas connue du C.A.M.S.P. !

Au total, il s'agit d'un C.A.M.S.P. manifestation isolé, dont les prises en charge ne sont pas ouvertes sur l'extérieur, à vocation très pédiatrique, dont la vision de la psychiatrie infantile-juvénile paraît archaïque. Toutefois, une évolution est possible depuis l'arrivée du Docteur Lenoir.

5.3. La Pouponnière :

10 enfants sont hospitalisés au long cours, auxquels 15 s'ajoutent en hôpital de jour, en alternance pour 5 places. Il n'existe pas de psychologue, pas de pédopsychiatre, pas de prévention de l'hospitalisme et des carences liées aux soins le longue durée. Il semble que les missions de prévention des troubles psychiques liés à l'hospitalisation ont été dévolues à la pédopsychiatrie lors de l'ouverture de cette pouponnière, mais rien n'a jamais été mis en œuvre. Aucun soutien aux équipes ne semble avoir été réalisé non plus. *La perception d'une souffrance des bébés et des soignants n'ayant pas été acquise, aucune véritable demande ne semble avoir émergé.*

5.4. Les urgences à Clocheville :

Nous avons été reçus par le faisant fonction de cadre dans l'agitation habituelle des urgences, avec manifestement une absence de locaux adaptés à la pratique des entretiens psychiatriques ou de l'accueil des états d'agitation.

Organisation actuelle :

Il existe un référent joignable pendant les horaires de journée. Ce système fonctionne assez bien. L'estimation de la charge de travail semble à peu près conforme à celle indiquée par le Professeur Sauvage : trois ou quatre urgences vraies par semaine, pour environ 10 demandes non programmées (*ce qui est impossible à absorber de façon habituelle par un C.M.P. s'il ne dispose pas d'une organisation spécifique*). Pour ce secteur d'activité, les relations avec le service du Professeur Sauvage semblent bonnes.

Le problème provient de l'organisation des gardes et astreintes. L'interne de garde pour les Hôpitaux Trousseau et Bretonneau ne peut pas se déplacer à Clocheville. Il n'existe pas d'astreinte téléphonique de pédopsychiatre. Elle est assurée par les psychiatres d'adultes, qui se déclarent incompétents pour les problèmes de pédopsychiatrie. Il existe de grandes difficultés à faire admettre un enfant au C.P.U. Souvent des problèmes de place pour les adolescents, et aucune entrée directe sans un avis spécialisé préalable n'est envisageable.

Un certain nombre de problèmes demandent à être vus de façon spécifique :

- Quid des problèmes sociaux aux urgences ? (*cela ne dépend d'ailleurs pas obligatoirement de la pédopsychiatrie, cf. la collaboration avec la pédiatrie sociale*).
- Comment accueillir les agitations de plus en plus nombreuses de l'enfant ? (*le problème se pose aussi ailleurs et est rarement résolu à l'heure actuelle, en dehors de collaborations fortes pédiatrie/pédopsychiatrie, permettant le maintien, avec le soutien des équipes psy, de l'enfant à l'hôpital pédiatrique*)
- Quid du problème des abus sexuels, qui sont tous orientés par la médecine de ville vers l'hôpital de Clocheville? Celui-ci est devenu depuis peu centre de référence pour les abus sexuels, mais rien n'a encore été organisé dans ce cadre (*comment être centre de référence avant d'avoir développé une réflexion approfondie sur le sujet ? Ce problème dépasse par ailleurs celui de la pédopsychiatrie, qui n'est qu'un des partenaires dans cette affaire*).
- Enfin, dernier problème à venir, le programme de l'établissement envisage une réduction des lits à Clocheville, ce qui entraînera une réduction de la durée moyenne de séjour et l'accentuation prévisible des problèmes de recherche de places, la pédiatrie s'orientant de plus en plus vers des prises en charge programmées. L'organisation d'un centre de crise nécessite l'établissement de procédures d'utilisation des lits-porte, adaptées à la pédopsychiatrie, et pose la question du cadre d'intervention sur place d'un pédopsychiatre.

Au total, il s'agit des difficultés habituelles d'un service d'urgence pédiatrique, où les problèmes touchant la pédopsychiatrie représentent plus de 20 % de l'activité, mais où rien n'est organisé ni formalisé pour répondre à ces demandes, et où la pédopsychiatrie apparaît comme le déversoir des pathologies bruyantes et gênantes pour l'activité des urgentistes, et donc à mettre à distance.

5.5. Rencontre avec le C.C.M. de Clocheville :

Nous avons été accueillis par le Président du C.C.M., radio pédiatre. Nom ?

Atmosphère générale :

Après deux ans d'interrogation et de nombreuses discussions avec le Professeur Sauvage, la C.C.M. a produit une synthèse des problèmes et transmis un questionnaire exhaustif au Professeur Sauvage, lui demandant une réponse écrite !

Cette formalisation écrite semble avoir éclairci quelques points. Les tensions se sont apaisées, puis sont à nouveau réapparues, puis ont été mises en suspens quelques mois depuis l'annonce de l'arrivée de la Mission. Du coup, le travail d'élaboration nécessaire semble s'être interrompu !

Un élément apparaît clairement au sein du C.H.U. : malgré l'appellation unique, il n'existe pas d'identité forte d'établissement. La communauté pédiatrique ne participe aucunement à la prise en charge des autistes et ne semble même manifester aucune connaissance de ces problèmes, bien qu'ils soient abordés sous un angle neurobiologique. Inversement les réponses mises en place par le C.P.U. pour les adolescents apparaissent comme celles "d'un autre établissement", ne résolvant pas le problème de Clocheville.

Le président de C.M.E. a effectué un travail de synthèse tout à fait important pour situer les demandes concernant la pédopsychiatrie. Elles sont manifestement très nombreuses et dépassent largement les possibilités d'un seul intersecteur.

Les difficultés :

- Nécessité d'avis psychiatriques rapides,

soit aux urgences, soit dans les services, pour les problèmes aigus, les T.S., les détresses avec éléments somatiques. Le principe est de ne pas augmenter la durée des hospitalisations. Ces demandes, bien que présentes sont, d'après les pédiatres, relativement peu fréquentes (*cette activité ne peut se concevoir sans un important travail de lien avec les équipes demandeuses. Elle est donc très consommatrice de temps et d'énergie*).

Si les psychiatres ne peuvent pas y répondre, quel autre personnel est formé pour cela ?

La voie des psychologues est-elle possible ? Il existe de nombreux psychologues dans les services, auxquels ils appartiennent, mais leur travail est organisé à temps partiel. On pourrait d'ailleurs envisager structure centralisée, mais les psychologues sont utilisés la plupart du temps pour le suivi de pathologies chroniques plutôt qu'aiguës. Est-ce un problème de compétence et de formation ?

La réponse actuelle, dans les heures ouvrables : «quelqu'un du C.M.P. passera», pose des problèmes, car il y a là risque de perte de temps pour tout le monde, et la possibilité de passage semble subordonnée à des problèmes relationnels entre les praticiens des différents services. En dehors des heures ouvrables, il y aurait possibilité d'une astreinte si elle était budgétée.. Le problème est de savoir sur combien de PH cette astreinte reposerait. La demande du C.H.U., est claire, c'est la création d'une astreinte. L'A.R.H. n'a pas répondu à cette demande et le Pr. Sauvage l'a donc refusée.

- Nécessité d'un travail de suite :

où garder un enfant ou un adolescent présentant des troubles psychiques, où l'adresser ? Qui doit organiser la relation avec l'intersecteur où le suivi post-hospitalier ? Aucun pédiatre ne souhaite se défaire de ces tâches. Il n'y a pas de rejet de la pédopsychiatrie vers un "ailleurs" (*mécanisme de dénégaration typique ?*). Il s'agit donc là, bien évidemment, de problèmes habituels de psychiatrie de liaison et d'aval de l'hospitalisation, pour la continuité des soins (*là encore, compte tenu de l'autre activité de la pédopsychiatrie du C.H.U., est-ce que tout doit reposer sur l'intersecteur de Tours ?*)

- Le problème des adolescents :

La question est ouverte : Faut-il des lits pour les adolescents ? S'agit-il de lits de psychiatrie aiguë ? S'agit-il de lits psychosomatiques ? L'accueil des adolescents semble mal compris. Les pédiatres connaissent mal le C.P.U.; ils ont l'impression qu'ils ne peuvent pas y recourir, ils n'en connaissent ni les règles d'admission, ni les types de pathologies accueillies. Il n'y a jamais eu de rencontre avec le C.P.U. (*l'obstacle à toute initiative de rencontre serait la crainte de "marcher sur les plates bandes du Professeur Sauvage". Cette explication semble largement insuffisante*).

Est-ce que deux ou trois lits à encadrement psychiatrique, inclus dans le travail de regroupement, suffiraient la plupart du temps? S'agirait-il de lits fléchés comportant des locaux déterminés, un personnel mieux formé ? Quel référent pourrait diriger ce mini service ? Les questions sont ouvertes. Ou bien faut-il une véritable unité de psychiatrie, nécessitant de vrais moyens et une architecture adaptée ? L'actualité d'une opération immobilière, impliquant des réductions de lits, nécessiterait et permettrait de répondre à cette question, mais on ne peut l'envisager sans un sérieux projet concomitant d'aval de l'hospitalisation. Quelle est la filière d'alternative ? Quelles sont les filières de sortie ? Habituellement, pour une population générale de 600 000 habitants, 5 à 10 places d'enfants sont prévues, elles n'existent pas sur le département. Il n'existe pas non plus de placement familial thérapeutique, ni d'hôpitaux de jour susceptibles de représenter cet accueil en aval.

- Les problèmes d'une activité psychiatrique exercée dans les lits de pédiatrie:

La pratique des hospitalisations mère-enfant est peu développée. Par contre, il existe à proximité, dans l'hôpital, une maison des parents qui permet leur présence dans la journée et leur disponibilité pour le travail des pédopsychiatres.

Certains parents ont d'ailleurs une demande personnelle. Comment est-il possible d'y répondre ?

- Les problèmes des maladies somatiques chroniques :

Il n'existe pas actuellement de recours à la pédopsychiatrie. Seuls les psychologues sont interpellés, la plupart du temps aussi bien pour les enfants que leur famille, mais il n'existe pas de lien entre les lieux de prise en charge somatique et les C.M.P. extérieurs. Lorsqu'un enfant est pris en charge au C.M.P., sa psychothérapie intra-hospitalière s'arrête. Lorsqu'un enfant a vu un psychologue plusieurs fois au décours des hospitalisations, celui-ci a du mal à faire le lien avec le C.M.P. du secteur.

Faudrait-il mettre en place un système de C.M.P. interne (*cette question paraît mal posée*) ?

- Le soutien aux équipes :

Certaines équipes de somaticiens et d'infirmiers sont soumises à un travail mettant en jeu des affects intenses et émotionnellement difficiles à soutenir : la réanimation néonatale, l'oncologie. Il n'existe pas actuellement de soutien aux équipes.

- Le réseau péri natalité n'est pas abordé, mais l'hôpital est centre de référence pour le travail autour de la mort subite du nourrisson et pour la maltraitance . Ces deux activités devraient être dynamisées et la part du travail qui inclut la pédopsychiatrie envisagée.

- Autre problème : l'accueil médico judiciaire : la réflexion commence tout juste.

Conclusions

- Il faudrait installer sur place une présence effective suffisante et des références nettes pour les médecins psychiatres et les paramédicaux, pour la psychiatrie de liaison, les lits éventuels, les urgences, les adolescents, les fonctionnements en réseau.
- Dans le projet d'établissement, une fiche doit concerner le défaut d'organisation de la réponse pour les adolescents. Il s'agit d'un axe fort du projet d'établissement en cours, qui conditionne (et est conditionnée par) les rapports entre la psychiatrie générale et la pédopsychiatrie, entre ces deux activités et le reste de l'établissement pour les urgences, entre la pédopsychiatrie et la pédiatrie pour les urgences et la liaison, etc. Actuellement, la réflexion sur les regroupements de services n'évoque aucunement cette question, et il serait donc plutôt envisagé une structure à part, ce qui se passe de commentaires ! Les pédiatres insistent sur l'absence de lisibilité de l'organisation du dispositif de soins pour les adolescents. Ils n'ont jamais rencontré le Docteur Lefourn et ne connaissent pas la coordination "ado".
- La recherche s'ouvre vers des voies innovantes dans la prise en charge des adolescents par les pédiatres, dans leur lien avec les psychiatres. Une possibilité pourrait être un hôpital de jour. Les pédiatres ont déjà ciblé des locaux pour des consultations, un accueil pour les soins somatiques. Peut-être pourrait on y insérer une activité d'accueil à dimension psychothérapeutique ? (*est-il vraiment opportun d'envisager la localisation d'un hôpital de jour en intra-muros ? cela n'est envisageable que si l'on considère seulement, et la position centrale de l'hôpital et un projet d'accueil de jour de courte durée, dans un cadre mixte associant réponse somatique et pédopsychiatrique subaiguë*).
- L'autre problème majeur ressenti par l'établissement est celui du suivi prolongé des pathologies chroniques, du soutien aux équipes de neurologie, d'oncologie, qui traitent les affections respiratoires aiguës ou ostéo-articulaires. Elles vivent des situations comportant de fortes charges affectives (*est-ce qu'on ne pourrait pas*

développer et structurer davantage, comme cela a déjà été dit, le rôle des psychologues ?).

- **enfin il existe une crainte de l'augmentation générale du turn-over en raison des nouveaux aménagements prévus : augmentation du nombre des consultations, augmentation de l'hospitalisation de jour programmée, et augmentation des prises en charge ambulatoires, diminution de la D.M.S.. Certains sentent bien qu'un excès de rapidité dans les soins peut nuire à la qualité globale de la prise en charge. (ceci augmente encore davantage le danger d'instrumentaliser le recours à la psychiatrie pour alléger certaines tâches ou gérer certains dysfonctionnements).....**

6. COMMENTAIRES :

Les demandes ne peuvent trouver de solution à l'échelle du seul CMP de Clocheville. S'il est indéniable que le secteur de Tours peut faire un effort pour améliorer ses liens avec ses partenaires et diversifier ses réponses ailleurs que dans le champ de l'autisme, il apparaît probable que, compte-tenu d'un recrutement géo-démographique extrêmement large, la question concerne les trois intersecteurs. Seule une réponse intersectorielle ou, au moins, une coordination effective, incluant également la contribution du secteur privé, peut permettre une telle ébauche devant des demandes aussi vastes. Il est donc nécessaire de commencer par l'organisation d'une table ronde entre les pédiatres, les trois responsables d'intersecteur, le C.P.U., la coordination "ado" et le CMPP.

L'objectif et l'espoir consisteraient à tenter de créer une dynamique où chacun pourrait montrer aux autres son bon vouloir ou son savoir faire et se valoriser. De la mise en commun des objectifs pourrait naître un projet qui serait basé sur une certaine mutualisation des moyens et définirait ce qui resterait éventuellement à ajouter .