



HAL
open science

Le pédopsychiatre : ses institutions et ses enfants ; 25 ans après

Nathalie Aries

► **To cite this version:**

Nathalie Aries. Le pédopsychiatre : ses institutions et ses enfants ; 25 ans après. Sciences du Vivant [q-bio]. 2001. hal-01739119

HAL Id: hal-01739119

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01739119v1>

Submitted on 20 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Double.

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ, NANCY 1
2001

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
N° 10.



THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine spécialisée

Par

Nathalie ARIES

Le 22 février 2001

TITRE

**Le pédopsychiatre, ses institutions et ses enfants.
25 ans après**

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Daniel Sibertin-Blanc

Madame le Professeur Colette Vidailhet
Monsieur le Professeur Jean-Pierre Kahn
Madame le Docteur Anastasia Nakov

Président

Juge
Juge
Juge





THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine spécialisée

Par

Nathalie ARIES

Le 22 février 2001

TITRE

**Le pédopsychiatre, ses institutions et ses enfants.
25 après**

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Daniel Sibertin-Blanc

Président

Madame le Professeur Colette Vidailhet

Juge

Monsieur le Professeur Jean-Pierre Kahn

Juge

Madame le Docteur Anastasia Nakov

Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY



Président de l'Université : Professeur Claude BURLET

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Jacques ROLAND

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Hervé VESPIGNANI

Assesseurs

du 1er Cycle :
du 2ème Cycle :
du 3ème Cycle :
de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER
Mme le Professeur Michèle KESSLER
Mr le Professeur Jacques POUREL
Mr le Professeur Philippe HARTEMANN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Georges GRIGNON - Professeur François STREIFF

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN - Etienne LEGAIT - Jean LOCHARD - René HERBEUVAL - Gabriel FAIVRE - Jean-Marie FOLIGUET
Guy RAUBER - Paul SADOUL - Raoul SENAULT - Pierre ARNOULD - Roger BENICHOUX - Marcel RIBON
Jacques LACOSTE - Jean BEUREY - Jean SOMMELET - Pierre HARTEMANN - Emile de LAVERGNE
Augusta TREHEUX - Michel MANCIAUX - Paul GUILLEMIN - Pierre PAYSANT
Jean-Claude BURDIN - Claude CHARDOT - Jean-Bernard DUREUX - Jean DUHEILLE - Jean-Pierre GRILLIAT
Pierre LAMY - François STREIFF - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
Pierre ALEXANDRE - Robert FRISCH - Jean GROSDIDIER - Michel PIERSON - Jacques ROBERT
Gérard DEBRY - Georges GRIGNON - Pierre TRIDON - Michel WAYOFF - François CHERRIER - Oliéro GUERCI
Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Jean PREVOT - Pierre BERNADAC - Jean FLOQUET
Alain GAUCHER - Michel LAXENAIRE - Michel BOULANGE - Michel DUC - Claude HURIET - Pierre LANDES
Alain LARCAN - Gérard VAILLANT - Max WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : SCIENCES MORPHOLOGIQUES

1ère sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Michel RENARD - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES - Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : (*Histologie, Embryologie, Cytogénétique*)

Professeur Hubert GERARD - Professeur Bernard FOLIGUET - Professeur Bruno LEHEUP

3ème sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur François PLENAT

Professeur Jean-Michel VIGNAUD - Professeur Eric LABOUYRIE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : (*Biophysique et traitement de l'image*)

Professeur Alain BERTRAND - Professeur Gilles KARCHER - Professeur Pierre-Yves MARIE

2ème sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Jean-Claude HOFFFEL - Professeur Luc PICARD - Professeur Denis REGENT

Professeur Michel CLAUDON - Professeur Serge BRACARD - Professeur Alain BLUM

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : (*Biochimie et Biologie Moléculaire*)

Professeur Pierre NABET - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Francine NABET

Professeur Jean-Louis GUEANT

2ème sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur François MARCHAL - Professeur Philippe HAOUZI

3ème sous-section : (*Biologie cellulaire*)

Professeur Claude BURLET

4ème sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE ET MALADIES TRANSMISSIBLES

1ère sous-section : (*Bactériologie, Virologie-Hygiène*)

Professeur Alain LE FAOU

2ème sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Professeur Bernard FORTIER

3ème sous-section : (*Maladies infectieuses - maladies tropicales*)

Professeur Philippe CANTON - Professeur Alain GERARD - Professeur Thierry MAY

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE

1ère sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Jean-Pierre DESCHAMPS - Professeur Philippe HARTEMANN

Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

2ème sous-section : (*Médecine du travail et des risques professionnels*)

Professeur Guy PETIET

3ème sous-section : (*Médecine légale*)

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section (*Biostatistiques et informatique médicale*)

Professeur Bernard LEGRAS - Professeur François KOHLER

47ème Section : HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE, TRANSFUSION, CANCÉROLOGIE ET GÉNÉTIQUE

1ère sous-section : (*Hématologie*)

Professeur Christian JANOT - Professeur Thomas LECOMTE - Professeur Pierre BORDIGONI -

Professeur Pierre LEDERLIN

(*Génie biologique et médical*)

Professeur J.François STOLTZ

2ème sous-section : (*Cancérologie*)

Professeur François GUILLEMIN - Professeur Thierry CONROY

(*Radiothérapie*)

Professeur Pierre BEY

3ème sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE - Professeur Marie-Christine BENE

4ème sous-section : (*génétiq*)

Professeur Philippe JONVEAUX

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, PHARMACOLOGIE, RÉANIMATION ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Professeur Marie-Claire LAXENAIRE - Professeur Claude MEISTELMAN - Professeur Dan LONGROIS

2ème sous-section : (*Réanimation médicale*)

Professeur Alain LARCAN - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Nicolas DELORME

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

3ème sous-section : (*Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique*)

Professeur René-Jean ROYER - Professeur Patrick NETTER - Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : (*Thérapeutique*)

Professeur François PAILLE - Professeur Gérard GAY - Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE, PATHOLOGIE MENTALE et RÉÉDUCATION

1ère sous-section : *(Neurologie)*

Professeur Michel WEBER - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Hervé VESPIGNANI

2ème sous-section : *(Neurochirurgie)*

Professeur Henri HEPNER - Professeur Jean-Claude MARCHAL - Professeur Jean AUQUE

3ème sous-section : *(Psychiatrie d'adultes)*

Professeur Jean-Pierre KAHN

4ème sous-section : *(Pédopsychiatrie)*

Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5ème sous-section : *(Médecine physique et de réadaptation)*

Professeur Jean-Marie ANDRE

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : *(Rhumatologie)*

Professeur Jacques POUREL - Professeur Isabelle VALCKENAERE

2ème sous-section : *(Chirurgie orthopédique et traumatologique)*

Professeur Daniel SCHMITT - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD

3ème sous-section : *(Dermato-vénérologie)*

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4ème sous-section : *(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)*

Professeur Michel MERLE - Professeur François DAP

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-PULMONAIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : *(Pneumologie)*

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Jean-Marie POLU - Professeur Yves MARTINET

Professeur Jean-François CHABOT

2ème sous-section : *(Cardiologie et maladies vasculaires)*

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Nicolas DANCHIN - Professeur Yves JULLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

3ème sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)*

Professeur Pierre MATHIEU - Professeur Jacques BORRELLY - Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX

4ème sous-section : *(Chirurgie vasculaire)*

Professeur Gérard FIEVE

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : *(Hépatologie, gastro-entérologie)*

Professeur Pierre GAUCHER - Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2ème sous-section : *(Chirurgie digestive)*

3ème sous-section : *(Néphrologie)*

Professeur Michèle KESSLER - Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4ème sous-section : *(Urologie)*

Professeur Philippe MANGIN - Professeur Jacques HUBERT

53ème Section : MÉDECINE INTERNE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

MÉDECINE ET CHIRURGIE EXPÉRIMENTALE

1ère sous-section : *(Médecine interne)*

Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Francis PENIN

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN

Professeur Jean DE KORWIN KROKOWSKI - Professeur Pierre KAMINSKY

2ème sous-section : *(Chirurgie générale)*

Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Laurent BRESLER

**54ème Section : PATHOLOGIE DE L'ENFANT, OBSTÉTRIQUE, SYSTÈME ENDOCRINIEN
REPRODUCTION ET DÉVELOPPEMENT**

1ère sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Paul VERT - Professeur Danièle SOMMELET - Professeur Michel VIDALHET - Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

2ème sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Michel SCHMITT - Professeur Gilles DAUTEL

3ème sous-section : (*Gynécologie et obstétrique*)

Professeur Michel SCHWEITZER - Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Patricia BARBARINO

4ème sous-section : (*Endocrinologie et maladies métaboliques*)

Professeur Jacques LECLERE - Professeur Pierre DROUIN - Professeur Georges WERYHA

5ème sous-section : (*Biologie du développement et de la reproduction*)

55ème Section : SPÉCIALITÉS MÉDICO-CHIRURGICALES

1ère sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Claude SIMON - Professeur Roger JANKOWSKI

2ème sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Antoine RASPILLER - Professeur Jean-Luc GEORGE - Professeur Jean-Paul BERROD

3ème sous-section : (*Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale*)

Professeur Michel STRICKER - Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

27ème section : INFORMATIQUE

Professeur Jean-Pierre MUSSE

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Hygiène et santé publique

Professeur Roland SCHULZE-ROBBECKE

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : SCIENCES MORPHOLOGIQUES

1ère sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON

2ème sous-section : (*Histologie, Embryologie, cytogénétique*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER - Docteur Edouard BARRAT - Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI - Docteur Chantal KOHLER

3ème sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Yves GRIGNON - Docteur Béatrice MARIE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1ère sous-section : (*Biophysique et traitement de l'image*)
Docteur Marie-Hélène LAURENS - Docteur Jean-Claude MAYER
Docteur Pierre THOUVENOT - Docteur Jean-Marie ESCANYE - Docteur Amar NAOUN

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)
Docteur Marie-André GELOT - Docteur Xavier HERBEUVAL - Docteur Jean STRACZEK
Docteur Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN - Dr Bernard NAMOUR
2ème sous-section : (*Physiologie*)
Docteur Gérard ETHEVENOT - Docteur Nicole LEMAU de TALANCE - Christian BEYAERT

45ème Section : MICROBIOLOGIE ET MALADIES TRANSMISSIBLES
1ère sous-section : (*Bactériologie, Virologie-Hygiène*)
Docteur Francine MORY - Docteur Michèle WEBER - Docteur Christine LION
Docteur Michèle DAILLOUX
2ème sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)
Docteur Marie-France BIAVA - Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE
1ère sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

47ème Section : HÉMATOLOGIE, CANCÉROLOGIE, IMMUNOLOGIE ET GÉNÉTIQUE
1ère sous-section : (*Hématologie*)
Docteur Jean-Claude HUMBERT - Docteur François SCHOONEMAN
3ème sous-section : (*Immunologie*)
Docteur Marie-Nathalie SARDA
4ème sous-section : (*Génétique*)

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, PHARMACOLOGIE, RÉANIMATION ET THÉRAPEUTIQUE
1ère sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)
Docteur Jacqueline HELMER - Docteur Gérard AUDIBERT
3ème sous-section : (*Pharmacologie fondamentale - Pharmacologie clinique*)
Docteur Françoise LAPICQUE - Docteur Marie-José ROYER-MORROT
Docteur Damien LOEUILLE

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

19ème section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Michèle BAUMANN .

32ème section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE
Monsieur Jean-Claude RAFT

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Odile PERRIN - Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Anne GERARD
Madame Ketsia HESS - Monsieur Pierre TANKOSIC - Monsieur Hervé MEMBRE

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

68ème section : BIOLOGIE DES ORGANISMES
Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteur Gilbert ALIN
Docteur Louis FRANCO

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON - Professeur Claude PERRIN
Professeur Jean PREVOT - Professeur Michel MANCIAUX - Professeur Jean-Pierre GRILLIAT
Professeur Michel PIERSON - Professeur Alain GAUCHER - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel DUC - Professeur Michel WAYOFF

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

A notre Maître et Président de thèse

Monsieur le Professeur D.SIBERTIN-BLANC

Professeur de Pédopsychiatrie

Nous vous remercions vivement de nous faire l'honneur de présider ce jury de thèse.

Durant nos années d'internat, vous avez su nous faire partager votre passion pour la psychiatrie d'enfants.

Nous avons apprécié votre bienveillance et votre sens clinique lors de votre enseignement.

Recevez ici le témoignage de notre profonde reconnaissance

A notre Maître et Juge

Madame le Professeur C.VIDAILHET

Professeur de Pédopsychiatrie

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en participant au jury de notre thèse.

Nous avons pu apprécier la qualité de votre enseignement.

Recevez ici le témoignage de notre respect.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur JP. KAHN

Professeur de Psychiatrie

Nous sommes sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.

Nous avons apprécié durant un stage dans votre service la qualité de votre enseignement, votre rigueur scientifique et votre dynamisme .

Recevez ici le témoignage de notre profond respect et de notre gratitude.

A notre juge et directeur de thèse

Madame le Docteur A.NAKOV
Pédopsychiatre, chef de service

Vous nous avez accompagné dans notre travail avec une remarquable disponibilité et des conseils précieux.

Vous nous avez accueilli durant deux années d'internat où nous avons apprécié vos qualités humaines et votre sens clinique.

De plus vous nous avez sensibilisé et orienté vers une pratique Pédopsychiatrique.

Que cette thèse témoigne de notre profond respect et l'expression de notre reconnaissance.

A nos maîtres de stages

A Monsieur le Docteur MB. DILIGENT

Nous avons eu la chance d'être accueilli dans votre service lors de notre première année d'internat.

Nous avons pu apprécier votre accueil chaleureux, votre gentillesse, et l'étendue de votre expérience clinique.

Nous tenons à vous exprimer notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur F.BASSE

A Monsieur le Docteur J.HENRY

Nous vous remercions de nous avoir accueilli et accompagnée au cours de notre formation.

Nous tenons à vous exprimer notre profond respect.

A OLIVIER

Pour ses longues heures consacrées à ce travail.
Avec tout mon amour.

A THIBAUT ET MANON

Pour notre plus grand bonheur . Qu'ils nous
pardonnent nos « j'ai pas le temps, plutard »...

A MES PARENTS

Pour leur compréhension et leur soutien.
A mon père à jamais présent dans mes pensées.

A MA FAMILLE ET BELLE-FAMILLE

pour leur soutien

A ANNE ET ETIENNE

Pour leur amitié et leur générosité

**A MARIE-EDITH, BRUNO, DENIS, MURIEL, FLORENCE, GISHLAIN,
CAROLE, OLIVIER et les autres**

qui ont partagé nos années et soirées d'internat...

A MIKE, J.FRANCOIS, MYRIAM, EVE, MARIE-ODILE, HERVE, CORINNE,
que les kilomètres nous éloignent ... toujours et
encore...

Nous sommes reconnaissant de la participation et de l'aide des parents apportées à ce travail.

Nous associons l'ensemble de l'équipe soignante du premier secteur de pédopsychiatrie. Qu'ils trouvent ici notre profonde reconnaissance.

A Madame N. HAMBOURGER, pour sa disponibilité, son efficacité et sa gentillesse.

A Monsieur le docteur O. SCARPA qui nous a suggéré le sujet de notre thèse. Il nous a accueilli à l'hôpital de jour et nous avons eu plaisir à travailler ensemble.

A Monsieur le docteur KUBEC, pour sa participation à ce travail

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	P 20
---------------------	-------------

REVUE DE LA LITTERATURE SUR LE DEVENIR DES ENFANTS ET DES ADULTES	P 23
--	-------------

1) Revue de la littérature sur le devenir des enfants et des adolescents	p 24
2) Revue de la littérature sur le devenir des enfants à l'âge adulte	p 30
3) Evolution selon les diagnostics	p 37
4) Facteurs de pronostic	p 38

L'EXPERIENCE DU SECTEUR DE PEDOPSYCHIATRIE DE METZ	P 40
---	-------------

1) Introduction	p 41
2) Le service de neuropsychiatrie infantile	p 42
2-1) Présentation	p 42
2-2) La vie quotidienne	p 42
2-3) Les activités	p 43
2-4) Les réunions	p 43
2-5) Les supervisions	p 43
2-6) L'ouverture vers l'extérieur	p 44
2-7) Fermeture de l'internat	p 45
3) Les unités thérapeutiques	p 45
3-1) Définitions	p 45
3-1-1) L'hôpital de jour	p 45

3-1-2) Les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel	p 46
3-2) L'hôpital de jour de METZ	p 47
3-2-1) Les soignants	p 48
3-2-2) Le travail d'équipe	p 49
3-2-3) L'école	p 50
3-3) Le centre d'accueil à temps partiel (C.A.T.T.P) de Metz	p 55
3-3-1) Le travail avec les parents	p 55
3-3-2) Le travail en réseau	p 59
ETUDE D'UNE POPULATION D'ENFANTS PRIS EN CHARGE INSTITUTIONNELLEMENT	p 60
1) Méthodologie	p 61
2) Résultats de l'enquête	p 65
2-1) Population de l'étude	p 65
2-1-1) Population selon la répartition dans les unités et selon le sexe	p 69
2-1-2) Population selon l'âge d'entrée	p 69
2-1-3) Population selon l'âge actuel	p 71
2-1-4) Population selon la durée de séjour	p 71
2-2) Catégories de diagnostic	p 73
2-2-1) Diagnostics selon l'axe 1	p 73
2-2-1-1) Diagnostics pour les 349 enfants	p 73
2-2-1-2) Diagnostic en fonction du sexe	p 75
2-2-1-3) Diagnostic selon les unités	p 75

2-2-2) Diagnostics selon l'axe 2	p 75
2-2-2-1) Les facteurs organiques	p 75
2-2-2-2) Les facteurs environnementaux	p 76
2- 3) Devenir des enfants à l'âge adulte	p 79
2-3-1) Population	p 79
2-3-2) Adaptation socio-professionnelle	p 81
2-3-2-1) Profession	p 81
2-3-2-2) Lieux de vie	p 85
2-3-2-3) Statut matrimonial	p 91
2-3-2-4) Descendance	p 92
2-3-2-5) Loisirs	p 93
2-3-3) Traitements	p 93
2-4) Devenir des enfants à la sortie de l'hôpital de jour et de l'unité de soins	p 94
2- 4-1) Population de l'hôpital de jour	p 96
2- 4-1-1) Diagnostics	p 96
2-4-1-2) Scolarité	p 99
2- 4-1-3) Traitements	p 99
2-4-2) Population de l'unité de soins	p100
2-4-2-1) Diagnostics	p 100
2-4-2-2) Scolarité	p 102
2-4-2-3) Traitements	p 102
2-4-2-4) Loisirs	p 103
2-5) Population des enfants pour l'année 1999-2000	p 104
3) Discussion	p 106
3-1) Population initiale de 349 enfants	p 106
3-2) Population d'adultes	p 111
3-2-1) Caractéristiques générales	p 111

3-2-2) Autonomie	p 113
3-2-3) Traitements	p 119
3-3) Population d'enfants à la sortie des unités thérapeutiques	p 121
3-4) Population d'enfants pris en charge pour l'année 1999-2000	p 124
3-5) Evolution d'un secteur de pédopsychiatrie	p 125
3-6) Conclusions de l'étude	p 127
CONCLUSION	p 130
BIBLIOGRAPHIE	p 132
ANNEXE 1	P 144
ANNEXE 2	p 148

INTRODUCTION

Que sont devenus « nos » enfants ?

Nous avons tenté de répondre à cette question. Connaître l'évolution des enfants suivis en hôpital de jour et à l'unité de soins, leur passage à l'adolescence, leur entrée dans la vie adulte pour certains, c'est renouer avec le passé et l'hospitalisation des enfants dans les unités de pédopsychiatrie. C'est raviver, chez certaines parents, une blessure narcissique parfois non cicatrisée. C'est aussi leur permettre d'exprimer leurs souffrances, leurs incertitudes, mais également leur donner la possibilité de nous faire part des progrès de leurs enfants, de la satisfaction des changements observés dans leur vie familiale et parfois l'acquisition pour l'enfant d'une autonomie. Connaître l'évolution des enfants c'est aussi rendre compte du travail effectué par toute une équipe pluridisciplinaire d'un secteur de pédopsychiatrie et de l'évolution des soignants, des idées sur la prise en charge des enfants et de leurs familles. Cette expérience débutée il y a vingt-cinq ans se poursuit dans un esprit qui se veut être au plus proche des enfants et des familles à travers la dimension psychanalytique des soins.

La première partie de ce travail dresse une revue des études qui s'intéressent à l'évolution des enfants et à leurs devenirs à l'âge adulte. Nous avons séparé celles qui étudient les enfants de celles qui envisagent un suivi à long terme. Cependant, comparer les études entre elles n'est pas toujours réalisable car les critères de sélection de la population, notamment en fonction du diagnostic, sont différents. De plus il s'avère difficile de choisir ces critères qui définissent le(s) devenir(s) d'une population.

Les facteurs d'évolution retenus dans la plupart de ces études concernent le diagnostic, la scolarité, la formation, l'apprentissage, l'indépendance familiale... Cependant la littérature est rare et traite peu ou pas le devenir à l'âge adulte. Nous avons retenu et détaillé les études de G. AMADO, L. KANNER, L. BENDER, P. RIVIERE, G. LUCAS ET I. TALAN, J. MANZANO et récemment celles de CH. STOURM, P. REBOUL, B. VOIZOT.

La deuxième partie relate brièvement, à partir de témoignages des soignants, l'historique du secteur de pédopsychiatrie de Metz, dans lequel nous avons réalisé notre étude. Nous envisageons les pôles thérapeutiques et leurs caractéristiques. Le premier à fonctionner est l'internat à partir de 1975 et il prenait en charge les enfants en hospitalisation à temps complet. L'hôpital de jour et l'unité de soins ont ouvert en 1981 et accueillent les enfants à temps partiel et en ambulatoire. Nous nous intéresserons plus particulièrement à deux axes de travail effectués par l'équipe qui sont le travail en réseau, principalement avec l'école, et le travail avec les familles.

La dernière partie de notre écrit est centré sur l'enquête rétrospective et longitudinale que nous avons réalisée sur 349 enfants pris en charge en institution de 1975 à 2000. Nous avons pu ainsi retrouver 198 sujets dont 107 adultes (soit 66% de l'effectif total).

A l'aide d'un questionnaire que nous avons adressé aux parents, nous avons établi l'évolution des enfants et des adultes après leur prise en charge par le secteur de pédopsychiatrie. Dans un premier temps nos résultats concernent la population de base (349 enfants) et des données sur l'admission, le séjour à l'hôpital et les diagnostics selon la classification française des troubles mentaux de l'enfance et de l'adolescence (C.F.T.M.E.A). Dans un deuxième temps nous examinons la population d'adultes et leurs devenirs social et professionnel. Dans un troisième temps nous envisageons le devenir à court terme d'une population d'enfants et d'adolescents issus de l'hôpital de jour et de l'unité de soins pour jeunes enfants. Ces résultats sont susceptibles de se modifier car cet effectif peut encore évoluer sur le plan clinique, scolaire, familial. Enfin nous décrivons quelques éléments caractéristiques, notamment l'âge moyen de la prise en charge et les diagnostics de la population des enfants pris en charge pour l'année 1999-2000. Ces derniers éléments comparés à ceux de la littérature et ceux de la population d'enfants précédente, nous permettent de dégager l'évolution d'un secteur de pédopsychiatrie.

PREMIERE PARTIE

**REVUE DE LA LITTERATURE
SUR LE DEVENIR DES ENFANTS ET DES
ADULTES**

Peu d'études s'intéressent au devenir des enfants psychotiques. S. LÉBOVICI rapporte dans son ouvrage intitulé "Le Devenir de la Psychose de l'enfant" (63), que la durée des études longitudinales systématiques est une des raisons de leur relative rareté en France. Selon lui, les difficultés méthodologiques et techniques qu'elles soulèvent en sont probablement la cause.

Quel est ce devenir ? Les devenirs clinique, social, professionnel sont différemment appréciés dans la littérature.

Comment définir un statut d'autonomie d'un adolescent ou d'un adulte ? Quels critères retenir ? Comme nous le verrons dans les résultats, un adulte peut acquérir une certaine autonomie professionnelle mais rester dépendant de son milieu familial.

L'influence de la thérapie sur l'évolution à l'âge adulte n'est pas rapportée par les études américaines, et peu souvent soulignée en France. Ce sont des auteurs psychanalytiques qui font cette analyse. D'autres rapportent des évolutions favorables sous traitement médicamenteux.

Nous allons différencier les études qui s'attachent à analyser le devenir des enfants et des adolescents de celles qui s'intéressent aux adultes.

1) Revue de la littérature sur le devenir des enfants et des adolescents

L'étude de L. ANNEL(1963) portant sur 115 cas, fait ressortir 54% d'amélioration marquée chez des sujets traités et revus 5 ans après le bilan initial (4).

L'étude de R. CAHN, rapportée par G. AMADO et ses collaborateurs, publiée en 1961, porte sur un échantillon de 480 enfants inadaptés non débiles mentaux, revus 8 à 12 ans après leur séjour au centre d'observation de Vitry où ils étaient âgés de 6 à 12 ans. Il se répartissent ainsi :

- 65% de troubles caractériels et névrotiques légers
- 22% de troubles caractériels importants
- 9 % de névrotiques profonds
- 1% de psychotiques

Au moment de la recherche l'échantillon était âgé de 14 à 25 ans, en majorité entre 16 et 19 ans. Deux tiers des sujets présentaient une adaptation dans l'ensemble satisfaisante, mais il persistait sur le plan clinique, dans 80% des cas, des difficultés expliquant la fragilité de l'adaptation professionnelle et affective. Les troubles légers s'amélioraient par la présence de facteurs affectifs favorables dans l'entourage familial.

B. BETTELHEIM en 1967, évalue 40 enfants autistes traités. Il obtient une bonne adaptation sociale et professionnelle pour 17 enfants, 9 travaillent et 5 sont diplômés. 8 sont encore au lycée ou à l'université. Sur le plan familial, 2 sont mariés et 1 est père de famille. 15 ont des résultats moyens (7 états limites, 7 ont des troubles de la personnalité). On compte 8 échecs (absence d'adaptation sociale et professionnelle).

E. LESTANG-GAULTIER et D.J. DUCHE en 1967 ont étudié 29 cas de psychoses infantiles diagnostiqués avant l'âge de 6-7 ans, hospitalisés à la Salpêtrière et revus 7 à 15 ans après, âgés de 10 à 24 ans : 80% des enfants ont une évolution psychotique, soit vers une démence grave, soit vers une arriération profonde, soit vers une schizophrénie typique, 17% des enfants ont une évolution vers une personnalité schizoïde ou vers des troubles du comportement, 2 enfants sont qualifiés de normaux. D'autre part, 62% de ces enfants sont au moment de la réévaluation en institution. Parmi eux, les deux-tiers n'ont aucune activité sociale ou professionnelle et la moitié en ont une en milieu protégé (Institut médico-professionnel et centre d'aide au travail protégé), 3 enfants seulement ont une "activité normale" : il s'agit des 2 enfants qualifiés de normaux et d'un enfant présentant une personnalité schizoïde (66).

R. RUTTER en 1970 rapporte les résultats d'un travail comparatif concernant trois études : celles de L. KANNER et L. EISENBERG (1955), celle de E.M. CREAK (1963) ainsi que la sienne. Elle concerne le devenir de 64 autistes sélectionnés entre 1950 et 1958 et revus en 1963-64 puis en 1970. Le principal résultat de ce travail est la constatation d'une différence très nette de pronostic entre les enfants psychotiques, qui ont un retard intellectuel important et ceux qui sont d'intelligence normale, au pronostic nettement meilleur.

M. de MYER, au début des années 70, publie les résultats d'une étude concernant 83 garçons et 33 filles autistes âgés de 5 ans et demi lors de l'examen initial et de 12 ans à la fin de son étude. La plupart restent attardés sur le plan scolaire et 42% d'entre eux ont dû entrer en institution spécialisée (35).

M. BEECKMANS-BALLE en 1973, en Belgique, a étudié longitudinalement 27 enfants autistes : il a été amené à considérer que le caractère de gravité de l'affection semble lié au potentiel intellectuel des patients (11).

S. LEBOVICI (63) rapporte l'étude de W. GOLDFARB (1974), qui porte sur les fonctions adaptatives des enfants schizophrènes, effectuée dans le but de découvrir des conclusions significatives sur leur développement intellectuel. Son étude porte sur 40 enfants admis dans l'institution en 1962 et suivis pendant 10 ans (âge moyen d'admission 6-9 ans, 67% de garçons, et 65% de cas dits organiques, c'est-à-dire chez lesquels l'on repérait d'évidents désordres neurologiques). Il conclut que la classique distribution qui montre trois fois plus de cas chez les garçons ne se retrouve que pour les cas dits non organiques, et que seuls les cas dits non organiques continuent leurs progrès après les trois années de traitements institutionnels. Il conclut que l'enfant schizophrène est avant tout un enfant qui peut progresser, évoluer favorablement et être aidé par des approches spécifiques et multiples.

V. LOTTER (1974) étudie 32 enfants autistes vus initialement à l'âge de 8-10 ans et réévalués 8 ans plus tard. Un seul de ses patients a un emploi. Le devenir paraît en général plus sombre pour les enfants autistes dont 62% d'entre eux ont besoin de soins spécialisés et d'être suivis. Pour l'auteur, il ne semble pas y avoir une relation entre la capacité d'avoir une bonne adaptation professionnelle et les capacités scolaires (69).

V. LOTTER, présente une revue de la littérature des enquêtes catamnétiques (21 études réalisées entre 1955 et 1965 en Amérique du Nord et en Europe, principalement en Angleterre). Les critères de classifications retenus sont ceux de KANNER et de CREAK. Il n'y a que quatre études qui regroupent une

population supérieure ou égale à 100 enfants. L'âge moyen de la prise en charge est variable, de 2 ans à 14 ans. L'âge au moment de l'étude est de 10 ans pour douze études et seulement six études ont des sujets âgés de 20 ans et plus. La durée moyenne du suivi varie de 1 à 12 ans.

Les résultats favorables s'échelonnent de 5 à 17 %, c'est à dire, les sujets ont une bonne intégration sociale et un fonctionnement satisfaisant à l'école et au travail. A l'inverse, 60 à 70 % ont une évolution défavorable, peu sont salariés et la moitié sont en institution.

Pour certains auteurs, l'effet de l'âge sur le placement en institution est indéniable.

J. HAPPER et S. WILLIAMS (1973) publient une étude rétrospective sur 131 enfants autistes, dans laquelle deux groupes ont été définis sur la base de l'âge de début et du type de début. Ces deux groupes sont appelés « natal » et « acquired ». Les variables significatives sont celles qui ont trait à la petite enfance, entre 1 et 3 ans. Les données rétrospectives sur le fonctionnement intellectuel et le développement du langage montrent un meilleur pronostic pour le groupe "acquired".

S. RICHER (1977, Montréal) publie les résultats d'une réévaluation de 25 enfants perturbés, traités en soins intensifs de jour, sur des périodes de 1 à 5 ans, et âgés de 9 à 13 ans au moment de la réévaluation. Seulement 5 enfants présentaient initialement des troubles pré-psychotiques et psychotiques. L'auteur rapporte que les troubles psychotiques persistent tout au long de l'évolution, de l'âge pré-scolaire à la période de latence avancée, et que l'évolution plutôt favorable de trois psychotiques lui paraît fortement liée à la présence de structures cognitives, avec langage, pour la communication significative avant 3 ans. Bien que toujours psychotiques dans leur structure globale, ils deviennent des psychotiques fonctionnels. Aucun n'est débilité. Un seul doit être orienté vers une "cure fermée", les quatre autres sont en classe spéciale à effectifs réduits (90).

L. VANNECK en 1986 analyse l'orientation de 95 enfants à leur sortie de l'Hôpital de jour : 43% des enfants ont été orientés vers l'enseignement normal, 31% vers des instituts médico-pédagogiques (I.M.P) avec enseignement spécialisé, 8% en institutions psychiatriques. Il n'y a eu que 18% de ruptures (sortie anticipée de l'hôpital).

Un travail catamnestique relève plusieurs années après la sortie de l'Hôpital de jour que 23 enfants, soit 51% de ceux pour lesquels les familles ont répondu, fréquentent l'enseignement normal. 18 autres enfants soit 40% fréquentent les IMP et 4, soit 17 %, sont dans des institutions psychiatriques (109).

Claudine et Pierre GEISSMANN (43), étudient en 1982, le devenir de 25 enfants psychotiques, 5 ans après leur sortie de l'Hôpital de Jour. Les auteurs ont procédé à une enquête systématique sur ces enfants soignés entre 1973 et 1976 à l'Hôpital de jour des Platanes. Les résultats s'échelonnent ainsi :

-Pour 17 enfants, on ne peut plus parler d'état psychotique. Ils ont actuellement une bonne insertion dans le réel et une socialisation satisfaisante. Ils sont en train d'acquérir un métier, presque toujours manuel, et leur vie familiale s'est nettement améliorée, dans la mesure où ils ont pu être reconnus en tant qu'individus autonomes et que le milieu familial semble beaucoup moins conflictuel.

- Pour 5 enfants, l'évolution est un peu moins favorable. S'ils sont bien insérés dans le réel, on note la persistance d'une attention fluctuante à certains moments et la prise d'une autonomie certaine, mais cependant limitée à la cellule familiale. Ils ont encore besoin d'une aide pour aborder l'environnement externe.

-2 enfants sont devenus délinquants. L'un est resté dans sa famille, l'autre a vu la sienne éclater après la mort de sa mère trois ans auparavant.

-1 enfant n'a guère évolué. Il s'agissait d'une psychose compliquée d'une épilepsie grave de type LENOX-GASTAUT.

L'échantillon de J. MANZANO regroupe 21 enfants psychotiques, âgés de 18 mois à 6 ans lors du début de l'observation (en moyenne 3,5 ans), revus après un délai de 4 à 6 ans. Les critères de diagnostic correspondent à la description

de KANNER pour 13 sujets, au modèle de M. MAHLER de la psychose symbiotique pour 3 sujets et 5 cas de psychoses désorganisées ou de schizophrénies infantiles. A la fin de l'étude, J. MANZANO regroupe les enfants en deux groupes :

-un groupe de déficitaires : sur 8 enfants, 4 ont quitté le milieu familial. Tous avaient un diagnostic initial d'autisme précoce.

-Un groupe de 13 enfants présentant des troubles de la personnalité :9 ont une scolarité normale. Les diagnostics initiaux étaient des psychoses désorganisatrices et symbiotiques (73).

R. MISES et R. PERRON (80) ont évalué 45 adolescents autistes et psychotiques, après leur passage à la fondation Vallée, sur une population initiale de 45 sujets psychotiques (autismes et autres psychoses) et 45 sujets présentant des troubles de la personnalité :

-58% ont une insertion professionnelle en milieu protégé

-11% sont dans un dispositif de soins pour adultes

-31 % ont une évolution déficitaire et relèvent d'un établissement spécialisé pour adultes.

Parmi le groupe des 6 autistes, 3 travaillent en milieu protégé (C.A.T), 1 est en maison d'accueil spécialisée et pour les 2 derniers l'auteur ne précise pas.

Dans le groupe des 22 psychoses déficitaires, 13 accèdent à un travail en milieu protégé, 2 sont en établissement spécialisé (évolution déficitaire) et 9 sont en maison d'accueil spécialisée (traits discordants).

Dans le groupe des dysharmoniques (11 cas) : 2 travaillent en milieu ordinaire (traits névrotiques) ; sur les 7 qui ont évolué vers une pathologie limite, 4 ont un travail normal, 3 sont en C.A.T.

Pour le groupe des schizophrènes, 1 est en C.A.T (état limite), 3 sont suivis en psychiatrie adulte (schizophrénie du jeune adulte).

Pour les 45 sujets ayant des troubles de la personnalité, 43 travaillent, dont 29 en milieu ordinaire et 14 en C.A.T.

Les pathologies ici représentées sont lourdes même si 58 % accèdent à une intégration professionnelle, principalement en milieu protégé. L'auteur envisage pour ces adolescents une réintégration professionnelle ultérieure dans un milieu normal.

JC. CHANCEAU en 1993 a comparé une population d'adolescents de l'hôpital de jour, avec celle d'un Institut médico-éducatif (IME). L'âge moyen lors de la consultation est de 5 ans et 9 mois pour les enfants orientés en I.M.E et de 6 ans et 9 mois pour ceux orientés en hôpital de jour (20% avaient plus de 11 ans).

Les diagnostics à l'entrée pour l'hôpital de jour sont : 14 cas de psychoses autistiques, 21 cas de psychoses infantiles, 11 cas de dysharmonies évolutives et 4 cas psychoses déficitaires. En I.M.E, on note la présence de 6 psychoses autistiques et de 4 psychoses déficitaires.

50 % des enfants en hôpital de jour ont eu une psychothérapie, et 38% ont bénéficié d'autres traitements. Seulement 10% des enfants ont pu bénéficier d'une psychothérapie en I.M.E.

60% des enfants de l'hôpital de jour ont une bonne évolution, qui contraste avec l'absence d'évolution des enfants en I.M.E .

L'auteur rapporte qu'aucun des enfants admis en I.M.E. n'a une scolarité en milieu normal, contrairement à la population de l'hôpital de jour où on note 59% de scolarisation (27).

2) Revue de la littérature sur le devenir des enfants à l'âge adulte

L' étude de G. AMADO, en 1967, porte sur une population séjournant au centre de Vitry, de 55 cas graves, 42 garçons et 13 filles dont 22 adolescents, 15 jeunes adultes (âgés de 18 à 21 ans) et 18 adultes jeunes. L'âge moyen de la prise en charge s'étale de 6 à 12 ans. Les diagnostics rapportés étaient des troubles névrotiques pour 12 enfants, des troubles caractériels pour 20 enfants, 16 enfants prépsychotiques et psychotiques, 7 personnalités psychopatiques. Les enfants sont revus entre 3 et 15 ans après. Sur le plan clinique, pour deux enfants, les troubles ont disparu, 22 ont une atténuation de la symptomatologie, au détriment d'une névrotisation. Cependant 9 sujets ont moins de 18 ans et au

cours du processus de l'adolescence ils peuvent encore évoluer. 16 enfants sont restés stables cliniquement (la moitié n'a pas 18 ans). Pour 14 enfants la symptomatologie s'est aggravée, et la moitié est devenue délinquante.

L'adaptation professionnelle est mauvaise dans 26 cas, moyenne dans 10 cas et bonne dans 7 cas (troubles névrotiques). L'adaptation sociale est mauvaise pour 29 cas et moyenne pour 22 cas et bonne pour 4 cas.

Pour l'auteur cette adaptation est médiocre mais semble moins mauvaise pour les troubles névrotiques (2).

L. KANNER, A. RODRIGUEZ et B. ASHENSEN étudient, 20 ans après, le devenir de 96 enfants autistes vus avant 1953 : 9 évoluent de manière relativement favorable avec une adaptation sociale suffisante pour être indépendants. Ils parlaient tous à 5 ans, et étaient tous restés dans leur famille puis en externat à l'âge scolaire (56).

L. KANNER en 1971 rapporte le devenir de 11 enfants autistes diagnostiqués en 1943. Il constate de grandes variations par rapport à l'aspect initial, en particulier sur le plan de leur adaptation socioprofessionnelle. Il semble que le placement dans des institutions avec des enfants déficitaires ou dans des structures d'adultes psychotiques ait une influence sur le pronostic clinique. De même la scolarité est pour l'auteur un indice d'une bonne évolution sociale (55).

L. BENDER et B. FARETRA (1972) à propos de la relation entre schizophrénie de l'adulte et de l'enfant, remarquent que la sévérité et la chronicité des troubles sont d'autant plus importantes que les symptômes débutent tôt (13).

L. BENDER en 1973 étudie le devenir de 100 enfants repérés comme schizophrènes entre 1935 et 1952. Agés de 25 à 50 ans, le tiers est totalement bien adapté, les autres sont internés de façon définitive, sept sont décédés (12).

G LUCAS et I. TALAN en 1978 publient dans l'ouvrage sur "Le devenir de l'enfant psychotique", consécutif à une table ronde ayant réuni plusieurs auteurs

français, une étude concernant 20 enfants psychotiques suivis par eux à l'Hôpital de jour du 13^e Arrondissement de Paris et réévalués à un âge supérieur à 20 ans. Pour les 15 enfants qu'ils ont pu réexaminer ou à propos desquels ils ont pu être renseignés : 3 présentent un état d'allure névrotique, essentiellement phobique, évoluant dans 2 cas sur un fond d'efficiences limitées, 2 apparaissent plutôt comme des névroses de caractère dont l'une comporte un risque dépressif notable ; 2 ont présenté une symptomatologie à type de bouffée délirante unique, dans un cas évoluant sur un fond déficitaire, itérative avec accès confusionnels dans l'autre cas et faisant redouter l'entrée dans une psychose schizophrénique ; 1 adulte se présente comme une névrose de caractère obsessionnel, un autre comme un état de désocialisation caractérisé par les psychiatres qui l'avaient examiné (et qui les ont renseignés) comme "schizophrénie ou névrose profonde" ; enfin 2 autres sont considérés comme des schizophrènes, l'un est suivi sur le secteur, le second est assisté en hôpital psychiatrique.

Sur une population de 43 psychotiques, plus de la moitié ont une activité professionnelle en milieu non protégé et la moitié sont diplômés . Par contre, sur le plan relationnel, les auteurs sont frappés par l'isolement de la plupart des sujets, une certaine pauvreté de leurs relations sociales et de leurs loisirs, la quasi-absence de leur vie amoureuse, même chez ceux qui ont pu se maintenir dans une vie sociale. Cependant quatre sont mariés (70).

P. RIVIERE, A. BRACONNIER et DJ. DUCHE en 1980 étudient le devenir de 21 psychoses infantiles précoces hospitalisées de 1960 à 1965 à la Salpêtrière et réévaluées en 1978-79. Ces enfants étaient âgés de 2 à 16 ans (en moyenne 7 ans) lors de l'évaluation initiale et pour chacun d'eux le début des troubles se situait au cours des 5 premières années. Au moment de l'étude ils avaient entre 20 et 25 ans. Le délai entre le moment où le diagnostic a été posé et le moment de l'étude est de 17 ans.

En 1978, ils étaient mal adaptés, 10 vivaient constamment à l'hôpital psychiatrique, 1 dans sa famille. 9 paraissaient mieux adaptés, dont 7 vivaient en milieu protégé et 2 dans leur famille (un enfant était mort à l'âge de 16 ans).

15 enfants présentaient une évolution déficitaire (12 dans le premier groupe de mal adaptés et 3 dans le second groupe de bien adaptés), 5 enfants y sont qualifiés de schizophrènes (1 dans le premier groupe et 4 dans le second).

L'adaptation professionnelle est mauvaise lorsque le diagnostic d'autisme (selon le D.S.M.III) est précoce, par contre l'adaptation institutionnelle et familiale est meilleure lorsque le diagnostic est porté après trois ans.

Ces auteurs relèvent l'importance des soins précoces dans le pronostic de ces psychoses précoces (91).

R. MISES avec M. MONIOT en 1970, puis P. FERRARI (1985), dans deux articles de l'encyclopédie médico-chirurgicale, soulignent la concordance des résultats de l'évolution chez des auteurs qui "interviennent tôt" et peuvent utiliser une cure intensive élargie par les actions sur l'environnement (76).

En 1986 J. MANZANO, étudie 100 sujets diagnostiqués psychotiques dans l'enfance, avec un âge moyen de 6,8 ans à la première consultation et de 27 ans au moment de la catamnèse. Le délai catamnestique est de 20 ans. Les sujets ont été diagnostiqués à l'aide du D.S.M III, classés dans la rubrique troubles globaux du développement. Ils sont regroupés en 4 groupes :

- Le premier groupe a reçu un diagnostic de trouble de la personnalité
- Le deuxième groupe présente un léger déficit intellectuel
- Le troisième groupe englobe les psychoses déficitaires
- Le quatrième est celui des psychoses schizophréniques

Les données révèlent que 53 % des sujets diagnostiqués « troubles de la personnalité, sans déficit intellectuel » (groupe 1), ont une adaptation psychosociale normale. Ils exercent leurs droits civiques, ils n'ont aucune assistance médicale ou juridique. Ils ont acquis pour 85% d'entre eux une formation professionnelle, 85% exercent un métier. Sur 71 sujets masculins, 17 ont effectué une école de recrue militaire (24%), 3 ont fait un service complémentaire, et 44 (62%) ont été réformés.

Ils ont une vie relationnelle bonne, et ont une capacité de loisirs autonomes. 38% sont indépendants (ils logent seuls ou avec leur conjoint) et 38% vivent dans leur famille.

J. MANZANO effectue une corrélation entre ceux qui vivent dans le milieu familial et qui présentent des troubles de la personnalité, et ceux qui ont évolué vers une pathologie déficitaire et qui vivent en institution (72).

Le groupe des psychoses déficitaires, représenté par 16% des cas, (groupe 3) a des caractéristiques socioprofessionnelles et familiales en négatif du précédent groupe.

8% des psychoses schizophréniques (groupe 4) ont un niveau d'adaptation psychosociale proche du précédent groupe.

23% des troubles de la personnalité avec déficit intellectuel ont des caractéristiques intermédiaires entre les groupes 1 et 3-4.

CH. STOURM (103) décrit l'évolution de 98 enfants psychotiques pris en charge par un hôpital de jour et parvenus à l'adolescence ou à l'âge adulte. Les enfants ont été diagnostiqués à l'aide de la C.F.T.M.E.A. Après une première évaluation des 98 enfants (1989), 22 sujets classés dans la catégorie d'autisme seront réévalués (1992).

La première partie de ce travail s'intéresse aux 98 enfants répartis en trois groupes :

-Le groupe des psychoses autistiques : 34 cas

L'âge moyen de prise en charge est de 5 ans et 6 mois, la durée moyenne de prise en charge est de 7 ans. 21 enfants sont autonomes, 26 n'ont pas de scolarité, 8 ont une scolarité adaptée. L'orientation à la sortie de l'hôpital de jour est la suivante : 4 enfants en hôpital de jour pour adolescents, 1 en C.H.S, 19 en institut professionnel (IMPRO), 10 en Institut médico-éducatif (IME).

-Le groupe des psychoses non autistiques : 16 cas

L'âge moyen de prise en charge est de 5 ans et 3 mois, la durée moyenne d'hospitalisation est de 5 ans ; 12 enfants ont une bonne autonomie. Sur le plan de la scolarité, 7 ont eu une scolarité adaptée, 2 une scolarité normale et 7 n'ont pas été scolarisés.

A la sortie de l'hôpital de jour, 14 enfants sont en institut professionnel, 2 en hôpital de jour pour adolescents. 7 étaient âgés de plus de 20 ans, 5 d'entre

eux travaillaient dans un emploi protégé, 1 était en maison d'accueil spécialisée (M.A.S).

-Le groupe des dysharmoniques psychotiques : 48 cas

Ils sont âgés de 10 à 28 ans. L'âge moyen de prise en charge était de 6 ans et la durée moyenne d'hospitalisation de 3 ans et 7 mois. 38 enfants ont une bonne autonomie. Il y a 30 enfants qui ont suivi une scolarité normale, 10 enfants n'ont pas été scolarisés. A la fin de leur séjour, l'orientation était la suivante : 1 était en hôpital de jour pour adolescents, 36 en I.M.P, 4 suivaient une scolarité normale. 10 sujets étaient adultes et on retrouvait : 8 adultes qui travaillaient ou étaient en formation (5 en atelier protégé), 1 en IMPRO et 1 en C.H.S.

On peut dire que le devenir des enfants dysharmoniques est de meilleur pronostic et que leur intégration sociale et professionnelle semblent mieux réussie que dans les groupes de psychoses autistiques et non autistiques.

Le groupe des psychoses autistiques a fait l'objet d'une réévaluation quelques années après. Les adultes étaient tous en institution, âgés de 14 à 25 ans (âge moyen 19 ans). L'âge moyen de la prise en charge était de 4 ans et 8 mois, la durée moyenne du séjour était de 8 ans.

Les auteurs dégagent trois types d'évolutions :

- Pour la première, l'évolution se fait vers un trouble de la personnalité où l'autonomie est bonne, la plupart travaille ou sont en attente. Les deux-tiers ont un niveau scolaire qui s'échelonne du C.P au C.M.2.

-La seconde, qui représente la majorité, a évolué vers une forme déficitaire : un quart seulement travaillait et aucun n'a été scolarisé.

-La troisième évolue vers des troubles psychotiques. Certains ont été scolarisés, quelques uns étaient en I.M.Pro.

Dans cette étude l'échantillon est relativement faible. Les auteurs considèrent que de nombreux facteurs sont intriqués dans l'évolution de ces enfants,

notamment la qualité des relations intra-familiales, la capacité de réponse des parents aux angoisses psychotiques de leur enfant, et le traitement des familles.

L'étude de B. Voizot compte 100 jeunes déficients mentaux dont 40% présentent un état psychotique. L'auteur ne précise pas l'âge, ni les délais de réévaluation .

Parmi les jeunes pris en charge par l'externat médico-psychologique, et diagnostiqués « troubles de la personnalité », 2 /3 travaillent et plus d'1/4 est en C.A.T. Ce sont les filles qui sont le plus représentées en milieu protégé. Les garçons sont plus nombreux à vivre dans la famille. Dans l'autre catégorie de diagnostic (40% de troubles psychotiques), une partie des sujets ne peut établir de relations sociales et l'autre moitié, classée dans les états limites, a une vie sociale réduite. Ils ont peu de loisirs, ont tendance à se replier sur le milieu familial qu'ils hésitent à quitter. Ceux qui ont un travail et sont bien insérés, vivent pour un faible nombre d'entre eux avec une compagne et ont des enfants. Ils présentaient des troubles légers dans l'enfance (111).

L'étude de E. SCHOPLER en 1992, sélectionne 58 enfants (Etats-Unis et Canada), qui présentent des troubles autistiques, scolarisés et qui vivent dans le milieu familial. La durée moyenne du suivi est de 8 ans et l'âge moyen atteint est de 14 ans. Sur 22 adultes, on compte 6 adultes qui ont un emploi, 13 en milieu protégé et 3 sont sans travail. Dans cet échantillon, on peut remarquer que l'intégration scolaire, la conservation de l'efficacité intellectuelle et des liens familiaux ont une influence sur le devenir (110) .

P. REBOUL, a étudié une cohorte de 29 enfants psychotiques, classés soit autisme de KANNER ou autres formes d'autismes, soit psychoses déficitaires, soit dysharmonies psychotiques, soit des schizophrénies de l'enfance et de l'adolescence. L'âge moyen d'hospitalisation est de 10 ans et 4 mois (6 à 14 ans). Le délai catamnestique s'étale de 14 à 17 ans. L'âge moyen lors de l'enquête varie de 20 à 31 ans (la moyenne d'âge est de 30 ans). Sur 20 adultes retrouvés, 9 sont insérés en milieu ordinaire ou protégé ; 6 sont suivis par une équipe en milieu psychiatrique dont 3 vivent chez eux, 2 sont dans leur

famille, 2 sont en maison d'accueil spécialisée. Sur le plan affectif, 3 sont mariés dont une est mère de famille.

La moitié des sujets mène une vie satisfaisante aux normes sociales. Par contre, le degré d'autonomie est relatif et il persiste une pauvreté des investissements affectifs.

Il semble exister pour les auteurs un lien entre pronostic défavorable et diagnostic d'autisme établi dans l'enfance. Ce qui n'est pas le cas pour les autres catégories de diagnostic. Dans le groupe des psychoses déficitaires, 3 sont insérés socialement, et pour le groupe des dysharmonies psychotiques, l'adaptation est bonne.

Cependant la taille de l'échantillon est restreint et ne permet pas de généraliser ces résultats (89).

3) Evolution selon les diagnostics

La littérature envisage également l'évolution des troubles qui peut se faire soit vers une persistance de troubles psychotiques, soit vers un trouble de la personnalité, soit vers la névrotisation des troubles.

Les études les plus anciennes retrouvent une évolution plutôt psychotique (4-8-9-12-15-66-90), alors que d'autres retrouvent un faible pourcentage (74-91), voir aucune évolution psychotique (43-92). L'évolution vers la schizophrénie est peu fréquente et reste controversée. R. DIATKINE, à ce sujet précise, que « cet état d'évolution ne ressemble que très grossièrement aux schizophrénies même si le pronostic est voisin. »

Deux études rapportent une évolution vers une forme déficitaire (80-96). A l'opposé, d'autres auteurs (72-109-111) notent l'émergence de troubles de la personnalité (personnalité narcissique et schizoïde).

P. GEISSMANN et G. LUCAS décrivent des processus de défense comme l'obsessionalisation ou des fonctionnements d'allure phobique(43-70).

4) Facteurs de pronostic

Les auteurs envisagent un certain nombre de facteurs de pronostic qui influencent le devenir clinique et socio-professionnel :

- Le niveau intellectuel
- L'âge d'apparition du langage
- Le diagnostic initial
- L'âge d'apparition des troubles
- L'adaptation sociale et professionnelle

La plupart des études s'accordent sur l'importance du niveau intellectuel au moment du diagnostic (35-47-67-72-91-95) et sur l'âge d'apparition du langage avant cinq ans (11-17-35-91-95-97). Cependant pour J. MANZANO et B. BETTELHEIM l'acquisition du langage et le pronostic ne sont pas liés (18).

L'âge de début des troubles est un facteur de bon pronostic. Il existe une corrélation entre l'âge d'apparition des symptômes et celui de la première consultation (35-69-72-91-95). Pour C. GILLBERG, les devenirs médiocres sont plus nombreux après 30 mois (47).

G. BERQUEZ dans son livre « l'autisme infantile », reprend les critères de pronostic des enfants autistes suivi par L. KANNER et qui concerne l'adaptation socio-professionnelle. La première étude de L. KANNER retrouve sur 42 enfants 31% de sujets ayant eu une bonne adaptation. La deuxième étude de 63 enfants retrouve un pourcentage de 27% et de 11,45% pour la dernière étude (96 enfants). On constate qu'au cours des années l'échantillon de la population autistique suivi par KANNER augmente et que le pourcentage de bon pronostic diminue (17).

G. AMADO (2) en 1963 et plus récemment E. SCHOLPER (110) rendent compte de l'importance de l'intégration scolaire et de la profession sur le pronostic.

Dans l'étude de E. FONBONNE, 72% des enfants fréquentent un dispositif de l'Education Nationale soit 42% dans des classes spécialisées, 30% dans des classes normales et 15% en institut médico-éducatif (40).

La pathologie de départ est corrélée au pronostic: L'autisme infantile ainsi que les psychoses déficitaires sont associés à un pronostic péjoratif (72), alors que les dysharmonies psychotiques (89) et les troubles de la personnalité ont une évolution favorable.

Les variables comme le sexe, la position dans la fratrie, la classe sociale des parents, l'existence de maladies mentales dans la famille sont différemment appréciées par les études.

P. RIVIERE (91) reprend la notion de vulnérabilité psychique décrite par D. COHEN. Ces facteurs de vulnérabilité sont les incidents survenus pendant la grossesse ou la période de périnatalité. Une grande vulnérabilité associée à des facteurs de risque (maladies graves, séparation du milieu familial) serait d'un pronostic sombre.

D'autres facteurs comme le soutien familial, la conservation de l'efficience intellectuelle influencent le pronostic clinique.

DEUXIEME PARTIE

L'EXPERIENCE DU PREMIER SECTEUR DE PEDOPSYCHIATRIE DE METZ

1) Introduction

Le dispositif du premier secteur de pédopsychiatrie s'intègre au sein du centre hospitalier de Jury- les- Metz. En 1947 le dispensaire d'hygiène mentale s'ouvre. Il est destiné à recevoir des adultes et des enfants habitant l'agglomération de Metz. Un psychiatre exerce une vacation par semaine et travaille avec une assistante sociale. La prise en charge est axée sur les dépistages et les décisions de placement pour les enfants. Ce n'est qu'en 1970, que s'individualise l'action en faveur des enfants dans le cadre de la politique de secteur. En 1975, le dispensaire change de nom et devient le centre de consultation infanto-juvénile, « D.W Winnicott ».

En octobre 1974, dans un contexte social contestataire et de mouvements d'antipsychiatrie, le service de neuropsychiatrie infantile accueille des enfants placés dans des structures déjà existantes, les centres psychothérapeutiques de Sarreguemines et Lorquin, ainsi que l'institution de Vic-sur Seille . En 1975, un pavillon du service accueille des enfants arriérés profonds, service dont la fermeture intervient en 1982 car les enfants avaient été étiquetés à tort, arriérés profonds, alors qu'ils devaient être traités comme des psychotiques déficitaires. Deux autres unités s'implantent hors de « l'Asile », dans la ville de Metz : l'unité de soins pour jeunes enfants et l'hôpital de jour. En 1992, le service en internat dit de neuropsychiatrie ferme. Le dispositif actuel s'est complété depuis deux ans par le centre d'accueil pour adolescents.

2) Le service de neuropsychiatrie infantile

2-1) présentation

Le service est prévu pour accueillir une population d'enfants âgés de 6 à 16 ans. Il a été conçu dans le but de rapprocher de leur famille les enfants, initialement hospitalisés dans les établissements de Lorquin, Sarreguemines, Vic sur Seille .

2-2) La vie quotidienne

« La vie quotidienne est menée de telle façon qu'elle se rapproche le plus possible de celle que l'enfant aurait dans une famille idéale »(18).

L'équipe est garante des règles de vie communautaire. Ces fonctions, assurées par les soignants, qui travaillent en poste, s'effectuent en respectant autant que possible le rythme de l'enfant.

« Le personnel doit respecter tout ce que fait l'enfant »(18).

Les soins représentent une part importante de la prise en charge des enfants: soins de nursing, de maternage. L'enfant qui prend conscience de son corps accède plus rapidement à la symbolisation des objets et des activités. Ce temps de maternage avec l'enfant alterne avec un temps où l'enfant est seul, intégrant la notion de réalité-temps. Le maternage, sorte d'auxiliaire, aide à fortifier le Moi de l'enfant. Les risques de cette prise en charge sont la chronicisation, le développement d'une prothèse sociale, selon le terme de J. HOCHMANN, une substitution de l'équipe soignante aux parents « jugés mauvais et incompetents ». Le traumatisme psychique est ainsi effacé.

J. HOCHMANN préconise, pour les séances de maternage, un cadre rigoureux, une séance courte et ponctuelle, se déroulant dans un lieu privilégié (48).

2-3) Les activités

Les activités proposées sont spontanées, et le choix de participer est laissé aux enfants. Les éducateurs défendent leur identité à travers la création d'un atelier éducatif. D'autres ateliers se mettent en place (terre, peinture, socialisation, menuiserie) et sont animés par les soignants. Des intervenants extérieurs, un musicien et un peintre, font partager leurs expériences.

2-4) Les réunions

Le questionnement de l'équipe est incessant et elle recherche constamment la meilleure façon de soigner les enfants et de vivre au mieux avec eux . Cette démarche correspond à leur désir de redonner une place à l'enfant et de restituer son identité. Ces questions traduisent aussi un investissement et un engagement réel de l'équipe avec les enfants. Certains infirmiers ont eu une expérience décevante en psychiatrie adulte. Dans un désir de réparation, les soignants souhaitent voir guérir et vivre à l'extérieur les enfants... A l'opposé la notion d'enfermement, d'univers carcéral, de violence, d'auto et hétéro-agressivité est intolérable pour les adultes (14).

Les adultes sont confrontés directement à une angoisse de destruction, d'anéantissement, caractéristique de la psychose et qui est le miroir de leur propre angoisse . DW. WINNICOTT rappelle que « face à la psychose c'est en définitive à la haine qu'il s'agit de survivre » (113).

2-5) Les supervisions

En 1976 et 1978, des crises institutionnelles agitent le service et D. ANZIEU organise alors dans le service des sessions de psychodrame. Cette conception du groupe, à la fin des années 1970, pourrait avoir influencé le fonctionnement des groupes thérapeutiques institutionnels instaurés à l'hôpital de jour et à l'unité de soins pour jeunes enfants.

D. ANZIEU souligne ainsi que « La psychanalyse institutionnelle agit sur le noyau psychotique de chaque participant, d'autre part elle favorise chez eux la

reconstitution narcissique grâce au moment de double transfert narcissique spéculaire et grandiose sur l'équipe psychanalyste »(6).

Ce travail a servi de base à l'élaboration de la technique de psychodrame en groupe large par D. ANZIEU (7).

2-6) L'ouverture vers l'extérieur

La réflexion des soignants sur les modalités de traitement des enfants est constante et après quelques années de fonctionnement l'intérêt s'oriente de plus en plus vers les familles. Mais comment peuvent travailler les soignants « les bons parents » avec « la mauvaise mère » ? Comment susciter un échange lorsque les familles ne se déplacent pas ?

La réflexion montre à quel point les soignants s'identifient aux parents, partagent leurs ressentis, leur souffrance. Mais très fréquemment cette souffrance parentale est là mais ne peut s'exprimer.

Pour les familles présentes, l'équipe prend progressivement conscience du milieu familial dans lequel vit l'enfant car la famille est garante de l'histoire de l'enfant. Une prise en charge des familles se met alors en place par les entretiens avec le médecin chef, et par l'intervention à domicile des soignants. C'est le début d'une ouverture vers l'extérieur pour le service .

Cette ouverture se poursuit également par l'accompagnement des enfants en institut médico-professionnel, introduisant la notion d'infirmier référent.

Au début, quelques psychothérapies sont pratiquées au sein de l'institution, ce qui pose le problème de la connaissance de la vie quotidienne de l'enfant par le thérapeute, la notion de secret... Dans les années 1980, les psychothérapies ont lieu au centre médicopsychologique. Les soignants référents accompagnent l'enfant aux séances de psychothérapie. Ce partage des lieux de soins entretient dans l'équipe soignante, la notion de non-dit, d'un lieu mystérieux, où se pratique la psychanalyse.

2-7) Fermeture de l'internat

Dans les années 1985, le service n'accueille plus que les adolescents et leur prise en charge pose parfois des difficultés à une équipe soignante perdue et démotivée. Un psychodrame a lieu pour sortir de cette problématique d'enfermement. Celui-ci permet d'anticiper la fin d'un service. L'internat, le dernier en Moselle, ferme définitivement en 1992 .

La prise en charge des adolescents est un projet qui a rencontré, pour sa mise en place, d'importantes difficultés administratives, sans compter les rivalités avec d'autres soignants ayant des velléités d'occupation de ce créneau thérapeutique. Ce n'est qu'en 1998 que le centre d'accueil pour adolescents s'ouvre.

3) Les unités thérapeutiques

L'institution, affirme R. CAHN, *offre à l'enfant « un espace transitionnel, ni totalement subjectif, ni totalement extérieur et étranger »* (24).

3-1) Définitions

Avant de décrire l'expérience de Metz, nous rappellerons quelques définitions.

3-1-1) l'hôpital de jour

Les hôpitaux de jour sont des centres de soins spécifiques destinés à des enfants et adolescents présentant des troubles de la personnalité. Ces troubles se définissent comme des affections mentales évolutives et relevant d'un traitement médical actif (71). Les enfants sont pris en charge toute la journée par une équipe de soignants. Par cet accueil en journée, le lien enfant-famille est maintenu (75-77). R. CAHN définit l'hôpital de jour comme une structure qui permet la mise en œuvre d'une relation éducative, pédagogique, d'une action sur le milieu familial, d'une psychothérapie, et d'une rééducation spécialisée (24).

Le pourcentage des intersecteurs qui disposaient d'un ou plusieurs hôpitaux de jour a régulièrement augmenté passant de 74% en 1986 à 85% en 1995. En 1993, les intersecteurs ont reçu 290000 enfants dont 9% ont été pris en charge à temps partiel. Un peu moins de la moitié sont venus à l'hôpital de jour et un tiers en accueil thérapeutique partiel (20).

N. QUEMADA en 1988 retrouvait que les pathologies névrotiques, les psychoses et les troubles de la personnalité représentaient les deux tiers des pathologies des intersecteurs (88).

3-1-2) Les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (C.A.T.T.P)

La définition des C.A.T.T.P donnée par le guide méthodologique de planification en santé mentale est la suivante :

« le C.A.T.T.P est une structure de soins institutionnels où s'effectue un travail essentiellement orienté vers les relations du patient à autrui et la reconstruction de son autonomie au travers des gestes usuels et de divers modes d'expression ».

La définition de l'équipe de Metz, se rapproche de celle donnée par WELHNIARZ où le C.A.T.T.P est une structure de soins institutionnels qui propose dans le cadre du secteur de pédopsychiatrie, une prise en charge des enfants et de leur famille par une équipe pluridisciplinaire. Les soins sont organisés sur un mode séquentiel et reposent sur un projet individuel. Les réunions de synthèse assurent la cohésion de la prise en charge (112).

De 1990 à 1993, la file active des intersecteurs n'a cessé de croître, avec un pic de progression concernant les centres d'accueil à temps partiel (105).

L'enquête de P. FERRARI en 1992, révèle que les indications des CATTP ont évolué depuis leur création (38). J. HOCHMANN fait des CATTP une extension plus large en incluant les psychoses (50). Actuellement les pathologies représentées sont les psychoses et les dysharmonies évolutives. Les formes autistiques peuvent être accueillies, permettant ainsi une préparation à une entrée à l'hôpital de jour.

R. MISES intègre les pathologies limites. En effet, ces enfants mettent souvent à mal le cadre thérapeutique. Ils appartiennent fréquemment à des familles gravement perturbées : pathologies parentales, familles dysfonctionnelles, composantes transgénérationnelles (83).

L'accueil à temps partiel s'organise généralement en dehors des temps scolaires, et sur une courte période. Cette prise en charge est globalement acceptée par les parents, du fait de sa souplesse, et de sa position intermédiaire avec une prise en charge plus lourde comme l'hôpital de jour. L'enfant peut ainsi aller à l'école, se rendre à la crèche. Cette prise en charge permet une collaboration des différents partenaires, une mise en place de pôles d'activités qui s'intègrent dans les actions dites en réseau.

La collaboration, en particulier, avec l'école a une place importante. Elle s'organise par la mise en place de réunions fréquentes, au cours de la prise en charge de l'enfant, en réunissant les référents soignants de l'enfant, le psychiatre, psychologue scolaire, le directeur de l'école, l'instituteur, le médecin scolaire. Les objectifs sont définis comme le maintien scolaire, l'aménagement des temps scolaires et des temps thérapeutiques. Face aux familles parfois réticentes, les partenaires soutiennent leurs projets respectifs assurant une cohésion afin d'éviter les conflits, les rivalités, les désinvestissements (78).

3-2) l'hôpital de jour de METZ

L'hôpital de jour de Metz a ouvert ses portes le 6 avril 1981. L'idée de créer un hôpital de jour hors des murs de l'institution était en gestation depuis l'ouverture du service du N.P.I en 1974. D'ailleurs, dès 1976, le N.P.I accueillait un enfant en hospitalisation de jour. Cette modalité d'hospitalisation s'est ensuite étendue à d'autres enfants.

L'objectif de l'hôpital de jour à Metz est d'avoir une répartition égale entre les enfants psychotiques et ceux présentant des mécanismes de défense de nature névrotique ou borderline.

Dès le début, quelques enfants bénéficient d'une prise en charge à temps partiel. Cet aménagement à la carte a permis un accueil de pathologies moins

lourdes et de former des groupes hétérogènes. La variété des symptômes présentés par les enfants évite ainsi une chronicisation de l'équipe des soignants. Depuis un an, le groupe jeux d'éveil accueille des jeunes enfants non hospitalisés mais suivis en consultation par un médecin du secteur. Ce mode d'accueil permet d'offrir une prise en charge thérapeutique plus large aux enfants.

Par l'accueil à temps partiel, l'hôpital de jour s'est ouvert vers l'extérieur et développe des actions en réseau : rencontres avec les écoles, les crèches, les instituts médico-éducatifs...

3-2-1) Les soignants (16-44)

Les soignants accueillent les enfants en groupe en respectant les âges. Des temps d'activité alternent avec une intégration dans la classe de l'hôpital de jour (32). Un des facteurs thérapeutiques mis en œuvre par le soignant est sa permanence (44). Chaque fois, l'enfant retrouve dans un lieu et un temps donné les mêmes adultes. Cette continuité favorise un holding nécessaire à l'enfant psychotique. Les soignants assurent aussi une fonction maternante (113) et contenante qui permet à l'enfant d'expulser ses éléments bêta, les mauvais objets, sur l'institution, c'est à dire le soignant, qui les contient et les restitue à l'enfant en éléments alpha assimilables (19) .

D'autres modalités de prise en charge sont envisagées, comme les séjours thérapeutiques et les lieux de vie.

Le lieu de vie situé, en dehors de la ville de Metz, est géré par un couple d'éducateurs, et accueille les enfants psychotiques de moins de 13 ans. L'environnement du psychotique est habituellement continu, immuable, répétitif. Ce séjour permet donc à la fois de maintenir la continuité du traitement institutionnel et de permettre la rupture du cadre habituel. Pendant ce séjour de trois semaines, un groupe de quatre à cinq enfants s'initie à la vie collective et sociale. Le séjour de rupture est préparé avec l'ensemble de l'équipe soignante, l'enfant et sa famille. Un bilan après le séjour est habituellement programmé avec les mêmes personnes.

Le service de pédopsychiatrie a une longue expérience des séjours thérapeutiques. Deux fois par an, des séjours étaient programmés au N.P.I., et sont à l'heure actuelle intégrés à l'arsenal thérapeutique et constituent ainsi une spécificité de l'hôpital de jour. Les objectifs de ces séjours sont les suivants :

- Ils favorisent une expérience de séparation de l'enfant avec le milieu familial
- Ils aident l'enfant à élargir son champ relationnel et à acquérir de nouvelles expériences.
- A travers le quotidien, les séjours permettent à l'enfant de développer son autonomie.

Ce séjour se prépare en équipe (lieu, type et nombre d'enfants), avec l'enfant et sa famille, au cours des entretiens familiaux et fait l'objet d'un compte rendu lors de réunions et d'ajustement de la prise en charge.

3-2-2) Le travail d'équipe

Un important travail de réunions institutionnelles, de synthèse est réalisé quotidiennement. Il permet à cette équipe pluridisciplinaire, d'informer et de coordonner les actions thérapeutiques pour chaque enfant (100). Ce lieu de penser favorise l'expression des réactions défensives et des contre-attitudes développées par les soignants. R.CAHN définit ces contre-attitudes comme une « haine de l'objet » (24).

Les réunions de synthèse permettent d'apprécier les comportements de l'enfant. Les soignants rapportent les intérêts de l'enfant, ses comportements à travers une activité médiatrice et expriment leurs affects vis à vis de l'enfant. Ces réunions ont l'avantage de coordonner les traitements des enfants qui sont bien souvent multiples. Il est important pour le soignant d'être à l'écoute de ses affects contre-transférentiels. Ceux-ci se manifestent par un vécu dépressif, une usure, des sentiments parfois mégalomaniques, des sentiments de « haine » vis-à-vis de l'enfant.

Les mouvements contre-transférentiels de l'équipe sont basés sur des identifications projectives et entraînent un obstacle à l'action thérapeutique (46).

Les conséquences de ce contre-transfert entraînent :

- la reproduction de relations symbiotiques, des relations pathogènes familiales.
- une rigidité mortifère institutionnelle
- un risque de chronicisation tant pour les enfants que pour les soignants
- un processus d'asilation défini par C. et P. GEISSMANN (45) : C'est la transformation progressive de l'institution en asile, en réponse à l'angoisse des soignants face à la folie.

Ce processus d'asilation jalonne la vie de toute institution. Au niveau du cadre institutionnel, il se produit un désinvestissement des relations avec l'extérieur. Les progrès des enfants ne sont pas vus par les soignants et toute sortie est vécue comme persécutrice. L'équipe soignante désinvestit la relation à l'enfant ainsi qu'à l'intérieur de l'équipe. Le projet thérapeutique et la notion de maladie mentale disparaissent. Dans ces moments, l'équipe soignante est plongée dans une phase de souffrance intense, de dépression. Elle est « bombardée », pour reprendre le terme de Hanna SEGAL, par les éléments psychotiques. Les analystes de l'institution ont pour rôle alors de contenir et d'élaborer les projections qui sous-tendent les relations entre soignants et enfants, de la même manière qu'une mère procède avec son bébé en transformant les éléments alpha en éléments bêta. C'est ce que certains nomment l'analyse institutionnelle (6-61).

3-2-3) L'école

« Il est évident qu'un maître compréhensible qui tient compte des complexes de l'enfant, atténuera un plus grand nombre d'inhibitions et obtiendra des résultats, plus favorables qu'un maître non compréhensif ou même brutal »(M.KLEIN).

Le premier objectif scolaire est la transmission du savoir. Malgré les capacités cognitives particulières du psychotique, ce savoir permet d'éviter une évolution déficitaire de cette pathologie. Lors d'un colloque récemment organisé à Lorquin, sur le thème l'intégration scolaire, il apparaît une tendance très nette de scolarisation des enfants malades.

L'intégration scolaire des enfants psychotiques est régie par des textes officiels :

- la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975
- les circulaires du 29 janvier 1982 et du 29 janvier 1983
- la loi d'orientation sur l'éducation du 10 juillet 1989
- le circulaire du 18 novembre 1991 centrée sur l'intégration des enfants et adolescents handicapés.

La loi du 30 juin 1975 institue l'obligation éducative pour les enfants et les adolescents handicapés et fixe comme objectif leur intégration en milieu scolaire ordinaire (68).

La circulaire du 29 janvier 1982 définit une politique d'intégration en faveur des enfants et des adolescents handicapés, visant à assurer leur insertion sociale (...) le plus tôt possible en milieu ordinaire pour faire accepter la différence (29).

La circulaire du 29 janvier 1983 met en évidence la mise en place d'action de soutien et de soins spécialisés, en vue de l'intégration dans les établissements scolaires ordinaires, des enfants et adolescents handicapés, en difficulté, en raison d'une maladie, de trouble de la personnalité ou de trouble grave du comportement. La circulaire envisage pour ces enfants, dont le maintien scolaire en milieu normal est impossible, un lieu comportant des mesures pédagogiques et thérapeutiques (30).

La circulaire du 18 novembre 1991 fait référence à l'intégration scolaire pour les enfants et adolescents handicapés. L'intégration en milieu scolaire prend en compte les objectifs assignés à l'école et les capacités des enfants. Elle nécessite pendant et hors du temps scolaire et dans un cadre conventionnel, le soutien thérapeutique ou éducatif des professionnels. Les formes d'intégration scolaire sont précisées par le projet individuel. Cette intégration peut être individuelle ou collective, à temps partiel ou à temps plein. La circulaire précise les objectifs, l'organisation, le fonctionnement des classes d'intégration scolaire (C.L.I.S) dont l'ensemble constitue un élément important du dispositif

départemental d'intégration scolaire pour les enfants handicapés à l'école primaire (31).

La scolarisation s'envisage selon plusieurs modalités :

- Projet pédagogique individualisé où l'enfant est inscrit à l'hôpital de jour (22)
- Projet d'accueil individualisé où l'enfant est inscrit dans une école ordinaire et pris en charge dans la classe de l'hôpital de jour.
- Projet d'intégration scolaire : l'enfant est admis à l'hôpital de jour et intégré dans une autre école (49-51-60).

Ces trois projets concernent les enfants de l'hôpital de jour de METZ.

La classe est intégrée dans l'hôpital de jour de Metz depuis 1981. Le projet est défini pour chaque enfant . Il est présenté aux parents et à l'équipe soignante en début d'année. L'enseignante donne ensuite aux parents l'emploi du temps et le travail effectué régulièrement par l'enfant.

Le travail de l'enseignante spécialisée à l'hôpital de jour est centré sur les relations adulte-enfant, sur l'expression des sentiments qu'ils ont d'eux même. L'enseignement est orienté vers une connaissance de l'espace, des schémas corporels et de latéralisation, de la reconnaissance des formes... L'acquisition de la lecture et de l'écriture se font sur un mode propre à chaque enfant. Des activités d'analyse et de synthèse sont également proposées. Il est intéressant de remarquer la différence de comportement des enfants en classe et en atelier, et pour certains, leurs qualités insoupçonnées d'apprentissage.

Afin que ces expériences scolaires soient partagées par l'ensemble de l'équipe, un soignant participe au travail de l'enseignant. Son rôle est triple : Il a un rôle contenant et structurant, il est le tiers dans une relation duelle avec l'institutrice. Cette collaboration soin-pédagogie est basée sur un respect des fonctions de chacun.

Nous illustrerons par deux vignettes cliniques deux cas d'enfants pour qui un projet d'intégration s'est mis en place.

Alyosha, enfant adopté et étiqueté hyperactif, est scolarisé à l'hôpital de jour depuis l'an dernier. Un projet pédagogique individualisé est mis en place. Ses capacités cognitives sont difficilement évaluables du fait de son instabilité. En calcul, il a le niveau du cours préparatoire et la lecture est absente. Deux mois après son admission, l'enseignante démarre la méthode de lecture. Elle débute par une reconnaissance des voyelles puis des mots globaux. Alyoscha reconnaît les mots comme « papa », « maman », « Mc do », « coca-cola » (Sa mère a quitté le domicile familial et vit aux Etats-Unis). L'enseignant écrit ensuite un texte proposé par l'enfant : les thèmes évoqués par Alyoscha ont trait aux accidents, à la mort. Progressivement, ces thèmes laissent place au quotidien à la maison. Puis l'institutrice introduit un thème de lecture (qui est identique pour chaque enfant) par la méthode de Marou et Ratus. L'intégration peut être alors envisagée. Alyoscha parallèlement acquiert un niveau de cours préparatoire en mathématique ; par contre les éléments graphiques sont impossibles au début ; Alyoscha est dans l'impossibilité de laisser une trace... Après discussion avec l'équipe soignante, l'institutrice propose une intégration en classe d'intégration scolaire (C.L.I.S). Des rencontres avec l'école d'accueil ont lieu chaque mardi, et concernent quatre enfants de la classe de l'hôpital de jour, pour qui le projet est proposé. L'accompagnement thérapeutique est présent pour ces enfants. Alyoscha ne participait pas aux récréations, et en fin d'année il a pu jouer et s'intégrer aux autres enfants. On ne faisait plus aucune différence entre les enfants de l'hôpital de jour et de l'école ordinaire.

De plus, Alyoscha a pu ainsi assister à quelques heures d'un enseignement. A la fin de l'année, les quatre enfants de l'hôpital de jour et ceux de l'école d'accueil ont reçu le prix départemental lors de l'été du livre 2000, sur le thème « le temps », qu'ils avaient abordé au cours de l'année.

Ils ont participé à la réception donnée en leur honneur par la ville de Metz et à la réalisation d'un film régional. La fête de l'école d'accueil a permis une rencontre avec les parents.

Temps de...
Temps d'écoute
Temps de parole
Temps de mourir
Temps de grandir
Temps d'attendre
Temps de l'amour
Temps de vivre
Temps de la peur

J.A

Anthony, porteur de graves dysfonctionnements de la personnalité de nature psychotique est scolarisé à l'hôpital de jour depuis quatre ans. En 1999, un projet d'intégration scolaire est envisagé par l'équipe de l'hôpital de jour et présenté à la commission de scolarité de second degré(C.S.E.D). Le projet est soumis à la directrice du collège, et permet d'envisager un accompagnement thérapeutique avec un soignant. En septembre 1999, l'intégration scolaire se réalise progressivement en 6 e S.E.G.P.A. Anthony est accompagné au début par un membre de l'équipe jusqu'aux portes du collège. En janvier 2000 Anthony arrive en retard au collège, parfois ne s'y rend pas et se cache à l'intérieur de l'hôpital de jour. Lors des récréations ses manifestations comportementales ne sont pas sans rappeler celles du petit sauvage de l'Aveyron. Ses troubles sont à relier, en partie, avec la sortie proche de l'institution. A cette période les échanges entre équipes se sont intensifiés et ont permis le maintien d'Anthony au collège. En fin d'année il obtient le tableau d'honneur. En septembre 2000 Anthony poursuit sa scolarité en cinquième S.E.G.P.A. Sur le plan thérapeutique, il est suivi en psychothérapie individuelle et en thérapie familiale

3-3) Le centre d'accueil à temps partiel (C.A.T.T.P) de Metz (5)

L'unité pour jeunes enfants du premier secteur de pédopsychiatrie à Metz ou C.A.T.T.P, en projet depuis 1974, est l'une des toutes premières unités créées en France. En effet, dès 1981, l'unité fonctionne avec trois soignants pendant sept mois puis ferme par décision administrative. Devant le nombre croissant de demandes pour des enfants de moins de six ans, l'unité ouvre de nouveau ses portes en 1982.

L'unité accueille des enfants de moins de six ans présentant des troubles dysharmoniques et autistiques (84). Les enfants sont pris en charge dans des groupes thérapeutiques institutionnels sur une demi-journée (ou parfois sur des temps plus courts), deux à trois fois par semaine.

La durée de prise en charge de courte durée favorise la capacité de rêverie des soignants et donc une meilleure disponibilité envers l'enfant. Cette capacité de rêverie permet au soignant une mise en mot du vécu de l'enfant en exprimant ce qu'il ressent et à décrire ce que fait l'enfant, à nommer les objets qu'il manipule. L'enfant peut expérimenter la capacité contenante de l'adulte; il introjecte cette capacité contenante et la capacité de penser du thérapeute, ce qui permet que soit créé son espace psychique interne.

3-3-1) Le travail avec les parents (102)

Le travail thérapeutique, de « type entretien familial » découle de l'expérience des C.A.T.T.P. En effet, l'équipe a très vite compris qu'il ne suffisait pas simplement d'intégrer l'enfant dans un groupe pour que la problématique s'estompe. A la création de l'unité, ce travail s'intitulait « travail mère-enfant » et très rapidement il s'est adapté aux différentes mosaïques familiales et s'intitule actuellement entretien familial.

Les indications concernent les familles marquées par des difficultés de maturation, et d' une confusion inter-générationnelle.

L'entretien à l'hôpital de jour et à l'unité de soins pour jeunes enfants, est effectué par un couple de soignants, infirmier-éducateur ou deux infirmiers, permettant d'intégrer auprès des enfants la différence des sexes et de développer leur capacité d'identification. Le rythme est hebdomadaire et parfois bimensuel, d'une durée de 1 heure. Les parents peuvent aborder leurs difficultés avec leur enfant, leurs histoires personnelles (processus d'identification de ressemblance de l'éprouvé) (39). Les entretiens familiaux concernent aussi des familles dont les enfants ne sont pas intégrés en groupe mais suivis à la consultation.

Ce travail, fort éprouvant, est supervisé, dès ses débuts, par un psychanalyste extérieur à l'institution. Les éléments transférentiels et contre-transférentiels, qui contiennent les affects et les parties de la personnalité des parents, sont analysés.

Au début de la création des unités, les soins étaient centrés sur les enfants et maintenaient les parents à l'écart. Progressivement l'idée d'intégrer les parents dans le projet thérapeutique s'est imposée. En effet les travaux de M. SOULE (101), dans « l'enfant qui venait du froid », nous ont éclairé sur les mécanismes de défense mis en place par la mère lors de la venue d'un enfant psychotique. La connaissance de ces mécanismes qui sont le déni, la négation de la réalité, la persistance de la relation fantasmatique au bébé, nous permet de travailler avec eux. Cette notion est reprise par A.CAREL (25).

Depuis, la prise en charge institutionnelle accorde une large place aux parents. Le temps partiel fait perdre ainsi l'illusion aux soignants de « substituts parentaux, de bons réparateurs ».

« Si l'enfant est vivant , c'est qu'il a eu un apport maternel, maternant, suffisant sinon il ne serait même pas là, il serait mort , et c'est à cet apport maternel qu'il doit pouvoir se ressourcer » (37).

La demande des parents n'est pas spontanée mais très souvent imposée. Le parcours est long et semé d'embûches, accompagné d'angoisse, d'appréhension, et de culpabilité. Cette demande n'est pas toujours très claire et l'accès à une alliance thérapeutique permet de faire émerger cette demande

(10). Les parents se disent souvent : « c'est passager, ça viendra plus tard ». Ils ont remarqué dès le début les anomalies de comportement de leurs enfants, mais cette réalité est déniée constituant « la tache aveugle » (50). Le travail thérapeutique permet aux parents d'effectuer un travail de deuil de l'enfant imaginaire, idéalisé, tout en leur permettant d'accéder à l'enfant réel, à sa souffrance. Il est important pour ces parents d'être accompagnés par une équipe contenante au cours de ce travail de deuil et d'élaboration (42). Les soignants devront développer des capacités d'empathie et de tact afin de partager la souffrance des parents (106-107).

Le travail avec les parents permet de comprendre les interactions parents-enfants, comment les symptômes émergent, ce qu'ils ont mobilisé chez les parents. En aucun cas, l'entretien ne cherche le pourquoi ou « à qui la faute ». Dans son article « ce que peut apporter la psychanalyse aux parents », D. HOUZEL explique que les difficultés de l'enfant sont à analyser en terme de sens et non d'étiologie : on s'attachera aux circonstances d'apparitions des symptômes, aux sentiments qu'ils suscitent dans l'entourage. La culpabilité parentale est toujours présente quand l'enfant souffre. Le soulagement de cette souffrance favorise un meilleur fonctionnement psychique (53).

Ces interactions sont désignées par D. STERN, accordage affectif. Cet accordage peut être pathologique dans certaines familles (85). A travers ce travail nous pouvons observer le fonctionnement psychotique d'un enfant qui se met en résonance avec le noyau psychotique des parents. Les parents investissent alors les enfants comme résonateur de leur noyau psychotique (86).

Les parents, trop souvent, pour nier la nécessité des soins, considèrent l'hôpital de jour comme une école spécialisée. Le caractère libéral de l'institution, le peu d'exigence scolaire sont pour eux source d'inquiétude et de déception. L'objectif de ces rencontres est de permettre une intégration des difficultés psychiques comme une réalité et la possibilité de les modifier.

De même l'équipe doit aider au décodage des expressions émotionnelles des enfants, selon l'expression de D. HOUZEL. En effet, certains mouvements stéréotypés ne se produisent pas à n'importe quel moment. Ils se déclenchent

dans des circonstances où on attendrait une réponse émotionnelle. Cette théorie est en totale contradiction avec l'absence de théorie de l'esprit définie par U. FRITH (41).

Pourtant il est important de pointer ce décodage car il permet aux parents de mieux supporter et accepter les symptômes de l'enfant et aide ceux-ci à verbaliser leurs émotions, à se sentir moins envahis et débordés par ce vécu émotionnel. L'équipe a un rôle de régulateur émotionnel entre l'évolution de l'enfant et les exigences psychiques des parents.

L'engagement de l'enfant dans le projet thérapeutique entraîne de nouvelles relations à l'extérieur de l'hôpital de jour et dans sa famille. Un écart s'installe entre le fonctionnement psychique, consécutif au processus thérapeutique, et l'état ancien. Les progrès réalisés par les enfants peuvent être en décalage total avec les attentes inconscientes des parents, ce qui rend le travail avec les familles indispensable pour obtenir un bon fonctionnement de la psychée. Cette différence de comportement entraîne parfois des tensions entre l'équipe institutionnelle et l'environnement extérieur.

La prise en charge des parents vise à restituer le rôle de parent, à leur redonner une place dans la cellule familiale. L'apport des parents est indispensable pour la continuité des soins. Ce sont les dépositaires de l'histoire de l'enfant et ils nous renseignent sur les événements familiaux et environnementaux. De plus, ils ont la possibilité d'exprimer leurs affects, leur vécu face à l'enfant réel, nous faire part des progrès réalisés par l'enfant. Ce discours parental a un double effet sur la dynamique familiale et un effet mobilisateur sur l'équipe soignante. Ces informations éveillent chez les soignants des fantasmes qui leur permettent d'élaborer de nouvelles réflexions, en les redynamisant.

Ce travail avec les familles a permis une prise de conscience des phénomènes mis en jeu et notamment des besoins de s'appuyer sur les parents lors de grande dépression de l'équipe. Les entretiens ont permis de comprendre ce que les parents reproduisent avec leurs enfants, ce sont les relations qu'ils ont eu avec leurs propres parents (39). Ces dysfonctionnements familiaux sont

fréquemment accompagnés de dépression non mentalisée des parents et le travail thérapeutique vise à un accès à la mentalisation (85) .

3-3-2) Le travail en réseau

Depuis le début, un soin particulier est apporté au travail en réseau, et se développe particulièrement depuis quelques années :

- A partir de leur pratique et d'un travail d'élaboration constante, trois infirmières, depuis sept ans, interviennent en Protection Maternelle Infantile. Elles développent pour ces familles en grande difficulté un projet de prévention et d'orientation vers une structure de soins plus spécialisés.
- Deux infirmiers participent aux commissions d'intégration scolaire depuis 1996.
- Depuis 1999, deux soignants reçoivent des adultes et des enfants dans un dispositif multidisciplinaire (médecins, assistantes sociales, éducateurs, infirmiers, instituteurs..) implanté dans la ville de Metz.

Certains soignants regrettent que les actions en réseau ne soient pas plus développées, d'autres soutiennent les actions institutionnelles...

TROISIEME PARTIE

ETUDE D'UNE POPULATION D' ENFANTS PRIS EN CHARGE INSTITUTIONNELLEMENT

1) Méthodologie

L'étude longitudinale et rétrospective examine une population de 349 enfants pris en charge par le service du Docteur NAKOV à Metz, sur une période qui s'étale de 1975 à 1999.

Les enfants ont été hospitalisés dans le service de neuropsychiatrie ou à l'hôpital de jour ou accueillis à l'unité de soins pour jeunes enfants. Ces enfants constituent une partie de la file active car sont exclus de cette enquête les enfants vus en consultation au centre médico-psychologique.

Cette étude ne comprend pas de population témoin et n'échappe pas aux difficultés méthodologiques que nous décrivons ultérieurement.

Sur une population de 388 enfants, nous avons eu 8 refus, 11 décès et 20 dossiers inexploitable par insuffisance de données. Nous avons donc retenu 349 sujets. 247 réponses (dont 49 enfants suivis en 1999) nous sont parvenues et nous avons pu ainsi établir la trajectoire de ces patients (70% de l'effectif total).

Le travail de recueil de données s'est effectué à partir d'éléments cliniques dans les dossiers et à travers les témoignages des médecins présents à l'époque et actuellement dans le service. Cette stabilité permet une cohésion de pensée et une communion dans l'analyse fine des troubles cliniques des enfants.

Les critères de diagnostic ont été choisis dans la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent établie par R.MISES (79) et nous retrouvons dans notre série des psychoses, des troubles de la personnalité, des troubles réactionnels et névrotiques, des déficiences mentales, des troubles des fonctions instrumentales et à expression somatique.

Nous avons élaboré un questionnaire (annexe 1) que nous avons soumis au Docteur F.CASADEBAIG, INSERM Paris, unité 302. Ce questionnaire explore :

- a) les critères d'autonomie que nous avons choisis dans la littérature :
 - Le statut matrimonial et la descendance
 - Le statut professionnel actuel, en différenciant le travail en milieu protégé du milieu ordinaire.
 - Le lieu de vie. Nous repérons ainsi la population qui vit en institution. L'institution est prise au sens large du terme, c'est-à-dire les centres hospitaliers spécialisés (C.H.S), les foyers, les appartements thérapeutiques, les instituts médico-éducatifs en internat.
 - L'intégration sociale par les loisirs. Nous avons différencié les enfants qui participent à des activités individuelles et ceux qui s'intègrent dans un groupe.

- b) La scolarité, afin de dégager les enfants qui suivent une scolarité en milieu adapté ou en milieu ordinaire.

- c) Le traitement permet de mettre en évidence parmi ceux qui sont traités, l'influence de celui -ci sur l'évolution socio –familio -professionnelle.

- d) Les deux dernières questions permettent aux parents de s'exprimer sur l'évolution de leur enfant et sur le bénéfice apporté par l'équipe de pédopsychiatrie. Elles laissent la parole aux parents et sont à considérer comme des données subjectives.

Nous avons envoyé ce questionnaire aux parents des enfants pris en charge, accompagné d'une lettre expliquant la démarche. Nous avons fixé une date limite, pour un retour. Passé cette date, nous avons téléphoné aux parents pour les solliciter. De nombreuses réponses ont été ainsi données. Il semblerait que pour ces parents, la démarche téléphonique ait facilité le contact et l'expression des affects liée à l'hospitalisation de l'enfant. Contrairement à d'autres équipes, nous n'avons pas proposé de rendez-vous aux parents, nous leur avons laissé le choix de nous contacter ultérieurement. Quelques parents étaient favorables

à une rencontre, mais pour la plupart, l'évocation de cette partie de la vie de leur enfant reste douloureuse, et laisse une blessure béante.

Nous avons respecté cette souffrance au détriment d'une rigueur scientifique, ce qui explique l'absence de réévaluation de diagnostic au moment de la catamnèse. Par contre les équipes institutionnelles qui accueillent les enfants et les adultes ont été contactées et nous ont renseigné sur l'évolution clinique et surtout sur leur devenir social et professionnel.

Au total, nous avons recueilli 247 questionnaires, soit 70% de réponses.

Ces données ont été initialement traitées par la secrétaire de l'hôpital de jour.

Le service de gestion et département d'information médicale du Pr. KHOLER, et en particulier le Dr KUBEC, du C.H.U de Nancy, ont procédé au traitement des données à l'aide du logiciel de statistiques S.A.S. version 6.12.

Nous allons aborder les difficultés méthodologiques rencontrées dans les études.

Les études les plus anciennes utilisent pour le diagnostic, les critères de KANNER, ou ceux de CREAK. Certains auteurs utilisent le DSM III (3) d'autres la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA). Le DSM III a l'inconvénient d'une part de fixer les troubles et d'autre part d'intégrer un grand nombre de pathologies sous la dénomination des troubles globaux du développement. Ainsi l'autisme de KANNER perd son identité clinique. La classification française (79) permet d'intégrer un troisième axe, dénommé troubles de la personnalité, qui s'intercale entre les psychoses et les névroses (Annexe 2). Elle apporte une distinction des sous-groupes de psychoses, conservant l'intégrité de l'autisme précoce. Elle détaille dans l'axe II les facteurs environnementaux et organiques qui influencent l'évolution de la pathologie présentée par l'enfant ou l'adolescent. Contrairement au DSM III, la classification envisage une évolutivité des troubles et elle est reproductible lors des évaluations ultérieures.

La taille des échantillons est variable. Certaines études, comme celles de EISENBERG et KANNER, CREAK, RUTTER, LOTTER, MANZANO,

FOMBONNE examinent une population large, ce qui permet de dégager des données susceptibles d'être traitées statistiquement. Mais ces études sont limitées dans le temps et ne tiennent pas compte de l'évolution comme processus continu. Sur un échantillon de petite taille, l'influence du traitement est majeure et illustrée dans des monographies (26-58-62-64).

L'âge de la prise en charge et le délai catamnétique ont une importance. A l'adolescence où les troubles peuvent évoluer, l'avenir professionnel n'est pas déterminé. Par contre, à l'âge adulte, le risque que les troubles se fixent ou s'aggravent existe.

Les variables telles que les traitements, la participation et l'alliance thérapeutique des parents, la possibilité de traiter ces derniers, modifient l'évolution clinique et le pronostic social et professionnel. Dans l'étude de J. MANZANO l'importance du contexte familial, notamment la possibilité pour les équipes d'établir une coopération avec les parents, est un facteur positif dans la continuité du suivi (74).

Les maladies intercurrentes, l'évolution des soins proposés aux enfants et à leurs familles, le travail des soignants, l'expérience acquise au cours des prises en charge, la compréhension des troubles de l'enfant et de la dynamique familiale sont aussi des facteurs qui influencent le devenir.

2) Résultats de l'enquête

Dans une première partie nous allons analyser les données chiffrées relatives à un secteur de pédopsychiatrie et qui concernent la file active, le nombre de consultations, le nombre et le pourcentage d'hospitalisations. Dans un deuxième temps nous détaillerons les critères de notre échantillon (âge d'entrée, durée de séjour, diagnostics, traitements). Nous repèrerons la population d'adultes et nous évaluerons le degré d'autonomie, la vie relationnelle, l'adaptation socioprofessionnelle. Ensuite nous nous intéresserons à ce que sont devenus les enfants après la sortie des unités thérapeutiques. Nous dirons un mot de la situation des enfants pris en charge pour l'année 1999-2000.

2-1) Population de l'étude

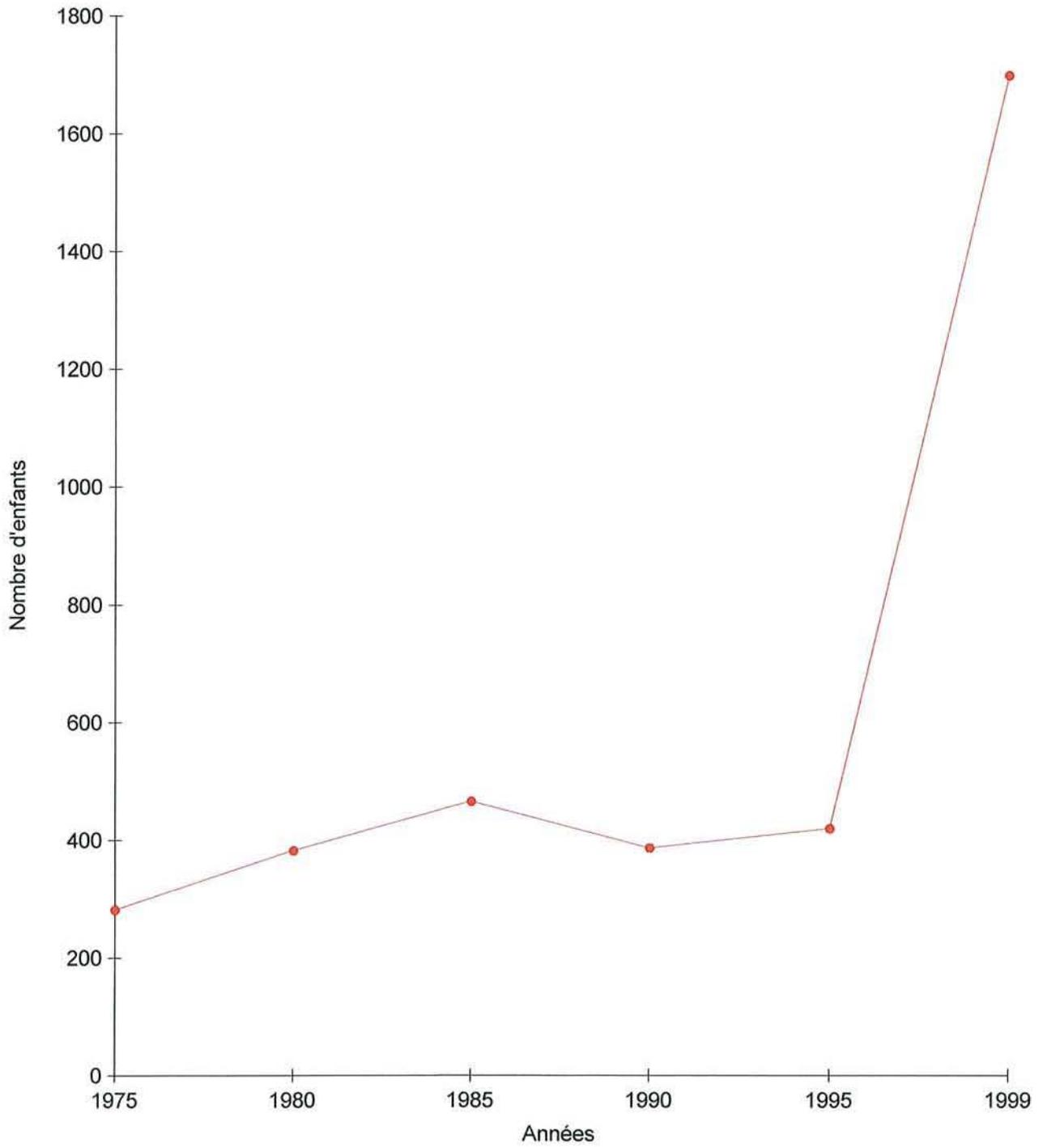
Les résultats de l'enquête sont à analyser en fonction des données relatives au secteur. En effet, nous constatons qu'au cours des années la population du secteur a augmenté et a multiplié sa capacité d'accueil et de consultations, traduisant d'une part la qualité des soins et le dynamisme d'un service et d'autre part la diversification de ces actions et des prises en charge. En dix ans (1975-1985), le nombre d'enfants a doublé et s'explique par l'ouverture des unités extra-hospitalières. En 1995, suite à la fermeture de l'internat, ce chiffre s'abaisse. De plus, de 1995 à 1999, la population de l'hôpital de jour a pratiquement doublé et on assiste à une intensification des prises en charge sur des temps séquentiels et à une demande croissante pour les très jeunes enfants. Cette augmentation concerne également l'unité de soins où dans les années 1990, plusieurs groupes thérapeutiques se sont mis en place une à quatre fois par semaine. Ce choix thérapeutique a permis l'accueil des enfants présentant des pathologies variées. Malgré ces changements l'équipe conserve une certaine stabilité dans le temps.

Les chiffres de l'activité du secteur sont les suivants :

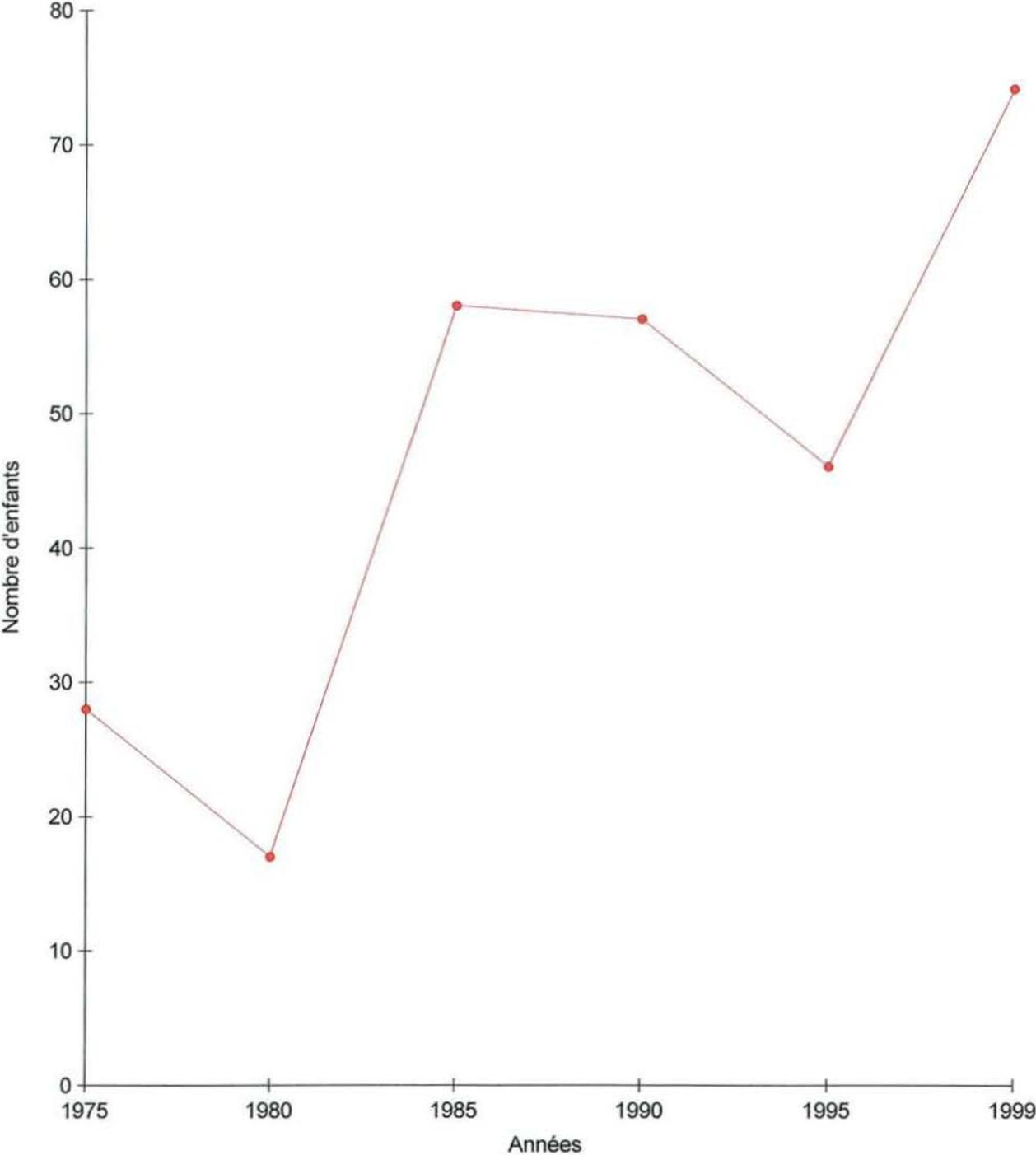
	1975	1980	1985	1990	1995	1999
Population générale	218079			228225		
File active du secteur	281	381	465	386	418	1695
Activité du CMP	53	364	407	329	372	352
Activité du N.P.I	28	17	17	14		
Activité de l'unité de soins			21	20	28	43
Activité de l'hôpital de jour			20	23	18	31
Consultations en P.M.I						908
Centre d'accueil et de soins pour adolescents						361

L'activité ambulatoire et hospitalière calculée sur l'ensemble de la file active varie de 9 à 23%.

FILE ACTIVE DU SECTEUR



POPULATION D'ENFANTS EN INSTITUTION



2-1-1) Population selon la répartition dans les unités et selon le sexe

La répartition des enfants selon les unités est la suivante :

- 141 enfants de l'unité de soins pour jeunes enfants
- 110 enfants à l'hôpital de jour
- 98 enfants hospitalisés en internat dit le N.P.I

Sur les 349 enfants concernés, on retrouve 247 garçons soit 70.8%, et 102 filles, soit 29,2%.

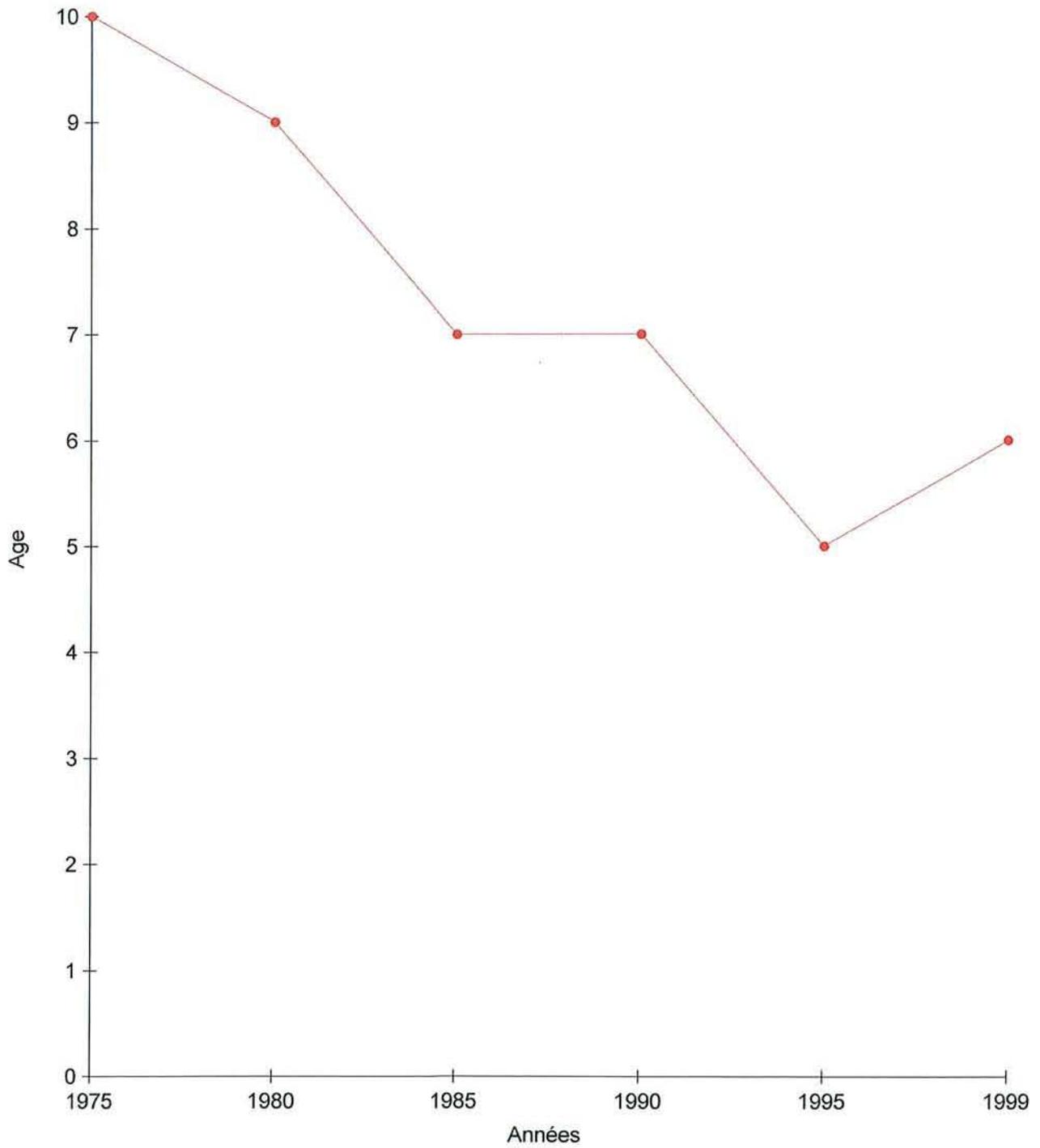
La population de garçons est majoritaire au sein des trois unités. 10% de filles étaient hospitalisées au N.P.I ; ce chiffre est inférieur pour les deux autres unités.

2-1-2) Population selon l'âge d'entrée

L'âge moyen d'hospitalisation à l'unité de soins était de 3,5 ans. A l'hôpital de jour, elle était de 5,5 ans et de 10 ans à l'internat.

Au cours des années, on assiste à une prise en charge précoce des différentes pathologies.

MOYENNE D'AGE DES HOSPITALISATIONS



2-1-3) Population selon l'âge actuel

Au moment de la réalisation de l'étude, la moyenne d'âge des adultes est de 27 ans, le plus jeune à 18 ans et le plus âgé 42 ans. La moyenne d'âge de la population des enfants est de 10 ans, avec un éventail de 3.5 ans à 17.5 ans.

2-1-4) Population selon la durée du séjour

Les durées de séjour les plus courtes (un jour) concernent l'unité de soins et l'internat. Ces séjours correspondent à un retrait de l'enfant par les parents, soit à la suite d'une erreur d'orientation, soit dans un processus de déni parental de la pathologie présentée par l'enfant. Les séjours les plus longs varient entre 4,5 ans (unité de soins) et 16 ans en internat.

La durée moyenne de séjour à l'unité de soins se situe entre 1 et 2 ans, et supérieure à 2 ans à l'hôpital de jour.

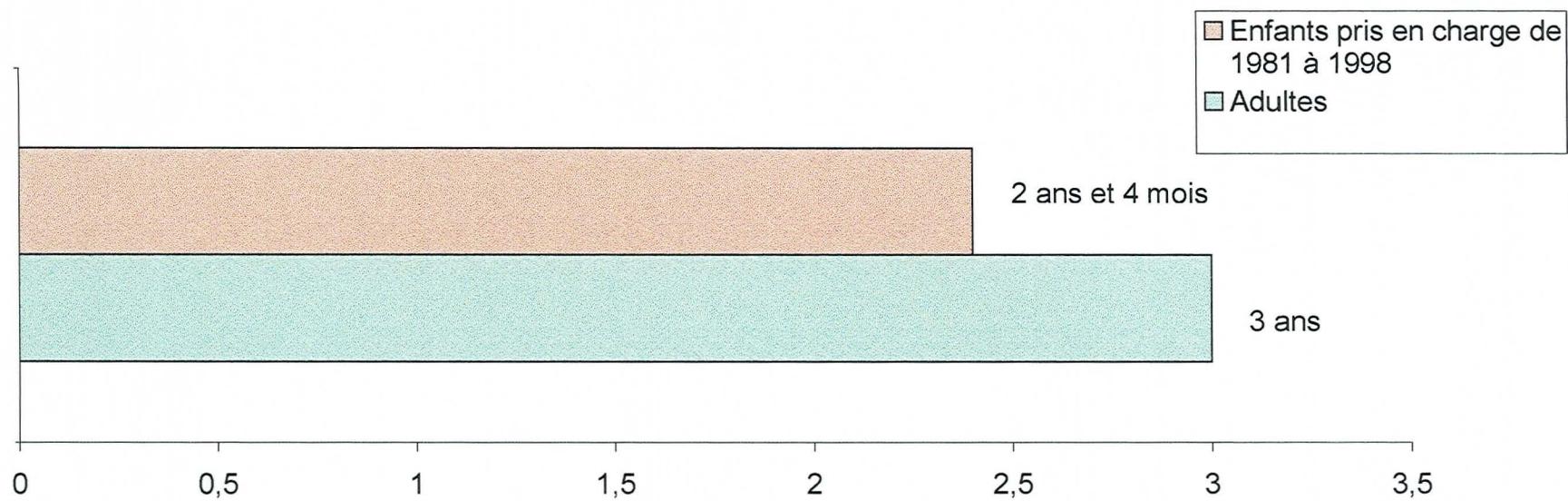
La durée des séjours pour le groupe des psychoses est la suivante :

DUREE DES SEJOURS	PSYCHOSES AUTISTIQUES	DYSHARMONIES
Inférieure à 1 an	5	7
Entre 1 et 2 ans	8	9
Entre 2,5 ans et 5 ans	10	19
Supérieure à 5 ans	6	2

La durée de séjour est en moyenne supérieure à 2 ans (souvent 3 ou 4 ans) pour les psychoses, les deux unités confondues. C'est également le cas des pathologies déficientes. Les pathologies névrotiques et les troubles de la personnalité ont une durée de 1 à 2 ans.

Les séjours des enfants présentant des troubles réactionnels et du comportement alimentaire oscillent entre 1 et 18 mois et parfois inférieurs à 1 mois.

Durée des hospitalisations



2-2) Catégories de diagnostic

2-2-1) Diagnostics selon l'axe 1

2-2-1-1) Diagnostics pour les 349 enfants

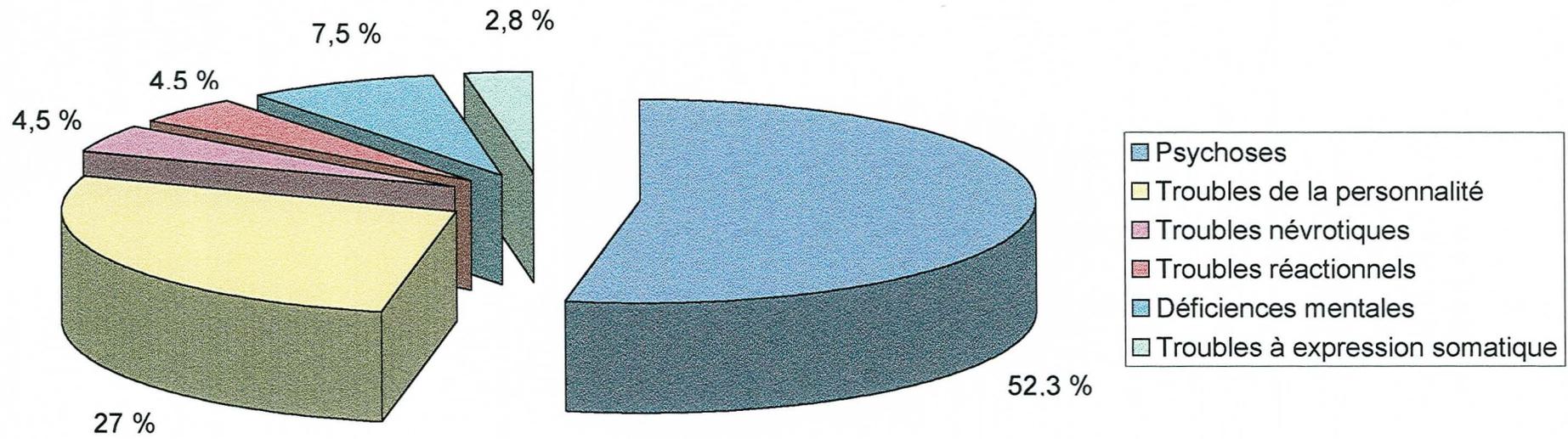
Dans notre série, les troubles de la personnalité représentent 31,3% de la population et les psychoses 34,8 % dont 43,18% sont des dysharmonies psychotiques, 31,8 % autisme de KANNER et autres formes d'autisme, 12 % de formes déficitaires, et 10,6 % de schizophrénies infantiles.

Les troubles névrotiques, en particulier les formes avec inhibition sont présents chez 5,8% des enfants, les déficiences mentales représentent 6,6% et les troubles réactionnels 7% de l'échantillon.

Les troubles à expression somatique, notamment l'anorexie, sont présents chez 3,6% de la population et les troubles des fonctions instrumentales, en particulier le retard de langage, représentent 10,8%. Ils sont souvent associés à un autre diagnostic de l'axe 1 et ne sont donc pas retenus comme diagnostic principal.

Nous n'avons pas retrouvé de pathologies liées à l'alcool ou à d'autres toxiques.

Population d'adultes : diagnostics



2-2-1-2) Diagnostic en fonction du sexe

Les garçons sont principalement représentés dans notre échantillon. C'est pour le groupe des psychoses que le rapport garçon/fille est élevé (G/F=2,8). Il est particulièrement significatif pour les dysharmonies psychotiques alors qu'il est le plus bas dans l'autisme de KANNER et autres formes (G/F=1,8). Dans le groupe des psychoses, et en particulier la forme autistique de KANNER ainsi que pour les troubles alimentaires, les filles sont surreprésentées. Le rapport G/F est de 1,95 pour les troubles de la personnalité.

Il n'y a pas de différences significatives pour les troubles névrotiques.

2-2-1-3) Diagnostic selon les unités

La population de l'hôpital de jour comprend 10% de psychoses, 7,24 % pour l'unité de soins et 13,3% au N.P.I.

L'internat se caractérisait, d'une part par des formes déficitaires, aussi fréquentes que les formes dysharmoniques, et d'autre part par un nombre élevé de schizophrénies débutant dans l'enfance. Il faut rappeler que la population de l'internat accueillait des enfants issus d'autres institutions, et présentaient des pathologies extrêmement graves.

2-2-2) Diagnostic selon l'axe 2

2-2-2-1) Les facteurs organiques

Les facteurs organiques sont cités dans notre étude 93 fois soit 26,6%. Au niveau de notre population, nous retrouvons 32% de facteurs périnataux, 27 % de convulsions, 15% de maladies génétiques, 13 % d'affections somatiques ou infirmités et 11% de pathologies regroupant les atteintes post-cérébrales, maladies somatiques...

Les facteurs organiques sont associés à 44 % aux troubles de la personnalité, pour 35 % aux psychoses et 15 % chez les déficients.

Les facteurs organiques sont les suivants :

AXES ORGANIQUES	PSYCHOSES	TROUBLES DE LA PERSONNALITE	TROUBLES NEVROTIQUESS	TROUBLES REACTIONNELS	DEFICIENCES
Facteurs anténataux	1	6			
Facteurs périnataux	16	9	1	1	1
Atteintes cérébrales	1	2			
Maladies génétiques	1	6			7
Maladies somatiques	3	4			2
Convulsions	11	12			4
Antécédents somatiques et autres		2			
	Soit 35,4%	Soit 44%	Soit 1%	Soit 1%	Soit 15%

2-2-2-2) Les facteurs environnementaux

Les facteurs environnementaux, très souvent associés entre eux, sont retrouvés dans 57,8% de la population, dont 24,3 % concernent des perturbations du contexte socioprofessionnel. Les plus fréquemment citées sont les divorces pour 30,5 % des familles, les placements familiaux dans 23,5% des cas, et 15,3 % des familles sont monoparentales. On note 11,7 % de familles immigrées.

Les évènements de vie perturbent les liens familiaux dans 16,6% des cas dont un tiers concerne les décès d'un de deux parents et un tiers les hospitalisations multiples des enfants.

Les carences affectives et précoces apparaissent chez 9,7 % des enfants.

Les parents présentent des troubles psychologiques dans 8,3% des cas.
On compte 4,3% de mauvais traitements (violence-abus sexuel).

Les facteurs environnementaux sont les suivants :

TROUBLES PSYCHOLOGIQUES DES PARENTS	NOMBRE D'ENFANTS
21.1 Dépression maternelle	1
21.2 dysfonctionnement interactif	4
21.3 discontinuité des processus de soins	5
21.5 troubles mentaux des parents	9
21.17 alcoolisme, toxicomanie	4

CARENCES	NOMBRE D'ENFANTS
22.0 carences affectives précoces	17
22.1 carences affectives ultérieures	8
22.2 carences socio-éducatives	9

MAUVAIS TRAITEMENTS	NOMBRE D'ENFANTS
23.0 sévices et violences physiques	7
23.1 négligences graves	3
23.2 abus sexuel	

EVENEMENTS DE VIE PERTURBANT LES LIENS FAMILIAUX	NOMBRE D'ENFANTS
24.0 hospitalisation ou séjour répétitif ou prolongé de l'enfant	12
24.1 rupture de mode de garde	1
24.2 hospitalisation ou séjour répétitif ou prolongé d'un des parents	1
24.3 décès d'un des parents	12
24. 4 décès d'un des grands- parents	2
24.5 décès dans la fratrie	3

PERTURBATIONS DU CONTEXTE SOCIO-PROFESSIONNEL	NOMBRE D'ENFANTS
25.0 gémellité	2
25.1 enfant actuellement placé	20
25.2 enfant adopté	5
25.3 enfant de parents divorcés	26
25.4 enfant élevé par les grands-parents	4
25.5 famille monoparentale	13
25.6 famille immigrée	10
25.7 maladie organique d'un parent	2
25.8 milieu socio-familial défavorisé	3

Les perturbations psychologiques des parents, l'alcoolisme, les dysfonctionnements précoces des liens mères-enfants, surviennent pour 1/3 dans le groupe des psychoses et 1/3 dans les troubles de la personnalité. Les pathologies narcissiques sont caractérisées par des carences affectives et sociales précoces, des mauvais traitements.

Les évènements de vie entraînant une rupture des liens familiaux apparaissent pour les troubles de la personnalité et les pathologies narcissiques.

Les perturbations du milieu socio-familial surviennent dans 21% pour les psychoses et 34,7 % pour les troubles de la personnalité.

2-3) Devenir des enfants à l'âge adulte

2-3-1) Population

Sur les 107 adultes concernés , on compte 71 garçons soit 66,3% et 36 filles soit 33,6%. Le sexe ratio est de 2.

Soixante-trois adultes étaient hospitalisés à l'internat, trente-quatre à l'hôpital de jour et dix à l'unité de soins.

L'âge moyen d'entrée en hospitalisation est de 10 ans avec des variations de 2 ans et demi à 17 ans.

La durée des séjours est de 3 ans (elle varie de un jour à 16 ans).

L'âge moyen est actuellement de 27 ans, avec une variation de 18 ans à 42 ans. Nous avons 63 adultes dont la moyenne d'âge est de 30 ans.

Nous retenons les diagnostics posés dans l'enfance :

- 52,3% de psychoses dont 25% de formes autistiques et autres, 25% de dysharmonies, 21,4 % de formes schizophréniques et déficitaires, 7,1% autres psychoses (schizophrénie à l'adolescence, psychose aiguë..).
- 27% de troubles de la personnalité dont 70% de troubles s'intégrant dans une dysharmonie et 27,6% de pathologie narcissique et dépressive.
- 7,5% de déficiences mentales
- 4,5% de troubles névrotiques
- 4,5% de troubles réactionnels
- 2,8% de troubles à expression somatique

L'analyse des sous-catégories de diagnostics donne :

DIAGNOSTIC	DIAGNOSTIC SELON LA C.F.T.M.E.A	NOMBRE D'ADULTES
Psychoses	100	7
	101	7
	102	12
	103	14
	104	12
	105	2
	107	1
	108	1
Troubles de la personnalité	300	20
	301	8
	302	1
Troubles névrotiques	201	1
	204	2
	205	1
	208	1
Troubles réactionnels	400	1
	401	3
	409	1
Déficiences mentales	506	1
	516	4
	517	1
	526	1
	527	1
Troubles somatiques	802	3

2-3-2) Adaptation socioprofessionnelle

L.KANNER incluait la scolarité comme facteur d'intégration sociale. Nous rappelons que 37 adultes n'ont eu aucune scolarité, dont 35 à l'internat, 12 ont été scolarisés en milieu ordinaire (niveau classe primaire aux études universitaires) et 19 en institut professionnel. Nous comptons 10 diplômés.

46 adultes ont été scolarisés en classe primaire. Parmi ces adultes, 19 ont suivi une scolarité au collège, 9 sont allés au lycée, 3 adultes ont suivi un cycle universitaire (Deug d'histoire- professorat).

2-3-2-1) Profession

10% des adultes ont reçu une formation et/ou sont en apprentissage et se répartissent selon l'axe 1 de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent :

DIAGNOSTIC	DIAGNOSTIC SELON CFTMEA	NOMBRE D'ENFANTS
Psychoses	100	1
	103	5
	104	4
Troubles de la personnalité	300	9
	301	3
Troubles névrotiques	200	1
Déficiences mentales	506	1
Troubles à exp somatique	802	2

Neuf adultes sont actuellement en institut médicoprofessionnel (IMPRO) et deux adultes en institut médicoéducatif. On compte huit garçons et trois filles. Pour un adulte, un projet de centre d'aide au travail (C.A.T) et de foyer occupationnel est prévu pour septembre 2000. La moyenne d'âge est de 19 ans et 8 mois. Sept sont issus de l'hôpital de jour et cinq de l'unité de soins.

On retrouve cinq psychoses, cinq troubles de la personnalité et un trouble réactionnel. On remarque que parmi les cinq cas de psychoses, les formes autistiques sont majoritaires (un en I.M.E). On peut constater que sur ces cinq cas, trois ont évolué favorablement (les deux psychoses en I.M.E n'ont aucune autonomie et se pose à court terme aux parents la question de leur devenir).

Dix-huit adultes soit 16,8% travaillent en milieu protégé (C.A.T). Les garçons sont majoritaires (11 cas). La moyenne d'âge est de 25 ans. Ils présentent pour 41% des troubles psychotiques et 55,5% des troubles de la personnalité.

Population d'adultes en atelier protégé :

POPULATION G= GARCON F= FILLE	DIAGNOSTIC	LIEU DE VIE	LIEU D'HOSPITALISATION ANTERIEUR
G	3.00	Parents	HJ
G	1.05	Parents	N.P.I
G	2.08	foyer	N.P.I
F	1.03	Parents	HJ
G	3.01	C.H.S	N.P.I
F	3.00	Parents	HJ
G	1.03	Parents	HJ
F	3.00	Parents	HJ
G	3.00	Parents	HJ
F	2.04	C.H.S	HJ
G	2.04	Parents	US
G	1.03	foyer	HJ
G	3.00	foyer	HJ
F	3.00	Parents	HJ
F	3.01	foyer	N.P.I
G	1.04	Parents	HJ
G	3.01	foyer	N.P.I
G	3.00	Parents	HJ

Nous pouvons remarquer que les 2/3 de l'échantillon ne sont pas indépendants et résident soit chez les parents soit dans un hôpital.

Dix-neuf adultes ont travaillé ou travaillent actuellement, soit 17,7%, dont 12 garçons et 7 filles. La moyenne d'âge est de 30 ans. Sept adultes ont moins de 30 ans (moyenne d'âge 21 ans).

Douze étaient hospitalisés à l'internat, six à l'hôpital de jour et un à l'unité de soins.

Dans plus de la moitié des cas les troubles de la personnalité ont été diagnostiqués dans l'enfance. Les troubles des conduites alimentaires sont également représentés, alors que l'on compte deux cas de psychose.

Actuellement, douze adultes, quatre filles et huit garçons, travaillent en milieu ordinaire soit 11,3% de la population. Nous constatons que pour les cinq adultes qui ne travaillent plus, deux avaient effectué un contrat C.E.S et à durée déterminée, l'un a obtenu un C.A.P d'électricien, l'autre vit en couple et a trois enfants. Une adulte vit actuellement en couple et a réussi un baccalauréat littéraire. Un autre a effectué un apprentissage et vit chez ses parents. Un sujet est hospitalisé dans un centre hospitalier mosellan et a travaillé quatre ans en C.A.T. Deux adultes ont travaillé pendant les vacances, un assiste à des cours d'histoire en faculté et un autre a eu une scolarité en IMPRO.

Population d'adultes exerçant un travail en milieu ordinaire :

POPULATION G= GARCON F= FILLE	PROFESSION	LIEU DE VIE	DIAGNOSTIC	LIEU D'HOSPITALISATION
F	Prof de maths	Seule	8.02	N.P.I
G	Vendeur	Seul	3.01	N.P.I
G	Imprimeur	Marié	8.02	N.P.I
G	Trieur	Parents	1.07	N.P.I
G	Maçon	Marié	3.00	N.P.I
G	C.E.S jardinage	Parents	3.00	HJ
F	Ouvrière	Seule	3.00	HJ
F	Aide- soignante	Parents	8.02	N.P.I
G	Emploi temporaire	Parents	3.00	HJ
F	Plongeur	Parents	2.01	N.P.I
G	marâcher	Parents	300	HJ
G	blanchisseur	C.H.S	1.08	N.P.I

Les 2 /3 des adultes qui travaillent vivent chez les parents. On constate que ceux qui ont atteint un niveau professionnel supérieur présentaient des troubles des conduites alimentaires. Contrairement au groupe précédent, la moyenne d'âge est ici plus élevée et on retrouve des adultes indépendants, soit en couple, soit seul.

Au total 29% d'adultes dans notre étude ont une adaptation professionnelle.

2-3-2-2) Lieux de vie

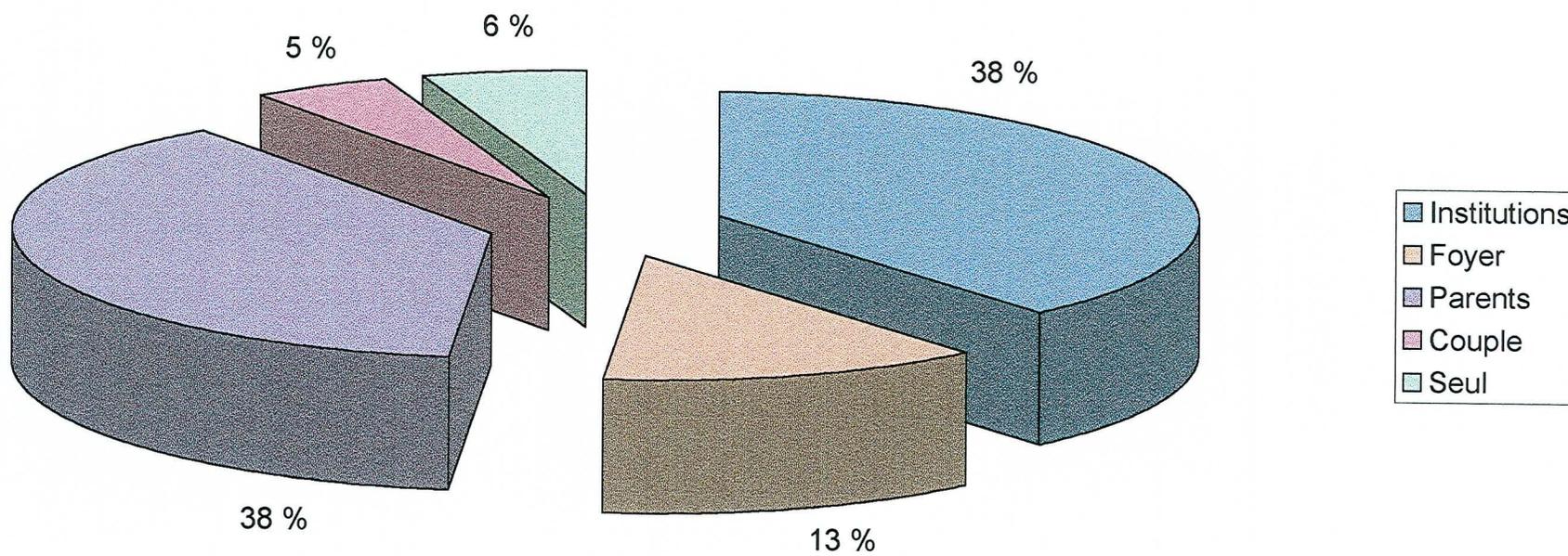
On constate que sur 107 adultes, 38 % vivent soit chez les parents soit en institution, 13 % en foyer et 10,2 % vivent seuls ou en couple.

LIEU DE VIE	NOMBRE DE PATIENTS
Centre hospitalier spécialisé	26
Autres centres spécialisés	4
Maison d'accueil spécialisée	3
Internat IMPRO	8
Foyer	14
Parents et famille d'accueil	41
Couple	5
Seul	6

On retrouve 28 patients, issus principalement du NPI (2 de l'Hôpital de Jour) qui sont actuellement hospitalisés (C.H.S). Ils présentaient pour 66 % d'entre eux des psychoses et principalement des formes déficitaires et schizophréniques, 1 % de troubles de la personnalité, 3 % de troubles névrotiques soit 1 patient et 20 % de déficients soit 6 adultes.

On dénombre 21 garçons et 9 filles.

Population d'adultes : lieux de vie



Les sous catégories de diagnostics pour les psychoses sont les suivantes :

DIAGNOSTIC	DIAGNOSTIC SELON LA C.F.T.M.E.A	NOMBRE DE PATIENTS
Autisme de Kanner	1.00	2
Autre forme de l'autisme	1.01	2
Psychose déficitaire	1.02	6
Dysharmonie psychotique	1.03	3
Psy.Schizo. dans l'enfance	1.04	5
Psy.Shizo.de l'ado	1.05	1
Autres psychoses	1.08	1

Les troubles de la personnalité sont :

DIAGNOSTIC	DIAGNOSTIC SELON LA C.F.T.M.E.A	NOMBRE DE PATIENTS
Troubles de la personnalité	3.00	1
Pathologie narcissique	3.01	1
Organisation caractérielle ou perverse	3.02	1

En internat IMPRO, parmi les 8 jeunes adultes, on retrouve :

- 3 psychoses
- 5 troubles de la personnalité.

Quatre adultes sont issus de l'unité de soins et quatre de l'Hôpital de Jour.

En Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) :

Trois adultes (1 fille et 2 garçons) ont présenté soit une psychose (autisme de Kanner et psychose déficitaire), soit une déficience.

Ils étaient hospitalisés au NPI.

Quatorze adultes vivent en foyer dont les diagnostics étaient :

- 6 psychoses
- 6 troubles de la personnalité
- 1 trouble réactionnel
- 1 trouble névrotique

Six adultes, résidant en foyer, travaillent en milieu protégé. Pour les huit autres, aucun projet n'a été mis en place.

DIAGNOSTIC	DIAGNOSTIC selon la C.F.T.M.E.A	NOMBRE DE PATIENTS
Autisme de Kanner	1.00	2
Psychose déficitaire	1.02	1
Dysharmonie psychotique	1.03	2
Psy.Schizo. dans l'enfance	1.04	1
Troubles de la personnalité	3.00	3
Pathologie narcissique	3.01	3
Manifestations réactionnelles	4.01	1
Autres troubles névrotiques	2.08	1

Dix adultes sont issus du NPI, trois de l'Hôpital de jour et un de l'unité de soins.

Chez les parents et en famille d'accueil on retrouve 53 % de psychotiques dont 30 % de formes dysharmoniques et 30 % de formes autistiques.

On compte 29 garçons et 12 filles. La moitié des enfants est issue de l'Hôpital de Jour.

Les sous- catégories de diagnostics sont les suivantes :

- 22 cas de psychoses
- 12 cas de troubles de la personnalité
- 1 trouble réactionnel et 1 déficient mental
- 4 cas de troubles névrotiques

DIAGNOSTIC	DIAGNOSTIC selon la C.F.T.M.E.A	NOMBRE DE PATIENTS
Autisme de Kanner	1.00	1
Autres formes de l'autisme infantile	1.01	5
Psychose déficitaire	1.02	3
Dysharmonie psychotique	1.03	7
Psy.Schizo. dans l'enfance	1.04	4
Psy.Shizo.de l'ado	1.05	1
Psychose aiguë	1.07	1
Troubles de la personnalité	3.00	10
Pathologie narcissique	3.01	2
Manifestations réactionnelles	4.01	1
Déficiences mentales	5	1
Troubles névrotiques hystériques	2.01	1
Troubles névrotiques avec inhibition	2.04	2
Dépression névrotique	2.05	1

Pour un adulte, le diagnostic n'a pas pu être établi car il n'est resté hospitalisé que cinq jours.

L'étude de la durée des séjours en pédopsychiatrie, nous apporte quelques renseignements : trois adultes ont effectué des séjours en internat supérieurs à 10 ans, onze ont fait plusieurs hospitalisations. Pour trente adultes, on compte

des durées qui varient de 3,5 ans à 8,5 ans. Trente adultes ont été hospitalisés pendant une période de 1 à 3 ans.

Nous examinons le devenir des adultes en fonction de la durée des séjours :

-Parmi les adultes qui ont effectué plusieurs séjours ou séjour d'une durée supérieure à 8 ans (14 adultes) : six vivent dans un centre hospitalier spécialisé, un travaille, un vit en couple et a obtenu le bac, six vivent soit en foyer ou à la maison sans projet.

-29 adultes ont effectué des séjours de 3 à 8 ans : 1/3 vit en CHS, 1/3 travaille ou est scolarisé, trois sont orientés vers un institut professionnel (IMPRO), trois sont domiciliés chez les parents.

-26 adultes ont séjourné selon une durée de 1 à 3 ans : 13 ont un travail, 4 sont en IMPRO, 5 sont hospitalisés, 1 vit en couple et 3 vivent chez les parents.

2-3-2-3) Statut matrimonial

Onze adultes, soit quatre garçons et sept filles sont indépendants. Cinq vivent en couple et six seuls. Dix étaient hospitalisés au N.P.I, un à l'Hôpital de Jour. Il existe une répartition égale entre les formes psychotiques, réactionnelles, les troubles de la personnalité et des conduites alimentaires. Dans le groupe des psychoses, les formes schizophréniques ont ici une bonne évolution.

Selon les diagnostics on retrouve :

-en couple

DIAGNOSTIC	DIAGNOSTIC SELON LA C.F.T.M.E.A	NOMBRE DE PATIENTS
Psychose	1.04	1
Trouble de la personnalité	3.00	2
Trouble réactionnel	4.00	1
anorexie	8.02	1

-seul

DIAGNOSTIC	DIAGNOSTIC SELON LA C.F.T.M.E.A	NOMBRE DE PATIENTS
Psychose	1.04	2
Trouble de la personnalité	3.00	1
Anorexie	8.02	1
Troubles réactionnels	4.01	1
	4.09	1

2-3-2-4) Descendance

Cinq adultes (3 femmes – 2 hommes) ont des enfants et vivent en couple. Tous sont issus de l'internat N.P.I et présentaient les diagnostics suivants :

- 1 forme psychotique (1.04)
- 2 troubles de la personnalité (3.00)
- 1 trouble réactionnel (4.00)
- 1 trouble des conduites alimentaires (8.02)

2-3-2-5) Loisirs

Quarante-huit adultes soit 44,8% pratiquent des loisirs : Douze adultes ont une activité individuelle et quarante en groupe, dont treize en clubs de sport et deux en clubs de jeux. Neuf adultes font partie d'une association et seize partent régulièrement en centres de vacances. En institution, seulement dix adultes participent à des activités.

On compte 59 adultes qui n'ont aucune activité de loisirs ou de sports (42 sont issus du N.P.I). Parmi eux, 25 sont hospitalisés (Centre hospitalier ou maison d'accueil spécialisée), 7 adultes sont en IME et IMPRO.

La moitié des adultes qui ont une activité ou un sport, travaille ou a une formation professionnelle (institut médico-professionnel, centre d'aide au travail, travail en milieu ordinaire). Sur les douze adultes qui pratiquent un sport en individuel, la moitié était des formes psychotiques et présentait des formes dysharmoniques ou autistiques.

2-3-3) Traitements

Soixante-dix sept adultes soit 72% continuent à être pris en charge. En effet, 1/3 de la population est suivie en ambulatoire dans le cadre d'une consultation thérapeutique. Plus de la moitié des sujets qui vit chez les parents ou en foyer sont suivis. Un quart des adultes qui vit seul ou en couple est reçu en consultation spécialisée.

En institution, sur vingt cas de psychose infantile, une seule n'est pas traitée par médicament, les autres cas associent un traitement médicamenteux et une psychothérapie de soutien. Les déficiences mentales sont traitées par un ou des neuroleptiques, des anxiolytiques. Les cas présentant des troubles de la personnalité bénéficient d'un suivi par un psychologue ou un psychiatre.

En foyer, on note une prédominance des traitements médicamenteux (les neuroleptiques, lithium, carbamazépine). Les thérapies de soutien s'observent chez les adultes diagnostiqués névrotiques.

2-4) Devenir des enfants à la sortie de l'hôpital de jour et de l'unité de soins

Au total, on compte 91 enfants, dont 35 enfants de l'hôpital de jour et 56 de l'unité de soins. Les garçons sont majoritaires, et on dénombre 22 filles. Le sexe ratio est de 3.

La moyenne d'âge d'entrée en hospitalisation était de 2 ans et varie de 1 à 10 ans.

La durée moyenne du séjour était de 2 ans et 4 mois.

La moyenne d'âge actuelle est de 11,5 ans. On compte 21 enfants âgés de 6 à 9 ans, et 67 enfants âgés de 10 à 17 ans.

Pour 88 enfants pris en charge de 1981 à 1998, on retrouve :

- 32 cas de psychose, soit 37%

- 36 troubles de la personnalité, soit 40.5%

- 5 troubles névrotiques soit 5.6%

- 5 troubles réactionnels soit 5.6%

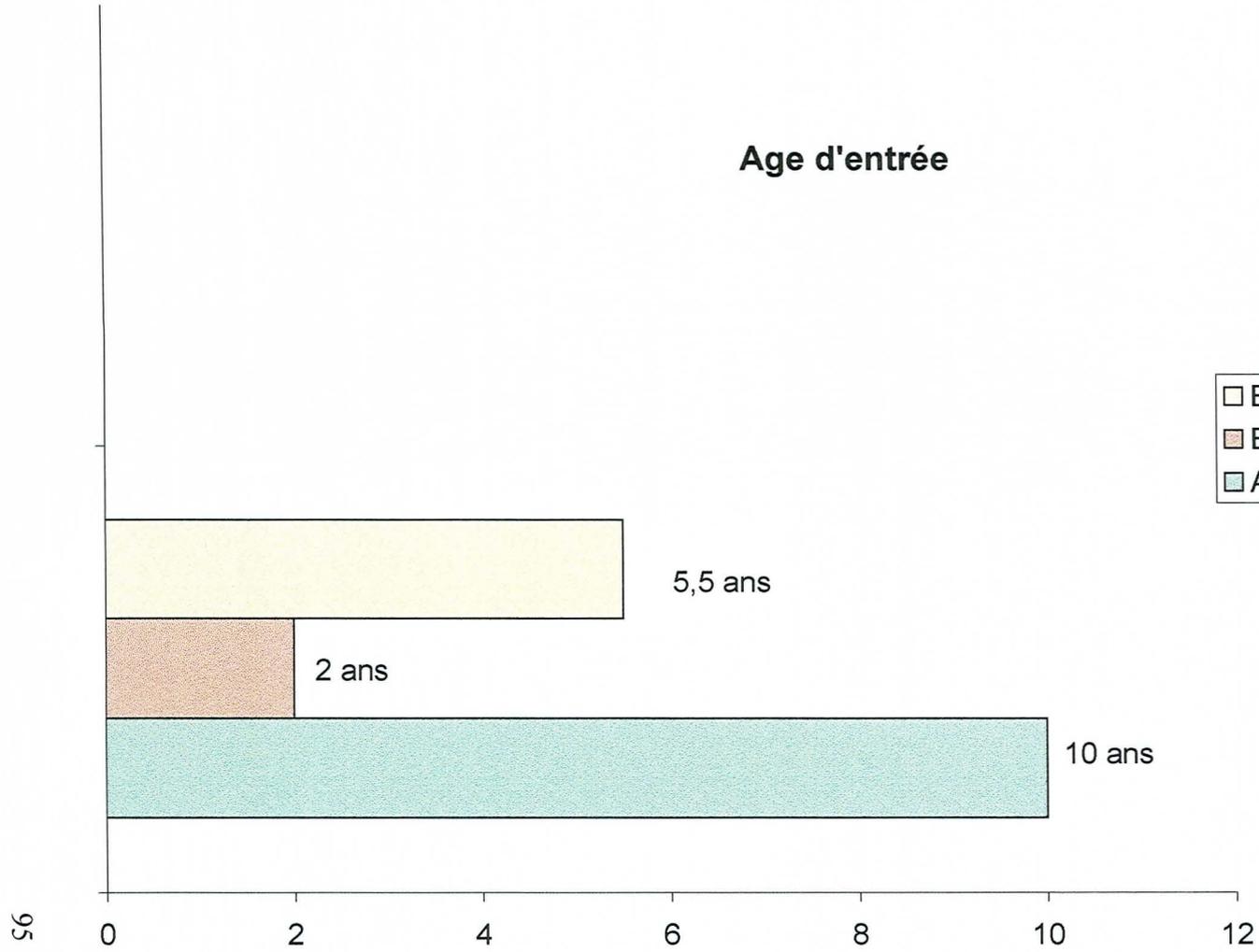
- 8 déficiences mentales soit 9%

- 1 trouble des fonctions instrumentales soit 1%

Le diagnostic n'a pas pu être établi pour 3 enfants.

Age d'entrée

- Enfants pris en charge en 1999
- Enfants pris en charge de 1981 à 1998
- Adultes



Au total sur 91 enfants et adolescents, 50 enfants soit 55% ont une scolarité en milieu normal et 39 enfants, soit 43%, en institut médico-éducatif ou professionnel.

Cinquante pour cent de la population des instituts est représentée par les psychoses, avec une prédominance des formes autistiques pour 63,6% des cas. On compte 11,4% des enfants qui résident en internat, dont 50% de formes psychotiques, et 22,8% en externat, dont 63% de formes psychotiques. Les psychoses déficitaires sont absentes de ce dispositif. Les troubles de la personnalité représentent 26%. Le reste de la population est représentée, en minorité, par les déficiences mentales et les troubles névrotiques.

On note que trois familles ne nous ont pas indiqué la scolarité de leur enfants.

2-4-1) Population de l'hôpital de jour

Les enfants à ce jour ont en moyenne 12 ans.

2-4-1-1) Diagnostics

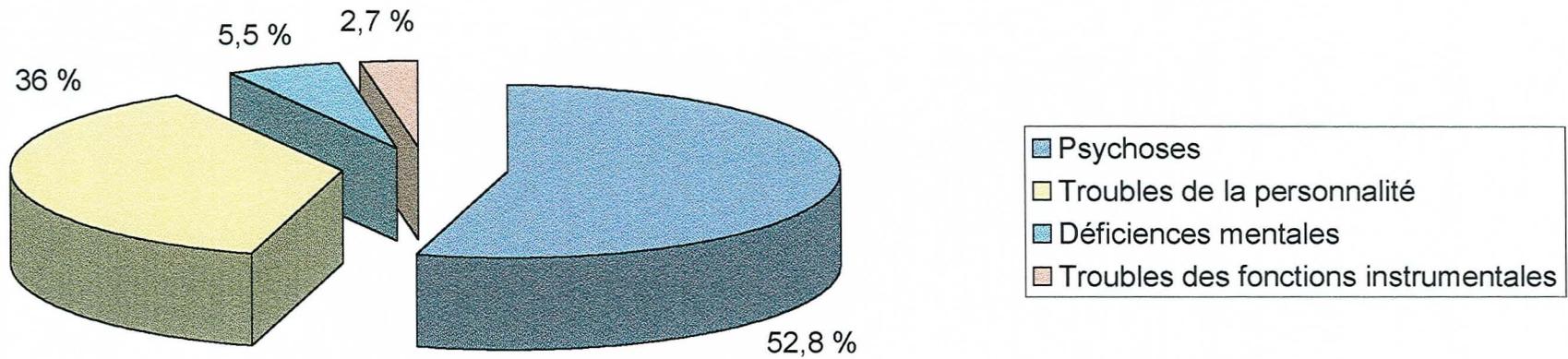
Trente-cinq enfants étaient à l'hôpital de jour, et diagnostiqués ainsi :

- 18 enfants sont psychotiques, soit 52.8%
- 13 présentent des troubles de la personnalité, soit 36%
- 2 ont une déficience mentale soit 5.5%
- 1 a un trouble des fonctions instrumentales soit 2.7%

L'analyse des sous-catégories de diagnostics donne :

DIAGNOSTIC	DIAGNOSTIC SELON LA C.F.T.M.E.A	NOMBRE D'ENFANTS
psychoses	100	2
	101	5
	102	0
	103	10
	104	1
Troubles de la personnalité	300	10
	301	2
	302	1
Trouble réactionnel		0
Trouble névrotique		0
Déficiences mentales	506	1
	516	1
Fonctions instrumentales	615	1

**Population d'enfants pris en charge
à l'Hôpital de Jour de 1981 à 1998 : diagnostics**



2-4-1-2) Scolarité

Sur les trente-cinq enfants de l'hôpital de jour, trois enfants âgés de 6 à 9 ans, fréquentent le système de l'Education Nationale (dont un en classe d'adaptation), et deux sont en institut médico-éducatif.

Pour les enfants âgés de 10 à 17 ans, sept sont scolarisés en milieu ordinaire, dont cinq en classe d'adaptation, et vingt et un adolescents intègrent un I.M.E ou I.M.Pro.

Au total, 34% des enfants sont scolarisés en milieu ordinaire et 66% en institut.

2-4-1-3) Traitements

Sur l'ensemble des enfants de l'hôpital de jour, seulement deux n'ont aucune prise en charge. Sept enfants sont encore suivis par le secteur (psychothérapie, thérapie familiale, orthophonie et psychomotricité).

Pour les enfants suivis à l'extérieur, les modalités de prise en charge sont les suivantes :

- 11 enfants ont une prise en charge médicale et éducative
- 7 enfants sont suivis par une orthophoniste et 1 par un psychomotricien
- 9 enfants bénéficient d'une psychothérapie à un rythme de une fois par semaine à une fois par mois
- 4 enfants ont un traitement médicamenteux essentiellement antiépileptique (pour trois enfants, ce traitement est associé à une psychothérapie ou une consultation orthophonique).

2-4-2) Population de l'unité de soins

Les enfants sont âgés en moyenne de 11 ans

2-4-2-1) Diagnostics

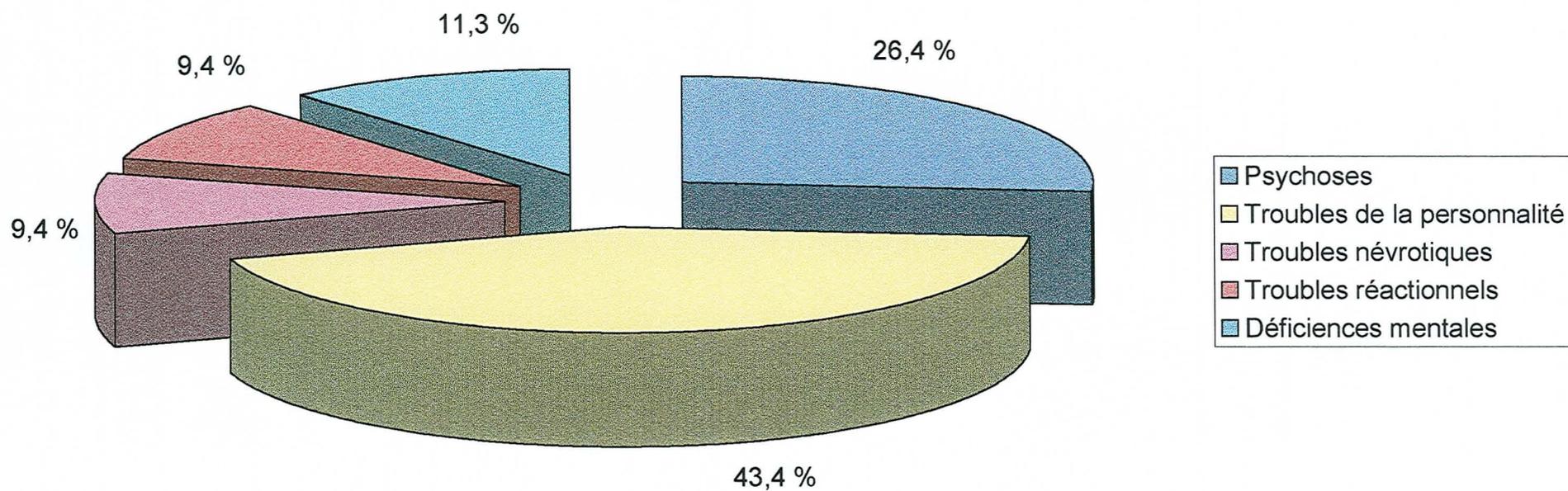
53 enfants étaient à l'unité de soins, et diagnostiqués ainsi:

- 14 enfants psychotiques, soit 26.4%
- 23 ont des troubles de la personnalité, soit 43.4%
- 5 souffrent de troubles névrotiques et 5 de troubles réactionnels soit 9.4%
- 6 ont une déficience mentale, soit 11.3%

L'analyse des sous-catégories de diagnostics donne :

DIAGNOSTIC	DIAGNOSTIC SELON LA C.F.T.M.E.A	NOMBRE D'ENFANTS
psychoses	100	3
	101	5
	102	0
	103	6
Troubles de la personnalité	300	12
	301	9
	302	2
Troubles réactionnels	401	5
Troubles névrotiques	204	5
Déficiences mentales	506	1
	526	2
	527	1
	546	2

**Population d'enfants pris en charge
à l'unité de soins de 1981 à 1998 : diagnostics**



2-4-2-2) Scolarité

De 1982 à 1998, on a pu retrouver cinquante-six enfants sortis de l'unité de soins. Pour la tranche d'âge 6-9 ans, seize enfants intègrent un dispositif de l'éducation nationale dont deux en classe d'adaptation. Sept enfants sont en I.M.E.

Dans le groupe des pré-adolescents et adolescents, vingt-deux ont intégré une classe normale ou d'adaptation : dix sont encore en primaire, douze sont dans le secondaire (niveau de la 6^{ème} à la 3^{ème}) dont deux en S.E.G.P.A. Deux adolescents suivent un apprentissage, et seize intègrent un dispositif médico-éducatif ou professionnel.

Au total, 68% des enfants intègrent le milieu scolaire normal, et 41% sont en institut médico-professionnel.

2-4-2-3) Traitements

Dix-neuf enfants de l'unité de soins, soit 34%, n'ont aucun suivi actuellement. L'équipe du secteur prend en charge sept enfants (psychodrame, psychothérapie, consultation thérapeutique et familiale).

La prise en charge à l'extérieur est la suivante :

- 21 ont une prise en charge médico-éducative
- 11 sont suivis par une orthophoniste
- 4 par un psychomotricien
- 3 bénéficient d' une psychothérapie
- 6 ont un traitement médicamenteux, dont deux adolescents sous neuroleptiques.

2-4-2-4) Loisirs

Parmi les 91 enfants, 64 soit 70,3%, ont des loisirs. On compte 44 enfants de l'unité de soins (78,6%) et 20 enfants (57%) de l'hôpital de jour.

Les enfants principalement ont des activités en groupe soit en clubs de sport (20 enfants) soit dans des clubs de jeux (1 enfant) soit par l'intermédiaire d'une association (9 enfants), soit fréquentent un centre aéré ou une colonie de vacances (22 enfants).

Il est intéressant de remarquer que 22 enfants ont des activités individuelles (marche, piscine, vélo...).

Dix-sept enfants pratiquent un sport ou une activité par l'intermédiaire de l'institution dans laquelle ils sont accueillis.

2-5) Population des enfants pour l'année 1999-2000

Quarante-neuf enfants fréquentent le dispositif du premier secteur de psychiatrie infantile soit trente-trois garçons et seize filles (le sexe ratio est de 2).

La moyenne d'âge est de 6 ans et 6 mois à l'hôpital de jour et de 5 ans et 9 mois à l'unité de soins.

Les diagnostics sont les suivants :

- 25 enfants sont psychotiques soit 51%
- 15 ont des troubles de la personnalité soit 30,6%
- 3 ont troubles névrotiques soit 6%
- 3 ont troubles réactionnels soit 6%
- 2 sont déficients mentaux soit 4%
- 2 enfants ont comme diagnostic principal une anomalie génétique (syndrome Angelman)

L'hôpital de jour accueille quinze enfants psychotiques (60%) et dix enfants présentant des troubles de la personnalité (40%).

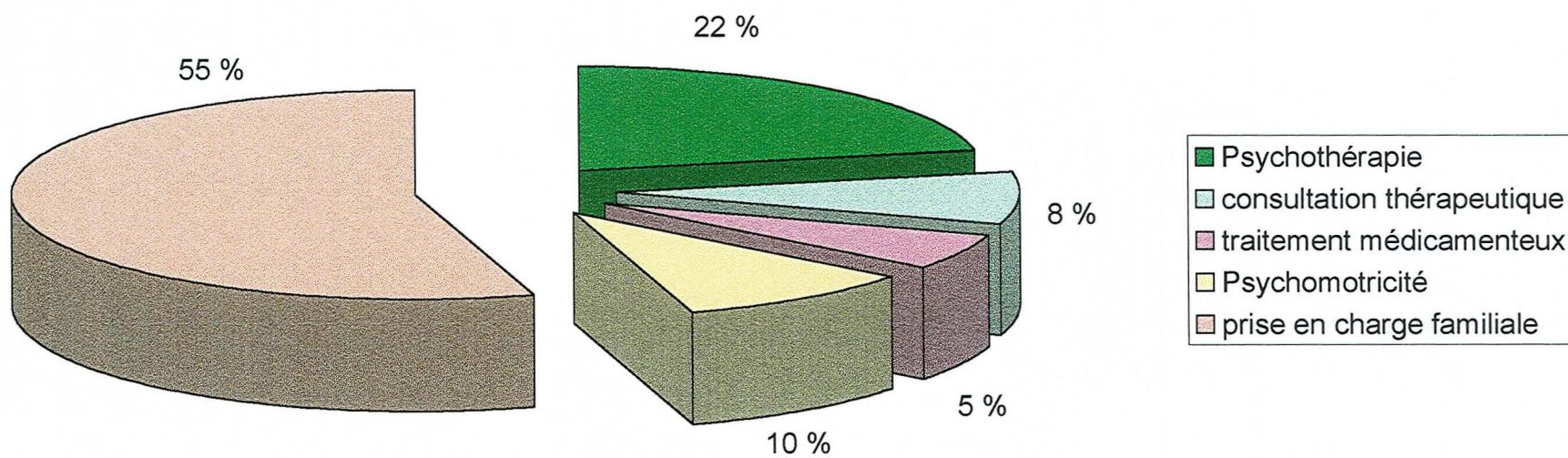
On retrouve à l'unité de soins dix psychoses (41,6%), cinq troubles de la personnalité (20%), trois troubles réactionnels (12%) et trois troubles névrotiques (12%), un enfant est déficient et deux ont un syndrome d'Angelman.

La scolarité concerne vingt-quatre enfants soit 51% dont six en maternelle. Sept enfants de l'hôpital de jour sont en classe d'adaptation (C.L.I.S.S et S.E.G.P.A) et un est scolarisé en institut de rééducation.

Tous les enfants de l'unité de soins suivent une scolarité en milieu ordinaire.

Nous constatons que vingt-six enfants (soit 53%) n'ont aucune activité de loisirs. Les centres aérés sont très fréquentés (13 enfants), un enfant fait partie d'une association, trois enfants pratiquent une activité individuelle.

Population des enfants à l'Hôpital de Jour et à l'Unité de Soins pour l'année 1999/2000: traitements



3) Discussion

3-1) Population initiale de 349 enfants

Notre population est composée de 70,8% garçons et de 29,2% filles . Cette dominance masculine au sein de la répartition des pathologies psychiatriques s'observe dans l'ensemble des études. Le rapport garçons- filles (G/F) est 2,4 fois supérieur à celui de la littérature. Cependant, comme dans la littérature (23), on observe un rapport G/F plus élevé dans les formes dysharmoniques, à savoir 4,18 et plus faible,1,18, dans l'autisme de KANNER et autres formes d'autismes. Contrairement à l'enquête de N. QUEMADA (88), nous ne retrouvons pas un pourcentage élevé de filles déficientes mais un nombre élevé de pathologies névrotiques.

Le test de rapport de vraisemblance étudiant deux variables, à savoir le sexe et le diagnostic selon l'axe 1, ne permet pas d'établir une corrélation significative dans notre étude.

La moyenne d'âge est relativement élevée pour l'hôpital de jour comme le note certains auteurs (69-74-91). Ce chiffre élevé rend compte du diagnostic fait tardivement des psychoses au profit d'une déficience mentale. A cela s'ajoute l'hésitation des parents à s'engager dans une démarche thérapeutique. Ce chiffre tend à s'abaisser pour l'année 1999, du fait du travail de prévention effectué auprès des différents partenaires (Protection maternelle infantile, pédiatres, médecins généralistes..) pour la détection des signes précoces de l'autisme et de ses formes. Pour l'unité de soins, on constate une élévation de la moyenne d'âge qui peut s'expliquer par la présence de groupes qui accueillent des enfants en phase de latence (6-8 ans) et de pré-adolescents (groupes contes et psychodrame).

L'internat accueillait les enfants à partir de 6 ans mais la tranche d'âge la plus représentée se situait entre 11 et 16 ans ce qui explique nos chiffres élevés (10 ans) .

Une corrélation existe entre le début de la prise en charge par les équipes et le diagnostic. En effet les enfants les plus jeunes concernent les formes autistiques, alors que les formes dysharmoniques sont prépondérantes chez les 4-6 ans.

On note à l'unité de soins des durées de séjour plus courtes (1 à 2 ans). L'objectif de la prise en charge de cette unité vise à accueillir les enfants, en ambulatoire, pendant un temps très court et où les soins s'organisent intensivement. " L'image "de l'unité qui n'accueillait " que les formes légères ", s'est inversée dans les années 1990. En effet l'hôpital de jour accueille également des enfants très jeunes et a intégré dans son dispositif le temps partiel. Malgré tout, la durée moyenne du séjour est supérieure à deux ans.

Pour certains enfants, les durées d'hospitalisation à l'internat ont été courtes, du fait des pathologies propres à l'adolescence comme les troubles réactionnels, conséquence de dysfonctionnements familiaux, et des troubles des conduites alimentaires. A l'époque, ces catégories de diagnostic ne s'intégraient pas dans une prise en charge aussi lourde que les cas de psychose grave.

En examinant la durée d'hospitalisation selon le diagnostic, les formes déficitaires nécessitent une prise en charge plus longue (3-4 ans), comme le remarquent certains auteurs (103). Dans la littérature (11-96), les formes autistiques font partie d'un dispositif thérapeutique plus lourd que les psychoses dysharmoniques, ce que confirme notre étude.

Cependant, il existe une différence très nette pour les durées d'hospitalisation longues (2,5 à 5 ans), où l'on constate une proportion de formes dysharmoniques prépondérantes.

Une forte proportion de psychoses et de troubles de la personnalité composent notre échantillon. Des auteurs comme C. BURSZTEJN, S. LEBOVICI, JP. THEVENOT, observent le même phénomène et l'utilisation des classifications majore l'importance des troubles (23). L'enquête de N. QUEMADA, réalisée en 1988, sur une population de 57500 enfants et adolescents des intersecteurs de psychiatrie infantile de tout le territoire français, a montré que les troubles

névrotiques représentent 31% de la population, les pathologies de la personnalité 21%, et 15% pour les psychoses. Parmi les psychoses, l'étude dégage une majorité de dysharmonies psychotiques, chez 48% de patients, qui prédominent chez les 5-8 ans, et 41% des formes autistiques, avec un pic de fréquence entre 0 et 4 ans (88).

Notre étude retrouve majoritairement des formes dysharmoniques dans 43,18% des cas mais aussi un plus grand nombre de formes autistiques (18%), et de formes déficitaires (12%). Les troubles de la personnalité sont largement décrits, (31,3%) conformément à la littérature (80).

L'hôpital de jour et l'unité de soins représentent ainsi un dispositif thérapeutique qui accueille des pathologies lourdes (psychoses graves-autismes- troubles de la personnalité dysharmoniques). Ceci explique le faible pourcentage de pathologies névrotiques, principalement rencontrées à l'unité de soins.

Les enfants présentant des difficultés de langage, souvent associées à des perturbations émotionnelles ou relationnelles, nécessitent un traitement institutionnel.

Nous observons la même répartition des troubles relationnels, des déficiences, et les troubles somatiques que dans l'étude de N. QUEMADA.

Ainsi, nous constatons dans notre série, l'importance des psychoses précoces et des formes déficitaires.

De plus, on note un nombre non négligeable de déficients mentaux et qui souligne le problème des structures d'accueil pour les jeunes enfants de moins de 6 ans. Pour certains, l'hôpital de jour peut être une étape avant l'orientation en institut médico-éducatif.

Au niveau du diagnostic, les facteurs organiques sont associés pour 26,6%, ce qui est supérieur au chiffre retrouvé par une étude (88). Déjà, G. AMADO (2) et R. CAHN notaient l'importance de ces facteurs. Plus récemment, comme dans les études de R. MISES (80) et J.C. ROHMER (93), nous retrouvons une forte

proportion de facteurs périnataux et de convulsions. De plus, l'association épilepsie- autisme, est bien établie (93).

Contrairement à P. RIVIERE, nous retrouvons un faible pourcentage de pathologies anténatales de la mère (91).

Dans notre étude, les facteurs organiques (axe 2) sont associés aux troubles de la personnalité comme le précisait R. MISES, et non aux psychoses comme l'observait CH. AUSSILLOUX (9).

L'association aux déficiences mentales est de 15%, mais ce chiffre ne permet pas de donner une explication à cette composante déficitaire.

Les facteurs environnementaux (Axe 2) sont très largement représentés (57,8%), comme dans d'autres études (80-88). Ce sont surtout les perturbations du contexte socio-familial qui prédominent dans 24,3% des cas.

Comme de nombreux auteurs (2-74-91), nous rencontrons fréquemment chez ces enfants, des antécédents de placements et de séjours répétitifs à l'hôpital. Ces facteurs entraînent des perturbations des liens familiaux.

Les dysfonctionnements de la famille sont marqués par 30,5% de divorces, et 15,3% de familles monoparentales, déjà notés dans une étude (80). On retient également la fréquence du décès d'un des deux parents, (30%). Ces chiffres témoignent de la pesée de ces circonstances sur les enfants et notamment sur le pronostic.

Contrairement à une étude (80), nous retrouvons parmi ces facteurs environnementaux des antécédents de carences précoces.

Nos chiffres, 8%, concernent les pathologies mentales d'un ou des parents, et sont inférieurs à ceux de la population de JC. ROHMER et C. BURSZTEJN (93) et de J. MANZANO (72). Ce dernier auteur constate que la moitié des mères ont une personnalité borderline. Dans notre étude, nous estimons que certains diagnostics, précisés rétrospectivement ont pu conduire à une sous-estimation des troubles présentés par les parents.

En conclusion, il semblerait que les psychoses soient marquées par les perturbations du milieu familial et social ainsi que les troubles psychologiques des parents. Les troubles de la personnalité comprennent pour un tiers des cas, des troubles psychologiques des parents, un tiers la notion d'événements de vie, et un tiers des perturbations du milieu familial.

3-2) Population d'adultes

Nous avons un échantillon d'adultes suffisamment important pour examiner certaines caractéristiques sociales et professionnelles et qui peuvent être traitées statistiquement.

3-2-1) Caractéristiques générales

La moyenne d'âge obtenue est relativement élevée, comparable à celle de J. MANZANO (74) et permet d'appréhender les profils d'évolution à long terme. Les adultes ont été en moyenne admis tardivement et leur durée d'hospitalisation a été assez longue. L'hospitalisation à l'internat rend compte de ces chiffres qui sont supérieurs à ceux de la population d'enfants.

Si on compare les diagnostics lors de l'admission dans les unités de pédopsychiatrie, les psychoses représentent 50% de l'effectif adulte, au détriment des troubles de la personnalité. On ne note pas de différence en ce qui concerne les pathologies névrotiques, réactionnelles et les déficiences mentales. Par contre les pathologies à expression somatique sont présentes uniquement chez les adultes. Actuellement ces troubles sont pris en charge par le centre d'accueil pour les adolescents. Des différences existent également dans les sous-groupes de psychoses. En effet on retrouve principalement chez les adultes des formes déficitaires et schizophréniques alors que les formes autistiques et dysharmoniques sont deux fois plus fréquentes chez les enfants. Cela souligne l'importance du travail de détection des signes précoces des psychoses et de l'autisme qui s'effectue depuis ces dernières années.

Nous allons rappeler quelques notions développées par D. HOUZEL à ce propos (52). Il répertorie les signes précoces de la psychose détectables dès les deux premières années de la vie. Par ordre de fréquence on retrouve :

- une attitude de sagesse signalée dès la première année accompagnée d'indifférence au monde extérieur.
- des troubles du développement psychomoteur : position d'anticipation, ajustement postural, hypotonie, retard de la position assise, retard à la marche, stéréotypies.
- des troubles perceptifs : regard périphérique, poursuite oculaire, strabisme.
- non apparition des signes organisateurs de SPITZ
- les phobies
- les troubles fonctionnels comme l'insomnie précoce, les troubles alimentaires, déficit de succion, vomissements.

D. HOUZEL insiste sur l'importance de la détection des signes précoces de l'autisme . L'auteur rapporte une enquête anamnétique portant sur trente-quatre cas autistiques. Elle montre que dans tous les cas, une personne de l'entourage avait détecté au cours des deux premières années une anomalie de comportement ou de développement .

Le diagnostic précoce est intéressant pour plusieurs raisons :

- l'enfant sera moins parasité par les mécanismes de défense qu'il met en place.
- les apprentissages sont possibles.
- l'alliance thérapeutique avec les parents ne sera que meilleure.

Les documents vidéo enregistrés dans les premières semaines par les parents et fournis ensuite, sont d'une aide précieuse au diagnostic précoce. L'équipe américaine de ROSENTHAL est la première à avoir travaillé à partir des films . En France, l'équipe de ROSENFELD, dans le cadre du réseau de l'INSERM, a mis en évidence des perturbations des interactions précoces. Les troubles interactifs sont caractérisés par des distorsions des articulations entre le regard et la motricité, des variations de répartition des tensions corporelles, des perturbations de l'attention conjointe, des modifications dans les engagements avec la mère (99).

3-2-2) Autonomie

Nous allons aborder le statut socio-professionnel et la vie relationnelle des adultes. Nous comparerons nos résultats à ceux de la littérature.

On dénombre vingt-six adultes, soit 10,6% de l'ensemble des patients qui ont une formation ou un apprentissage. Sur ces adultes, dix étaient étiquetés psychotiques et douze présentaient des troubles de la personnalité. Dans la littérature, les chiffres sont plus élevés (74-103). Pour CH. STOURM, 72% des patients dysharmoniques sont en formation (103). Contrairement à notre étude, la formation était absente dans le groupe des autres psychoses et des formes autistiques.

Pour certains auteurs, l'existence, en particulier d'une formation professionnelle, permet un meilleur pronostic sur le devenir des enfants (43-103).

On retrouve principalement une répartition masculine d'adultes insérés professionnellement, particulièrement en C.A.T. Cette différence s'atténue pour un travail en milieu ordinaire.

Nos résultats avancent un pourcentage de 16,8% d'adultes qui travaillent en milieu protégé (18 adultes), chiffre supérieur à celui de J. MANZANO (11%), qui étudie une population de psychotiques (74). D'autres études retrouvent un pourcentage de 45% (89-111). Ces chiffres sont très disparates du fait des différences de nombre des échantillons et des instruments de classification. La population de B. VOIZOT (111), se compose d'adolescents, or l'âge est un facteur d'évolution, car le nombre de psychoses diminue de moitié au profit des troubles de la personnalité.

L'échantillon de P. REBOUL, concerne une population insuffisante d'adultes pour des statistiques (89).

Nous constatons que 12% d'adultes, dont la moitié est issue du N.P.I, travaillent en milieu ordinaire. Pour ceux qui ont travaillé à un moment donné, on note que deux ont obtenu un diplôme, un vit en couple. Un seul semble avoir évolué défavorablement (hospitalisation dans une unité pour malades difficiles).

Si on analyse les sous-groupes de diagnostics des adultes étiquetés psychotiques dans l'enfance, évoluant actuellement en C.A.T, on retrouve principalement des psychotiques ou des schizophrénies, ce qui est comparable à d'autres études (103).

En milieu ordinaire, les troubles de la personnalité sont majoritaires, ce qui confirme l'importance du diagnostic sur le pronostic. Cette association diagnostic-évolution professionnelle est partagée par plusieurs auteurs (74-103-111) et indique l'évolution favorable des troubles de la personnalité.

La moitié des adultes qui travaillent en milieu ordinaire ont des loisirs. Dix adultes travaillant en milieu protégé, s'intègrent dans un groupe par l'intermédiaire le plus souvent du C.A.T. La participation à un groupe par l'intermédiaire d'un sport ou d'une activité est un critère d'intégration et de qualité de vie sociale.

Cependant nous estimons que nos chiffres qui concernent la population en milieu protégé sont inférieurs à nos attentes. L'hypothèse avancée est qu'un pourcentage non négligeable d'adultes retrouvés vit en institution et abaisse ces chiffres. Cependant on pourrait s'attendre à ce que ces sujets intègrent un atelier protégé. Ce n'est pas le cas de notre série, et sous-entend peut-être une évolution déficitaire des pathologies. Néanmoins, nous insistons sur le fait que trente-quatre adultes issus de l'internat n'ont pas été retrouvés. On peut souhaiter qu'un certain nombre soit inséré professionnellement et/ou socialement...

De même la moyenne d'âge des adultes en C.A.T n'est que de 25 ans. Certains pourront réintégrer un circuit professionnel normal ultérieurement.

Nous avons dégagé des corrélations entre les variables suivantes : L'existence d'une formation et/ou d'un apprentissage antérieurs est retrouvée parmi ceux qui travaillent. De plus la formation est corrélée au diagnostic (troubles de la personnalité et le groupe des psychoses c'est-à-dire les formes dysharmoniques et schizophréniques). L'accès à la formation et à l'apprentissage font partie des facteurs d'autonomie et d'insertion sociale.

Une deuxième corrélation existe entre l'âge de la prise en charge et la profession, ce qui souligne l'importance de la détection des troubles précoces ainsi que leur traitement et l'influence sur le pronostic socioprofessionnel.

Nous avons analysé si la scolarité pouvait influencer le devenir des adultes. Sur l'ensemble de la population qui travaille (30 adultes), 20 ont été scolarisés soit 66%. Par contre le niveau scolaire est différent selon qu'on travaille en milieu protégé, (classe primaire et d'adaptation), ou ordinaire (études secondaires et universitaires). Il apparaît que l'intégration scolaire est un facteur d'autonomisation professionnelle. Cependant, vingt-sept adultes qui ont été scolarisés, soit 58%, ne travaillent pas et sont soit hospitalisés (6) soit vivent en foyer (5) soit chez les parents (16).

Notre population d'adultes insérés professionnellement, compte tenu des biais de sélection, nous semble satisfaisante. Par contre ces adultes ne sont pas indépendants sur le plan familial et/ou social. 38 % de la population vit en institution, chiffre identique pour les adultes qui vivent dans leurs familles. Ces chiffres sont comparables à ceux de la littérature (4-12-35-66-70-89).

Nous avons mis en évidence une corrélation significative entre le diagnostic selon l'axe 1 et les lieux de vie en hôpital spécialisé et chez les parents, corrélation déjà soulignée par J. MANZANO (72). Les adultes présentant une psychose déficitaire ou une schizophrénie infantile, vivent principalement en institution, alors que ceux atteints de psychoses dysharmoniques et de troubles autistiques vivent plutôt chez leurs parents.

L'analyse de variance établit un lien très net entre l'âge d'entrée dans une unité et l'hospitalisation à long terme. En effet les troubles traités tardivement évoluent vers une prise en charge institutionnalisée.

Si nous examinons le devenir de ces adultes en fonction de la durée d'hospitalisation en pédopsychiatrie, nous constatons que la notion de répétition et de longue période d'hospitalisation auraient tendance à influencer le pronostic. Dans notre étude, pour les enfants qui ont été plusieurs fois ou

longtemps hospitalisés, une fois adultes, on constate qu'ils vivent plus souvent dans une institution. Ceux dont la prise en charge a été plus brève, ont une insertion professionnelle meilleure.

Le départ de la maison familiale semble être un facteur d'autonomie. Mais exercer une profession en milieu ordinaire semble permettre à ces adultes d'avoir une vie affective.

Il est intéressant de noter que la population de filles mariées ou en union libre est plus importante que celle de garçons. Elles ont ainsi acquis une indépendance familiale.

Notre population d'adultes mariés ou en vie maritale s'élève ainsi à 4,6%, ce qui est inférieur à d'autres auteurs (70-74-89) mais proche de la population étudiée par CH. AUSSILLOUX (9). Parmi ceux qui sont en couple et/ou ont des enfants, seulement trois travaillent (en milieu ordinaire).

Nous avons constaté ici toute la difficulté de cette population à établir des relations sociales et la faible participation à des activités de loisirs le confirme. On peut s'étonner du chiffre relativement bas des adultes institutionnalisés et qui pratiquent une activité. C'est parmi la population d'adultes qui travaillent que l'on retrouve une part importante des pratiques de loisirs et notamment en individuel. Nous sommes sensibles au nombre, non négligeable, de psychotiques (autistes et dysharmoniques) dans cette pratique. Mais cet effectif des adultes reste inférieur à celui des enfants.

Nous avons vu que la dépendance affective aux parents est particulièrement visible et remarquable dans la population qui travaille. L'autonomie familiale semble être un autre « palier » vers une indépendance totale. Cependant 23% de nos sujets ont acquis une indépendance et vivent seuls ou en couple ou dans un foyer. La vie en foyer est une étape vers une autonomie ultérieure.

Selon le diagnostic, nous observons que les formes psychotiques ont acquis une certaine autonomie car en foyer elles sont autant représentées que les troubles de la personnalité. Cependant, les psychotiques vivent principalement chez les parents et en institutions. Par contre les troubles de la personnalité sont absents des institutions et confirment ainsi leur évolution favorable. Dans notre série, nous notons également une évolution vers une autonomie

satisfaisante pour les pathologies névrotiques et réactionnelles. Par contre les déficiences mentales nécessitent toujours des soins extrêmement lourds effectués en institution.

Nous avons constaté que 19,6% de notre échantillon, âgé de vingt ans et plus, vit en famille, et n'ont aucun projet professionnel ou social (six sont diplômés). Parmi ces adultes, on note quinze psychotiques dont quatre formes d'autisme de KANNER et autres formes. Pour un, le diagnostic rétrospectif (issu du N.P.I) n'a pas pu être donné.

A ce sujet, la circulaire du 27 avril 1995 (28) souligne les insuffisances qualitatives de la prise en charge. Elle tente de répondre aux questions précédemment posées lors de la parution des rapports de l'I.G.A.S (54) et de l'A.N.D.E.M.(1).

La circulaire précise :

- Le retard de diagnostic de l'autisme
- les prises en charge effectives démarrent après un délai de plusieurs mois ou années.
- Les trajectoires empruntées par les enfants et adolescents autistes sont insuffisamment articulées entre elles.
- Les services d'adultes ne sont pas toujours préparés à accueillir des adultes autistes.
- Les difficultés des familles ne sont pas assez prises en considération.

La circulaire propose donc la mise en place d'un réseau de prise en charge dans le cadre de plans d'actions régionaux sur l'autisme, sur 5 ans (21). Ces plans prévoient de sensibiliser les équipes de pédiatres, médecins généralistes..., au diagnostic précoce de l'autisme, de mobiliser les équipes spécialisées (équipes de psychiatrie infanto-juvénile, C.M.P, centres d'actions sociaux...). Pour les plus jeunes (0 à 3 ans), la prise en charge s'effectue par les secteurs de pédopsychiatrie et les centres d'accueil médico-sociaux précoces (C.A.M.S.P). Cette prise en charge donne la priorité à des soins ambulatoires à temps partiel. Pour les adolescents et les adultes, la prise en charge peut s'effectuer par les équipes de secteur de pédopsychiatrie en

favorisant l'accueil à temps partiel et en intégrant une action pédagogique, ce que réalisent les centres médico-éducatifs.

Le traitement des adolescents doit se poursuivre et s'intensifier, soit dans les I.M.E et orientés vers une activité professionnelle, soit dans les unités d'accueil pour les cas lourds, soit dans les petites structures des hôpitaux de jour, de pédopsychiatrie ou de psychiatrie adulte.

Le passage de ces enfants-adolescents en service adultes ne se fait pas sans effraction (33-65). Bien souvent il n'existe pas de continuité de soins avec les institutions de l'enfance médicales et pédagogiques, et les services adultes. Ce passage réalise une véritable rupture de fait. Pourtant la circulaire préconise deux sortes de réseaux, les réseaux verticaux ou diachroniques qui permettent d'éviter des ruptures au cours du passage d'une institution médico-pédagogique à une structure d'adultes, par l'échange d'informations. D'autre part la fréquentation de l'adulte autiste dans différents lieux souligne la nécessité que les informations circulent dans ces différents lieux, à la base de réseaux dits horizontaux ou synchroniques.

L'accueil des adultes en institution présente à l'heure actuelle des difficultés quantitatives et qualitatives (28). Ces adultes ont un besoin de sécurité et de protection, car lorsqu'ils arrivent en service d'adultes, leur rythme est souvent désorganisé. Ils sont confrontés à de nombreux changements : hébergements, soins, équipes, et il apparaît nécessaire d'établir un cadre contenant et rigoureux qui vise à limiter les agressions extérieures (33). Dans ce milieu de vie et de soins différenciés, l'équipe aide l'adulte à acquérir des repères temporels et spatiaux. On distingue la fonction quotidienneté, pédagogique et éducative, de la fonction soignante à travers des médiations comme les jeux de l'eau (balnéothérapie..), les packs, les médiations corporelles comme la psychomotricité, la kinésithérapie, les massages... Les activités d'ergothérapie sont pour certains un outil de lutte contre la disqualification des autistes. Les activités sociales et culturelles complètent le dispositif thérapeutique.

Les équipes doivent pouvoir bénéficier d'un espace de penser où un travail institutionnel est nécessaire, afin de se ressourcer, d'échanger... Les réunions, bilans, synthèses permettent d'évaluer les progrès réalisés par ces adultes, d'ajuster la prise en charge thérapeutique.

Les traitements psychothérapeutiques sont en général réduits d'autant plus s'ils ont été inefficaces dans l'enfance, et laissent place aux psychothérapies de soutien. Les traitements médicamenteux sont à ajuster en fonction de la symptomatologie, des effets indésirables...

L'accueil en institution (centre hospitalier spécialisé, maison d'accueil spécialisée, foyer à double tarification...) s'accompagne d'un lien familial dans le meilleur des cas. Les fonctions familiales permettent d'une part, de maintenir un lien affectif par les visites, les courriers, et d'autre part de conserver vivante une inscription de l'adulte dans l'histoire familiale. Il est important d'informer les familles des événements qui ont trait à leur enfant-adulte. La famille assure également une alternative à l'institution, un refuge, un ailleurs imaginaire, où l'adulte se rend pour de courts séjours.

La souffrance des familles comme le souligne la circulaire du 27 avril 1995, n'est pas toujours prise en compte. Ces familles sont confrontées au deuil d'une impossible restitution " ad intégrum ". L'illusion d'une guérison totale ou même partielle se heurte ici à la réalité des malades, aux limites de soins. Lors de nos contacts téléphoniques, les parents ont souvent exprimé leurs souffrances, leurs incertitudes. "Va t'il finir sa vie en hôpital psychiatrique ? Que va t'il devenir quand nous ne serons plus là ? " ...

3-2-3) Traitements

Les 2 /3 des adultes ont une prise en charge médicale et/ou éducative. On constate pour les patients institutionnalisés un traitement médicamenteux lourd (anti-épileptiques, association de plusieurs neuroleptiques entre eux ou anxiolytiques), en rapport avec la pathologie initiale ou à l'évolution.

Les sujets suivis en ambulatoire bénéficient d'une consultation thérapeutique ou d'une psychothérapie de soutien.

Sur les 22 cas de psychoses, la moitié est traitée et on retrouve : trois psychoses déficitaires, deux formes autistiques, deux formes dysharmoniques, deux formes schizophréniques et une psychose aiguë. Les psychoses déficitaires sont suivies par un psychiatre, alors que les autres formes de psychoses sont traitées par neuroleptiques.

Il semble qu'une partie des psychoses des adultes nécessitent un traitement médicamenteux et on peut supposer alors une évolution vers des complications comme des troubles du comportement, une recrudescence délirante, la persistance pour certains d'une épilepsie apparue dans l'enfance. L'autre moitié a évolué favorablement, peut être vers un trouble de la personnalité.

La moitié des troubles de la personnalité ne nécessite pas de traitement et aucun trouble névrotique initial n'est suivi, ce qui confirme l'évolution favorable de ces troubles et l'importance du diagnostic initial sur le pronostic clinique.

Certains auteurs, comme nous l'avons précisé dans la revue de littérature, accordent une importance particulière à l'influence du traitement sur le pronostic clinique et socioprofessionnel. Je rappellerai les propos d'une mère d'adulte autiste (F. GREMY) pour qui *“ la prise en charge pendant l'enfance et les progrès réalisés dans le domaine des soins permettent aujourd'hui d'infirmier les pronostics pessimistes. ”*

Si nous évaluons les effets du traitement sur l'adaptation professionnelle, en milieu ordinaire, seulement deux adultes sont encore suivis. Parmi ceux qui sont mariés et/ ou qui ont des enfants, un seul est en traitement (les pathologies présentées à l'époque par les patients étaient plus légères que les formes autistiques ou déficitaires).

Cependant, la moitié des adultes qui vivent seuls sont suivis.

Les 18 adultes travaillant en C.A.T, sont actuellement suivis. Nous remarquons que ces jeunes adultes ont été hospitalisés à l'hôpital de jour où la dimension soins-pédagogie est permanente et à la base du lien de continuité entre les institutions. Ces enfants, qui ont bénéficié de soins, sont ensuite orientés dans des instituts médico-professionnels qui permettent ainsi une utilisation des acquis et une prise en considération des progrès dans l'efficacité et le mode d'investissement de la réalité et dans les relations.

De plus, ces adultes ont présenté des troubles graves de la personnalité et qui peuvent nécessiter un suivi aujourd'hui. On peut se poser alors la question suivante : Est-ce qu'il existe une continuité entre les pathologies d'adultes et d'enfants ?

3-3) Population d' enfants à la sortie des unités thérapeutiques

Le dispositif du premier secteur se caractérise par une prise en charge des psychoses et des troubles de la personnalité qui représentent 2/3 de l'échantillon. Sur l'ensemble du secteur les troubles de la personnalité sont légèrement prépondérants. Il existe une forte proportion de déficiences mentales, aussi importante que les troubles réactionnels et névrotiques réunis. Ces constatations soulignent l'absence de structures d'accueil pour ces pathologies et toute la difficulté de la prise en charge thérapeutique de ces familles en grande souffrance.

Si on compare les diagnostics des enfants pris en charge de 1981 à 1998 et ceux de l'année 1999-2000, on observe :

- Les psychoses et les troubles de la personnalité représentent plus des 2/3 des pathologies recrutées par le secteur.
- Le rapport psychose-trouble de la personnalité s'inverse dans les unités : il augmente à l'unité de soins, où les psychoses sont prépondérantes. Les psychoses restent l'essentiel des pathologies admises à l'hôpital de jour.
- Dans les deux unités on assiste à une diminution des admissions de déficients mentaux. Le développement des structures telles que les CAMSP permettent également de prendre en charge précocement ces pathologies.

La scolarité des enfants est possible pour 55% d'entre eux en milieu ordinaire et 33% en instituts médico-éducatifs (IME). Ces données concernant l'éducation nationale sont largement supérieures à la littérature (23-35-80-95). En fonction du diagnostic, on constate que les psychotiques et les déficients fréquentent d'avantage les classes d'adaptation. Cinquante pour cent des enfants souffrant de troubles névrotiques font des études secondaires. On remarque qu'un nombre équivalent de psychotiques et de troubles de la personnalité parviennent à un enseignement secondaire. Par contre, il n'y a aucun déficient qui y parvient.

Nous confirmons ces résultats par l'existence d' une corrélation significative entre le diagnostic et l'intégration scolaire. En effet il semble que les troubles de la personnalité fréquentent davantage les classes primaires.

La scolarité en institut médico-éducatif concerne 33% d'entre eux âgés de 6 à 18 ans. Une certaine autonomie est envisagée pour ceux qui sont en externat (22% contre 11% en internat). La population intéressée se caractérise par des troubles psychotiques. Ce chiffre est inférieur à celui retrouvé par R. MISES (80), G. AMADO (2), CH. AUSSILLOUX (9). Pour les formes autistiques, L. KANNER et CH. STOURM retrouvait respectivement 54% et 76% des enfants en I.M.E (103) . Notre étude se rapproche du pourcentage avancé par J. MANZANO (72) ou P. REBOUL (89), ce qui peut s'expliquer par un plus grand nombre d'enfants intégrés en milieu ordinaire.

On retrouve une corrélation entre l'âge moyen d'hospitalisation et l'orientation vers un institut médico-éducatif en externat, où les enfants ont acquis une certaine autonomie, et souligne l'intérêt d'une prise en charge précoce des troubles psychiatriques.

En examinant la fréquentation de l'enseignement ordinaire en fonction des unités, pour l'hôpital de jour 34% des enfants ont une scolarité normale contre 68% à l'unité de soins. La population de l'hôpital de jour se caractérise pour moitié par des troubles psychotiques qui actuellement ne permettent pas une intégration scolaire ce qui explique la grande fréquentation des I.M.E.

Contrairement à l'hôpital de jour, l'unité de soins accueille principalement des troubles de la personnalité, dont on sait l'évolution favorable à long terme. De plus l'unité prend en charge davantage de pathologies névrotiques et réactionnelles, qui permettent un maintien scolaire.

La prise en charge thérapeutique des enfants et adolescents révèle que ceux qui sont issus de l'hôpital de jour , tous à l'exception de deux sont suivis, contre 19 à l'unité de soins. 15% conservent un suivi par le secteur de pédopsychiatrie. Les traitements entrepris sont principalement des psychothérapies et des thérapies familiales. Les psychothérapies représentent une part importante de l'arsenal thérapeutique retrouvée par la plupart des auteurs (40-74), mais nos chiffres sont inférieurs.

Cette évolution rend compte de la nécessité des soins à long terme et de l'efficacité des traitements pour ces pathologies lourdes, qui se mesure en années.

A l'extérieur, les enfants sont pris en charge principalement par une orthophoniste. Nous ne retrouvons pas comme E. FOMBONNE (40), une baisse de ces consultations tous diagnostics confondus. On peut évoquer à cela la forte demande des parents pour le traitement de "rééducation", au détriment parfois d'une prise en charge globale et familiale. L'importance de ces traitements confirme les dires de J. MANZANO (74).

Les traitements médicamenteux (antiépileptiques) sont aussi fréquemment prescrits que les psychothérapies et ainsi mettent en évidence une large importance aux facteurs organiques associés. Les psychothérapies sont plus fréquentes chez les enfants issus de l'hôpital de jour.

Parmi les enfants qui ont arrêté le suivi, on constate une population de pré-adolescents qui présentent des troubles de la personnalité, des troubles névrotiques et réactionnels. Nous mesurons ici la difficulté de ces jeunes à s'engager dans un suivi régulier et l'insuffisance de dispositifs thérapeutiques pour cette population.

Cependant trois enfants psychotiques, dont une forme d'autisme infantile, ont intégré un cycle scolaire normal (5^{ème}, apprentissage, S.E.G.P.A).

Il est intéressant de noter que notre jeune population a une capacité de vie relationnelle qui se manifeste particulièrement en groupe et au sein de centres aérés et d'associations. Si on recoupe avec les diagnostics, on constate que les loisirs en groupe sont pratiqués à part égale par les psychotiques et les enfants souffrant de troubles de la personnalité. Les psychotiques pratiquent individuellement un sport ou une activité et sont largement représentés en institution. Ce résultat est supérieur à ceux des autres équipes (72-111). On peut évoquer à cela le travail et la multiplicité des associations qui offrent des activités aux enfants, un soutien surtout aux familles, la sensibilisation par les médias aux pathologies psychiatriques infantiles. Les soins thérapeutiques réalisés par les secteurs de pédopsychiatrie favorisent et permettent l'accès à une certaine socialisation.

3-4) Population d'enfants pris en charge pour l'année 1999-2000

Nous observons d'une part un abaissement de l'âge moyen de la prise en charge pour les deux unités (5 ans) , et d'autre part un sexe ratio plus faible.

Les psychoses sont largement représentées, notamment à l'unité de soins, au détriment des troubles de la personnalité. On peut remarquer que l'hôpital de jour n'accueille que deux types de pathologies, ce qui traduit l'importance et la difficulté du travail quotidien des équipes d'infirmiers auprès de ces enfants. Le nombre de déficiences mentales a chuté dans les deux unités et peut s'expliquer par le travail de détection et de soins par les centres d'action médicale et sociale précoce (C.A.M.S.P).

On remarque une forte fréquentation de l'école par les enfants de l'unité de soins. On peut supposer que la présence de pathologies névrotiques et réactionnelles favorise l'adaptation scolaire. Cependant il est encourageant de constater que quelques enfants psychotiques intègrent l'école.

Par contre nous notons une diminution de la fréquentation des lieux de loisirs par ces enfants. Les centres aérés gardent une place privilégiée.

Si on considère chaque type de traitement, les thérapies familiales demeurent l'essentiel du traitement du secteur, avec 55% des enfants pour l'année actuelle et qui s'effectue sous forme de consultation thérapeutique. Les traitements mis en place et en particulier les consultations thérapeutiques mères ou pères enfants, s'adaptent à l'évolution des familles en prenant en charge les familles recomposées et monoparentales (59).

En 1999, les indications des psychothérapies sont stables dans notre secteur, comme le précise un auteur (40). On peut avancer l'hypothèse que les enfants admis en groupe depuis plus d'un an ou plus, ne sont plus dans des conduites d'agir, et ont pu accéder pour certains à la symbolisation, et débiter ainsi une relation duelle.

Actuellement l'évolution des enfants se fait indépendamment de traitements médicamenteux, contrairement à d'autres études (74-89).

3-5) Evolution d'un secteur de pédopsychiatrie

L'expérience du service de neuropsychiatrie infantile a été pour certains le premier contact avec les enfants, la psychose, la violence, l'intolérable. Dans l'élan de la politique de secteur, l'hôpital de jour et l'unité de soins ouvrent. Une partie de l'équipe issue de l'internat a effectué l'ouverture des deux pôles thérapeutiques et a permis ainsi d'assurer une continuité de présence et de pratique, mais qui peut l'enfermer dans un modèle exclusif.

L'équipe met en place un accueil des enfants en groupe à un rythme variable autour d'un médiateur. Ce choix thérapeutique a peut être été influencé par la venue de D. ANZIEU lors des sessions de psychodrame. Progressivement l'équipe réfléchit sur les indications, les médiateurs et l'élaboration d'un projet personnalisé pour chaque enfant. Ce travail institutionnel groupal induit chez les soignants la nécessité de parler de ce qui se déroule pendant un atelier entre l'enfant-le groupe-le médiateur, leurs affects.

L'accueil des très jeunes enfants, admis tout d'abord à l'unité de soins, s'est développé à l'hôpital de jour au début des années 1990, modifiant la structure des groupes. Soigner les jeunes enfants a favorisé l'ouverture vers l'extérieur (crèche-école...) et le travail en réseau. Cependant, l'insuffisance des dispositifs matériels a entraîné une sélection des enfants qui n'inclue peu ou pas les enfants en phase de latence et de pré-adolescence.

L'admission de ces jeunes enfants ainsi que ceux qui sont scolarisés à l'extérieur et qui partagent ainsi leur journée en temps thérapeutique et pédagogique, a permis un traitement à temps partiel. Ces modalités d'hospitalisation ont l'avantage de maintenir l'enfant dans son milieu familial et assure ainsi la possibilité de suivre une scolarité. Nous constatons parmi ces effectifs un grand nombre d'enfants qui restent ou qui réintègrent un cycle scolaire normal ou d'adaptation. Cette évolution confère aux enfants et à leurs familles une qualité de vie notable.

Les efforts fournis par les équipes de pédopsychiatrie en faveur d'un dépistage précoce des troubles psychotiques et autres, l'évolution et l'adaptation des

prises en charge pour les enfants et les parents, ont contribué certainement à une évolution des pathologies. En effet, les troubles du comportement tels que les auto-mutilations et les évolutions déficitaires ont quasiment disparu.

Les traitements ont évolué également. Dans les années 1970-1980, les psychothérapies occupaient une place importante, le tiers des traitements, conformément à la littérature et à l'orientation psychanalytique du service. Actuellement les psychothérapies ne sont plus une indication systématique et on enregistre une diminution des prescriptions. Cette évolution correspond à ce qui est décrit dans la littérature (40) .

Par contre, lors des premières années de fonctionnement de l'internat, les familles n'étaient pas toujours présentes et souvent les soignants se sont heurtés au désarroi de ces familles...Progressivement l'équipe se forme, acquiert une expérience et on assiste d'une part à une augmentation du travail avec les familles et d'autre part à un engagement des parents dans le processus thérapeutique. Les familles sont moins envahissantes et vivent moins douloureusement l'enfant symptôme. Parallèlement les équipes ont su également évoluer et fonctionner en harmonie avec les demandes et les contraintes de la réalité des familles.

Sur un plan thérapeutique, parmi les traitements prescrits à l'hôpital de jour et à l'unité de soins, la fréquence des psychothérapies est sensiblement égale. Par contre, on assiste à un développement des prises en charge familiales à l'hôpital de jour, en particulier sous forme de consultation thérapeutique et d'entretiens familiaux. En effet, toutes les familles des enfants hospitalisés à l'hôpital de jour sont suivies régulièrement par un couple de soignants. Cela explique le faible nombre d'enfants suivis en consultation thérapeutique. Par contre, à l'unité de soins la thérapie familiale reste prépondérante. Face à la demande importante de consultations familiales, les soignants répondent également par des entretiens familiaux à des familles dont les enfants ne sont pas pris en charge par l'institution.

La psychomotricité se déroule en groupe et individuel. A l'internat, quelques enfants ont été suivis en séance individuelle. A l'ouverture des unités extra-hospitalières, le psychomotricien a mis en place des groupes, seul puis en co-animation avec des infirmières, ainsi qu'une prise en charge groupale à

l'intérieur d'un groupe institutionnel. L'introduction ces dernières années de la vidéo a permis une nouvelle approche de ces enfants. On constate une diminution des prescriptions au cours des années, cependant le rôle du psychomotricien reste important et participe à des thérapies conjointes.

L'examen des traitements proposés par le secteur aux enfants en fonction des diagnostics, révèle que les enfants psychotiques bénéficient d'une prise en charge lourde et multidimensionnelle. Ce travail effectué à long terme permet par la suite un traitement ambulatoire. Les troubles de la personnalité, le plus souvent s'intégrant dans un dysfonctionnement psychotique, représentent l'autre groupe de pathologies rencontrées dans le secteur. Au tout début, ces pathologies étaient traitées par des médicaments. Ce pourcentage a chuté de moitié dans nos questionnaires et est absent pour l'année 1999.

3-6) Conclusions de l'étude

Nous avons étudié une population de 247 sujets, dont 107 adultes. Nous retiendrons, d'une part la proportion importante de la population masculine, qui traduit ainsi la fréquence de l'atteinte des pathologies psychiatriques, en particulier des psychoses chez les garçons, et d'autre part la sévérité des troubles (80% de psychoses et de troubles de la personnalité) présentés dans l'enfance. De plus, le diagnostic en fonction de l'axe 2 met en évidence l'association des facteurs organiques et environnementaux qui influencent l'évolution des enfants. Parmi les facteurs organiques les plus souvent cités, on retrouve les facteurs périnataux et les crises convulsives associés aux troubles de la personnalité. Les facteurs environnementaux sont représentés par les difficultés de contexte socioprofessionnel et notamment le divorce des parents, le placement de l'enfant. Nous retrouvons très fréquemment des perturbations du milieu familial comme les décès et les hospitalisations répétées de l'enfant. Nous notons que c'est l'ensemble des facteurs environnementaux qui est associé à une pathologie type psychose ou trouble de la personnalité.

Malgré la gravité des pathologies, 30% des adultes ont une insertion professionnelle dont 11% en milieu ordinaire. Nous pouvons ainsi affirmer qu'il existe une dynamique évolutive des pathologies. La scolarité, la formation,

l'apprentissage semblent permettre un accès à un statut professionnel. Nous avons pu ainsi établir une corrélation entre le type de diagnostic et la profession. Il semble que les troubles de la personnalité et les troubles des conduites alimentaires s'insèrent aisément dans un milieu professionnel. De plus, la prise en charge précoce de ces pathologies influence le pronostic socioprofessionnel.

Si ces adultes ont réussi leur insertion professionnelle, il semble qu'ils éprouvent des difficultés à établir une vie sociale, qui se manifestent par un faible investissement dans les loisirs et une forte proportion d'adultes qui vit en institution et chez les parents (76%). Cette population qui reste très dépendante du milieu familial ou hospitalier avait présenté dans l'enfance des psychoses soit précoces type autisme de KANNER et dysharmonies, soit déficitaires, soit schizophréniques. Les deux premières formes résident chez les parents et les secondes en institution. L'importance de la détection précoce des troubles semble éviter une évolution déficitaire et institutionnalisée.

Vingt-trois pour cent de l'effectif est indépendant socialement (ils vivent en couple ou seuls ou en foyer). Sur 25 adultes, la moitié est indépendante professionnellement. Il apparaît que la population féminine s'engage plus fréquemment que les garçons dans une vie affective.

Au terme de notre enquête nous constatons que 20% d'adultes qui vivent en famille, âgés de plus de 20 ans, n'ont aucun projet professionnel ou social. Certains ont été pris en charge par des instituts médico-éducatifs et/ou professionnels qui n'ont pu permettre une autonomie satisfaisante. Les familles, dans la souffrance, doivent faire face à ce problème d'insuffisance de structures et de prise en charge adaptée. La circulaire du 27 avril 1995, élaborée à la suite d'un débat public sur l'autisme, dénonce les insuffisances de prise en charge et propose des plans d'action régionaux en faveur d'une détection précoce et des soins des psychoses de l'enfant.

Nous avons observé dans notre échantillon l'importance des soins accordés à notre population d'adultes. Il est intéressant de noter qu'1/3 des adultes continuent à être suivis en ambulatoire. De plus, seulement la moitié des cas de psychoses est traitée et semble avoir eu une évolution clinique favorable. Cependant les sujets hospitalisés bénéficient d'un traitement médicamenteux

parfois très lourd. Nous émettons l'hypothèse que l'évolution dans ce cas s'effectue sur un versant déficitaire ou psychotique.

La population d'enfants est également concernée par deux diagnostics principaux, les psychoses et les troubles de la personnalité. Cette constatation est également vraie pour l'année 1999-2000. Cependant 55% des enfants sont scolarisés. On remarque qu'il existe autant de troubles psychotiques que de troubles de la personnalité. Les instituts médico-éducatifs sont fréquentés par 1/3 des enfants.

Contrairement aux adultes, les enfants et adolescents s'intègrent facilement dans une activité ou une association ou pratiquent un sport. Il existe une corrélation entre le diagnostic de psychose et la pratique d'un sport individuel. Nous pouvons conclure de notre jeune population qu'elle a une qualité de vie sociale satisfaisante.

Les traitements envisagés à l'extérieur du service sont représentés par les traitements rééducateurs, en particulier l'orthophonie, et les traitements antiépileptiques qui traduisent la persistance des facteurs organiques associés. Parmi ceux qui ont arrêté tout suivi thérapeutique, on ne retrouve pas d'enfants ou d'adolescents psychotiques.

Nous constatons une continuité des soins pour cette jeune population et notamment pour les traitements dispensés par les équipes de secteur, essentiellement une prise en charge de type familiale. J.MANZANO notait dans les évolutions favorables de son échantillon de psychotiques, l'importance de l'alliance thérapeutique entre le thérapeute et l'enfant. Dans un article, une équipe strasbourgeoise remarquait, pour des adolescents une reprise des contacts téléphoniques avec les soignants quelques années après leur sortie (34).

CONCLUSION

Nous avons réalisé une étude sur le devenir social, scolaire, professionnel et familial, d'une population de 349 enfants pris en charge institutionnellement par une équipe de pédopsychiatrie de 1974 à 2000. Après l'envoi des questionnaires, nous avons obtenu 247 réponses soit 70% de l'effectif total. Nous nous sommes particulièrement intéressés au devenir de la population d'adultes. Les diagnostics retenus dans l'enfance pour ces 107 sujets, concernent principalement les troubles de la personnalité et les psychoses. Nos résultats précisent que 30% de la population travaillent, 23% sont indépendants, 70% continuent à être pris en charge par une équipe médicale et/ou pédagogique et/ou éducative. Cependant ces adultes éprouvent des difficultés à s'insérer dans la vie sociale et conservent une dépendance familiale.

Pour 8% des adultes actuellement en institut professionnel, le devenir socioprofessionnel peut encore évoluer. C'est également le cas des 91 enfants et adolescents retrouvés après leur passage dans les unités thérapeutiques du secteur. En effet, l'adolescence constitue une période riche en remaniements physiques, physiologiques, psychologiques. Certaines pathologies, comme les troubles de la personnalité, peuvent évoluer par l'intermédiaire des mécanismes propres à l'adolescence ou subir des mutations structurales qui se sont développées sous l'influence des thérapeutiques. Pour cette raison nous resterons prudents sur l'interprétation des résultats.

Nous avons dégagé de notre enquête quelques éléments de pronostic comme le diagnostic, la précocité de la prise en charge, l'intégration scolaire, l'existence d'une formation professionnelle ou d'un apprentissage. Ces facteurs semblent être corrélés à un devenir socioprofessionnel satisfaisant.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Agence nationale de l'évaluation médicale (A.N.D.E.M) . L' Autisme
Novembre 1994
- 2 AMADO G, Le devenir de 33 cas sévères de psychiatrie infantile. Psychiatrie
de l'enfant, 1967, vol X, 2, p 463-337
- 3 American Psychiatric association. Diagnostic ant statistical manual of mental
disorder. 3rd ed D.S.M. III.R, 1987
- 4 ANNEL A.L. The prognosis of psychotic syndroms in children. Acta Psychiat.
Scand., 1963, 39,2,233-239
- 5 ANTONIAZZI .N, GANAYE M., Une structure de soins à temps partiel pour
jeune enfant. Quelques particularités du cadre et des modalités thérapeutiques.
Soins Psychiatriques.1983,N° 38/39 p3-7
- 6 ANZIEU D. Eléments de psychanalyse institutionnels. Revue de Neuropsychy.
Infantile, 1977,23,693-699.
- 7 ANZIEU D. Le psychodrame en groupe large : un dispositif pour l'analyse
transactionnelle, individuelle groupale et institutionnelle. In KAES R. et al. Crise,
rupture et dépassement. Ed Dunod, 1979, 36-84.
- 8 ATCHKOVA M. La schizophrénie chez l'enfant.1984, Psychiatrie de
l'enfant ,1984, XXVII,1,69-106
- 9 AUSSILLOUX CH., ROY J, LIVOIR-PETERSEN MF. Evolution de l'enfant
psychotique traité en institution. Etude épidémiologique. In Le devenir de
l'enfant psychotique, publié par CH.AUSSILLOUX , Sauramps Médical., 1986,
p7-24
- 10 AUSSILLOUX CH. L' alliance parents-professionnels pour la prise en
charge de l'enfant autiste, in l'autisme cinquante ans après KANNER, ed Eres,
1994, 208p

- 11 BECKMANS BALLE M., Le syndrome d'autisme infantile. Acta. Psychia. Bel., 1973, 73, 337-333
- 12 BENDER L. The life course of children with schizophrenia., Am. J. Psychiatry., 1973, 130, 783-786.
- 13 BENDER L., FARETRA G., The relationship between childhood schizophrenia and adult schizophrenia. In KABLAN A.. Genetic factors in schizophrenia. Springfield (Ill) C Thomas 1972
- 14 BERGERET J La violence fondamentale, Ed Dunod, 1984, 230p
- 15 BENNET S., KLEIN H., Childhood schizophrenia 30 years later., Am. J. Psychol., 1966, 122, 1121-4.
- 16 BERNES-SIMON M. Quelques réflexions sur la fonction soignante de l'hôpital de jour. Neuropsy de l'enfance , 1992,40,413-420.
- 17 BERQUEZ G. L'autisme infantile, 1983, PUF Paris , 270p
- 18 BETTELHEIM B. La forteresse vide , 1969, Gallimard,585p
- 19 BION WR. Aux sources de l'expérience.1979, Ed PUF. Paris
- 20 BLEANDONU G., Les hôpitaux de jours et les accueils thérapeutiques partiels pour enfants. Nodules PUF, 1997, 120P
- 21 BOTBOL M, DELORME H, Synthèse des plans régionaux sur l'autisme, neuropsy de l'enfance et de l'adolescence, sept 2000, 48,6,388-393
- 22 BUFERNE R, FERRARI P, Réflexions sur la scolarisation proposée aux jeunes enfants psychotiques pris en charge à l'hôpital de jour. Information psy 1993, n°8, p703-709.

- 23 BURSZTEJN C., ROHMER J.G., NOBELIS P. CFTMEA et psychoses de l'enfants ; résultats d'une étude sur 144 cas . Neuropsy de l'enfance, 1990 , 38, 348-338
- 24 CAHN R. A propos du processus thérapeutique en institution pour jeunes psychotique. In Le devenir de la psychose. LEBOVICI S, KESTEMBERG E, p 40-31
- 25 CAREL A. Psychothérapie parents-nourrissons. Recherche sur le processus autistique. Neuropsy de l'enfant 1982, 30, 209-213
- 26 CASTAREDE M.F. L'étude de cas longtemps suivis. Psychiatrie de l'enfant, 1972, 13,2, 341-608
- 27 CHANSEAU JC l'adolescence de l'enfant psychotique. Neuropsy. de l'enfance, 1993, 41 (1-2), 6-26.
- 28 CIRCULAIRE AS/NE n°93-12.du 27 avril 1995, Relative à la prise en charge thérapeutique pédagogique et éducative et à l'insertion sociale des enfants, ado et adultes atteints d'un syndrome autistique.
- 29 CIRCULAIRE 82.2 du 29 janvier 1982. Mise en œuvre d'une politique d'intégration scolaire, BO n°3 du 4.02.82
- 30 CIRCULAIRE 83.082 du 29 janvier 1983. Mise en place d'actions de soutien et de soins spécialisés en vue d'une intégration scolaire.BO n°8 du 24/02/83
- 31 CIRCULAIRE 91-302 du 18 novembre 1991,L'intégration scolaire des enfants et adolescents handicapés. BO n°3 du 16.01.92
- 32 COLLECTIF. L'hôpital de jour pour enfants. 1981-1991 dix années de fonctionnement,1991, 213p

33 COUFFINHAL Y, GABBAI P. Psychoses infantiles et dysharmonies psychotiques parvenues à l'âge adulte. Expérience de prise en charge en institution. Info. Psy, 1988, vol 64, 1, 23-37

34 DANION-GRILLAT A., DECHRISTE Y., UFFLER A., " Que sont nos ado devenus ". Neuropsy de l'enfance, 1993, 41, 7, 392-397.

35 DE MYER M.K., BARON S., DE MYER W.E Prognosis in autism : a follow up study. J. of Autism and Childhood Schizophrenia, 1973,3,3, 199-246

36 DIATKINE R, AVRAM C, VIRNOT N. L'évaluation à l'adolescence de patients traités pendant leur enfance et la prévention des psychoses. Psychiatrie de l'enfant., XXXIII,1990,2,321-372.

37 EBTINGER R., Exposé introductif du 8ieme colloque des hôpitaux de jours psychiatriques du Nord-est et de Belgique, octobre 1980

38 FAKHRI E, EPELBAUM C, FERRARI P. Les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel en psychiatrie infanto-juvénile. Une enquête nationale, neuropsy de l'enfance, 43, 6, 1993, p244-230

39 FLAVIGNY C., BASQUIN M., Perspectives psychanalytiques et travail avec les parents., Neuropsy. De l'enfance , 1991, 39, 11-12, 330-333

40 FOMBONNE E, TALAN I, LUCAS G. Etude d'une cohorte de 283 enfants admis à l'hôpital de jour de la fondation de ROTHSCHILD, Neuropsy de l'enfance, 1988, 36, 8-9, 299-303

41 FRITH U. L'énigme de l'enfant autiste (1989), Ed O.Jacob, Paris, 1992,318p

42 GAMMILL J. Quelques considérations psychanalytiques sur le travail avec les parents des enfants en traitement. Bull C.r.e.a.i , 1982.

43 GEISSMANN P., GEISSMANN C., SCRIVE TH., Le devenir de 23 enfants psychotiques 3 ans après leur sortie de l'hôpital de jours . Psy. Française, 1982,2,40-46

44 GEISSMANN P., GEISSMANN C . L'enfant et sa psychose. Dunod., 1984. 334p

45 GEISSMANN P., GEISSMANN C. Quand l'institutions devient un asile, perspectives psy, 1987, n°8, p177-180

46 GELLMANCH CH . Relations avec les familles. Les hôpitaux de jour et externats psychothérapeutiques pour enfants, Privat, 1969, 11-138

47 GILLBERG C, STEFFENBURG S. Outcome and prognostic factors in infantile autism and similars conditions: population based study of 46 cases followed through puberty. Journal of Autism and Dev. Disorders, 1987, vol 17, 2, 273-287.

48 HOCHMANN J. Défense et illustration des techniques de maternage en psychiatrie de l'enfant, la psychiatrie de l'enfant, vol XXVI, n°2, 1983

49 HOCHMANN J. Un aspect de la collaboration enseignants-psychiatres. A propos de l'intégration d'enfants psychotiques dans les classes de perfectionnement, neuropsy de l'enfance et adolescence, 1983, 33, 8-9, 373-377

50 HOCHMANN J., Pour soigner l'enfant psychotique, ed O. JACOBt, 1984, 384p

51 HOCHMANN J, ANDRE A, RIVIERE J. Réflexions sur l'intégration scolaire des enfants présentant des troubles de la personnalité, neuro psy de l'enfance et adolescence, 1987, 33, 7, 291-292

- 52 HOUZEL D. Dépistage et traitement des psychoses précoces, neuropsychy de l'enfance, 1980, 28, 133-149
- 53 HOUZEL D., Ce que la psychanalyse peut apporter aux parents d'enfants autistes. Parents et professionnels devant l'autisme. CNTRHI 1997, 167-177.
- 54 Inspection générale des affaires sociales (I.G.A.S) , rapport sur la prise en charge des enfants et adolescents autistes . Rapport n°94099 octobre 1994.
- 55 KANNER L. Autistic disturbances of affective contact. Nerv. Child., 1943, 2, 217-230
- 56 KANNER L., RODRIGUEZ M., ASHENDEN B. How far can autistic children go in matters of social adaptation. J. Autism. Child. Schizo., 1972,2,1, 9-33
- 57 KLEIN M. Essais de psychanalyse (1947), Ed Payot 1998, 432 p
- 58 KLEIN M. La psychanalyse des enfants (1932) , Ed PUF,1998, 318 p
- 59 LABORDE C., LE MAITRE L., FRUITET M. Mosaïque d'intervenants et unité de l'intervention auprès des parents d'enfants en hôpital de jour., Neuropsychy de l'enfance, 1991, 39, (11-12), 328-332.
- 60 LAINE T, KELLAY LAINE K. Psychose ou handicap. A propos de l'intégration scolaire, neuropsychy de enfance et adolescence, 1987, 33,7,271-276
- 61 LAVAGNA JP, BOIGE P. L'analyse dans l'institution et l'analyse institutionnelle, revue de neuropsychy infantile,1977, 23, 701-708
- 62 LEOVICI S. Trois observations suivies pendant plus de 20 ans. In LEOVICI S., KESTEMBERG E, Le devenir de la psychose de l'enfant. 1978. PUF, 293p

- 63 LEOVICI S., KESTEMBERG E. Le devenir de la psychose de l'enfant. 1978. PUF, 293p
- 64 LEOVICI S., Mc DOUGALL J. Un cas de psychose infantile. étude psychanalytique., 1960, PUF Paris, 487p
- 65 LE ROUX A. PATTI M.A. Aspects évolutifs des psychoses infantiles à l'age adulte. Psy. De l'enfant, XXXVII, 1, 1994, 307-320.
- 66 LESTANG- GAUTHIER E., DUCHE D.J, Contribution à l'étude du diagnostic et de l'évolution des psychoses infantiles. Neuropsy. Infantile, 1967, 13,20-49
- 67 LOCKYER L., RUTTER M. A five to fifteen follow up study of infantile psychosis III. Psychological aspects. Brit. Med. J., 1969, 113, 863-882
- 68 LOI du 30 juin 1973 en faveur des personnes handicapés, BO n° 27 du 3.7.73
- 69 LOTTER V. Social adjustment and placement of autistic children in middle sex: a follow up study. J. Autism. Child. Schizop., 1974, 4, 11-32.
- 70 LUCAS G., TALAN I. L'enfant traité en institution. in LEOVICI S KESTEMBERG E. In Le devenir de la psychose,1978,PUF, 34-126.
- 71 LUCAS G, TALAN I. Les hôpitaux de jours en psychiatrie de l'enfant, ESF 1973, p 142
- 72 MANZANO J, PALACIO-ESPASA F, Etude sur la psychose infantile. Lyon, Simep, 1983
- 73 MANZANO J Les formes d'évolution de la psychose infantile, Neuropsy de l'enfance, 1982,30,(6), 309-328

74 MANZANO J., LAMUNIERE M.C., PECKOVA M, L'enfant psychotique devenu adulte. Résultat d'une étude catamnestique de 20 années sur 100 cas. Neuropsy .de L'enfance, 1987,33,10, 429-443.

75 MISES R., A propos des bases techniques de l'hôpital de jour. Communication aux journées de Psychiatrie Infantile, 1969, Montréal

76 MISES R., MONIOT M. Les psychoses de l'enfant. E.M.C. psychiatrie, 37.299,1970, 1-4.

77 MISES R. La cure en institution.1980,Ed E.S.F, 134p

78 MISES R. Les actions institutionnelles à temps partiel en pratique sectorielle. Information . Psy, 1982,38,9,1109-1113

79 MISES R., FORTINEAU J., JEAMMET P et al. Classification Française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (C.F.T.M.E.A). Psychiatrie de l'enfant, 1988, 31, 67-134

80 MISES R. PERRON R. L 'adolescence des enfants autistes et psychotiques. Une recherche. Revue. Neuropsy de l'enfant et de l'adolescent. 1993,4,36-50

81 MISES R Vingt ans après :une circulaire pour le psychiatrie infanto-juvénile. Info psy,1993, 69, 2, 167-170

82 MISES R, GRAND PH., Parents et professionnels devant l'autisme.1997, Paris CTNERHI , 446p

83 MISES R. Le travail en réseau :perspectives psychodynamiques. Journées A.R.P.P.E. décembre 1998, Metz

84 NAKOV A., GANAYE M., BLANCHARD B., Une structure de prise en charge de très jeunes enfants à temps partiel. Quelques raisons pour être optimiste. Neuropsy. De l'enfant., 1988,36, 8-9, 304-312.

85 NAKOV A. Interactions pathologiques entre la composante psychotique parentale et le fonctionnement psychotique de l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfant*, 1991, 39, 11-12, 319-321.

86 NAKOV A. L'accordage pathologique : approche psychanalytique des interactions psychiques parents-enfants in VIZZIELLO GF , STERN DN, modèles psychothérapeutiques au premier âge. De la théorie à l'intervention, Ed Masson, 1993, 201-207

87 POROT M. L'enfant suivi en psychiatrie infantile et devenu adulte, 1974,22,715-724

88 QUEMADA N. L'utilisation de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent dans une enquête nationale. *Neuropsychy de l'enfant*, 1990, 38,10-11, 340-343

89 REBOUL P, TURBE S., Devenir d'enfant dit psychotique. *Information psy.*, 1991,2,119-123

90 RICHER S. Evolution de 23 enfants perturbés traité en soins intensifs de jour *Psychiatrie de l'enfant*, 1977, 20,2,433-470.

91 RIVIERE P, BRACONNIER A, DUCHE D.J., Evolution des psychoses infantiles précoces :études rétrospective. *Neuropsychy de l'enfant et de l'adolescent*.1980,28,117-31.

92 ROCCHISANI E, Evolution de l'autisme infantile à propos de la réévaluation de 22 cas d'autismes infantiles après leur sortie de l'hôpital de jour. Thèse de Médecine, N° 3020, Bordeaux II, 1990.

93 ROHMER JC , BURSZTEIN C., NOBELIS P. Psychoses infantiles et pathologie organique: résultats d'une étude de 144 cas, encéphale, 1993, XXI, 307-16

- 94 ROSENBERG M., Etude du devenir de 11 enfants autistes suivi en 1943. Traduction de l'article de KANNER, Follow up study of eleven autistic children originally reported in 1943. *Neuropsychologie de l'enfance*, 1992,40,3-6,317-322.
- 95 RUTTER M, Autistic children :infancy to adulthood, *seminars psychiatry*, 1970, 2, 435-450
- 96 SANCHEZ V, Devenir de 98 psychoses infantile après leur sortie de l'hôpital de jour des pins verts. Thèse de Médecine N° 266, Bordeaux II, 1989.
- 97 SCHACHTER M. Le pronostic social et psychologique à long terme de l'autisme infantile précoce de KANNER. *Ann. Med. Psychol.*, 1986, 144,3,439-460.
- 98 SEGAL H. Délire et créativité, Editions de femmes, 1987
- 99 SIMONNOT AL, MAZET PH, Les tous premiers troubles susceptibles de précéder l'apparition d'un syndrome d'autisme infantile, *perspectives psy*,1996, vol 33, n°1, 23-27
- 100 SOULAYROL R. La relation du psychotique et de la psychose avec les soignants au sein de l'hôpital de jour, *revue de neuropsychologie de l'enfant*, 1977, 23, 721-733
- 101 SOULE. M l'enfant qui venait du froid. In LEBOVICI S., KESTEMBERG E., *Le devenir de la psychose de l'enfant*.1978, PUF, 180-212
- 102 SOULE M, GOLSE B. Les traitements des psychoses de l'enfant et de l'adolescent, *Paidos recherche*, 1992, 431 p
- 103 STOURM CI ROCCHESANI E, GEISSMANN P. Evaluation du devenir socioprofessionnel et clinique d'enfants psychotiques traitées en hôpitaux de jour et parvenus à l'adolescence ou à l'âge adulte, *neuropsychologie de l'enfance*, 1993, 41 (7), 443-439

104 TEDO P., FARAGI P., Evolution de la psychoses infantile. Information psy., 1991, 2,123-128.

105 THEVENOT JP, QUEMADA N. Enquête sur les hôpitaux de jour, rapport présenté en novembre 1993.

106 TUSTIN F. Autisme et psychose de l'enfant, 1977, Ed le seuil Paris, 200p

107 TUSTIN F. Les états autistiques chez l'enfant. Ed le seuil Paris, 1986, 323p

108 VANECK L. Psychoses infantiles et leurs perspectives thérapeutiques. Expérience en hôpital de jour. 1986. PUF, 180p

109 VANECK L. L'enfant psychotique et son évolution. 1987, Ed CESURA Lyon., 99p.

110 VENTER A, LORD C, SCHOLPER E a follow up study of high functioning autistic children, J child psychol psychiat, 1992, 13,3, 489-307

111 VOIZOT B. Enquête rétrospective sur le devenir d'un groupe de 100 jeunes sorti d'un E.M.P, Neuropsy de l'enfant, 1984,32,2-3,83-88.

112 WELNIARZ B, DELARAI-CHABAUX C, BOUCHERT J. CATTP pour jeunes enfants et intégration scolaire, information psy, n°1, janvier 1997, 32-37

113 WINNICOTT D.W., De la pédiatrie à la psychanalyse , Payot, 1969, 98-108

114 WINNICOTT D.W. Jeu et réalité. Connaissance de l'inconscient. NRF Ed Gallimard, 1997, 212p

115 WINNICOTT DW. Processus de maturation chez l'enfant, trad fr, Payot, 1970

ANNEXE 1

CENTRE HOSPITALIER SPÉCIALISÉ DE JURY-LES-METZ
PREMIER SECTEUR DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE DE LA MOSELLE
CENTRE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE - D.-W. WINNICOTT
11 Avenue Leclerc de Hauteclouque - 57000 METZ
Tél. : 03.87.69.02.21

Docteur Anastasia NAKOV
Praticien hospitalier, Chef de Service

Docteur Maxime GANAYE
Praticien hospitalier

Docteur Bernard BLANCHARD
Praticien hospitalier

Metz, le 14 Février 2000

Madame, Monsieur,

Je me permets de vous adresser ce courrier et solliciter votre bienveillance.

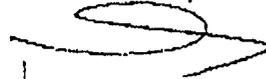
Étant dans le service du Docteur Nakov depuis un an et demi, je réalise une étude concernant les enfants qui ont été pris en charge par le 1er Secteur de Psychiatrie Infanto-Juvenile de la Moselle. Cette étude fera l'objet de ma thèse en vue d'obtenir le Doctorat en Médecine et permettra à toute l'équipe soignante de réfléchir à la prise en charge la mieux adaptée pour les enfants à venir.

Pour me permettre d'effectuer cette recherche, je joins le questionnaire suivant. Je vous serais grée de le renvoyer pour le lundi 20 mars 2000. Les résultats de cette enquête sont anonymes et aucun nom ne figurera dans cet écrit.

Par ailleurs, vous avez peut-être envie de reparler de cette période avec une personne que vous avez connue au N.P.I., à l'Hôpital de Jour, à l'Unité de Soins à Temps Partiel. Si vous souhaitez nous rencontrer, vous pouvez contacter le secrétariat du Centre Médico-Psychologique Winnicott au 03.87.69.02.21.

En vous remerciant par avance, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes meilleures salutations

Nathalie ARIES,
Interne de Spécialité.



ANNEXE 2

LISTE DES CATEGORIES

Axe I : Catégories cliniques de base

1 — Psychoses

- 1.00 Autisme infantile précoce type Kanner
- 1.01 Autres formes de l'autisme infantile
- 1.02 Psychoses précoces déficitaires
- 1.03 Dysharmonies psychotiques
- 1.04 Psychoses de type schizophrénique survenant dans l'enfance
- 1.05 Psychoses de type schizophrénique débutant à l'adolescence
- 1.06 Psychoses dysthymiques
- 1.07 Psychoses aigües
- 1.08 Autres
- 1.09 Non spécifiée

2 — Troubles névrotiques

(Possibilité d'associer deux syndromes individualisés par les sous-catégories 2.00 à 2.08, dans ce cas, ne retenir que le 2^e chiffre de la numérotation de chaque sous-catégorie, par exemple : des troubles névrotiques à dominante phobico-obsessionnelle seront codés 2.23)

- 2.00 Troubles névrotiques évolutifs à dominante anxieuse
- 2.01 Troubles névrotiques évolutifs à dominante hystérique
- 2.02 Troubles névrotiques évolutifs à dominante phobique
- 2.03 Troubles névrotiques évolutifs à dominante obsessionnelle
- 2.04 Troubles névrotiques évolutifs avec prédominance des inhibitions
- 2.05 Dépression névrotique
- 2.06 Caractères névrotiques, pathologies névrotiques de la personnalité
- 2.07 Troubles névrotiques avec perturbations prédominantes des fonctions instrumentales
- 2.08 Autres
- 2.09 Non spécifiés

3 — Pathologies de la personnalité (hors névroses et psychoses)

- 3.00 Troubles de la personnalité et/ou du comportement pris dans une dysharmonie évolutive
- 3.01 Pathologie narcissique ou/et anaclitique, dépressions chroniques, abandonnisme
- 3.02 Organisations de type caractériel ou psychopathique
- 3.03 Organisations de type pervers
- 3.04 Troubles de l'identité sexuelle
- 3.08 Autres
- 3.09 Non spécifiées

4 — Troubles réactionnels

Classer ici les troubles définis par l'apparition récente, le lien avec une cause précise, l'intégrité de la personnalité. Ne peuvent être maintenus dans ce cadre que les troubles qui répondent favorablement à une intervention thérapeutique précocement instaurée

4.00 Dépression réactionnelle

- 4.01 Manifestations réactionnelles diverses (quel que soit le mode d'expression mental, comportemental, scolaire, social)
- 4.09 Non spécifiés

5 — Déficiences mentales (arriérations, débilités mentales, démences)

Ne classer ici comme catégorie principale, que les formes où la déficience mentale constitue l'élément central. Les autres formes sont à classer par priorité en 1, 2 ou 3 d'après la nature de la pathologie dominante, la déficience mentale n'apparaissant que comme catégorie complémentaire

Indiquer à la fois la catégorie de la déficience et le niveau mental (selon les classes de QI utilisées par l'OMS). Une déficience harmonique avec quotient intellectuel à 40 sera codée 5.15

Quotient intellectuel	Catégorie
5.0x 50-69	5.x5 Déficience harmonique
5.1x 35-49	5.x6 Déficience dysharmonique
5.2x 20-34	5.x7 Déficience avec polyhandicap sensoriel et/ou moteur
5.3x < à 20	5.x8 Démence
5.4x Non spécifié	5.x9 Non spécifiée

6 — Troubles des fonctions instrumentales

Ne classer ici comme catégorie principale, que les troubles des fonctions instrumentales ne s'inscrivant pas dans une pathologie qui doit être classée par priorité dans les rubriques 1 à 5. Dans les autres cas, ne faire apparaître les troubles instrumentaux que comme catégorie complémentaire

- 6.00 Retard du langage
- 6.01 Troubles isolés de l'articulation
- 6.02 Troubles complexes du langage oral
- 6.03 Troubles lexicographiques
- 6.04 Dyscalculie
- 6.05 Troubles du raisonnement
- 6.06 Bégaiement, achoppement
- 6.07 Mutisme électif
- 6.08 Hyperkinésie, instabilités psycho-motrices
- 6.09 Hyperkinésie associée à des mouvements stéréotypés
- 6.10 Retard psychomoteur
- 6.11 Autres troubles psychomoteurs
- 6.12 Tics isolés
- 6.13 Maladie de Gilles de la Tourette
- 6.14 Intrication de troubles psychomoteurs et du langage
- 6.15 Autres
- 6.19 Non spécifiés

7 — Troubles liés à l'usage de drogues et d'alcool

Ne classer ici comme catégorie principale, que les formes où la conduite toxicomaniaque est au premier plan quelle que puisse être la pathologie sous-jacente. Les autres for-

mes sont à classer par priorité en 1, 2, 3 ou 4 d'après la nature de la pathologie dominante, la toxicomanie n'apparaissant que comme catégorie complémentaire. Identifier à la fois l'usage et le produit utilisé. L'usage occasionnel de cocaïne sera codé 7.16.

Usage	Produit utilisé
7.0x Continu	7.x0 Alcool
7.1x Occasionnel	7.x1 Tabac
7.2x En rémission	7.x2 Hypnotiques et tranquillisants
7.3x En sevrage	7.x3 Morphiniques
7.9x Non spécifié	7.x4 Cannabis
	7.x5 Hallucinogènes
	7.x6 Psychostimulants dont amphétamines, cocaïne, caféine
	7.x7 Solvants
	7.x8 Polytoxicomanie
	7.x9 Autres produits et non spécifiés

8 — Troubles à expression somatique et/ou comportementale

Ne classer ici comme catégorie principale, que les troubles à expression somatique et/ou comportementale ne s'inscrivant pas dans une pathologie qui doit être classée par priorité dans les rubriques 1 à 5. Dans les autres cas, ne faire apparaître les troubles à expression somatique et/ou comportementale que comme catégorie complémentaire

- 8.00 Affections psychosomatiques
- 8.01 Troubles psychofonctionnels
- 8.02 Anorexie mentale
- 8.03 Boulimie sans obésité
- 8.04 Boulimie avec obésité
- 8.05 Autres troubles des conduites alimentaires
- 8.06 Enurésie
- 8.07 Encoprésie
- 8.08 Troubles du sommeil
- 8.09 Tentative de suicide
- 8.10 Troubles isolés du comportement
- 8.11 Retard de croissance psychogène
- 8.12 Autres
- 8.19 Non spécifiés

9 — Variations de la normale

- 9.00 Angoisses, rituels, peurs
- 9.01 Moments dépressifs
- 9.02 Conduites d'opposition
- 9.03 Conduites d'isolement
- 9.04 Difficultés scolaires non classables dans les catégories précédentes
- 9.05 Retards ou régressions transitoires
- 9.06 Aspects originaux de la personnalité
- 9.08 Autres
- 9.09 Non spécifiées

Axe II : Facteurs associés ou antérieurs éventuellement étiologiques

1 — Facteurs organiques

(retenir si besoin plusieurs numéros de code)

10 Pas de facteurs organiques reconnus

11 Facteurs anté-nataux d'origine maternelle

- 11.0 Atteinte infectieuse ou parasitaire (rubéole, cytomégalie, herpès, toxoplasmose, listériose, syphilis, etc.)
- 11.1 Atteinte toxique (médicaments, alcool, drogues, irradiation)
- 11.2 Atteinte liée à une maladie maternelle (diabète, néphropathie, malformation cardiaque, malnutrition sévère, etc.)

12 Facteurs périnataux

- 12.0 Prématurité, dysmaturité
- 12.1 Souffrance cérébrale périnatale
- 12.2 Incompatibilité sanguine fœto-maternelle
- 12.3 Autres

13 Atteintes cérébrales post-natales

- 13.0 Atteinte cérébrale post-natale d'origine infectieuse (virale, bactérienne) ou parasitaire
- 13.1 Atteinte cérébrale post-natale d'origine toxique
- 13.2 Atteinte liée à un traumatisme cérébral
- 13.3 Tumeurs cérébrales
- 13.4 Autres

14 Maladies d'origine génétique et congénitales

- 14.0 Trisomie 21 ou Mongolisme
- 14.1 Autre maladie liée à une anomalie chromosomique autosomique
- 14.2 Maladie liée à une anomalie chromosomique gonosomique (syndrome du chromosome X fragile, dysgénésies gonadiques, etc.)
- 14.3 Phénylcétonurie
- 14.4 Autres maladies métaboliques
- 14.5 Hypothyroïdies congénitales
- 14.6 Neuro-ectodermoses congénitales (sclérose tubéreuse de Bourneville, etc.)
- 14.7 Malformations cérébrales congénitales (micro ou macrocéphalie, encéphalocèle, hydrocéphalie)
- 14.8 Autres

15 Infirmités et affections somatiques invalidantes

- 15.0 Déficits sensoriels
- 15.1 Atteinte motrice d'origine cérébrale (IMC)
- 15.2 Atteinte neurologique d'origine non cérébrale
- 15.3 Affections musculaires (myopathie, etc.)
- 15.4 Malformations congénitales autres que cérébrales (spina bifida, pseudo-hermaphrodisme, etc.)
- 15.5 Séquelles d'accident physique sans atteinte cérébrale
- 15.6 Déficit immunitaire congénital ou acquis (SIDA)
- 15.7 Hémophilie
- 15.8 Maladie somatique à long cours (hémopathie chronique autre, cancer, diabète, cardiopathie, affection broncho-pulmonaire, mucoviscidose, affection rénale, métabolique ou endocrinienne, etc.)
- 15.9 Autres

16 Convulsions et épilepsies

- 16.0 Épilepsie idiopathique
- 16.1 Encéphalopathie épileptique évolutive et épilepsies sévères (syndrome de West, de Lennox-Gastaut)
- 16.2 Autres épilepsies symptomatiques
- 16.3 Manifestations convulsives non épileptiques
- 16.4 Autres

17 Antécédents de maladies somatiques dans l'enfance

18 Autres

19 Pas de réponse possible par défaut d'information

2 — Facteurs et conditions d'environnement

(retenir si besoin plusieurs numéros de code)

20 Pas de facteurs d'environnement à retenir

21 Troubles mentaux ou perturbations psychologiques avérées dans la famille



- 21.0 Psychose puerpérale
- 21.1 Dépression maternelle dans la période post-natale
- 21.2 Dysfonctionnement interactif précoce
- 21.3 Discontinuité des processus de soins maternels dans la première année
- 21.4 Autre trouble important des relations précoces
- 21.5 Troubles mentaux d'un ou des parents (autres que classable en 21.0 ou 21.1)
- 21.6 Troubles mentaux d'un autre membre de la famille
- 21.7 Alcoolisme ou toxicomanie parentale
- 21.8 Perturbations psychologiques sévères et actuelles dans le réseau familial
- 21.9 Autre
- 22 Carences affectives, éducatives, sociales, culturelles
 - 22.0 Carences affectives précoces
 - 22.1 Carences affectives ultérieures
 - 22.2 Carences socio-éducatives
 - 22.3 Autres
- 23 Mauvais traitements et négligences graves
 - 23.0 Sévices et violences physiques
 - 23.1 Négligences graves
 - 23.2 Abus sexuel
 - 23.3 Autre
- 24 Événements entraînant la rupture de liens affectifs
- 24.0 Hospitalisation ou séjour institutionnel prolongé ou répétitif de l'enfant
- 24.1 Rupture itérative des modes de garde
- 24.2 Hospitalisation ou séjour institutionnel prolongé ou répétitif d'un ou des parents
- 24.3 Décès d'un ou des parents
- 24.4 Décès d'un ou des grands-parents
- 24.5 Décès dans la fratrie
- 24.6 Abandon parental
- 24.7 Autre
- 25 Contexte socio-familial particulier
 - 25.0 Gémellité
 - 25.1 Enfant actuellement placé
 - 25.2 Enfant adopté
 - 25.3 Enfant de parents divorcés
 - 25.4 Enfant élevé par les grands-parents
 - 25.5 Famille mono-parentale
 - 25.6 Famille immigrée ou transplantée
 - 25.7 Maladie organique grave d'un parent
 - 25.8 Milieu socio-familial très défavorisé
 - 25.9 Autre
- 26 Enfant né par procréation artificielle
- 28 Autres
- 29 Pas de réponse possible par défaut d'information



VU

NANCY, le **22 DÉCEMBRE 2000**

Le Président de Thèse

Professeur **D. SIBERTIN-BLANC**

NANCY, le **28 DÉCEMBRE 2000**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur **J. ROLAND**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **08 janvier 2001**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur **C. BURLET**

Le pédopsychiatre, ses institutions et ses enfants. Vingt-cinq ans après.

Ce travail rend compte de l'évolution des pratiques institutionnelles développées au sein du secteur de pédopsychiatrie de Metz, depuis sa création il y a 25 ans ; un secteur réputé pour son dynamisme et qui par ailleurs est un bon témoin de l'évolution des conceptions qui ont marqué la pédopsychiatrie française pendant le dernier quart du XX^{ème} siècle. L'auteur fait un descriptif précis et documenté de ce secteur dont l'équipe à partir de « l'asile » initial s'est efforcée de construire des institutions ambulatoires ouvertes sur la cité et accessibles à des enfants de plus en plus jeunes et souffrant de troubles graves et précoces du développement. L'auteur s'est engagée dans un véritable travail de recherche sur le devenir des 349 enfants qui avaient fréquenté ces institutions. Au-delà des résultats assez éloquentes, elle nous fait part des difficultés méthodologiques qu'elle a dû surmonter, tenant à de nombreux facteurs : la diversité des pathologies, l'évolution des cadres nosographiques, les changements dans les approches thérapeutiques, dues notamment à la place grandissante accordée aux familles et à l'intégration de la démarche éducative, enfin le renouvellement du référentiel psychanalytique dans ses applications au niveau de la pratique quotidienne. Une revue de la littérature vient enrichir ce travail en donnant des résultats chiffrés servant utilement de repères comparatifs.

Cette thèse éclaire le chemin parcouru en 25 ans par cette discipline récente qu'est la pédopsychiatrie. Elle rend compte de l'évaluation de ses pratiques à travers celle des patients les plus atteints qu'elle a à traiter.

TITRE EN ANGLAIS : The child psychiatrist, his institutions and his patients,
twenty five years later

THESE : Médecine spécialisée
Année 2001

MOTS-CLES : Autisme-psychose infantile-devenir à l'âge adulte-secteur de
pédopsychiatrie-dispositifs de soins

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 – VANDOEUVRE LES NANCY Cedex