

Jean-Louis DESCHAMPS

Chargé d'accueil juridique UNAFAM 84

*

LES DECRETS N°2022-1263 ET N°2022-1264 DU 28 SEPTEMBRE 2022 : LE PASSAGE DE LA PEDOPYCHIATRIE : LE PASSAGE DU CONCEPT DE LA PEDOPSYCHIATRIE A UNE PSYCHIATRIE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS AMPUTEE DE LA PSYCHIATRIE PERINATALE :

(Une lente évolution, de la circulaire du 11 mars 1992 aux décrets n°2022-1263 et 2002-1264 du 28 septembre 2022)

*

La présente étude a pour objet de mettre en lumière le profond changement qui vient d'être mis en place par les décrets n°2022-1263 et 2002-1264 du 28 septembre 2022. Ces textes révèlent une mutation de la « *pédopsychiatrie* », laquelle demeurait jusqu'à présent inspirée par les orientations qui avaient été fixées par la circulaire du 11 décembre 1992 « *relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents* ». Au terme d'une lente évolution, c'est par l'effet des décrets n°2022-1263 et 2002-1264 du 28 septembre 2022 que la pédopsychiatrie effectue une indéniable mutation juridique sous la nouvelle dénomination officielle de « *psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* ». Par ailleurs le cordon ombilical qui reliait la « *psychiatrie périnatale* » à la « *pédopsychiatrie* » est désormais coupé. La « *pédopsychiatrie* » va s'enfoncer dans les oubliettes du droit de la psychiatrie et de la santé mentale. Les historiens du droit relèveront que la « *pédopsychiatrie* » fut la mère porteuse de la « *psychiatrie périnatale* ». Par suite de la coupure du cordon ombilical, la « *psychiatrie périnatale* », dispose désormais d'un cadre réglementaire qui lui est propre. Ainsi, la « *psychiatrie périnatale* », se présente au sein de ce que les décrets appellent « *l'activité psychiatrie* » comme disposant d'une autonomie institutionnelle par rapport à la « *psychiatrie adulte* » et à la « *psychiatrie des enfants et des adolescents* » avec lesquelles elle est néanmoins invitée à cultiver des liens.

A – De la politique de santé mentale en faveur des nourrissons et des très jeunes enfants, à l'émergence dans la sphère réglementaire la psychiatrie périnatale :

Parmi les politiques de santé mentale ciblées par la circulaire du 11 décembre 1992 « *relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents* », il en est une qu'il a toujours été convenu de présenter à part. Il s'agit de la politique qui concerne les nourrissons et les très jeunes enfants. L'un des objectifs majeurs de cette politique était de développer des spécialisations en périnatalité, au sein des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. La psychiatrie périnatale a rapidement pris son élan, et elle a connu ses premiers développements entre 1992 et 2003. Un nouvel élan s'est produit à partir de 2003 dans la suite d'un certain nombre de rapports, tels celui qui fut remis, cette année-là à Jean-François MATTEI, ministre de la santé, par Philippe CLERY-MELIN, Viviane KOVESS, et Jean-Charles PASCAL (Agir aux racines de la violence, mars 2003). Sous l'inspiration de ces rapports la psychiatrie périnatale est parvenue à se coordonner parfaitement dans le cadre de collaborations institutionnelles avec :

- les maternités (des prises en charge par les équipes psychiatriques des mères et des bébés ont été organisées au sein de certaines maternités) ;

- la PMI (le rapport de la mission d'information sur la psychiatrie des mineurs, qui a été présenté au Sénat le 4 avril 2017 a posé la recommandation d'améliorer « *la diffusion des outils de repérage auprès des professionnels de PMI* ») ;

- la pédiatrie ;
- les services de psychiatrie adulte.

Sous l'inspiration des mêmes rapports, il a ensuite été procédé à l'ouverture de centres de consultation pour parents avec bébé (où en attente d'un enfant) dans de nombreux secteurs de pédopsychiatrie, ce qui a eu pour effet de susciter au sein de ces secteurs l'émergence de diverses spécialisations qui entendaient répondre à une attente des professionnels de la naissance. Les professionnels de la pédopsychiatrie, et les professionnels de la naissance s'accordaient, en effet, sur l'intérêt d'inclure dans les équipes des secteurs de pédopsychiatrie en charge de consultations parents-bébé de nouvelles spécialisations, dès lors qu'il devenait évident que :

- les vulnérabilités personnelles et familiales sont particulières nombreuses, et qu'elles sont de nature à perturber l'instauration du lien attendu entre les parents et l'enfant ;
- les perturbations du lien parent-enfant peuvent être, d'une part un facteur de problèmes psychopathologiques ultérieurs chez l'enfant jusqu'à l'adolescence (et au-delà), d'autre part un facteur de maltraitance.

Soulignant l'attente des professionnels, le rapport de la mission d'information sur la psychiatrie des mineurs, qui a été présenté au Sénat le 4 avril 2017, souligna que : « *il convient de mieux prendre en compte l'importance du soutien à la parentalité dès la périnatalité en s'appuyant notamment sur l'entretien prénatal précoce* ».

Au fil des rapports, et des missions parlementaires, qui se sont succédés, il était de plus en plus manifeste que la « *psychiatrie périnatale* » était perçue de plus en plus comme une véritable spécialisation de la psychiatrie. C'est ainsi que les décrets n°2022-1263 et 2002-1264 du 28 septembre 2022 ont fait émerger la « *psychiatrie périnatale* » :

- comme une authentique spécialisation de la psychiatrie ;
- ont donné à cette psychiatrie une base juridique un peu plus solide ;
- ont consacré cette psychiatrie en faisant de cette dernière comme l'une des quatre divisions de « *l'activité de psychiatrie* ».

Les décrets n°2022-1263 et 2002-1264 du 28 septembre 2022 ont ainsi créé le concept réglementaire de la « *psychiatrie périnatale* », et séparé l'activité, ainsi dénommée, de l'activité « *psychiatrie de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* ». Cette séparation repose sur l'article R. 6123-175 du Code de la santé publique lequel :

- énumère les quatre divisions de l'activité « *psychiatrie* » ;
- distingue le concept de « *psychiatrie périnatale* » de la « *psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* ».

Il faut relever que par suite de la distinction opérée par les décrets, entre le concept de « *psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* », et celui de « *psychiatrie périnatale* », le premier n'est en rien une réalité nouvelle. Il n'est pas autre chose que l'ancienne « *pédopsychiatrie* », désormais amputée de la « *psychiatrie périnatale* » ;

Les articles R. 6123-97 à 6123-199 mettent en place un dispositif réglementaire spécifique à l'activité « *psychiatrie périnatale* ». David GAUTIER le résume en ces termes : « *En matière de soins prodigués aux enfants-bébés – mention « psychiatrie périnatale » (CSP, art. 6123-97 à 6123-199), l'effort porte sur l'évaluation de la santé des parents, les interactions parents-bébé et le développement du bébé. Ces soins intègrent la période antéconceptionnelle et la période prénatale. Pour être autorisé pour la mention « psychiatrie périnatale, le titulaire doit être autorisé pour la mention « adulte » et la mention « enfant et adolescent ». Enfin, le titulaire de la présente mention mène, en cas de besoin, une activité d'évaluation, de conseil et d'expertise auprès d'autres titulaires d'autorisation de gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale* » (actualités sociales hebdomadaires, n°3289, 6 janvier 2023, p.16). L'article D. 6124-263 du Code de la santé publique indique, quant-à-lui, que les équipes pluridisciplinaires en charge de la psychiatrie périnatale comportent :

- au moins un psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, justifiant d'une formation en psychiatrie périnatale de type diplôme universitaire ou d'une expérience attestée ;
- au moins un psychiatre, qui peut être, par dérogation, un psychiatre désigné par convention avec un autre établissement autorisé en psychiatrie ;
- au moins un ou plusieurs infirmiers, et en tout état de cause au moins un infirmier en puériculture diplômé d'Etat ;
- un ou plusieurs psychologues ;
- un ou plusieurs assistants de service social ;
- un ou plusieurs pédiatres, psychomotriciens, sages-femmes, auxiliaires de puériculture, en tant que de besoin ;
- un professionnel référent pour chaque patient pris en charge est nommé au sein de ces équipes pluridisciplinaires.

Enfin, il faut souligner que l'article D. 6124-264 indique que tout site qui assure une prise en charge en hospitalisation complète au titre de la psychiatrie périnatale doit présenter un certain nombre d'équipements parmi lesquels, il faut retenir l'existence :

- de chambres individuelles permettant l'accueil d'au moins un parent ;
- de chambres individuelles permettant l'accueil du ou des nourrissons ;
- une chambre collective permettant d'accueillir des nourrissons sans leur parent ;
- au moins un local dédié aux soins et activités de puériculture

B – L'encadrement par les décrets n°2022-1263 et 2002-1264 du 28 septembre des limites chronologiques actuelles de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : la fin d'une histoire chaotique ;

Les limites chronologiques de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ne sont pas identiques dans tous les pays. En France, la limite chronologique est fixée par l'article R. 6123-175 du Code de la santé publique. Ce texte, qui fait partie de la législation mise en place par les décrets n°2022-1263 et 2002-1264 du 28 septembre 2022, indique que la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent prend en charge l'enfant de la naissance à l'âge de 18 ans. Il s'agit là conditions semblables à celles qui existent, notamment en Suède, pays où la limite chronologique est pareillement fixée à 18 ans.

L'article R. 6123-175 du Code de la santé publique établit par la limite chronologique qu'il institue une distinction claire entre la prise en charge des mineurs et celle des majeurs.

Il faut relever que dans le cas de la France, la limite chronologique de la pédopsychiatrie a été fixée à 16 ans respectivement par les circulaires du 9 septembre 1961, et du 9 mai 1974, et par l'arrêté n°86-602 du 14 mars 1986, pris en son article 1, alinéa 1). Ces textes :

- n'ont pas posé de limite d'âge inférieure pour les sujets pris en charge par la psychiatrie infanto-juvénile ;
- ont permis, en fixant la limite d'âge supérieure à 16 ans, de fixer à contrario, à 16 ans l'âge à partir duquel l'admission dans un service de psychiatrie générale devenait possible.

Il faut relever que c'est à partir du simple énoncé de la limite d'âge, tel qu'énoncé par les textes précités que l'on pouvait déduire l'existence d'un principe de la séparation entre :

- d'une part, la psychiatrie générale (qui fut quasiment identifiée comme une discipline orientée vers les adultes) ;

- d'autre part, la « *pédopsychiatrie* » (encore appelée) « *psychiatrie infanto-juvénile* » (qui devint quasiment une spécialité autonome).

Il faut observer que sous l'empire des circulaires du 9 septembre 1961, et du 9 mai 1974, et de l'arrêté n°86-602 du 14 mars 1986, pris en son article 1 (alinéa 1), le critère d'âge de 16 ans énoncé par ces dispositifs était différent :

- de celui qui était pris, le plus généralement, pour référence pour le passage de la pédiatrie aux services médicaux pour adultes (15 ans et 3 mois). Pour autant, ce dernier critère de passage n'avait pas une valeur juridique solidement établi. Il n'était en effet formulé que dans une circulaire interne de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, laquelle ne faisait, au surplus, à aucun moment référence à la psychiatrie.
- de celui qui était pris en considération pour l'accueil dans la plupart des centres de soins pédopsychiatrique, lesquels prenaient en charge jusqu'à l'âge de 18 ans. Il faut donc souligner que l'âge des personnes qui étaient prise en considération pour l'accueil dans la plupart des centres de soins pédopsychiatrique était non pas celui fixé par les circulaires du 9 septembre 1961, et du 9 mai 1974, mais celui de la majorité civile. Spontanément l'accueil dans la plupart des centres de soins pédopsychiatrique avait, en effet, été mis en harmonie par les équipes de ces centres de soins avec une directive européenne qui fixait à 18 ans la barrière adolescence/âge adulte. Le dispositif européen ne manquait pas de pertinence médicale, dès lors que comme le faisait remarquer Iulia NEDELCO les équipes entendaient aligner leurs pratiques d'accueil sur ce qui ressortait de la majorité des enseignements des recherches clinique : « *Dans la plupart des recherches cliniques, la fin de l'adolescence est citée à 18 ans* » (Rapport de recherche « *Hospitalisation des mineurs en psychiatrie* », Diplôme universitaire, Droit Psychiatrie et santé mentale, 2009, Faculté de Droit de Montpellier).

La circulaire du 11 décembre 1992 a abrogé les circulaires du 9 septembre 1961, et du 9 mai 1974. La circulaire du 11 décembre 1992 a amorcé une rupture avec la législation de la période antérieure. Sans mettre complètement fin aux pratiques, qui se révélaient chaotiques, d'un centre de soins pédopsychiatrique à un autre, la circulaire du 11 décembre 1992 a assoupli le dispositif afférent à la limite chronologique de la psychiatrie infanto-juvénile. La circulaire du 11 décembre 1992 a été qualifiée « *d'excellente* » par Claude BARTHELEMY, (Colloque national, Association des psychiatres présidents et vice-présidents de CME, Association des psychiatres d'intersecteur, 1^{er} octobre 1999, Centre Hospitalier de Thuir, p. 14). En 2004 Anna SLOMCZEWSKA, Fabienne FOURNIER-ROLLAND, Bekkaye BESSAIH, Didier BOURGEOIS soulignaient encore l'excellence de cette circulaire, et faisaient le constat que la circulaire du 11 décembre 1992 avait relativisé « *de manière considérable la date butoir de 16 ans* » (Psy-Cause n°37, juillet – août – septembre 2004, p. 8). Ces auteurs insistaient sur deux points :

- « *Le décret du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique fixe à 16 ans la limite d'âge inférieure pour les personnes susceptibles de faire appel au secteur de psychiatrie générale* » ;

- « *En revanche, il ne délimite pas précisément la tranche d'âge des enfants et des adolescents auxquels les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile offrent des soins et des services. Aussi, il importe que la pratique psychiatrique sache utiliser au mieux cette souplesse offerte par les textes, afin d'adapter ses réponses tant individuelles qu'institutionnelles, en sachant qu'il fait partie intégrante de la mission des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile de répondre aux besoins de santé mentale des adolescents, quel que soit leur âge* ».

Il faut observer que sous l'empire de la circulaire du 11 décembre 1992, il existait à cette époque dans le langage des professionnels des distinctions catégorielles. Les professionnels distinguaient :

- les « *grands adolescents* » de plus de 14-15 ans qui déclaraient des troubles relevant du soin psychiatrique, et pour lesquels le recours aux institutions du handicap n'allait pas de soi. Ces grands adolescents étaient généralement pris charge par les inter-secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (Il s'agissait d'adolescents dont les troubles étaient apparus tardivement, et n'étaient en conséquence ni des handicaps, ni des difficultés apparues dans la prime enfance).
- les « *adolescents attardés* », qui regroupait les adolescents de 16-18 ans.

La circulaire du 11 décembre 1992 a permis d'appliquer avec souplesse le principe de la séparation de la psychiatrie infanto-juvénile et de la psychiatrie générale, et de répondre aux besoins de santé mentale des « adolescents attardés ». Pour autant la circulaire ne levait pas toutes les rigidités du dispositif antérieur, dans la mesure où il n'était toujours pas possible de répondre à deux problématiques :

- celle de certains jeunes, plus murs, ou plus marqués par l'existence, qui paraissaient relever d'emblée (avant 16 ans) de la compétence d'un secteur de psychiatrie générale (ceci en raison des capacités qu'ils avaient déjà acquises, de leur histoire de vie, ou de la spécificité du trouble psychique dont ils étaient atteints).
- celle de l'adolescence attardée au-delà de 18 ans

Du fait des rigidités qui se trouvaient encore maintenue, la circulaire du 11 décembre 1992 n'a pas toujours permis un glissement facile des sujets concernés de la « pédopsychiatrie » vers les jeunes adultes. C'est ainsi qu'en 1994, C. BARTHELEMY et A. ROUSSEL insistaient sur la nécessité de développer des structures intersectorielles pour jeunes adultes en lien avec les services de psychiatrie générale. Ces auteurs ont proposé de mettre en place la complémentarité des équipes de psychiatrie d'enfants et d'adultes dans le cadre de « départements et de fédérations de l'adolescent ». Pour ces auteurs, le but d'une telle complémentarité était d'éviter « les clivages et déménagements sans préparation d'adolescents des services enfants vers les services adultes sans qu'il soit donné un sens dans leur histoire et leur évolution personnelle, ne serait-ce que comme étape du développement ». En 2004 Hanna SLOMCZEWSKA, Fabienne FOURNIER-ROLLAND, Bekkaye BESSAIH, Didier BOURGEOIS soulignaient dans les termes qui suivent la problématique des « adolescents attardés » :

« l'observation socio-psychologique de l'évolution des comportements montre que de nos jours, l'adolescence a tendance à se dilater, et qu'on trouve de plus en plus d'adolescents attardés, c'est-à-dire de jeunes gens qui sont adultes par leur âge et leur responsabilité mais qui restent très immatures par leur mode de fonctionnement » (Psy-Cause n°37, juillet – août – septembre 2004, p. 7). Ces auteurs ajoutaient : *« L'adolescence est donc un processus délicat et il nous apparaît arbitraire de vouloir le résumer par des limites chronologique », d'autant qu'il n'est pas heureux « de mélanger des enfants ou des prépubères (8 à 10 ans) avec des adolescents, que de mélanger des adolescents.... La promiscuité d'âge en pédo-psychiatrie favorise l'émergence de phénomènes de violence, d'imitation mortifère ou de caïdat... Les adolescents doivent être soignés dans des unités pour adolescents »* (Psy-Cause n°37, juillet – août – septembre 2004, p. 7).

Les décrets n°2022-1263 et 2022 n°1264 du 28 septembre 2022 respectivement relatifs aux conditions d'implantation de l'activité de psychiatrie et aux conditions techniques de son exercice ont vocation à mettre fin aux pratiques chaotiques. Ces textes :

- distinguent d'une manière claire entre prise en charge des mineurs et prise en charge des majeurs ;
- relie très nettement la psychiatrie des adolescents de 16-18 ans à la psychiatrie de l'enfant et non pas à la psychiatrie adulte, soulignant au passage ainsi que le précise l'article D. 6124-61 que tout site prenant en charge des patients de cette tranche d'âge en hospitalisation complète doit disposer d'espaces de vie et de jeux intérieurs et extérieurs.

En conclusion, il convient de partager le point de vue de David GAUTIER selon lequel : « L'âge de 18 ans est une ligne dorénavant intangible » (actualités sociales hebdomadaires, n°3289, 6 janvier 2023, p.18). L'affirmation d'intangibilité ne saurait, pour autant :

- être considéré comme une rigidité ;
- être interprétée comme une négation de la complémentarité qui s'est concrétisée entre des équipes de psychiatrie d'enfants et d'adultes bien inspirée dans le cadre de « départements et de fédérations de l'adolescent » ;
- être interprétée comme posant un interdit absolu d'organiser la prise en charge des adolescents dans le cadre d'une unité de la « psychiatrie de l'adulte » durant le temps de transition. (Bien, au contraire une telle prise en charge est tout à fait possible à la condition cependant que l'unité de psychiatrie adulte accueillante fasse l'objet d'une organisation formalisée, et que l'établissement d'accueil ait reçu par ailleurs l'autorisation de dispenser des soins dans le cadre de la psychiatrie de l'enfant et se l'adolescent ou ait

conclu une convention avec un établissement titulaire de cette autorisation (article R. 6123-190 du Code de la santé publique).

L'affirmation d'intangibilité constitue de toute évidence une réponse à une demande pressante du contrôleur général des lieux de privations de liberté (CGLPL), et à divers autres observateurs, qui déploraient qu'en France, de longue date, de nombreux mineurs de 16-18 ans sont pris en charge dans les services de psychiatrie adulte. La réponse :

- pose le principe de la proscription de l'accueil des mineurs dans les services de psychiatrie adultes, et répond clairement au souhait du CGLPL, inscrit son rapport intitulé « *Santé mentale des enfants : le droit au bien-être* » (2021). Ce souhait était : « *que de nouveaux dispositifs soient développés pour favoriser l'accès de tous aux soins de pédopsychiatrie, mais également d'étoffer l'offre de soins et de proscrire que des patients mineurs soient accueillis dans des unités de psychiatrie adultes* » ;

- pousse néanmoins en faveur de la mise en place d'une organisation stricte de la transition entre la psychiatrie des enfants et des adolescents à la psychiatrie adultes. La nouvelle législation précise, en effet, et sans ambiguïté, que la transition est organisée conjointement et de manière anticipée entre les deux services de psychiatrie concernés, et qu'un protocole anticipé entre les deux services doit être organisé (CSP, article R. 6123-189 du Code de la santé publique). Il est entendu qu'en tout état de cause, le mineur hospitalisé dans un service d'adulte ne saurait partager sa chambre avec un adulte (article D. 6124-259 du Code de la santé publique).