

## **FEUILLES DE DEROUTE (RELATIVE) D'UN FUTUR EX-PEDOPSYCHIATRE CONFRONTE A SES RELATIONS AVEC LES ECOLES**

**Frédéric Jésus**

J'exerce la psychiatrie de service public depuis 35 ans dans le cadre du secteur de psychiatrie infanto-juvénile, pour l'essentiel en milieux urbains et péri-urbains. Après diverses interruptions<sup>1</sup>, je l'exerce de nouveau depuis 5 ans. Au-delà des fonctions de direction de structures, j'ai choisi de me consacrer quasi exclusivement à la pratique et au développement des consultations ambulatoires de proximité, toujours en coopération étroite avec les familles, bien entendu, mais aussi avec les différents acteurs, notamment scolaires, éducatifs et sociaux, de leur environnement. J'ai beaucoup appris des uns et des autres, et pour commencer des enfants et des jeunes eux-mêmes.

C'est avec un lâche soulagement, mais une réelle inquiétude, que je vais mettre fin cette année à mes activités médicales en profitant de l'occasion de faire valoir mes droits à la retraite pour ne pas les prolonger - contrairement à la plupart de mes « confrères ». Je veux alerter ici sur deux des principales causes, parmi bien d'autres, de mon état d'esprit. Toutes deux concernent, chacune à leur façon, la psychiatrisation abusive des difficultés scolaires d'un nombre croissant d'enfants.

Ma première prise de fonctions, en 1979, suivait de peu l'adoption de la loi du 30 juin 1975 « *d'orientation en faveur des personnes handicapées* » qui avait notamment créé, pour les enfants, les Commissions départementales de l'éducation spécialisée (CDES). Cette loi ne définissait pas la notion de handicap. Interrogée à ce sujet à l'Assemblée nationale, Simone Veil, ministre de la Santé, avait déclaré : « Est handicapée toute personne concernée par cette loi ». A cette époque, il me semblait que ce flou favorisait la tendance, à laquelle je cherchais déjà à résister, d'orienter vers les classes spécialisées, relevant des compétences de la CDES et de ses déclinaisons locales, les enfants de milieux populaires et notamment de familles immigrées présentant différentes difficultés de comportements et d'apprentissages scolaires. En tant que pédopsychiatre, j'étais alors requis pour justifier médicalement ces orientations, même lorsque aucune pathologie n'était en cause mais que s'avéraient surtout flagrantes l'inadaptation des pédagogies proposées aux besoins scolaires et sociaux de ces enfants, et les conséquences de cette inadaptation. Simultanément, la loi avait créé peu de moyens institutionnels et pédagogiques pour favoriser la scolarité d'enfants réellement « handicapés », dans leurs apprentissages, par d'authentiques problèmes de santé mentale.

Ma reprise de fonctions, en 2009, a suivi de même l'adoption de la loi du 11 février 2005 « *pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* ». J'avais alors apprécié que celle-ci définisse en ces termes son champ d'application : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement* ».

---

<sup>1</sup> *J'ai également été placé en position de détachement pour assurer diverses fonctions de chargé de mission, pendant 15 ans, auprès de ministères, de départements et d'une grande ville, dans le champ de leurs politiques sanitaires, sociales, familiales, éducatives. Consultant et formateur, depuis 1999, pour accompagner la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de politiques sociales, familiales ou éducatives locales, je suis par ailleurs militant associatif engagé : en tant que vice-président de DEI France (section française de Défense des Enfants International), dans la promotion et l'application concrète, en France, de la Convention Internationale des Droits de l'Enfant ; et, en tant que co-fondateur et co-président d'un Centre social et culturel, dans l'actualisation et le développement des valeurs de l'éducation populaire.*

*par une personne en raison d'une altération substantielle durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ». Chaque mot est ici minutieusement choisi. Au sein et avec les moyens – certes insuffisants et inégalement répartis – des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) créées par la loi, des Plans personnalisés de compensation (PPC) sont décidés, après avoir été élaborés au plus près du quotidien des personnes. Pour les enfants susceptibles de mener leur scolarité soit dans des classes ordinaires soit dans les Classes d'inclusion scolaire (CLIS) des écoles, dans les Unités locales d'inclusion scolaire (ULIS) des collèges ou dans d'autres structures scolaires spécialisées, des Projets personnalisés de scolarisation (PPS) sont élaborés et validés comme – voire avec – les PPC. Ils permettent de rapprocher, de coordonner et d'ajuster régulièrement les contributions des enseignants, des familles et des ressources soignantes et éducatives, publiques et privées, à l'engagement de véritables parcours scolaires et à la consolidation des acquisitions qu'ils permettent. Les PPS peuvent prévoir l'affectation d'Auxiliaires de vie scolaire (AVS), en général à temps partiel, auprès de chacun des enfants concernés dans les classes ordinaires – la présence d'un AVS « collectif » par CLIS ou par ULIS étant acquise par principe.

Pour perfectibles et confrontés à de multiples et prévisibles difficultés qu'ils soient, ces dispositifs font d'ores et déjà la preuve de leur pertinence et, assez souvent, de leur efficacité pour nombre d'enfants et de jeunes, atteints d'un déficit fonctionnel avéré ou malades chroniques, qui, sinon, ne pourraient pas faire valoir leurs droits à une éducation scolaire effective. Moins isolés et mieux soutenus dans leurs efforts, les enseignants (et leurs autres élèves) réalisent souvent d'admirables prouesses, qu'il conviendrait de valoriser à tous égards, tout en analysant leurs conditions de reproductibilité mais aussi leurs limites.

Le problème est ailleurs. Il est grave, extensif et, prenant le relais des dérives antérieures, il vient à la fois pervertir l'esprit et détourner les moyens institués par la loi de 2005. Un nombre croissant de parents – désormais de tous milieux sociaux, mais la pression est plus facile à opérer sur les plus fragiles – se voient en effet enjoindre par l'école ou le collège de saisir la MDPH pour que celle-ci ait à connaître et à délibérer de la situation de leur enfant au motif du problème de comportement ou d'apprentissage qu'il pose à son environnement scolaire et que celui-ci échoue à résoudre. Dès la première consultation (souvent exigée par l'établissement scolaire), ou après un délai de décence de quelques consultations exploratoires, ces parents me tendent furtivement le certificat médical type destiné à la MDPH que leur a remis d'une main le directeur de l'école ou le principal du collège – en leur confiant de l'autre le dossier administratif et social que ce certificat doit rejoindre. Nos premiers échanges ont beau avoir permis d'identifier et d'analyser, souvent avec l'aide de l'enfant lui-même, et de commencer à résoudre les causes du problème signalé (des causes souvent intra-familiales et donc intimes, mais parfois liées à d'évidents dysfonctionnements scolaires). Au passage, nous avons pu écarter l'existence de l'une ou l'autre des sources de handicap désignés par la loi. Pour autant la douloureuse conviction de la plupart de ces parents est acquise : pas de certificat, pas de dossier MDPH ; pas de dossier MDPH, pas de PPS et donc, surtout – car tel est l'enjeu habituel – , pas de promesse d'AVS ; et, si pas d'AVS, échec voire exclusion scolaires inéluctables à plus ou moins court terme...

Quel cruel médecin deviendrais-je à leurs yeux si, dans ces conditions, je refusais de remplir le certificat posé sur mon bureau ! Si de fait, et malgré tout, je refuse, il n'est pas rare que je reçoive un appel téléphonique plus ou moins comminatoire, culpabilisant ou, dans le meilleur des cas, désespéré, de la psychologue scolaire ou du directeur de l'école.

Je peux comprendre la tension occasionnée, dans certaines classes aux lourds effectifs, par la perte de 60.000 postes d'enseignants depuis 2007 - notamment au sein des Réseaux d'aide spécialisée aux élèves en difficulté (RASED) - , étrangement contemporaine de la création de 60.000 postes d'AVS. Je peux comprendre que, face à une situation individuelle ou collective pédagogiquement complexe, des enseignants éprouvent le besoin d'être moins seuls dans leurs classes – besoin d'ailleurs relativement nouveau, en dehors des classes pré-élémentaires dotées d'ATSEM. Je peux comprendre leur tentation de médicaliser, au moins par le choix des mots avec « y » employés pour les décrire - dyspraxie, dyslexie, dysorthographe, dyscalculie, hyperactivité, etc. - , des difficultés scolaires qu'ils peinent à déchiffrer et à résoudre et dont ils aspirent à renvoyer la cause sinon la « faute » au corps, au cerveau ou à la famille de l'enfant pour la faire entrer au chausse pied dans le champ du handicap. Je comprends moins que ces enseignants, et les parents qu'ils contraignent à en accepter le principe, s'illusionnent sur les apports pédagogiques de ces AVS de bonne volonté mais qui évoluent dans un *no man's land* quasi absolu pour ce qui concerne leur recrutement, leur formation initiale et continue, leurs fonctions et leurs rôles – pour ne rien dire de leur absence de statut, de leur piètre rémunération et de leur absence de perspectives de carrière. Les bulles relationnelles que ces AVS construisent au sein des classes peuvent être utiles à des enfants fragilisés par une infirmité, un déficit fonctionnel ou une maladie, mais elles sont souvent vécues comme inadéquates, stigmatisantes et ségrégatives pour ceux qui ne relèvent pas de ces catégories. Je voudrais pouvoir comprendre, au total, que ces enseignants attendent avec impatience de voir se déployer, du moins dans les écoles primaires, le dispositif « plus de maîtres que de classes » annoncé par le ministère de l'Education nationale dans le cadre de la loi de « refondation ». Et qu'ils soutiennent ardemment cette perspective récemment annoncée par le premier ministre de faire bénéficier les AVS à la fois de CDI et, peut-être enfin, de vrais plans de formation.

En revanche, je ne peux admettre de cautionner la violence symbolique faite aux enfants qui se voient abusivement assignés au champ du handicap sans que leurs parents ne puissent ni souvent n'osent tenter de résister à ce que je dois appeler ici une machination perverse. Je ne peux admettre non plus que ces détournements de sens - et les gaspillages de ressources humaines et institutionnelles qui s'ensuivent - s'avèrent doublement maltraitants : en s'appliquant indument et dangereusement à des enfants qui n'en relèvent pas, ils en privent en effet d'autres, par exemple des enfants autistes (mais pas seulement eux), qui doivent pouvoir en bénéficier dans le cadre d'authentiques PPS adaptés à leurs réalités et à leurs besoins.

Enfin, je ne supporte plus d'être placé - « inclus » - contre mon gré entre les mâchoires de cette redoutable injonction paradoxale : si je rédige le certificat pour la MDPH et participe au PPS qui en résulte, j'entérine l'individualisation et la médico-psychologisation injustes d'une difficulté scolaire systémique que l'institution scolaire échoue ou se refuse à gérer par ses propres moyens ; mais, si je ne le fais pas, l'enfant risque de rester malgré tout considéré comme l'« élève » déficitaire, malade et donc « handicapé » qu'il n'est pourtant pas, et de subir à ses dépens – et ses parents avec lui - la prophétie auto-réalisatrice de son échec et/ou de son exclusion scolaires. Je supporte moins encore d'avoir entendu, avant la fatale prise de décision, quelle qu'elle soit, et d'entendre encore, ensuite, les enfants concernés me décrire finement et lucidement le mécanisme dont ils sont devenus les victimes et, trop souvent, de ne rien pouvoir faire de cette parole. Eux et moi allons longtemps nous sentir disqualifiés, chacun à sa façon, par un processus que nous sommes devenus incapables de maîtriser. Et les consultations qui nous ont pourtant permis, dans un premier temps et avec l'aide de leurs parents, de faire émerger leurs vérités et leurs positions de sujets risquent fort d'être désinvesties en retour de tout espoir d'accompagner de véritables processus de changement.

J'évoquerai plus brièvement, dans la mesure où il est assez proche, un phénomène non moins préoccupant et qui, à la suite de plusieurs pays et notamment des USA, prend en France une ampleur croissante : le recours extensif au méthylphénidate, molécule proche des amphétamines, commercialisée sous les noms de *Ritaline*, *Concerta* ou *Quasym*, et prescrite en cas de diagnostic de « trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité » (TDAH) porté sur des enfants essentiellement sur la base de leurs comportements scolaires. Il est notable que la catégorie clinique du TDAH, d'apparition récente, ne correspond à aucune structure particulière de la personnalité ni à aucune pathologie spécifique du développement de l'enfant. Chez l'adulte, bien au contraire, et notamment au sein des entreprises en quête fiévreuse de productivité et de compétitivité, l'hyperactivité est attendue voire exigée des salariés, et très positivement connotée. Chez les « élèves », en revanche, elle est le nouveau nom, d'allure médicale, par lequel on décrit, en leur conférant la dimension d'un symptôme, les façons d'être en classe d'enfants autrement et autrefois désignés de « turbulents » ou, plus récemment, de « perturbateurs ». En réalité et en pratique, pour paraphraser Simone Veil à propos du « handicap », on peut définir comme « atteint de TDAH tout enfant susceptible de se voir prescrire du méthylphénidate ». On voit bien, compte tenu des tensions qui traversent aujourd'hui les univers scolaires, que le marché potentiel, et déjà largement institué, est ici considérable. De fait, les stratégies commerciales des laboratoires qui commercialisent cette molécule sont particulièrement agressives : publication dans la presse grand public d'articles plus souvent admiratifs et favorables que critiques et incitant parents et enseignants à la prudence, multiplication des colloques pseudo-scientifiques (avec buffets, gadgets, frais de déplacement et d'hébergements offerts aux médecins) visant à accroître le champ des indications, minoration des nombreux et importants effets secondaires, *black out* organisé sur les effets à long terme, co-financement des recherches de services hospitalo-universitaires ayant constitué à cet effet de véritables filières de recrutement d'enfants et de prescriptions intensives (décidées sans liens avec les équipes de soin de proximité connaissant ces enfants), etc.

Or, ici, la violence est aussi chimique, et plus seulement symbolique, même si elle l'est aussi : la « prescription » pressante de cette prescription-là provient souvent d'enseignants qui ont entendu parlé ou déjà eu à observer les effets rapides de la « pilule de la sagesse » ; et certains médecins scolaires n'hésitent pas, en court-circuitant médecins de famille et pédopsychiatres dans mon genre, à orienter autoritairement des parents vers des services hospitaliers réputés pour leurs tendances à dépister des TDAH en toutes circonstances et pour leur frénésie à prescrire intempestivement des « traitements » à base de méthylphénidate (en Île-de-France, par exemple, les services de pédopsychiatrie et de neuro-pédiatrie de l'hôpital Robert Debré sont des têtes de pont notoires de ces filières). Il se trouve en effet que seuls les médecins ayant un statut (national) de praticien hospitalier peuvent réaliser la première prescription de ce « médicament » classé au tableau B (celui des stupéfiants) ; l'ordonnance peut ensuite être renouvelée par tout médecin, par exemple le médecin de famille, qui s'exécute toujours.

Il se trouve que je suis moi aussi praticien hospitalier, mais que je suis réputé dans mon secteur d'activité pour ne pas prescrire de méthylphénidate, ce pourquoi je suis malheureusement bien placé pour observer les contournements dont mon option, explicite et explicitée, fait l'objet. Alors même que les approches psychothérapeutiques et pluridisciplinaires que j'ai pu proposer et mettre en place commencent à produire leurs effets chez tel ou tel enfant désigné comme « hyperactif », il est ainsi de moins en moins en rare que ses parents viennent me tendre, gênés et piteux, l'ordonnance établie à mon insu en me demandant de bien vouloir la renouveler. Ils m'exposent alors à un dilemme déontologique et éthique similaire à celui que j'ai décrit à propos du certificat pour la MDPH. Mais, déjà, le regard éteint de leur enfant, son amaigrissement,

l'apparition de troubles de l'endormissement, d'une montée anxio-dépressive diffuse - ou, au bout de quelques mois, d'un fléchissement de leur croissance staturo-pondérale - avaient pu m'alerter. Tout aussi significatif est le malaise – ou le triomphe ! - de son enseignant, parfois informé avant moi de la prescription, et persuadé que l'apaisement de l'enfant ne peut être dû qu'à la molécule et non pas à la psychothérapie engagée bien avant son introduction furtive. La preuve, en outre, que prescripteurs, parents et enseignants sont conscients de la violence chimique infligée à l'enfant, et que seuls les effets comportementaux et non pas le mieux être global sont recherchés, s'incarne tragiquement dans le fait que, bien souvent, l'ordonnance initiale prévoit des « fenêtres thérapeutiques » - c'est-à-dire la suspension de la prise de « médicament » - les week-ends et pendant les vacances scolaires !

L'aspect le plus pathétique de cette séquence provient de ce que certains enfants protestent au début du « traitement », notamment du fait de la pénibilité des effets secondaires initiaux mais aussi du mal-être que provoquent en eux les effets psychotropes, puissants et indubitables, de la substance qu'ils doivent incorporer (y compris à midi, à l'école) ; que, tout du moins, ils cherchent encore des mots pour décrire l'indicible (« ça fait bizarre dans la gorge ») ; et puis qu'ils se soumettent et se résignent. Parfois même, ils sont les premiers à refuser qu'on essaye de baisser la dose ou d'arrêter le « traitement ».

Quelques-uns, pourtant, réussissent à me confier, dans le secret de la consultation en tête à tête, qu'ils souhaiteraient en finir avec cette nauséuse contention chimique, comme d'autres osent me dire que l'assistance obligatoirement prodiguée par « leur » AVS, sous le regard narquois et distancié de leurs camarades, leur semble aussi inutile qu'humiliante. Mais je vois dans leurs yeux et j'entends dans le ton de leur voix qu'ils ne font plus vraiment confiance à l'adulte que je suis et qui, malgré l'écoute empathique et le soutien bienveillant qu'il leur a promis puis prodigué, n'a pas su les prémunir du statut auquel ils sont réduits. Un statut qui, au prétexte de compenser leur prétendu « handicap » ou de déminer leur dite « hyperactivité », ne parvient finalement qu'à les tenir en laisse.

Voici pourquoi, entre tant d'autres raisons, « *c'est avec un lâche soulagement, mais une réelle inquiétude, que je vais mettre fin à mes activités médicales* » pour me concentrer sur mes activités militantes, dans les champs des droits de l'enfant et de l'éducation populaire, et renouer de la sorte avec des principes de bientraitance prémunis de toute ambiguïté. Et pour continuer, modestement mais résolument, à conseiller des élus et des décideurs locaux quand ils font le choix de se fier aux enfants et aux jeunes pour élaborer, mettre en œuvre et évaluer avec eux, et bien sûr avec les parents et les éducateurs progressistes, les politiques publiques de proximité, notamment éducatives, qui les concernent. A tous ceux-là je veux dire, pour les alerter, que mon inquiétude n'est pas seulement celle, classique, du vieux professionnel faisant valoir son attachement à de vieilles valeurs, et sa réticence à passer le relais. Elle est surtout celle de l'inusable militant qui observe hélas à quel point l'univers de la pédopsychiatrie est peu à peu gagné par des conceptions réactionnaires de l'éducation, familiale et scolaire, et du soin. Et dégradé par des pratiques qui négligent de prendre le temps d'écouter les enfants et d'activer les scrupules éthiques qui devraient précéder, entre autres exemples, la rédaction d'un certificat ou d'une ordonnance.

**FRÉDÉRIC JÉSU**

**ARTICLE**

**2014 - Feuilles de déroute (relative) d'un futur ex-pédopsychiatre confronté à ses relations avec les écoles**

**Licence (CC BY -NC-ND)**



Vous êtes autorisé à publier, partager, distribuer gratuitement l'œuvre de l'auteur.

Dans la mesure du possible vous devez donner le nom de l'auteur. Vous n'êtes pas autorisé à vendre, louer, reproduire, adapter, modifier, transformer ou faire tout autre usage.

**Courriel de l'auteur** : [contact@frederic-jesu.net](mailto:contact@frederic-jesu.net)

**Site officiel de l'auteur** : <https://www.frederic-jesu.net>

**© Copyright-France tous droits réservés 2020-2021**

**Paris, 2020**

**ISBN 979-10-394-0481-5**