

Proposition de synthèse pour une feuille de route pour la pédopsychiatrie

Contrairement à un passé pas si lointain, de nos jours, enfants et adolescents sont l'objet d'attention de la part de nombreuses institutions. La France a signé et ratifié la « Déclaration des droits de l'enfant ». La pédopsychiatrie est devenue une spécialité à part entière de la psychiatrie.

La protection de l'enfance est une des premières responsabilités des Conseils départementaux, qu'ils assurent à travers des services dédiés et également tout un réseau d'associations. Le Ministère de la Justice intervient aussi avec les services de la protection judiciaire de la jeunesse.

L'Éducation nationale reçoit la quasi-totalité des enfants dès 3 ans et constitue un point d'observation privilégié des difficultés ou des problèmes que pourrait présenter un enfant .

Des établissements médico-sociaux divers accueillent des enfants et adolescents en situation de handicap et/ou présentant des problèmes de comportement.

Néanmoins, malgré tous ces acteurs sur le terrain, de nombreux enfants passent à travers les mailles et on les retrouve dans les services de psychiatrie d'adultes, présentant de graves troubles psychiatriques, s'exprimant parfois par des violences verbales et/ou physiques déstabilisant les équipes soignantes.

Le contexte ou : comment nous en sommes arrivés à cette situation

Depuis la fin des « Trente glorieuses », notre société est confrontée à des mutations multiples et profondes : affaiblissement, voire disparition des structures religieuses ou laïques qui donnaient des cadres et des lignes aux individus, montée parallèle de l'individualisme et des injonctions à se prendre en charge et à se responsabiliser, pression scolaire majeure, chômage de masse....et montée de la pression sociale dans le travail pour ceux qui en ont..., fragilisation des structures familiales elles-mêmes avec une augmentation rapide des familles recomposées, ou monoparentales...

Ces bouleversements impactent fortement les personnes et notamment les plus fragiles d'entre elles et les pathologies psychiques et la santé mentale deviennent une préoccupation majeure de santé publique, d'autant que leurs moyens sont loin d'accompagner ces évolutions.

Enfin, il faut sans doute aussi relever l'extension des missions de la discipline. Ces dernières années, les sollicitations ont été multiples et très diverses : Prise en charge des Troubles du Spectre de l'Autisme, Interactions précoces et soutien à la parentalité, Troubles des apprentissages, THADA, Troubles des Conduites alimentaires (Anorexie/Boulimie) et obésité morbide, Maltraitance et Abus sexuels sur mineurs, Harcèlement scolaire, Dépression et suicide des jeunes, comportements de violence, etc. Dans ce contexte, il n'est pas étonnant d'avoir à constater l'incapacité de la pédopsychiatrie à répondre, en l'état actuel des choses, à toutes ces situations.

Les difficultés de la pédopsychiatrie

La situation de la pédopsychiatrie en région Pays de la Loire nous semble aujourd'hui préoccupante. Elle présente des dysfonctionnements et pose de nombreuses questions :

- Pourquoi des préadolescents se retrouvent-ils en psychiatrie d'adultes ?
- Doit-on ou non hospitaliser les enfants, et quelle que soit la réponse, forcément nuancée, que l'on apporte à cette question, comment expliquer les disparités de nombre de lits d'un département à l'autre à population comparable ?
- L'Aide Sociale à l'Enfance répond-elle aux besoins ? De plus en plus d'enfants ou d'adolescents dépendant aujourd'hui de cette dernière présentent également des situations de handicap, notamment psychique, ou neurodéveloppementaux souvent peu ou pas identifiées ou en tous cas non prises en compte. Nous pouvons renvoyer au rapport d'information du Sénat préfigurant la loi du 24 mars 2016 dans lequel on peut lire : « ...le dispositif d'observation de la population des enfants protégés demeure, sinon balbutiant, du moins largement insuffisant... »

Au-delà des conséquences financières lourdes (un récent rapport indique que le coût d'une prise en charge est trois fois plus important à l'âge adulte que dans l'enfance), il convient de s'attacher prioritairement au risque majeur que constitue la perte de chances encourue par l'enfant faute de détection précoce des troubles .

Une première difficulté vient donc du retard dans la détection des troubles. Ce retard est dû en grande partie au manque de sensibilisation sur le sujet des divers professionnels et des familles qui accompagnent ces enfants. Les différences de culture, le cloisonnement du fonctionnement des différentes institutions sont une autre cause de ce retard.

S'ajoute à ces causes de retard, depuis maintenant plusieurs mois, voire années, le délai entre la décision prise par un juge au sujet d'un enfant et sa traduction concrète. Ce délai, qui atteint aujourd'hui parfois plusieurs mois, est très préjudiciable et constitue une perte de chances importante.

Par ailleurs, la pédopsychiatrie est souvent amenée à gérer des problèmes qui ne devraient pas arriver jusqu'à elle si les acteurs en amont étaient suffisamment formés pour remplir tout leur rôle, et la détection mieux organisée.

A cela, s'ajoute le grave problème actuel de la démographie médicale de la discipline. De nombreux secteurs de Pédopsychiatrie sont actuellement en grande difficulté du fait d'une pénurie de médecins. L'actuelle réforme de l'Internat va-t-elle réellement dans le sens d'un soutien et d'un renforcement de la discipline et d'une diminution de la pénurie ? Il est permis de s'interroger.

Propositions d'évolution

En préambule, ces propositions d'évolutions s'entendent comme un but vers lequel tendre. Elles s'appuient, de manière volontariste, sur le principe d' « aller vers » la personne, ce qui implique pour beaucoup de professionnels, des changements de pratique et un changement de culture.

Sur la question du nombre de lits, la réponse est sans doute complexe.

La pédopsychiatrie est souvent amenée à suppléer les institutions chargées de la jeunesse qui, dépassées par certaines situations, ne voient comme seul recours que l'hospitalisation. En même temps, la capacité en lits semble étroitement liée aux décisions des responsables administratifs et médicaux des services. Dans un passé encore récent, on pouvait compter également sur des lits en pédiatrie accueillant des enfants et adolescents avec prise en charge par la pédopsychiatrie. Leur existence est précieuse au regard des besoins du terrain. Les travaux universitaires actuels attestent de leur intérêt et il importe de les maintenir.

La réponse devrait s'attacher :

- Au parcours du patient en amont et en aval d'une éventuelle hospitalisation, donc aux moyens et modes de prises en charge adaptés et diversifiés,
- Au développement de l'ambulatoire dans une démarche d' « aller vers... »,
- Aux partenariats à développer pour prévenir la survenue de « cas complexes » qui nécessiteraient une hospitalisation.

Sur la question du repérage précoce et de la prévention

Cette absolue nécessité ne peut être du seul ressort de la pédopsychiatrie. Elle concerne tous les acteurs en contact avec les enfants (médecins généralistes, pédiatres, intervenant paramédicaux, l'Education nationale, les acteurs de la protection de l'enfance et de la justice).

Outre une prise en compte adaptée de ces thèmes dans les formations initiales des différents acteurs, une sensibilisation par la formation continue doit aussi être faite, ainsi que sur des journées de formation interdisciplinaires qui auraient l'avantage de provoquer des échanges de savoir entre les participants, de permettre le rapprochement des cultures et de jeter les bases des nécessaires réseaux d'acteurs.

L'édition de guides adaptés permettant de diffuser une pratique d'alerte serait également bienvenue.

Il serait important que les acteurs extérieurs à la santé, et notamment les professionnels de l'éducation nationale et de la protection de l'enfance, disposent de recours auxquels ils pourraient faire appel en cas d'attitude d'un jeune repérée comme « inadaptée ». Le développement des équipes mobiles pourraient y répondre, avec des missions à préciser.

Parallèlement, il semble indispensable d'associer à ces actions de sensibilisation les parents d'élèves, à travers leurs associations. C'est en effet aux parents que revient la décision d'accompagner leur enfant à une consultation et leur implication est donc essentielle, en gardant à l'esprit que pour de très jeunes enfants, leur réticence est parfois grande...

Sur la spécificité de l'adolescence

Le passage de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte est doublement brutal pour les deux parties que sont l'adolescent d'une part et ses parents de l'autre. A 16 ans, on n'est pas encore tout-à-fait un

adulte. En psychiatrie d'adultes la famille, bien accompagnée en général en pédopsychiatrie, se trouve davantage mise à distance. Il devrait être organisé un protocole particulier de prise en charge pour la tranche d'âge 16 à 20 ans, associant les derniers professionnels qui ont suivi l'adolescent en pédopsychiatrie et les professionnels qui l'accueillent dans le secteur adulte. (on peut renvoyer sur ce point à l'étude « Milestone » lancée en octobre 2015 dans huit pays européens et coordonnée en France par le CHRU de Montpellier (Pr. Diane Purper Ouakil)

La définition des limites d'âges (16 ans ? 18 ans ?) et le développement de dispositifs de transition sont fondamentaux, tant pour les hospitalisations (complètes / hospitalisations de jour) que pour les consultations.

Faire progresser le travail en réseau

La première tâche de la pédopsychiatrie, serait de remédier à d'éventuels cloisonnements internes, de faire progresser le travail avec les professionnels exerçant en libéral et d'intensifier celui avec la PMI. Le développement de ce travail en réseau de coopération nécessite des moyens, et une organisation innovante si l'on veut tenir compte de l'évolution démographique extrêmement tendue des pédopsychiatres.

Le programme PANJO - Promotion de la santé et de l'Attachement des Nouveaux-nés et de leurs Jeunes parents -, outil de renforcement des services de la PMI soutenu par l'ARS, en développement dans les Pays de la Loire qui se prolonge par des contrats de partenariat avec le Conseil départemental va dans le bon sens en préfigurant une démarche permettant les regards croisés.

Ce travail en réseau, qui devra également s'articuler avec les plates-formes dédiées aux troubles neurodéveloppementaux est indispensable pour un repérage précoce des troubles.

Sur la définition et l'organisation de l'offre de soins

Les soins en santé mentale nécessitent en général une certaine durée pour être efficaces. L'absence de continuité des soins peut être extrêmement préjudiciable.

Actuellement, seules les consultations d'un médecin sont remboursées par la Sécurité sociale. La prise de relais éventuelle par un psychologue par exemple laissera un coût important à la charge d'un assuré qui peut souvent avoir des difficultés financières.

Une attention particulière devrait être portée également à l'adéquation des horaires d'ouverture et à l'accessibilité des CMP / CMPP, ainsi qu'au niveau du temps « non programmé » dans ces structures, afin de s'adapter aux conditions de vie quotidienne des jeunes et de leurs familles.

Il serait utile d'inclure des compétences socio-éducatives au sein des équipes de pédopsychiatrie. Ce type de professionnels joue et jouera plus encore à l'avenir un rôle essentiel, notamment au sein de, et pour construire les réseaux.

Enfin sur la question des cas « complexes »

Ces cas dits « complexes » sont de plus en plus précoces, sans distinction de sexe. Dans certains cas, les enfants présentent une mise en danger extrême et une incapacité quasi-totale à devenir autonome. Pour autant, l'hospitalisation prolongée peut avoir des effets iatrogènes et est de moins en moins acceptée. Là aussi, un travail de partenariat, notamment avec les SESSAD, est sans doute à privilégier, car tout autant que les personnes, ce sont les situations qui sont complexes.

En conclusion,...

Le constat sur lequel l'ensemble des acteurs s'accorde est qu'ils doivent faire face en commun à des situations difficiles. Travailler ensemble est devenu une obligation absolue. La psychiatrie, discipline médicale, doit aussi penser les questions somatiques, mais aussi sociales et sociétales. Pour cela les coopérations et partenariats sont incontournables, ce qui implique des formations mutuelles et/ou communes, mais aussi d'aménager le secret partagé.

Quant au pédopsychiatre, au cœur du système, il lui faut

- être très généraliste,
- rester médecin,
- ne pas ignorer le social,
- penser les questions somatiques et sociétales,
- mettre en œuvre beaucoup de partenariats et de formations mutuelles,
- faire bouger les frontières en aménageant le secret partagé,
- et développer les coopérations innovantes.