



Monsieur le Sénateur Milon

Mission d'information
sur la situation
de la psychiatrie des mineurs en France

Palais du Luxembourg
15 rue de Vaugirard
75291 Paris Cedex 06

Paris, le 5 mars 2017

Monsieur le Président,

Nous vous prions de trouver ci-jointe comme convenu la contribution du **Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux** et de la **Société de l'Information Psychiatrique** aux travaux de la commission chargée de la mission d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France.

Veuillez recevoir nos respectueuses salutations.

Docteur Marc Bétrémieux, président du SPH

Docteur Gisèle Apter, présidente de la SIP

MISSION D'INFORMATION SUR LA PSYCHIATRIE DES MINEURS EN FRANCE

**Société de l'Information Psychiatrique
Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux
Mars 2017**

La pédopsychiatrie est décrite actuellement comme plus en difficultés que ne le seraient d'autres spécialités et fait l'objet d'attention des politiques. En tant que professionnels défendant la discipline tant sur le plan institutionnel que scientifique, le SPH et la SIP souhaitent vous faire part des résultats des travaux que nous menons depuis des années dans diverses instances.

1. **Parcours de soin de l'enfant en fonction des troubles : Place des acteurs**

- Les réponses doivent être hiérarchisées pour permettre à chaque enfant et adolescent de bénéficier de l'appui dont il a besoin :

- soutenir des actions de prévention sur des populations cibles ou des individus,
- offrir des soins simples pour des situations symptomatiques isolées,
- donner une place au parcours diagnostique conjoint à des soins pointus,
- permettre une coordination des interventions et de soutenir des professionnels de première ligne.

La pédopsychiatrie s'est structurée de longue date en réseau sur le territoire. Elle doit avoir, dans le dispositif gradué que nous proposons, une fonction d'organisation et de coordination afin de :

- Filtrer l'accès à la pédopsychiatrie par une orientation à partir de professionnels de proximité (pas seulement médicaux).
- Situer la pédopsychiatrie en position de coordination, d'interventions complexes et de référence, sur des moments ou des processus évolutifs essentiels au développement du jeune, pour des axes thérapeutiques spécifiques et intenses.
- Réserver les centres de référence à des évaluations de recours dans lesquels les pédopsychiatres sont entourés de spécialistes experts dans leur domaine de compétence.
- Développer la prévention et les réponses à des symptômes isolés, à partir des professionnels de proximité, des MDA (Maison des Adolescents).
- Donner la possibilité de remboursement d'un nombre fixe et non renouvelable de séances assurées par des psychomotriciens, des psychologues, des orthophonistes, dans ces dernières situations, sous l'égide de la MDA par exemple.
- Soutenir la position des CMPP (Centre médico-psycho-pédagogiques) dans des interventions spécifiques, en particulier sur les axes instrumentaux, de souffrance psychique en définissant les complémentarités éventuelles avec les structures sanitaires voisines ; celle des CAMSP autour des pathologies aux co-morbidités somatiques.

a- Description de la situation actuelle

Tout un chacun aujourd'hui peut consulter dans les Centre Médico-Psychologiques. Que ceci perdure ou non, la question de prises en charge légères mais nécessaires (psychothérapies,

psychomotricité, orthophonie) pour que certains troubles de l'enfant ne s'aggravent pas, se pose. Les pédopsychiatres sont souvent amenés à voir en première consultation des enfants qui présentent une souffrance modérée, réactionnelle (à une séparation parentale par exemple, à un deuil...), ou des difficultés de développement sans gravité majeure, ne nécessitant pas une prise en charge pluri-professionnelle mais un accompagnement modeste et/ou limité dans le temps, afin que les troubles ne se fixent pas. Où adresser alors l'enfant ou l'adolescent qui ne relève pas forcément du plateau technique de la pédopsychiatrie ?

Les CAMSP et CMPP sont très différents les uns des autres, et leurs missions ne sont souvent pas clairement définies. Plutôt que de laisser chacun définir la population qu'il souhaite prendre en charge (ou qui lui permettra de bénéficier d'une dotation supplémentaire), il serait judicieux de réfléchir de manière globale, en termes de besoins de la population, de répartition dans les réponses, de parcours de soins.

Les CAMSP et CMPP se sont vus attribués par le 3^{ème} plan autisme les missions de dépistage et de diagnostic précoce alors qu'ils ne disposent pas, pour beaucoup, de formation ni d'un plateau technique adapté, contrairement aux secteurs de pédopsychiatrie.

Les psychothérapies en libéral réalisées par des psychologues ne peuvent être accessibles aux populations les plus précaires, tout comme la psychomotricité. L'accès à l'orthophonie de façon complémentaire à un suivi en CMP de secteur public est aujourd'hui possible sur prescription et remboursé sauf dans les régions où les Caisses Régionales d'Assurance Maladie interprètent faussement et par esprit d'économie à courte vue le système de la DAF en le considérant comme un prix per capita (comme pour les CMPP et les CAMSP, dans le médico-social).

Il est urgent de clarifier cette prise en charge financière et de revaloriser le statut des orthophonistes à la hauteur de leurs études (Bac + 5 payés aujourd'hui comme un niveau Bac + 3).

b- Organisation filtrée du dispositif

1- Prévention – repérage – réponse courte de proximité (niveau 1)

Ainsi, si on veut réellement permettre aux pédopsychiatres du service public de désengorger leurs demandes en attente pour se centrer sur les troubles aux risques les plus graves, nécessitant leurs compétences et la collaboration d'une équipe pluriprofessionnelle, il est nécessaire de réfléchir l'organisation de prévention primaire, de repérage, de réponse de première ligne.

Dans le cadre de la prévention après repérage de troubles sans gravité majeure (niveau 1), il serait cohérent que la sécurité sociale rembourse un forfait de quelques séances prescrites par les médecins généralistes pour une psychothérapie ou une rééducation en psychomotricité.

Les MDA (Maison Des Adolescents) se situent dans cette mission. Elles sont accessibles, neutres, offrent des réponses diversifiées, orientent si nécessaire, font de la prévention et sont multiprofessionnelles.

2- Parcours diagnostique – évaluation – prévention secondaire et tertiaire - élaboration d'un projet de soin – coordination – orientation (niveau 2)

La pédopsychiatrie a pour fonction d'analyser globalement la situation qui s'exprime par une plainte (du jeune ou de son entourage) retentissant sur différents aspects de sa vie présente ou pesant sur son futur.

Le pédopsychiatre est garant de la priorisation des premières consultations. A l'issue d'un parcours diagnostique dont le contenu est défini sous sa responsabilité, le jeune bénéficie soit d'un projet thérapeutique in situ, exclusif ou complémentaire, soit d'une ré-orientation rapide au plus près de son domicile vers des professionnels formés et compétents.

Dès lors que ces prises en charge sont prescrites par un pédopsychiatre (donc après une évaluation globale de la situation de l'enfant, en libéral ou dans les secteurs), nous sommes dans le cas du niveau 2 et le remboursement devrait être possible et non limité à un forfait de quelques séances pour des séances de psychomotricité au même titre que l'orthophonie. Il devrait en être de même pour les psychologues.

Le remboursement des psychothérapies exercées par les psychologues libéraux nécessite de clarifier le statut du psychologue, et également de se pencher sur leur formation.

Il pourrait également être judicieux que les psychologues se destinant à la pédopsychiatrie aient une formation spécialisée autour de l'enfant. L'accès à davantage de clinique dans leur cursus permettrait une meilleure expérience du terrain, une homogénéisation des compétences. La formation des psychologues cliniciens en France n'a pas la solidité clinique de celle d'autres pays européens ou nord-américains.

3- Réponses spécifiques intersectorielles – pour des pathologies complexes – pour des situations en urgence – de recours – de référence (niveau 3)

La pédopsychiatrie a mutualisé de nombreuses réponses, interventions soit entre plusieurs secteurs d'une même zone géographique, soit au niveau départemental, enfin au niveau régional.

Des urgences territorialisées à base hospitalière sont nécessaires et souvent absentes en tant que telles. Elles impliquent pour certaines populations des lits d'aval (cf section adolescents) et des équipes de liaison mobiles spécifiques pédopsychiatriques. Ceci pourrait inclure ou être une base pour une réponse aux urgences psycho-traumatiques enfants réparties sur tout le territoire national, en lien avec les référents maltraitances et CUMP.

Cette hiérarchisation est le fait de situations plus rares ou plus intenses ou plus complexes. Ce sont les urgences, les hospitalisations à temps plein, les accueils pour risques suicidaires, pour Troubles du Comportement Alimentaire, les unités d'hospitalisation mère-bébé (plutôt régionales).

Toutes ces unités doivent rester reliées au maillage sectoriel.

Les centres de référence doivent garder leur fonction de recours pour les situations complexes. Quand ils existent en pédiatrie ils doivent inclure des pédopsychiatres de secteurs afin que l'approche psychopathologique complète l'analyse instrumentale et que les diagnostics différentiels puissent être faits avec relais adaptés.

2. Articulations nécessaires, mieux organiser les différents acteurs concernés

- Les partenaires doivent définir avec l'aide des pédopsychiatres leurs besoins afin qu'ils soient ciblés et en adéquation avec les capacités de ces services. Les études de parcours de soins peuvent contribuer à définir l'organisation des partenariats nécessaires.
- Localement, les partenaires peuvent solliciter la pédopsychiatrie pour des actions indirectes, des demandes d'analyse de situations, des évaluations ou des actions thérapeutiques complémentaires, des formations, en tenant compte des moyens disponibles.

La pédopsychiatrie est comme nous l'avons vu au carrefour de différents champs :

- les acteurs du repérage (médecins traitants, gynéco-obstétriciens, néonatalogistes, pédiatres, PMI, crèches, assistantes maternelles, éducation nationale...)
- les acteurs du monde éducatif et judiciaire
- les acteurs du médico-social
- la psychiatrie des adultes

Les articulations doivent être fonctionnelles, dans le respect de la fonction de chacun.

Les acteurs de pédopsychiatrie forment les professionnels au repérage (cf les documents élaborés par la FFP (en collaboration avec la DGS)). Ils participent activement aux rencontres nécessitées par la loi du 11 février 2005.

Aujourd'hui la pédopsychiatrie est très sollicitée par les partenaires, alors qu'elle n'a pas les moyens de répondre à toutes les demandes. Ces demandes se fondent souvent dans l'urgence sur des critères comportementaux, de dangerosité ou de symptômes déroutants et souvent répétitifs, déterminés alors comme « psychiatriques » par les partenaires. Dans l'imaginaire de beaucoup la pédopsychiatrie (comme la psychiatrie) viendrait calmer ou faire revenir dans la normalité comportementale des jeunes devenus inaccessibles.

S'il est nécessaire que nous soutenions ces équipes, il faut penser des articulations moins coûteuses et plus fonctionnelles. Ainsi il conviendrait de développer des réunions de synthèses plus accessibles qui peuvent permettre d'éviter une hospitalisation d'un adolescent placé à l'ASE, ou encore d'offrir des périodes d'évaluation limitées, de déterminer un parcours coordonné ne coupant pas le jeune de son milieu d'origine (hospitalisations séquentielles, accueil médico-social et éducatif, diversement associés...)

Les services et unités d'accueil de l'ASE, les PMI, pourraient être en lien privilégié avec la pédopsychiatrie sur le modèle de la pédopsychiatrie de liaison, afin d'accorder rapidement des soins aux enfants les plus précaires et fragilisés.

Il est nécessaire de définir ensemble ce qui relève de chacun, à quel moment et sous quelle forme, mieux définir les besoins réels de chaque acteur vis à vis de la pédopsychiatrie publique. Il pourrait être mis en place une étude d'analyse des besoins à l'égard de la pédopsychiatrie.

3. La formation et la reconnaissance des pédopsychiatres et de leurs équipes

- Maintenir un haut niveau de qualification de la pédopsychiatrie pour renforcer les fonctions précédemment décrites. Si nécessaire, pour y parvenir, faire un DES de pédopsychiatrie et augmenter le nombre d'universitaires. Rehausser les capacités de formation des pédopsychiatres à travers le fond de DPC. Soutenir les spécifications sur une base générale obligatoire, dont la dimension expertale.
- Ouvrir une spécialisation pédopsychiatrique aux infirmiers. Améliorer la formation clinique des psychologues et leur connaissance des outils. Organiser des unités spécifiques à partir des secteurs de pédopsychiatrie, en lien avec la psychiatrie des adultes pour certaines tranches d'âges.
- Améliorer les capacités cliniques et le champ d'évaluation de la protection de l'enfance, y détacher des infirmières puéricultrices pour les tout-petits.

La pédopsychiatrie est une **discipline complexe et spécifique, c'est pourquoi elle**

demande du temps et des moyens de formation.

a- Ses professionnels ont une formation solide sur le plan médical. Nous sommes formés comme tout médecin, lors du tronc commun des études médicales (6 ans), à la dimension du corps, au somatique, à la souffrance physique, à la maladie, tant celle qui touche les adultes que les enfants. Notre cursus au cours des études médicales (externat en médecine (hospitalisations dans divers services, gardes aux urgences), internat en pédiatrie ou autre service somatique, en psychiatrie adulte, pédopsychiatrie...) nous a confrontés à **toutes les circonstances socio-économiques et culturelles** que les individus peuvent rencontrer.

b- Les pédopsychiatres sont formés également, pendant leur internat de 4 ans, à la psychiatrie des adultes, ce qui nous apporte des connaissances sur les pathologies des parents que nous rencontrons (les addictions, les troubles de la personnalité, les traitements...) et des évolutions possibles de la souffrance et des troubles.

Cette formation nous permet ainsi des liens plus aisés avec nos collègues psychiatres d'adultes ainsi qu'avec tous les autres médecins, même si ces liens sont à parfaire, à mieux organiser.

c- La spécialisation en pédopsychiatrie nous forme spécifiquement au développement du bébé, de l'enfant et de l'adolescent, aux diverses problématiques relationnelles, culturelles, aux diverses souffrances que peut rencontrer l'être humain en devenir, aux interactions complexes entre soma et environnement...

d- Nous travaillons en équipe pluriprofessionnelle, dans des enrichissements réciproques. Nous sommes donc les spécialistes du développement de l'enfant, dans sa globalité, des entraves possibles, quelles que soient leurs origines (neurologique, épigénétique, sensorielle, environnementale, économique...), de sa protection, dans le croisement des regards entre somatique et relationnel.

Notre formation nous fait rencontrer, en plus du monde de la médecine, de l'obstétrique et de la pédiatrie avec qui nous échangeons, le **monde de l'Education Nationale, de la Protection Maternelle et Infantile, de l'éducatif, du judiciaire, du médico-social...**

e- Sur cette formation généraliste du développement de l'enfant et de l'adolescent, de la grossesse au passage à l'âge adulte, à l'accès à la parentalité, nous sommes amenés à nous **spécialiser dans des champs plus pointus** suivant les âges ou suivant les pathologies : notamment les bébés, l'adolescent, le diagnostic précoce de l'autisme...

Cette base large de formation et d'exercice, avec des sur-spécialisations, montre le champ d'exercice vaste de la pédopsychiatrie. C'est pourquoi, le pédopsychiatre, clinicien, ayant reçu une formation longue, est amené à élaborer une compréhension des troubles avec l'appui d'une équipe, poser des orientations diagnostiques diversifiées, hiérarchiser et sélectionner des actions de soins, coordonner les pratiques, superviser les professionnels. Il est un chef d'orchestre en lien avec la pratique.

Nous appelons à ce que ces connaissances pointues, globales puis plus spécifiques, à la croisée de divers champs, soient reconnues et valorisées.

Les organisations professionnelles concernées et en particulier celle que nous représentons sont attachées à la solidité de l'enseignement décerné initialement et en continu, son appartenance à la discipline psychiatrique comme champ du psychisme et du processus développemental et si nécessaire, pour en garantir la qualité, la constitution en spécialité propre.

f- Ce respect de la discipline pour ce qu'elle est, en permettant sa reconnaissance, ainsi que sa revalorisation financière spécifique (les consultations pédopsychiatriques, de par le temps nécessaire pour échanger avec les parents et les divers partenaires autour de l'enfant, nécessitent plus de temps que les consultations pour les adultes), peuvent contribuer à la rendre plus attractive.

g- Si le nombre de pédopsychiatres peut apparaître comme important en France, il diminue fortement actuellement, et dans plusieurs universités de médecine aucun professeur de pédopsychiatrie n'est nommé. La charge de chaque universitaire est disproportionnée et ne permet pas une sensibilisation ni une formation à la hauteur des besoins qui ont été mis en évidence dans les rapports OMS et dans le rapport « Moro-Brison ».

Il faut donc s'assurer que chaque université nomme au moins un professeur en pédopsychiatrie, sans laisser cela au bon vouloir des doyens.

h- L'exigence de la présence d'universitaires dans toutes les facultés d'une part, une **spécialisation sérieuse et reconnue** à la pédopsychiatrie d'autre part (une réflexion est en cours sur le fait que la pédopsychiatrie soit enseignée dans un DES à part de la psychiatrie adulte, ou éventuellement comme un co-DES, et non pas seulement comme option ; il est également important que la formation en France soit sur la même lignée d'exigences qu'ailleurs en Europe (3 ans de formation spécifique minimum pour une spécialité)), et enfin une **formation continue de qualité** pour que chacun puisse avoir accès aux données actuelles de la science tout au long de sa carrière, et d'acquérir des connaissances pointues dans son domaine clinique, sont donc à défendre.

i- Sur ce dernier point, la formation continue des médecins du service public est globalement pauvre et a été réduite du fait de l'application de la dernière réforme du DPC ayant réduit les exigences annuelles. Les budgets de formation portés dorénavant par l'ANFH, jusqu'alors reconductibles d'année en année, ne le sont plus.

j- Formation des professionnels de la pédopsychiatrie : la formation des infirmiers doit également être revue. Les soins étaient de meilleure qualité lorsque les infirmiers avaient une formation spécifique. Il serait intéressant également que, comme au Canada, des infirmiers puissent évoluer dans leur carrière, pas seulement sur le plan administratif en devenant cadre comme aujourd'hui, mais par une possibilité de cursus de type master leur offrant des spécialisations cliniques.

Il faut donc remettre une sur-spécialité d'infirmier en psychiatrie (au même titre que les infirmières puéricultrices qui ont une formation supplémentaire).

Les connaissances pointues dans les unités pour bébés nécessitent également la présence d'infirmières puéricultrices (mais aussi partout où il y a la question des petits, notamment à l'Aide Sociale à l'Enfance et en protection de l'enfance).

4. Problème actuel de l'accessibilité : des attentes trop longues dans de nombreux services. Nécessité d'une redéfinition des missions de la pédopsychiatrie publique, de ses contours

- La définition du contour de la pédopsychiatrie est souhaitable. Elle ne peut être exclusive. Elle ne se décline pas par rapport à une liste de pathologies ou de troubles, ni à leur nature, mais sur des capacités spécifiques de la pédopsychiatrie sur des actions propres à ses compétences constituées par : l'objet de ses connaissances, la dimension pluriprofessionnelle, la connaissance de la territorialité, la capacité d'élaborer des diagnostics suivant plusieurs axes, de spécifier et de hiérarchiser les interventions et de réaliser des soins complexes ou intensifs.

La pédopsychiatrie publique est donc une discipline complexe, spécifique, abordant la globalité de l'enfant. Elle se fait de plus en plus rare et doit donc prioriser les enfants qu'elle accompagne :

- les enfants et adolescents qui risquent de développer des troubles graves entravant le développement (notamment les bébés en situation de grande vulnérabilité repérée, les adolescents qui présentent une souffrance psychique importante...) dans sa fonction de repérage, de soins précoces et de prévention secondaire.
- les enfants présentant déjà des troubles sévères (Troubles du Spectre Autistique, troubles graves de l'attachement et troubles de la personnalité, troubles graves des apprentissages, THADA...) notamment pour le parcours diagnostique, le début du parcours de soin et lors de périodes de crises, ou sur la durée pour des troubles psychiatriques ne relevant pas du handicap (anorexie mentale, TSA chez des enfants pouvant poursuivre leur scolarité en milieu ordinaire, phobies scolaires, dépressions sévères, entrée dans la schizophrénie...)

Dans ces situations, le diagnostic pédopsychiatrique, réalisé par une équipe pluridisciplinaire, en lien avec la pédiatrie pour les éventuels troubles associés, est indispensable. Les outils diagnostiques sont utiles, nécessaires pour appuyer le diagnostic auprès des parents, mais ne remplacent pas une clinique complexe, subtile, nécessitant de connaître la globalité des troubles du développement, les évolutions possibles des enfants, les interactions entre somatique et environnement, la psychiatrie des adultes... Ces compétences sont celles du pédopsychiatre de service public.

Il est nécessaire également de réfléchir à l'accès aux soins pédopsychiatriques des populations désertées de ces spécialistes. La problématique liée à la désertification ne lui est pas propre, elle est un sujet d'occupation et d'économie du territoire. Les efforts pour augmenter l'attractivité même avec des aides financières seront toujours à la marge. Le sujet est donc à aborder différemment, par une amélioration de l'accessibilité, une facilitation aux premières consultations et aux bilans sur les CMP centraux, pour des prises en charge localisées et détachées par les professionnels de santé collaborant aux soins, qu'ils soient publics ou libéraux, la coordination pouvant revenir aux centres.

5. La recherche en pédopsychiatrie n'est pas assez développée, notamment sur le plan épidémiologique

- Développer une recherche clinique et épidémiologique à partir de la pratique, centrée sur les populations suivies en pédopsychiatrie. Déterminer des temps possibles de recherche pour les pédopsychiatres en donnant les moyens nécessaires.
- Orienter les recommandations HAS sur des pratiques réalisables et non « idéales », équitables pour l'ensemble des usagers sans exclusive pour un nombre limité ou des troubles médiatisés

Des moyens sont nécessaires pour mettre en place des recherches à partir des secteurs et permettre la formation des acteurs à la recherche.

Les secteurs de pédopsychiatrie, leur organisation, les priorisations, le choix des bilans et des réponses thérapeutiques, éducatives, sociales, ont besoin d'études qui ne sont pas en premier lieu des études sur la génétique ou la biologie (qui trouvent leurs limites dans d'autres spécialités et qui restent du côté de recherches nécessaires mais sans retombées prévisibles à moyen terme). Ces études peuvent être réalisées grâce à la participation des professionnels de la pédopsychiatrie compte tenu de la richesse de l'éventail clinique. Un partenariat plus actif avec les universitaires, du temps détaché pour les pédopsychiatres, offriraient des voies d'exploration utiles aux patients.

Longtemps les pédopsychiatres français se sont détournés de l'**épidémiologie**, craignant une psychiatrie trop globalisante, qui négligerait l'individu. Il est temps aujourd'hui de développer également l'épidémiologie, qui permet d'axer des politiques de santé sur des éléments clairs et non discutables (comme le font le Canada ou l'Angleterre) notamment dans le domaine des négligences, mais aussi pour l'autisme. Dans ces pays les travaux réalisés ne sont pas soumis à une pression trop forte de ceux qui ont des intérêts de tout ordre, l'efficacité est recherchée avant-tout.

6. La pédopsychiatrie des hôpitaux souffre d'une stigmatisation importante, alors que chacun pense pouvoir donner son avis en ce qui concerne le « fait psy » de l'enfance

- Soutenir officiellement la pédopsychiatrie et ses professionnels dans le champ du sanitaire au même titre que toutes les autres spécialités. Ne plus la reléguer à un statut d'annexe d'autres spécialités mais au contraire comme une spécialité de synthèse de ces autres spécialités (psychiatrie, pédiatrie, neurologie, psychologie, sociologie). Son contour large s'assortit de connaissances exigeantes.

Tout un chacun est tenté de se penser compétent dans le domaine de la psychologie de l'enfant, par le simple fait d'avoir été enfant et éventuellement d'en avoir. La pédopsychiatrie est d'emblée remise en question par ce simple fait. **Il est donc important de soutenir que chacun doit rester à sa place et reconnaître le rôle d'expertise de notre discipline.**

Aussi, les missions relevant de la pédopsychiatrie ne sont pas limitées à celles énoncées ou dénoncées par des groupes, des médias, des politiques. Les missions de la pédopsychiatrie doivent être analysées sérieusement, sur les plans de la santé publique, de l'épidémiologie, de la qualification des besoins, de l'analyse des réponses possibles (dans quel but, sur quelle durée...).

Toute une population qui nous préoccupe à l'âge de l'adolescence du fait de son comportement visible et bruyant (comme les troubles des conduites, troubles anti-sociaux, jusqu'à, dans certains cas, la radicalisation), relèverait de soins ou d'actions précises au moment de l'enfance (question des négligences qui, selon l'OMS dans son rapport de 2014, touchent une population considérable d'enfants, d'autant plus gravement qu'ils sont petits et en particulier les moins de 2 ans). Ces populations n'ont en effet pas de soutiens organisés pour défendre leurs besoins, communiquer sur la souffrance psychique qu'ils subissent et qui entrave gravement leur développement (plus les parents sont en difficulté moins ils ont conscience des besoins de leurs enfants, moins ils sont en capacité de demander les prises en charge qui leurs sont pourtant dues...).

Le risque étant que tous les moyens soient détournés par quelques pathologies ou dysfonctionnements car portés par des populations aptes à les faire valoir. **S'il faut les entendre, cela ne peut se faire sans passer par une analyse rigoureuse de la réalité en terme de santé publique et d'épidémiologie d'une population bien différenciée cliniquement, en dehors de toute démagogie, ni aux dépens des autres.**

On ne peut pas appeler à une déstigmatisation de la pédopsychiatrie tout en se laissant aller à ces idées toute faites, en décidant que tel ou tel trouble relève uniquement d'un champ et pas d'un autre, en séparant artificiellement ce qui est du psychique et du social,.... Comme on ne doit pas se satisfaire de mots pour penser qu'ils sont une garantie (les preuves doivent être réelles et non proclamées comme telles).

7. Points particuliers

- Périnatalité et jeunes enfants

- Centrer les actions sur la périnatalité et la tranche d'âge des 0-3 ans, avec la pédopsychiatrie comme acteur de référence car à l'interface de la psychiatrie adulte et de l'enfant, au croisement du corps et du psychisme, du neurologique et du développemental, du biologique et de l'environnement, ancrée sur le territoire en extra-hospitalier, s'appuyant sur les équipes pluriprofessionnelles.
- Avoir le bébé (fœtus) et le jeune enfant comme centre de préoccupations et des savoirs, en soutenir le développement dans la continuité.
- L'évaluation des diagnostics précoces des troubles du développement dont les TSA est du ressort des CMP petite enfance afin de garantir une expertise large des troubles et d'effectuer des diagnostics différentiels

La clinique du tout petit est très spécifique, complexe et nécessite que les professionnels y soient formés. L'évaluation d'un bébé nécessite du temps d'observation, notamment lors de visites à domicile. La présence d'infirmières puéricultrices est importante dans ces unités, car elles ont des connaissances fines sur le corps du tout petit, corps que est la scène de son état psychique.

Le champ de la périnatalité est particulièrement envahi par des émotions et des convictions. Le risque pour le bébé est que les professionnels soient happés par les discours des parents, aux histoires souvent très douloureuses, et ne soient pas formés pour voir le bébé en tant que tel. Or c'est le bébé qui nous dit comment il va, s'il grandit dans un environnement suffisamment adapté à son développement.

Dans le champ de la protection de l'enfance et du risque de négligence (carences), il faut mener une réelle politique de santé publique. Les négligences touchent beaucoup d'enfants et entraînent des atteintes graves de leur développement (déficiences multiples), des pathologies de l'agir, des troubles de l'attachement majeurs. Elles constituent un coût important pour la société (coût sanitaire, social, répercussion de génération en génération...). Le nombre de consultations des sage-femmes en PMI, des TISF dans ces situations est à renforcer. Les addictions et violences conjugales majorent les risques de négligence et doivent donc être prises en compte.

La continuité des professionnels qui interviennent dans ces familles est primordiale, ou au moins une continuité des projets. Le travail de prévention doit être remis en valeur par le soin à domicile des infirmières puéricultrices de PMI.

Dans les cas de négligence sévère pour les enfants de moins de 3 ans, une évaluation doit être faite en pluridisciplinarité avec la participation des pédopsychiatres et de leurs équipes avec la constitution d'une expertise menée sur un temps suffisamment long (elle ne peut se faire sur une heure dans un bureau de consultation). Les pédopsychiatres peuvent intervenir dès l'ante-natal. L'examen du 4^e mois de grossesse n'est pas toujours honoré, précisément par les familles les plus en difficultés.

Il est dans ce domaine encore plus important d'appuyer sur la nécessité d'un respect des fonctions de chacun. Trop souvent certains pensent pouvoir juger rapidement de l'état d'un bébé et de la qualité des relations parents-enfants. Il y a par exemple des juges qui demandent parfois la

présence du bébé aux audiences pour se faire leur propre avis, y compris dans un sens contraire aux élaborations d'équipes spécialisées ayant rencontrées parents et bébé sur la durée.

Les connaissances des équipes de pédopsychiatrie, notamment spécialisées dans le domaine du tout petit, doivent être entendues non pas comme un avis parmi d'autres, au même titre que les autres, mais réellement comme une expertise apportée à la situation du bébé en question. Il est souhaitable que chaque secteur développe une unité de consultation périnatale, en lien et en continuité avec les maternités et les PMI.

- **Adolescence**

- L'adolescence est un âge intermédiaire dont le partage des références entre 15 et 18 ans tient plus à la nature des troubles qu'à l'état civil.
- Les équipes mobiles sont pertinentes lorsqu'elles sont rattachées aux secteurs de pédopsychiatrie et qu'elles interviennent sur le parcours de soin, en ante ou post-hospitalisation, sur les lieux de vie ou de socialisation.
- Créer des équipes mobiles spécifiques pour le lien entre la pédopsychiatrie et le médico-social/ les institutions de la protection sociale.
- L'équipement sectoriel souhaitable associe des consultations dédiées aux adolescents, accessibles dans un délai court et des groupes thérapeutiques d'observation et de soins. Les coordinations entre services de pédopsychiatrie et secteurs adultes doivent être formalisées dans tous les secteurs.
- Les MDA ont une fonction importante dans la prévention, elles doivent jouer pleinement leur fonction d'orientation en cas de nécessité de soin.
- Un nombre de lits minimal d'hospitalisation temps plein est nécessaire par territoire. L'hospitalisation ne peut être embolisée faute de réponse sociale.

Le relais entre pédopsychiatrie et psychiatrie de l'adulte n'est souvent pas simple.

Plutôt que de déterminer une répartition par âge, il faudrait différencier les troubles qui relèvent de l'adolescence et de ses remaniements, qui sont donc davantage l'objet de la pédopsychiatrie, des troubles signant l'entrée dans un processus pathologique au long cours, qui appartiennent alors davantage à la psychiatrie des adultes.

Des modalités de travail inter-équipes adultes et pédopsychiatres sur les modèles des pathologies chroniques en pédiatrie (diabète par exemple) doivent s'organiser : une zone intermédiaire qui pourrait relever du champ des enfants et des adultes pourrait être plus adaptée.

Le travail d'équipes mobiles doit être valorisé. Ces équipes peuvent se rendre au domicile, sur les lieux de vie ou de scolarisation des adolescents, en soutien aux partenaires...

Le problème de la radicalisation doit faire l'objet de recherches afin de mieux le comprendre et le prévenir.

Il est important qu'au sein des Maisons des Adolescents il y ait la présence de pédopsychiatres de secteurs (avec exercice partagé) pour apporter le regard nécessaire et ne pas passer à côté de troubles qui débutent et qui relèvent de la pédopsychiatrie ou de la psychiatrie des adultes.

- **Urgence : accueil hospitalier spécifique en urgence territorialisé**

- Ré-ouverture de lits en post-urgence et pour des durées limitées de séjour par territoire en intersectoriel sous la responsabilité des pédopsychiatres de secteur.

- Spécification de lits pour la tranche intermédiaire en secteur de psychiatrie des adultes pour les jeunes entrant dans un processus pathologique long.

Trop de lits ont été fermés et il y a nécessité de ré-ouvrir des lits dans beaucoup de territoires, tout en continuant à développer d'autres modes de prises en charge en urgence, en séquentiel.

- **Troubles des apprentissages, « dys », THADA, Troubles du Spectre Autistique,**

- La majorité des troubles instrumentaux (moteurs, langage), cognitifs légers, d'attention s'inscrivent dans des difficultés plus larges liées à des dysfonctionnements environnementaux associés ou non à des troubles sensoriels. Ils sont adressés essentiellement par l'Education Nationale.

- Les plus simples relèvent des professionnels libéraux, ceux plus profonds ou touchant plusieurs fonctions associées relèvent de la pédopsychiatrie.

Les indications peuvent être faites par les pédopsychiatres pour des interventions en libéral qui pourraient alors être l'objet d'un remboursement.

- Les plus complexes ou ceux que les pédiatres considèrent comme « purs », survenant chez d'anciens prématurés par exemple, peuvent être évalués dans les centres de référence de 3^{ème} niveau dans lesquels un pédopsychiatre de secteur doit apporter son expertise au sein de l'équipe.

- L'élaboration des diagnostics précoces de TSA bénéficie de l'expérience multidimensionnelle et longitudinale de la pédopsychiatrie qui peut procéder aux diagnostics différentiels, résoudre certaines situations par des interventions ciblées, enfin orienter vers le médico-social les enfants qui demandent une approche éducative globale.

Les troubles des apprentissages sont à penser dans la globalité du développement de l'enfant. Le cerveau se développe sur le lit de la génétique, des événements somatiques (prématurité, anoxie cérébrale, épilepsie) et des stimulations/empêchements environnementaux (nutrition, relations, carence, interaction relancée avec les soins quand TSA...) dans une complexité de cercles vertueux/vicieux.

Les apprentissages sont donc en lien avec le cerveau (brain), mais aussi avec le relationnel (accepter de prendre les informations transmises par un autre), avec la disponibilité psychique (ne pas être déprimé, ne pas être envahi par les conflits familiaux, une situation précaire...).

Les « dys » (lexies, praxies, phasies) ne peuvent être pensées qu'en termes d'articulation entre les diverses évaluations, en bonne intelligence, qui permet de savoir si l'enfant progressera avec une rééducation simple, ou s'il sera nécessaire de prendre en considération tout son environnement (relations familiales, contexte, prises en charge des troubles relationnels, adaptation de l'environnement aux troubles de l'enfant, ...).

Dans le domaine des Troubles du Spectre Autistique, il est maintenant urgent d'utiliser les compétences de la pédopsychiatrie pour le diagnostic en s'appuyant sur son équipe pluriprofessionnelle. Les échelles sont nécessaires, inscrites dans la clinique, les observations et l'analyse globale de l'enfant suivant tous les axes concernés afin de réaliser les diagnostics différentiels et associés et de déterminer le projet des interventions et de soin. Aussi, le parcours diagnostique d'un enfant ne peut être dissocié du parcours de soin, qui doit débiter sans délai, avant que les troubles se fixent.

La pédopsychiatrie a donc sa place dans le diagnostic, le début de la prise en charge, lors des périodes de crises, en soutien du médico-social si nécessaire. Or la pédopsychiatrie publique n'a bénéficié d'aucun moyen supplémentaire lors du 3^{ème} plan autisme, malgré le temps que prennent les parcours diagnostiques et les prises en charge précoces. Au contraire, le discours ambiant, soutenu par beaucoup de politiques, va dans le sens du « tout sauf la pédopsychiatrie », pourtant la seule à même de réaliser le diagnostic positif et différentiel (appuyé sur l'observation pluridisciplinaire et globale de l'enfant), et toujours appelée par les familles et les professionnels en cas de difficultés importantes. Ce hiatus entre la réalité des demandes et le discours relève de positions faciles dont la plupart des enfants et des familles font les frais.

8- Conclusion

Nous avons essayé de vous exposer la situation actuelle de la pédopsychiatrie en France, sa spécificité, ses forces, les difficultés qu'elle rencontre, et les moyens selon nous de faire évoluer la situation des enfants et des adolescents qui sont à risque en termes de troubles développementaux et/ou psychiques graves.

Vous aurez remarqué que nous n'avons pas utilisé la dénomination de "psychiatrie des mineurs". Si nous comprenons que par ces mots vous avez souhaité ne pas oublier les adolescents et leurs particularités, nécessaires en effet à prendre en compte, le mot "mineur" nous renvoie davantage à la question de la citoyenneté, du pénal, de la responsabilité des jeunes, plutôt qu'aux responsabilités que nous avons nous, de nos places respectives, de prendre soin des êtres en devenir, et de ce fait parfois vulnérables, que sont les enfants et les adolescents de notre pays.

Les préoccupations des politiques démontrent que la pédopsychiatrie n'est pas tout à fait une spécialité comme une autre et qu'elle touche l'avenir de notre jeunesse et donc le potentiel de notre société.

Listes des mesures proposées par le SPH et la SIP pour améliorer le champ de la pédopsychiatrie publique

1. Parcours de soin de l'enfant en fonction des troubles

- La pédopsychiatrie a la fonction de chef d'orchestre.

- Les réponses doivent être hiérarchisées pour permettre à chaque enfant et adolescent de bénéficier de l'appui dont il a besoin :

soutenir des actions de prévention sur des populations cibles ou des individus,

offrir des soins simples pour des situations symptomatiques isolées,

donner une place au parcours diagnostique conjoint à des soins pointus,

permettre une coordination des interventions et de soutenir des professionnels de première ligne.

La pédopsychiatrie doit avoir, dans le dispositif gradué, une fonction d'organisation et de coordination afin de :

- Filtrer l'accès à la pédopsychiatrie par une orientation à partir de professionnels de proximité (pas seulement médicaux).

- Situer la pédopsychiatrie en position de coordination, d'interventions complexes et de référence,

sur des moments ou des processus évolutifs essentiels au développement du jeune, pour des axes thérapeutiques spécifiques et intenses.

- Réserver les centres de référence à des évaluations de recours dans lesquels les pédopsychiatres sont entourés de spécialistes experts dans leur domaine de compétence.
- Développer la prévention et les réponses à des symptômes isolés, à partir des professionnels de proximité, des MDA (Maison des Adolescents).
- Donner la possibilité de remboursement d'un nombre fixe et non renouvelable de séances assurées par des psychomotriciens, des psychologues, des orthophonistes dans ces situations sous l'égide de la MDA par exemple.
- Soutenir la position des CMPP (Centre médico-psycho-pédagogiques) dans des interventions spécifiques, en particulier sur les axes instrumentaux, de souffrance psychique en définissant les complémentarités éventuelles avec les structures sanitaires voisines; celle des CAMSP autour des pathologies aux co-morbidités somatiques.

2. Articulations nécessaires

- Définition par les partenaires, avec l'aide des pédopsychiatres, des besoins afin de les cibler en adéquation avec les capacités de ces services.
- Coordination entre la pédopsychiatrie et les partenaires (éducation nationale, médico-social, protection de l'enfance, institutions petite enfance...) sur le modèle de la pédopsychiatrie de liaison.
- Solliciter la pédopsychiatrie pour des actions indirectes, des demandes d'analyse de situations, des évaluations ou des actions thérapeutiques complémentaires, des formations, en tenant compte des moyens disponibles.

3. La formation des pédopsychiatres et de leurs équipes

- Maintenir un haut niveau de qualification de la pédopsychiatrie pour renforcer les fonctions précédemment décrites.
- Rehausser les capacités de formation des pédopsychiatres à travers le fond de DPC.
- Soutenir les spécifications sur une base générale obligatoire, dont la dimension expertale.
- Ouvrir une spécialisation pédopsychiatrique aux infirmiers. Améliorer la formation clinique des psychologues et leur connaissance des outils.
- Reconnaître le niveau de qualification des rééducateurs.
- Améliorer les capacités cliniques et le champ d'évaluation de la protection de l'enfance, y détacher des infirmières puéricultrices pour les tout-petits.

4. Problème actuel de l'accessibilité

- La définition du contour de la pédopsychiatrie est souhaitable. Elle ne se décline pas par rapport à une liste de pathologies ou de troubles, ni à leur nature mais sur des capacités spécifiques de la pédopsychiatrie sur des actions propres à ses compétences constituées par : l'objet de ses connaissances, la dimension pluriprofessionnelle, la connaissance de la territorialité, la capacité d'élaborer des diagnostics suivant plusieurs axes, de spécifier et de hiérarchiser les interventions et de réaliser des soins complexes ou intensifs.

5. La recherche en pédopsychiatrie

- Développer une recherche clinique et épidémiologique à partir de la pratique, centrée sur les populations suivies en pédopsychiatrie. Déterminer des temps possibles de recherche pour les pédopsychiatres en donnant les moyens.
- Orienter les recommandations HAS sur des pratiques réalisables et non « idéales », équitables pour l'ensemble des usagers sans exclusive pour un nombre limité ou des troubles médiatisés

6. La pédopsychiatrie des hôpitaux souffre d'une stigmatisation importante

- Soutenir officiellement la pédopsychiatrie et ses professionnels dans le champ du sanitaire au même titre que toutes les autres spécialités.
- Considérer la pédopsychiatrie comme spécialité de synthèse de ces autres spécialités (psychiatrie, pédiatrie, neurologie, psychologie, sociologie).
- Envisager la création d'un DES de pédopsychiatrie.

7. Points particuliers

- Périnatalité et jeunes enfants

- Centrer les actions sur la périnatalité et la tranche d'âge des 0-3 ans, avec la pédopsychiatrie comme acteur de référence car à l'interface de la psychiatrie adulte et de l'enfant, au croisement du corps et du psychisme, du neurologique et du développemental, du biologique et de l'environnement, ancré sur le territoire en extra-hospitalier, s'appuyant sur les équipes pluriprofessionnelles.
- L'évaluation des diagnostics précoces des troubles du développement dont les TSA est du ressort des CMP petite enfance afin de garantir une expertise large des troubles et d'effectuer des diagnostics différentiels

- Adolescence

- L'adolescence est un âge intermédiaire dont le partage des références entre 15 et 18 ans tient plus à la nature des troubles qu'à l'état civil.
- Les équipes mobiles sont pertinentes si rattachées aux secteurs de pédopsychiatrie, intervenant sur le parcours de soin, en ante ou post-hospitalisation.
- Créer des équipes mobiles spécifiques pour le lien entre la pédopsychiatrie et le médico-social/ les institutions de la protection sociale.
- L'équipement sectoriel souhaitable associe des consultations accessibles dans un délai court et des groupes thérapeutiques d'observation et de soins. Les coordinations entre services de pédopsychiatrie et secteurs adultes doivent être formalisées dans tous les secteurs
- Les MDA ont une fonction importante dans la prévention, elles doivent jouer pleinement leur fonction d'orientation en cas de nécessité de soin.
- Un nombre de lits minimal d'hospitalisation temps plein est nécessaire par territoire.

- Urgence

- Ré-ouverture de lits en post-urgence et pour des durées limitées de séjour par territoire en intersectoriel sous la responsabilité des pédopsychiatres de secteur
- Spécification de lits pour la tranche intermédiaire en secteur de psychiatrie des adultes pour les jeunes entrant dans un processus pathologique long.

- Troubles des apprentissages, « dys*», THADA, du spectre autistique,

- Les troubles des apprentissages les plus simples relèvent des professionnels libéraux, ceux plus profonds ou touchant plusieurs fonctions associées relèvent de la pédopsychiatrie.
- Les indications peuvent être prescrites par les pédopsychiatres pour des interventions en libéral qui pourraient alors être l'objet d'un remboursement.
- Les plus complexes ou ceux que les pédiatres considèrent comme « purs » peuvent être évalués dans les centres de référence de 3^{ème} niveau dans lesquels un pédopsychiatre de secteur doit apporter son expertise au sein de l'équipe.
- L'élaboration des diagnostics précoces de TSA bénéficie de l'expérience multidimensionnelle et longitudinale de la pédopsychiatrie qui peut procéder aux diagnostics différentiels, résoudre certaines situations par des interventions ciblées, enfin orienter vers le médico-social les enfants qui demandent une approche éducative globale.

*Dyslexie, dyspraxie, dysphasie, dyscalculie...