



## **STRUCTURATION DE LA PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE**

**Pour une réponse pertinente  
aux besoins  
des bébés, enfants et adolescents**

**Avril 2018**

<b>1. Organisation des soins</b> .....	<b>6</b>
<b>1.1. Structuration en niveaux</b> .....	<b>6</b>
1.1.1 Niveau 1.....	6
1.1.2 Niveau 2.....	7
1.1.2 Niveau 3.....	8
<b>1.2 Parcours de soin</b> .....	<b>10</b>
1.2.1 Dans les soins primaires, au niveau 1.....	10
1.2.2 Dans les soins secondaires, au niveau 2.....	10
1.2.3 Dans les soins tertiaires, au niveau 3.....	11
1.2.4 La problématique actuelle.....	11
<b>2 Missions de santé publique, articulations, stigmatisation</b> .....	<b>12</b>
<b>2.1 Missions de santé publique</b> .....	<b>12</b>
2.1.1 Les priorités .....	12
2.1.2 La clinique des troubles étayée par les bilans.....	13
2.1.3 L'accès aux soins.....	14
<b>2.2 Articulations</b> .....	<b>15</b>
2.2.1 Les partenaires.....	15
2.2.2. Fonction de synthèse et de coordination .....	15
2.2.3. Les CAMSP (centre d'action médico-sociale précoce) et CMPP (centre médico-psycho-pédagogique).....	16
<b>2.3. Déstigmatisation</b> .....	<b>16</b>
<b>3 Formation, recherche</b> .....	<b>17</b>
<b>3.1 Formation</b> .....	<b>17</b>
3.1.1 Ses professionnels ont une formation solide sur le plan médical .....	17
3.1.2 Les pédopsychiatres sont formés à la psychiatrie des adultes.....	18
3.1.3 La spécialisation en psychiatrie infanto-juvénile.....	18
3.1.4 Apport du travail en équipe pluriprofessionnelle .....	18
3.1.5 Formation de sur-spécialisation.....	18
3.1.6 Revalorisation nécessaire .....	19
3.1.7 Chute de la démographie des pédopsychiatres .....	19
3.1.8 Exigence de la présence d'universitaires dans toutes les facultés.....	20
3.1.9 Formation continue des médecins du service public.....	21
3.1.10 Formation des professionnels et partenaires associées .....	21
<b>3.2 Recherche</b> .....	<b>22</b>
3.2.1 Développer la recherche .....	22
3.2.2 La recherche en santé publique.....	22
3.2.3 La recherche clinique : la recherche par tous pour tous.....	22
<b>4 Axes particuliers</b> .....	<b>23</b>
<b>4.1 Suivant l'âge</b> .....	<b>23</b>
4.1.1 Périnatalité et jeunes enfants .....	23
4.1.2 Adolescence.....	24
<b>4.2 Suivant les modalités : Urgence – hospitalisation temps plein</b> .....	<b>25</b>

<b>4.3</b>	<b>Suivant les troubles</b> .....	<b>26</b>
4.3.1	<i>Les troubles des apprentissages, TDAH</i> .....	26
4.3.2	<i>Les troubles du spectre autistique</i> .....	26
4.3.3	<i>Les dépressions</i> .....	27
<b>5</b>	<b>Conclusion</b> .....	<b>28</b>
	<b>SYNTHESE DES PRECONISATIONS</b> .....	<b>29</b>
	<b>MESURES PROPOSEES PAR LE SPH ET LA SIP POUR AMELIORER LE CHAMP DE LA PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE</b> .....	<b>34</b>

La psychiatrie infanto-juvénile publique connaît un réel succès depuis sa création. Le nombre toujours croissant de demandes qui lui sont faites, les attentes importantes de la société à son égard, en témoignent nettement<sup>1</sup>. La morbi-mortalité pour les enfants de 5 à 14 ans et les adolescents de 14 à 23 ans, récemment calculée par les indices DALY, est la plus forte de toutes rapportées aux autres spécialités, à cet âge de la vie. En parallèle, les moyens, dont elle bénéficie diminuent. Ses professionnels se raréfient. Ainsi, il y a une inadéquation forte entre les demandes et les possibilités de réponse.

Ceci devrait impliquer une volonté d'allouer plus de moyens à cette spécialité. La psychiatrie infanto-juvénile publique accomplit au mieux les missions qu'elle est seule à pouvoir remplir. Elle soutient constamment une réflexion globale afin d'optimiser sans cesse, se faisant son organisation : redéfinition de ses contours, meilleure articulation avec les partenaires de la santé mentale, le libéral... Elle a pour but principal de faire face aux besoins de la population. Les responsables politiques devraient affirmer leur volonté de donner à la pédopsychiatrie publique les possibilités de fonctionner plus et mieux car c'est un véritable enjeu de santé publique.

Paradoxalement les critiques sont incessantes et contradictoires, comme s'il fallait « tirer sur l'ambulance ». Une partie des catégories cliniques de la spécialité sont partiellement « extraites » de son champ dans les textes, alors que, dans la réalité, les secteurs sont régulièrement appelés pour y répondre. Les parcours de soins, définis entre autres par la HAS, se reconstruisent alors en tuyaux d'orgue, en évitant autant que possible le passage par les services de pédopsychiatrie publique et son organisation sur les territoires.

La psychiatrie infanto-juvénile, grâce à son organisation sectorielle, est LE dispositif de maillage de tout le territoire national. Elle permet de recevoir les enfants de 0 à 16 ans (voire 18) avec leurs familles, y compris en période anténatale. La pédopsychiatrie accueille tous les troubles, du plus général au plus spécifique, grâce à la polyvalence et à la formation des pédopsychiatres, du dispositif pluriprofessionnel, de son équipement diversifié allant du CMP polyvalent jusqu'aux hôpitaux de jour et aux unités spécialisées pour les pathologies rares et/ou complexes, en passant par les urgences, la liaison et le partenariat avec la protection de l'enfance, le médico-social, la liaison en pédiatrie... **Délaisser ce modèle, c'est oublier de prendre en compte les besoins globaux de toute la population. Si son organisation est en mouvement comme tous les systèmes de soins et donc sans cesse à revoir, son existence est le garant d'un accès au soin pour tous.**

---

<sup>1</sup> La clinique pédopsychiatrique s'est considérablement développée et approfondie en France, depuis la création comme DESC de la spécialité début des années 70. Elle s'enrichit au fur et à mesure de son évolution de connaissances nouvelles tant fondamentales, que cliniques et thérapeutiques : ethnopsychiatrie, génétique, neurosciences, psycho-pharmacologie, psycho-traumatismes, sciences cognitives, sociologie des groupes, thérapies développementales, thérapies familiales, thérapies parents-enfants, coaching parental... pour n'en citer que quelques-unes.

La psychiatrie infanto-juvénile publique fait le constat de ses limites actuelles du fait du flux important des demandes qui lui sont adressées. Il y a nécessité de les discriminer, de hiérarchiser plus clairement les réponses, préciser les compétences des différents acteurs, et enfin de rendre ces réponses plus lisibles.

La SIP et le SPH prennent acte de ces nécessités en faisant les propositions qui suivent et qui concernent la définition des contours et des missions de la pédopsychiatrie, les articulations avec les partenaires, en particulier au niveau 1, la place des praticiens libéraux.

La psychiatrie infanto-juvénile (PIJ) publique, de par ses missions dans les champs de la prévention, des soins et de l'insertion, se doit d'être impliquée aux trois niveaux de parcours de soins du patient:

#### **Au niveau 1**

Dans le champ de la prévention, le secteur de psychiatrie infanto-juvénile doit :

- s'articuler avec les équipes de soins de santé primaire définies dans le cadre de la loi de santé de 2016, en voie de mise en place et de répartition encore très hétérogène sur le territoire national
- contribuer à un meilleur repérage des troubles par des interventions ciblées auprès des partenaires de première ligne, définies et formalisées en accord avec eux.
- définir avec les partenaires de première ligne les conditions d'adressage et de liaison avec les CMP.

Les acteurs de première ligne dans le champ de la santé de l'enfant et de l'adolescent tendent à se diversifier et à proposer des formes nouvelles d'intervention.

Les missions d'appui du secteur de psychiatrie infanto-juvénile dans le champ de la prévention devront se définir sous forme de partenariats formalisés définis en accord avec les acteurs de première ligne au sein de chaque territoire dans le cadre du projet territorial de santé mentale (PTSM) élaboré au sein des Communautés Psychiatriques de Territoire (CPT).

Les partenariats de la PIJ ont à se développer avec différents acteurs:

- Maisons pluridisciplinaires de santé associant médecins généralistes et des professionnels de santé se diversifiant.  
En leur sein, des programmes ciblés de santé mentale, actuellement financés par différentes ARS, peuvent se développer en lien avec l'équipe de secteur qui peut participer à leur mise en place.
- Service de Protection Maternelle Infantile (PMI) : développement d'interventions ciblées des secteurs dans ce cadre favorisant le repérage précoce des troubles
- Pédopsychiatrie de liaison au sein des équipes hospitalières: Maternités, services de Pédiatrie
- Partenariat formalisé avec les Maisons des Adolescents (pour certaines initialisées par la Pédopsychiatrie)
- Articulation avec les professionnels de santé libéraux: pédiatres, psychologues, orthophonistes, psychomotriciens...

#### **Au niveau 2**

La porte d'entrée des soins en PIJ se fait par le CMP qui, après évaluation, peut offrir l'accès à:

- des soins sectoriels sur les dispositifs classiques CMP, CATTP, hôpitaux de jour.
- des soins plus spécifiques, intersectoriels, en fonction des besoins par territoire définis au sein du PTSM , dans différents champs potentiels:

- . Périnatalité
- . Adolescents
- . Urgences
- . Hospitalisations
- . Équipes mobiles et de liaison
- . Dispositifs de transition pour les 16-25 ans en lien avec les secteurs de Psychiatrie générale

Les missions du secteur de PIJ dans le champs des soins devront se définir sur le territoire en articulation avec les autres acteurs des soins potentiels: CAMPS, CMPP, Professionnels de santé libéraux, dans le cadre du PTSM.

### **Au niveau 3**

La PIJ contribue à une offre de soins très spécialisés de recours, à vocation départementale ou régionale (supra sectoriels) de type Hospitalisations Mère-bébé, Hospitalisation pour enfants...

Les articulations de la PIJ avec les autres dispositifs de recours de niveau 3 , de type Centres de Référence (troubles des apprentissages..), Centres de Ressources Autisme, devront être définis et formalisés dans le cadre du PTSM.

## **1. Organisation des soins**

Elle se construit dans le cadre de la loi de santé de 2016 avec sa dimension territoriale au sein des communautés psychiatriques de territoire (CPT), dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) en lien avec les groupements hospitaliers de territoire (GHT).

L'organisation par niveaux est croisée avec le parcours de soins afin d'assurer fluidité et continuité.

### **1.1. Structuration en niveaux**

#### **1.1.1 Niveau 1**

#### **Repérage sanitaire, prévention primaire et secondaire, réponse courte de proximité en matière de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent**

Il est assuré par les professionnels de proximité, qu'ils soient dans le service public territorial, salariés, associatifs ou libéraux.

- Médecins généralistes, souvent regroupés en maison médicale ou au sein de centres de santé : les choix de programmes en santé mentale, coordonnés par les ARS associant différents acteurs (psychomotriciens, psychologues...), sont financés et doivent se faire en lien avec la dynamique sectorielle et territoriale
- PMI : en collaboration étroite dans des dispositifs de repérage précoce des troubles
- Hospitaliers : services de pédiatrie, équipes des maternités avec implication des secteurs dans les équipes de pédopsychiatrie de liaison.
- Libéraux : psychologues, orthophonistes, psychomotriciens... *pour lesquels nous proposons de donner la possibilité de remboursement d'un nombre fixe et non renouvelable de séances pour la prise en charge de symptômes isolés sur prescription du médecin traitant.*
- Maisons des adolescents, pour certaines constituées à l'initiative des équipes de pédopsychiatrie, et qui bénéficient du support de ces équipes pédopsychiatriques.

Les actions de repérage, sous la responsabilité des acteurs de terrain, peuvent être initiées et soutenues par des formations proposées par les professionnels de pédopsychiatrie.

Les actions de prévention sont à définir avec la pédopsychiatrie qui est en mesure de les coordonner. La coordination s'effectue par la formalisation de partenariats qui se décideront au sein des projets territoriaux de santé mentale.

Les interventions, sous diverses formes (thérapeutiques, éducatives, pédagogiques, rééducatives...), directement auprès de l'enfant ou sous forme de conseils/soutien des parents, sont effectuées par les professionnels de proximité, pour des troubles légers, simples, sur un nombre limité de séances.

Sur le plan financier, certains professionnels exercent comme salariés dans des structures permettant un accès gratuit aux populations. En libéral, la question de la prescription et du remboursement doit être prévue. La prescription peut être de la responsabilité des médecins traitants et le remboursement accepté sur ce nombre limité de séances.

#### Niveau 1

La psychiatrie infanto-juvénile a pour responsabilité, dans le champ de la santé mentale, l'initiation de programmes de repérage et de prévention, de formation des professionnels de proximité et de coordination.

#### 1.1.2 Niveau 2

#### Parcours diagnostique – évaluation – prévention tertiaire – élaboration d'un projet de soin – coordination – orientation

La psychiatrie infanto-juvénile intervient pour des troubles évolutifs, complexes, à des périodes développementales charnières de la vie, dans des situations d'urgence, de crise ou de traumatisme. Tous les enfants ne sont pas orientés

vers la pédopsychiatrie publique : le niveau de gravité des troubles constitue souvent l'argument principal dans les orientations.

Les partenariats avec les structures comme les CAMSP, les CMPP devraient se faire sous forme de partenariats de complémentarité décidés et formalisés à partir du projet territorial de santé mentale.

Le pédopsychiatre est garant de la priorisation des premières consultations quel que soit le lieu (CMP, liaison, urgences...). A l'issue d'un parcours diagnostique dont le contenu est sous la responsabilité du pédopsychiatre, l'enfant bénéficie soit d'un projet thérapeutique in situ, soit d'une ré-orientation rapide au plus près de son domicile vers des professionnels formés et compétents et/ou des institutions via la MDPH. Le projet thérapeutique peut associer des modes d'intervention individuels (thérapeutique et rééducatif), groupaux (ateliers thérapeutiques), de soins institutionnels (CATTP, hôpitaux de jour...). Il est, dans tous les cas, élaboré avec l'accord des parents et formalisé à leur intention. L'évaluation pédopsychiatrique permet de mieux apprécier l'éventuelle dimension handicapante des troubles et de mieux documenter les demandes faites à la MDPH. La pédopsychiatrie peut aussi, par le déploiement de ses interventions, permettre la reprise d'une dynamique évolutive et éviter un parcours de handicap.

La pédopsychiatrie publique propose une réponse pluriprofessionnelle in situ, un parcours diagnostique élargi et des actions aussi diverses qu'intensives grâce à ses structures de soins. Elle reçoit du fait de son accessibilité un pourcentage conséquent de population socialement vulnérable avec des enfants dont les problématiques peuvent être complexes et intriquées, la précarité sociale étant un facteur aggravant reconnu.

Les psychiatres ayant le DESC de psychiatrie infanto-juvénile devraient avoir une revalorisation du remboursement de la consultation compte tenu de la durée et de la complexité des consultations.

Les interventions des professionnels libéraux posent, comme pour le niveau 1, la question de la prescription et du remboursement. S'y rajoute la question essentielle de la coordination, du fait de l'importance des troubles inclus dans un processus pathologique ou handicapant. *Les professionnels libéraux devraient être remboursés sur prescription des pédopsychiatres.*

Niveau 2

La psychiatrie infanto-juvénile intervient pour des troubles évolutifs, complexes, avec ou non signes associés, à des périodes développementales charnières de la vie, dans des situations d'urgence, de crise ou de traumatisme.

### 1.1.2 Niveau 3

Réponses intersectorielles – pour des pathologies complexes – pour des situations en urgence – de recours – les unités supra-sectorielles - de référence



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

Cette hiérarchisation est le fait de situations plus rares, 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 pour maintenir une accessibilité à tous, ainsi qu'une continuité des soins quand c'est nécessaire.

Pour les adolescents, les demandes d'hospitalisation se font souvent dans l'urgence sur des critères comportementaux, de dangerosité ou de symptômes déroutants et souvent répétitifs, déterminés alors comme « psychiatriques » par les partenaires. L'hospitalisation à temps plein, quand elle existe, est fréquemment intersectorielle, parfois départementale. Elle est saturée par manque de places existantes aujourd'hui. Elle permet de désamorcer des situations complexes et, par l'usage du mode séquentiel, de soutenir les structures d'accueil sociales ou médico-sociales partenaires. Pour la tranche d'âge des plus de 16 ans, la promotion d'un dispositif commun, en complémentarité avec la psychiatrie des adultes, permettrait une meilleure adéquation des hospitalisations aux situations.

Des urgences pédopsychiatriques territorialisées à base hospitalière, proches mais différenciées de la pédiatrie, sont nécessaires et le plus souvent absentes en tant que telles. Elles impliquent pour certaines populations des lits d'aval et des équipes de liaison pédopsychiatriques mobiles, sectorielles, capables d'accompagner les enfants de l'hôpital à leur secteur (domicile, CMP...). Elles pourraient inclure ou être une base pour une réponse aux urgences psychotraumatiques des enfants réparties sur tout le territoire national, en lien avec les référents maltraitances et les CUMP.

En pédiatrie, les pédopsychiatres de secteurs doivent être inclus dans les équipes de liaison afin d'avoir une analyse clinique multidimensionnelle, de s'assurer que les diagnostics différentiels sont posés, les relais adaptés et facilités.

Les unités de pédopsychiatrie périnatale intersectorielles sont à rattacher aux unités pour tout-petits de secteur afin d'assurer un travail préventif et soignant. C'est ainsi qu'elles peuvent assurer une continuité inscrite dans le territoire, en particulier dans le cadre des situations à risque de négligences et lors des dépressions maternelles. La collaboration avec la psychiatrie des adultes complète le dispositif.

Les centres de référence, unités supra-sectorielles, doivent garder leur fonction de recours de niveau 3 pour les situations complexes.

Les articulations avec les dispositifs supra-sectoriels et les centres de ressources ou de référence doivent être formalisées avec les secteurs dans le cadre du projet territorial de santé mentale.

Niveau 3

Les offres supra-sectorielles mutualisées par la pédopsychiatrie, en lien avec le maillage sectoriel, reçoivent les situations plus rares ou plus intenses ou plus complexes.

## **1.2 Parcours de soin**

Le parcours de soin est un chantier à instruire dans un esprit de santé publique, du général au plus spécifique, de la prévention à l'inclusion, du diagnostic au soin.

L'organisation est à remanier. Les tout-petits, enfants et/ou adolescents porteurs de troubles doivent être reçus rapidement, après repérage. Une évaluation dans le cadre d'un parcours diagnostique suffisamment synthétique et efficient débouche ainsi sur des interventions adaptées dans un lieu et pour une durée adaptés. Pour une meilleure efficacité, la continuité, entre toutes les étapes, nécessite des articulations et une cohérence dans les connaissances et les fonctions de chacun.

Ainsi la pédopsychiatrie publique, située pour ses fonctions diagnostiques et thérapeutiques au niveau 2 aura à exercer des missions au niveau 1 et au niveau 3.

### **1.2.1 Dans les soins primaires, au niveau 1**

Les services de psychiatrie infanto-juvénile participent à la formation des professionnels et concourent au repérage en coordonnant des programmes de prévention sur leur secteur. Ceci facilite la fluidité des parcours par la connaissance réciproque des professionnels de terrain et ajuste les compétences aux besoins. Ils soutiennent et participent à l'élaboration des équipes des professionnels de niveau 1 (MDA, lieux d'accueil divers, centre de santé...), ils articulent les interventions pour les patients qui leur ont été adressés et dont ils ont la référence.

Les professionnels de niveau 1 sont alors mieux à même d'orienter les enfants de façon adaptée vers le niveau 2 si nécessaire.

### **1.2.2 Dans les soins secondaires, au niveau 2**

Le parcours diagnostique s'articule au projet de soins et d'interventions, en partenariat avec les acteurs locaux (éducation nationale, professionnels libéraux, ...). Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile déploie des projets de soins intensifs, intégrés, et spécifiques pour des troubles évolutifs, complexes, avec ou non des signes associés, à des périodes développementales charnières de la vie, dans des situations d'urgence, de crise ou de traumatisme. Il permet, avec l'accord des parents, une orientation adaptée aux troubles présentés, associée à un projet d'interventions. Les situations complexes ou celles qui relèvent de soins de recours sont adressées au niveau 3.

### 1.2.3 Dans les soins tertiaires, au niveau 3

L'orientation vers les structures spécialisées de recours ou centre de ressources, se fait à partir des professionnels de niveau 2.

### 1.2.4 La problématique actuelle

Pour que la psychiatrie infanto-juvénile remplisse une fonction de niveau 2, les enfants présentant des troubles doivent :

- être repérés et orientés en fonction de la gravité de leur symptomatologie avant tout diagnostic

- recevoir des réponses adaptées

- au niveau 1 pour des symptômes simples relativement isolés, et/ou pour un soutien aux parents

- au niveau 2 pour des symptômes inscrits dans une pathologie diagnostiquée

- Les professionnels de niveau 1, réunis en centre de santé, en centre associatif (maison des éducateurs, Maison des adolescents, PMI...), installés en libéral... doivent être accessibles et leurs interventions prescrites par les médecins traitants pour des réponses simples, limitées dans la durée (psychologues, orthophonistes, psychomotriciens...) avec un remboursement encadré ou un accès gratuit.

- Les professionnels associés de niveau 2 en libéral (cf chapitre 2.1.2) devraient pouvoir être prescrits par les psychiatres et remboursés pour des interventions spécifiques auxquelles ils sont formés, sur une durée plus longue.

#### **Parcours de soins**

La psychiatrie infanto-juvénile est le portail pertinent et adéquat pour engager un parcours de soins qui permette aux bébés/enfants/adolescents porteurs de troubles d'être reçus rapidement, après repérage, pour une évaluation dans le cadre d'un parcours diagnostique suffisamment synthétique et efficient débouchant sur des interventions ajustées, dans un lieu et sur une durée adaptés.

## 2 Missions de santé publique, articulations, stigmatisation

### 2.1 Missions de santé publique

**La psychiatrie infanto-juvénile publique est le portail d'entrée pour les enfants porteurs de troubles selon la classification du DSMV lorsqu'il y est fait référence sur le plan scientifique.**

Les missions de la pédopsychiatrie traversent le champ large de la santé mentale : la prévention, l'élaboration diagnostique, les soins (et interventions), l'inclusion. Le contenu est celui du neuro-développement dans la mesure où on y intègre la dimension épigénétique, la psychopathologie, la question des interactions précoces dans sa dimension du risque tenant compte des données partagées avec les autres spécialités.

Le pédopsychiatre de demain est un médecin de la complexité et du développement, c'est un médecin du risque et de veille sur la recherche. Il s'inscrit dans la société, est capable d'appréhender les phénomènes nouveaux.

La psychiatrie infanto-juvénile est une discipline complexe, spécifique, abordant la globalité de l'enfant. Le filtrage indispensable, sous tendu par la hiérarchisation des troubles, tel que défini plus haut, soit par repérage des services de 1<sup>ère</sup> ligne, soit par ré-orientation à partir de la consultation pédopsychiatrique, permettra à la pédopsychiatrie de se recentrer sur les priorités.

#### 2.1.1 Les priorités

##### **2.1.1.1 Les populations qui nécessitent une hospitalisation :**

- Adolescents présentant des troubles délirants aigus ou des troubles de l'humeur : dépression sévère, état maniaque
- Troubles graves du comportement chez l'enfant
- Troubles spécifiques de l'adolescence, « phobies scolaires, etc...
- Anorexie mentale sévère,
- Mères souffrant de troubles et leur nouveau-né,

##### **2.1.1.2 Les enfants présentant déjà des symptômes sévères**

Notamment pour **le parcours diagnostique, le début du parcours de soin ou la coordination** des interventions faites en dehors de la pédopsychiatrie, et lors de périodes de crises :

- Les troubles du spectre autistique,
- Troubles graves de l'attachement et troubles de la personnalité,

- Troubles des apprentissages complexes ou ne s'améliorant pas avec une prise en charge par l'éducation nationale et le niveau 1,
- THADA avec des répercussions importantes...

### ***2.1.1.3 Les bébés, enfants et adolescents, à risque de développer des troubles graves entravant le développement***

Pour lesquels la pédopsychiatrie déploie ses fonctions **d'élaboration du diagnostic, de soins précoces et de prévention secondaire** :

- Les bébés en situation de grande vulnérabilité repérée,
- Les adolescents qui présentent une souffrance psychique importante,
- Les victimes de traumatismes....

### ***2.1.1.4 Les enfants dont les troubles psychiatriques nécessitent des soins sur la durée et qui sont compatibles avec un parcours ambulatoire ;***

### ***2.1.1.5 Les enfants pour lesquels une évaluation est demandée pour une orientation vers des structures médico-sociales lors de handicaps associés.***

## **2.1.2 La clinique des troubles étayée par les bilans**

Dans ces situations, le diagnostic pédopsychiatrique est réalisé par une équipe pluridisciplinaire sous la direction du pédopsychiatre (orthophonistes, psychomotriciens, psychologues, neuropsychologues, infirmiers, éducateurs...), en lien avec la pédiatrie pour les éventuels troubles associés. Les échelles diagnostiques soutiennent la clinique et l'observation pour constituer un diagnostic complet. La clinique pédopsychiatrique est en effet complexe, subtile, nécessitant de connaître le développement normal, la globalité des troubles du développement, les évolutions possibles des enfants, les interactions entre somatique et environnement, la psychiatrie des adultes et les dynamiques familiales... La synthèse et l'annonce diagnostiques sont de la compétence du pédopsychiatre de service public associé au professionnel-référent de l'enfant (infirmier, éducateur, psychologue...). La place des parents dans tout le processus est centrale, ils participent aux différentes étapes et aux décisions concernant l'enfant. L'enfant et l'adolescent y sont eux aussi associés, en fonction de leur âge, en accord avec leurs parents.

Le DSM, classification des troubles mentaux de l'AAP (Association Américaine de Psychiatrie), dans sa dernière version (cinquième), pour sa partie centrée sur les enfants et les adolescents, donne une large part aux troubles neuro-développementaux à partir d'une réorganisation des catégories et d'une mise en perspective dimensionnelle. Cette nouvelle approche est l'occasion d'introduire un axe longitudinal et d'inscrire les neurosciences dans ce qui était auparavant essentiellement une description comportementale. **Les troubles neuro-développementaux relèvent en**

**France, comme dans tous les autres pays, de la psychiatrie infanto-juvénile, qui est historiquement attachée à une approche pluri-dimensionnelle intégrant les différents axes de compréhension.**

### **2.1.3 L'accès aux soins**

La psychiatrie infanto-juvénile s'est construite pour recevoir les enfants porteurs de troubles non spécifiés au plus près de leur domicile. Elle s'est organisée dans une logique de santé publique pour permettre un accès à ses structures, associé à un parcours, allant des diagnostics les plus larges vers les plus spécifiques et en graduant les réponses thérapeutiques.

Il est nécessaire de réfléchir à l'accès aux soins pédopsychiatriques des populations désertées de ces pédopsychiatres. 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 des premières consultations et des 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. La répartition des moyens en fonction des données de la population (âge, précarité, addictions, isolement...) et de l'équipement du territoire est un sujet complexe qui ne peut être éludé.

**Depuis quelques années, la question se pose de la fonctionnalité des choix officiels en termes de santé publique et d'épidémiologie qui s'organise à l'inverse de la sectorisation. L'orientation semble être celle d'une organisation se fondant sur la théorisation de troubles spécifiques (décrits par les neuropédiatres comme « purs », par exemple pour les « troubles des apprentissages », les « dys ») étendue par analogie et selon le principe du « nuage » aux troubles associés. Elle exige alors la re-construction d'un maillage adapté à chaque catégorie de troubles, ainsi artificiellement élargie, avec toutes les questions des passerelles, des tranches d'âge, des troubles dits associés et de l'inévitable effet d'entonnoir construit à l'envers.**

Mission de santé publique de la pédopsychiatrie publique :

- La définition du contour de la psychiatrie infanto-juvénile est souhaitable. Elle se décline de façon territorialisée selon les capacités spécifiques de la pédopsychiatrie et 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 enfin de réaliser des soins complexes ou intensifs. Elle se consacre aux priorités que nous avons citées plus haut 2.1.1

## **2.2 Articulations**

### **2.2.1 Les partenaires**

La psychiatrie infanto-juvénile, située au carrefour de différents champs, est très sollicitée par ses partenaires :

- Les acteurs du repérage (médecins traitants, gynéco-obstétriciens, néonatalogistes, pédiatres libéraux ou hospitaliers, PMI, crèches, assistantes maternelles...)
- L'éducation nationale (services de santé scolaire, enseignants...)
- Les acteurs du monde éducatif et judiciaire
- Les acteurs du médico-social
- La psychiatrie des adultes
- La MDPH et les structures qu'elle notifie

### **2.2.2. Fonction de synthèse et de coordination**

La fonction de synthèse et de coordination fait partie intégrante des missions de la psychiatrie infanto-juvénile publique. Elle a pour but d'apporter une expertise médicale et de soutenir les différents professionnels partenaires. La PIJ est formée à ces missions depuis sa création. Il s'agit de déployer des capacités de lien et de mobilité afin d'échanger et de co-construire avec les autres institutions. Lorsqu'il existe des équipes mobiles rattachées aux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, elles participent activement à cette fonction.

Ainsi, et surtout dans les suites de la loi du 11 février 2005, des liens stables ont été construits. Pour soutenir les équipes d'institutions médico-sociales, sociales ou judiciaires, des articulations moins coûteuses et plus fonctionnelles que les actions directes lors des crises (que sont les consultations en urgence, l'hospitalisation...) doivent être privilégiées.

Les services et unités d'accueil de l'ASE, les PMI, sont une priorité pour la pédopsychiatrie : celle-ci devrait s'organiser sur le modèle de la pédopsychiatrie de liaison, afin d'accorder rapidement des soins aux enfants les plus précaires et fragilisés. Une coopération structurelle doit s'organiser pour ces enfants, confiés à la puissance publique, sous protection et pour lesquels les parcours de soins restent encore extrêmement chaotiques le plus souvent. Il conviendrait de développer ces partenariats, car ils pourraient permettre d'éviter des hospitalisations d'enfants déjà placés à l'ASE, d'offrir des périodes d'évaluation limitées pour ceux en cours de mesure, de déterminer un parcours coordonné ne coupant pas le jeune de son milieu d'origine (hospitalisations séquentielles, accueil médico-social et éducatif, diversement associés...) lorsque cela est possible.

Les articulations doivent être fonctionnelles, dans le respect de la place de chacun, ce qui demande de mieux définir les besoins réels de chaque acteur vis à vis de la pédopsychiatrie publique. Il faut mieux connaître ces populations qui

sont en difficultés socio-économiques et souvent psychiques et leurs besoins, ceci pourrait se faire par la mise en place d'une étude d'analyse des besoins des enfants en situation de protection de l'enfance à l'égard de la pédopsychiatrie.

### **2.2.3. Les CAMSP (centre d'action médico-sociale précoce) et CMPP (centre médico-psycho-pédagogique)**

L'articulation et la répartition des fonctions méritent d'être éclaircies entre secteurs de psychiatrie infanto-juvénile/CMPP/CAMSP. Localement, elles se sont faites suivant les besoins, par exemple des CMPP plus orientés vers les difficultés scolaires associées à des troubles, des CAMSP plus orientés vers les troubles des jeunes enfants associés à des pathologies ou handicaps d'origine somatique ou génétique. Dans les territoires à faible densité médicale, une complémentarité s'est effectuée plutôt géographiquement. Une concertation dans chaque territoire remplacerait avantageusement la superposition des missions créant parfois des rivalités stériles, non efficaces, et non centrées sur les besoins de la population. Elle améliorerait considérablement la visibilité tant pour les familles que pour les partenaires.

#### **Articulations**

Les articulations avec les partenaires nécessitent :

- une bonne coordination, dans le respect de la place de chacun
- une co-construction entre les besoins des partenaires vis à vis de la pédopsychiatrie et les différentes possibilités de réponses qu'elle peut être à même de faire
- une meilleure visibilité des structures dans leur complémentarité (pédopsychiatrie publique, CAMSP, CMPP)

### **2.3. Déstigmatisation**

La psychiatrie infanto-juvénile des hôpitaux souffre actuellement d'une stigmatisation auprès d'une partie de la société. Tout un chacun est tenté de se penser compétent dans le domaine du développement de l'enfant, par le simple fait d'avoir été enfant et éventuellement d'en avoir ce qui amène nombre d'institutionnels à énoncer des avis très tranchés.

La pédopsychiatrie est discréditée, par certains lobbies, dans les domaines des troubles du spectre autistique, des troubles des apprentissages ou du TDAH pour les enfants issus de milieux socio-économiquement favorisés créant ainsi un désarroi chez les familles qui lui font confiance.

Par ailleurs, l'accent est mis sur des troubles visibles soit parce qu'ils provoquent une arrivée aux urgences pédiatriques, soit parce qu'ils créent des manifestations socialement visibles en particulier à l'adolescence. Or le début



de ces troubles remonte souvent au très jeune âge et passe alors inaperçu (impact des négligences dont le rapport de l’OMS de 2014 en signale la prévalence), ces enfants ont fréquemment un parcours au sein de l’aide sociale à l’enfance.

Il existe donc un fort déséquilibre entre les besoins, les demandes d’avis ou de soins, les missions légitimes et la définition des orientations au cours des textes disparates concernant la psychiatrie infanto-juvénile qui subit un éclatement entre les diverses injonctions et les sollicitations contradictoires.

Les missions de la pédopsychiatrie nécessitent d’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...). Ses missions ne doivent pas être décidées et limitées à celles énoncées ou dénoncées par certains groupes de pression, des médias en quête d’audience ou des politiques démagogues.

Il est important de reconnaître le rôle d’expertise de notre discipline dans le champ qu’elle couvre.

**Le risque actuel est que les moyens soient détournés par quelques pathologies ou dysfonctionnements aux dépens de tous les autres. Les exigences de certains groupes sont portées par des populations aptes à les faire valoir. S’il faut les entendre, cela doit se faire par une analyse rigoureuse de la réalité en termes de santé publique et d’épidémiologie d’une population bien différenciée cliniquement, en dehors de toute démagogie. Les plus nombreux, les plus démunis n’ont pas ou peu de porte-paroles.**

Déstigmatisation

- Soutenir officiellement la psychiatrie infanto-juvénile et ses professionnels dans le champ du sanitaire au même titre que toutes les autres spécialités. Il s’agit d’une spécialité s’appuyant sur la synthèse de connaissances exigeantes de nombreux domaines (psychiatrie, pédiatrie, neurologie, psychologie, sociologie). Elle ne peut être reléguée à un statut d’annexe d’autres spécialités.

### **3 Formation, recherche**

#### **3.1 Formation**

La psychiatrie infanto-juvénile est une discipline complexe et spécifique, c’est pourquoi elle demande du temps et des moyens de formation.

##### **3.1.1 Ses professionnels ont une formation solide sur le plan médical**

Les pédopsychiatres sont 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. Leur cursus au cours des études médicales (externat en médecine, dans divers services d'hospitalisation, gardes aux urgences, puis stages durant l'internat en pédiatrie ou autre service somatique, en psychiatrie adulte, pédopsychiatrie...) les a confrontés à toutes les circonstances cliniques, socio-économiques et culturelles que les individus peuvent rencontrer.

### **3.1.2 Les pédopsychiatres sont formés à la psychiatrie des adultes**

Durant les 4 ans de leur internat (étendu à 5 ans pour l'obtention de l'option PEA dans la nouvelle maquette) , ils ont une formation théorico-pratique à la psychiatrie des adultes qui leur apporte des connaissances sur les pathologies des parents qu'ils rencontrent (les addictions, les troubles de la personnalité, les traitements...) et des évolutions possibles de la souffrance et des troubles.

Cette formation leur permet ainsi des liens plus aisés avec leurs collègues psychiatres d'adultes ainsi qu'avec tous les autres médecins, même si ces liens sont toujours à parfaire et à mieux organiser, comme pour toutes les spécialités médicales.

### **3.1.3 La spécialisation en psychiatrie infanto-juvénile**

Elle exige une formation au développement normal du bébé, de l'enfant et de l'adolescent, à la clinique, aux diverses problématiques relationnelles, culturelles, aux diverses souffrances et troubles que peut rencontrer l'être humain en devenir, aux interactions complexes entre soma et environnement...

### **3.1.4 Apport du travail en équipe pluriprofessionnelle**

Les pédopsychiatres publics, parce qu'ils sont associés à une équipe pluriprofessionnelle, sont donc les spécialistes du développement de l'enfant, dans sa globalité, de ses entraves possibles, quelles que soient leurs origines (neurologique, épigénétique, sensorielle, environnementale, économique...), des besoins nécessaires à sa protection, dans le croisement des regards entre somatique et relationnel.

Leur formation les fait rencontrer, en plus du monde de la médecine, de l'obstétrique et de la pédiatrie avec qui ils échangent, celui de l'éducation nationale, de la protection maternelle et infantile, de l'éducatif, du judiciaire, du médico-social...

### **3.1.5 Formation de sur-spécialisation**

Sur leur 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, ils sont amenés à se spécialiser dans des champs plus pointus suivant les âges ou suivant les pathologies : le périnatal, le tout-petit non verbal (les bébés), l'adolescent, le diagnostic précoce de

l'autisme, les troubles de l'attachement, les troubles de l'apprentissage, les troubles du comportement alimentaire etc...

Cette base large de formation et d'exercice, avec des sur-spécialisations, illustre le champ d'exercice vaste de la psychiatrie infanto-juvénile. 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, à hiérarchiser et sélectionner des actions de soins, coordonner les pratiques, superviser les professionnels.

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.

### **3.1.6 Revalorisation nécessaire**

Sa reconnaissance, ainsi que sa revalorisation financière spécifique, peuvent contribuer à la rendre plus attractive : les consultations pédopsychiatriques, de par la nécessité d'explorer l'environnement de l'enfant et de construire la prise en charge avec les parents et les divers partenaires autour de l'enfant prennent beaucoup plus de temps que les consultations pour les adultes.

### **3.1.7 Chute de la démographie des pédopsychiatres**

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, comme Madame la Ministre de la Santé l'a bien compris, chaque université nomme au moins un professeur en psychiatrie infanto-juvénile, sans laisser cela au bon vouloir des doyens et aux conseils de faculté.

### **Les chiffres concernant la démographie des psychiatres infanto-juvénile.**

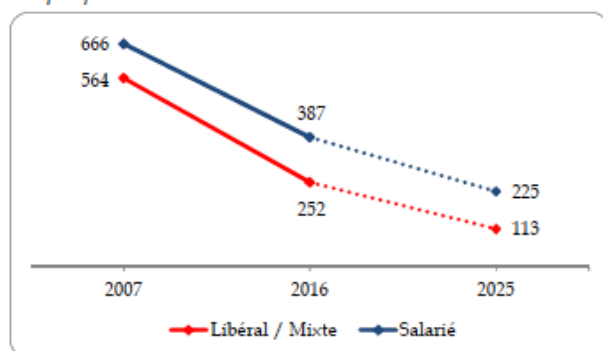
Tableau n°130 : Effectifs, Densité, Variation 2007-2016, proportion des modes d'exercice

Ensemble du pays	Hommes Eff.	Femmes Eff.	Total Eff.	Densité	Var Eff.	Lib Mixte %	Sal
	291	349	640	5	-48,2%	39,4%	60,6 %

Tableau n°21 : Modes d'exercice par spécialité, huit ans après la première inscription

Qualifications	Salarié	Libéral	Mixte	Remplaçant	Divers	Sans activité
Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	92,3%	0 %	7,7 %	0%	0%	0%

Graphique n°227 : Mode d'exercice de l'observé à l'attendu



\* Effectif sans activité et divers : 1

Référence : Atlas de la démographie médicale en France – Situation au 1er janvier 2016 – Conseil national de l'ordre des médecins.

Démographie :

Après 8 ans d'exercice, la psychiatrie infanto-juvénile est exercée à 92,3% sous forme salariée, l'âge moyen tout exercice confondu est de 60 ans (la plus élevé de toutes les spécialités, médecine générale comprise), la diminution des effectifs entre 2007 et 2016 est de moins 48,2%. (Pédopsychiatres ayant le DESC)

### 3.1.8 Exigence de la présence d'universitaires dans toutes les facultés

La psychiatrie infanto-juvénile reconnue comme spécialité à part entière est nécessaire, avec un nombre d'années s'alignant sur l'Europe (3 ans en pédopsychiatrie minimum) Ceci permettrait une amélioration de son image et une

meilleure visibilité : 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 faut y associer une formation continue de qualité, pour que chacun puisse avoir accès aux données actuelles de la science tout au long de sa carrière, et acquérir des connaissances nouvelles et spécifiques dans son domaine clinique.

### **3.1.9 Formation continue des médecins du service public**

On constate que la formation financée par les fonds publics et réduite du fait de l'application de la dernière réforme du DPC est de ce fait peu accessible. Les budgets de formation portés dorénavant par l'ANFH, jusqu'alors reconductibles d'année en année, ne le sont plus. Le groupe de travail sur la certification semble avoir oublié les praticiens hospitaliers alors que beaucoup des spécialités sont essentiellement exercées dans le public (93% pour la pédopsychiatrie).

### **3.1.10 Formation des professionnels et partenaires associées**

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, mais par une possibilité de cursus de type master leur offrant des spécialisations cliniques. La question de pratiques avancées en soins infirmiers se pose de manière cruciale pour la psychiatrie et la pédopsychiatrie. Une concertation est indispensable sur les cursus et les responsabilités qui s'en suivront.

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

L'ingénierie de la formation des psychologues demande une adaptation aux besoins de la psychiatrie infanto-juvénile en particulier dans le champ du développement ainsi que celui de la clinique sous forme d'un internat de 2 ans. Le recrutement de psychologues cliniciens du développement est une nécessité au sein des secteurs.

#### Formation des professions du champ de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et des partenaires

- Maintenir un haut niveau de qualification de la pédopsychiatrie pour renforcer les fonctions précédemment décrites. Si nécessaire, pour y parvenir, faire un DES de psychiatrie infanto-juvénile 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 souhaitée par nombre d'entre eux.
- Améliorer la formation clinique des psychologues et leur connaissance des outils.

Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux – Société de l'Information Psychiatrique  
585 avenue des Déportés  
CHHB 62110 Hénin-Beaumont

## **3.2 Recherche**

### **3.2.1 Développer la recherche**

La recherche en pédopsychiatrie est limitée par les difficultés nombreuses de la spécialité (elle est surtout sous-financée, sous-équipée, sous-priorisée). Elle souffre en cela des maux communs à la psychiatrie et à la santé mentale pour lesquels les investissements sont disproportionnellement faibles par rapport à la morbi-mortalité et au DALY (Disability-Adjusted Life Year, nombre d'années de vie en bonne santé perdues soit à cause d'une mort prématurée soit parce que ces années ont été vécues avec une pathologie invalidante) en psychiatrie. S'y surajoutent les faiblesses d'une spécialité du « petit » et du moins visible. Pourtant, les pathologies de l'adulte démarrent pour la majorité d'entre elles dès l'enfance ou l'adolescence ; la recherche en pédopsychiatrie reste indigente, parcellaire et souvent reléguée. La recherche fondamentale nécessaire est elle-même sortie de son champ et les ponts entre recherche en neurosciences, en biologie et en génétique d'une part, et recherche clinique en pédopsychiatrie d'autre part, restent à construire.

### **3.2.2 La recherche en santé publique**

L'épidémiologie n'a pas été suffisamment investie en France, précisément en ce qui concerne la pédopsychiatrie. Il est temps aujourd'hui de la développer afin d'orienter les politiques de santé sur des éléments clairs et non discutables comme le font le Canada ou la Grande Bretagne. Les domaines des conditions de vulnérabilités, des négligences, des carences dès la grossesse et dans les premières années de la vie en particulier ont été cruellement négligés.

### **3.2.3 La recherche clinique : la recherche par tous pour tous**

Les secteurs de pédopsychiatrie, leur organisation, les priorisations, le choix des bilans et des réponses thérapeutiques, éducatives, sociales, ont besoin d'études.

Celles-ci 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 de secteur, offrirait des voies d'exploration utiles aux patients. Les praticiens hospitaliers qui le souhaitent et qui se formeraient, pourraient dédier leur journée d'intérêt général à la recherche. Pour les inciter à se former et à contribuer ainsi à la recherche clinique un système proche de contractualisation tous les 3 à 5 ans, de prime d'intérêt pour la recherche (comme pour le service public exclusif) pourrait être mis en place. La mise en place de délégations territoriales à la recherche sur le modèle de la Fédération des Hauts de France compléterait le dispositif.

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

#### Recherche

- Développer une recherche clinique et épidémiologique à partir de la pratique, centrée sur les populations suivies en psychiatrie infanto-juvénile. Déterminer des temps possibles de recherche pour les pédopsychiatres en donnant les moyens nécessaires.

## 4 Axes particuliers

### 4.1 Suivant l'âge

#### 4.1.1 Périnatalité et jeunes enfants

La clinique du tout petit est très spécifique, complexe et nécessite que les professionnels y soient formés. L'évaluation d'un bébé demande 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. Les CMP reçoivent en priorité les enfants de moins de 3 ans pour qu'il n'y ait pas de délai d'attente à cet âge.

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, des troubles des apprentissages. Elles constituent un coût important pour la société (coût sanitaire, social, répercussion de génération en génération...). Le nombre de consultations des sages-femmes en PMI, la présence des TISF dans ces situations sont 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.

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'anténatal.

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

## 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. Soutenir la psychiatrie infanto-juvénile dans l'axe de l'impact des négligences chez les moins de trois ans.
- 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 de savoir repérer les diagnostics différentiels.

### 4.1.2 Adolescence

Le relais entre psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie de l'adulte n'est souvent pas simple pour les professionnels et pour les usagers.

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. Les coordinations entre services de pédopsychiatrie et secteurs adultes doivent être formalisées dans tous les secteurs.

Des modalités de travail inter-équipes adultes et pédopsychiatres, pour les adolescents et jeunes adultes doivent s'organiser sur les modèles des pathologies chroniques en pédiatrie : 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... Les addictions, les suicides, les retraits de type « Hikikomori » sont autant d'exemples de comportements exigeant ce travail de lien entre le domicile et les structures de consultations ou d'urgences.

Le problème de la radicalisation doit continuer de 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.

## Adolescence

- L'adolescence est un âge intermédiaire dont le partage des références entre 15 et 18 ans devrait tenir plus à la nature des troubles qu'à l'état civil.



- Les équipes mobiles sont pertinentes lorsqu'elles sont rattachées aux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et qu'elles interviennent sur le parcours de soin, en anté ou post-hospitalisation, sur les lieux de vie ou de socialisation.
- Créer également des équipes mobiles spécifiques pour le lien entre la pédopsychiatrie et le médico-social ou 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, en articulation avec les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et de psychiatrie des adultes.
- Un nombre de lits minimal d'hospitalisation temps plein est nécessaire par territoire. L'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile ne peut être embolisée faute de réponse sociale.

#### **4.2 Suivant les modalités : Urgence – hospitalisation temps plein**

Un accueil hospitalier spécifique est à individualiser pour les urgences pédopsychiatriques différenciées et territorialisées.

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. Dans chaque secteur ou service, les centres de consultation ont à s'organiser pour un accueil rapide des demandes à caractère urgent.

##### **Urgence et hospitalisation temps plein**

- 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 des grands adolescents en collaboration avec les secteurs de psychiatrie des adultes pour les jeunes entrant dans un processus pathologique long.

### **4.3 Suivant les troubles**

#### **4.3.1 Les troubles des apprentissages, TDAH**

Ils 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), dans une complexité de cercles vertueux/vicieux.

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

La psychiatrie infanto-juvénile joue un rôle fondamental dans l'évaluation, l'indication des interventions et la coordination des troubles des apprentissages dans un contexte large de troubles.

Troubles des apprentissages et TDAH demandent souvent plus qu'une articulation entre les diverses évaluations. L'approche de ces troubles, lorsqu'ils sont inclus dans une problématique globale, est facilitée par le travail en équipe pluriprofessionnelle. Les services de pédopsychiatrie doivent se doter des compétences (neuropsychologie notamment) et des outils spécifiques à une évaluation de qualité, éventuellement en intersectoriel.

#### **4.3.2 Les troubles du spectre autistique**

Il est maintenant urgent d'utiliser plus systématiquement les compétences de la pédopsychiatrie pour le diagnostic, en particulier pour les moins de trois ans, en s'appuyant sur son équipe pluriprofessionnelle. Au même titre que les échelles, qui sont nécessairement inscrites dans la clinique, les observations et l'analyse globale de l'enfant suivant tous les axes concernés, permettent de réaliser les diagnostics différentiels et associés et de déterminer le projet des interventions et de soin. Aussi, il serait préférable, pour les enfants, que le parcours diagnostique ne soit pas dissocié du parcours de soin et d'interventions, qui doit débiter sans délai, avant que les troubles ne se fixent.

La psychiatrie infanto-juvénile 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<sup>ème</sup> 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.

### 4.3.3 Les dépressions

Les dépressions chez l'enfant et l'adolescent ont une incidence importante. Chez les adolescents, le risque suicidaire est majeur et responsable de la majorité des décès, le risque d'addiction est également prévalent.

Chez le très jeune enfant la dépression est liée à des contraintes internes (biologiques, somatiques, circonstancielles comme la prématurité) et externes (environnementales). Son impact concerne tout le développement et les répercussions peuvent se prolonger toute la vie jusque dans les fonctions parentales ultérieures.

Le pédopsychiatre, dans cette médecine du risque qu'il exerce, a, avec ses collaborateurs, une place auprès des services de pédiatrie (néonatalogie, réanimation pédiatrique, urgences, pédiatrie générale), de maternité mais aussi auprès des services de PMI.

### 4.3.4 L'attachement

L'attachement est un processus comportemental bien défini par des études scientifiques modélisées. Sa nature est variable, ses dysfonctionnements peuvent aller jusqu'aux troubles réactionnels de l'attachement (TRA) voire au marasme. Les TRA sont à l'origine d'atteintes du développement de l'enfant aussi graves que celles d'une maladie somatique chronique. Les pédopsychiatres, avec les professionnels associés dans leurs équipes, sont les spécialistes de ce risque.

Suivant les troubles

- La majorité des troubles instrumentaux (moteurs, langage), cognitifs légers, d'attention s'inscrivent dans des difficultés plus larges liées à des difficultés environnementales associées ou non à des troubles sensoriels. Ils sont adressés essentiellement par l'éducation nationale.
- Les troubles des apprentissages les plus simples relèvent des professionnels libéraux, ceux plus complexes ou touchant plusieurs fonctions associées relèvent de la psychiatrie infanto-juvénile.
- 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<sup>ème</sup> 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 dépressions et les troubles graves de l'attachement sont à évaluer et diagnostiquer précocement par la pédopsychiatrie.

## **5 Conclusion**

Nous avons exposé la situation actuelle de la psychiatrie infanto-juvénile en France, sa spécificité, ses forces, les difficultés qu'elle rencontre, et les moyens selon nous de répondre aux besoins des tout-petits, des enfants et des adolescents qui sont à risque en termes de troubles développementaux et/ou psychiques graves.

Ces mesures doivent permettre que la pédopsychiatrie puisse accomplir au mieux les missions qu'elle est seule à pouvoir remplir et éviter des dispositifs peu fonctionnels mais souvent proposés de reconstruction d'un maillage territorial pour chaque type de trouble.

Il en va de l'avenir de notre jeunesse et du potentiel de notre société.

## SYNTHESE DES PRECONISATIONS

La psychiatrie infanto-juvénile, grâce à son organisation sectorielle, est un dispositif de maillage de tout le territoire national.

**Délaisser ce modèle, c'est oublier de prendre en compte les besoins globaux de toute la population. Si son organisation est en mouvement comme tous les systèmes de soins et donc sans cesse à revoir, son existence est le garant d'un accès au soin pour tous.**

La pédopsychiatrie fait le constat des limitations qu'elle a générées du fait du flux important des demandes qui lui sont adressées.

I- Il y a nécessité de les discriminer, de hiérarchiser plus clairement les réponses, préciser les compétences des différents acteurs, et enfin de rendre ces réponses plus lisibles. La SIP et le SPH prennent acte de ces nécessités en faisant les propositions de ré-organisation :

- Organisation en 3 niveaux (référence OMS) afin de hiérarchiser et filtrer les demandes par rapport aux besoins. La pédopsychiatrie intervient aux 3 niveaux de façon différente
  - 1- Initiation des programmes de prévention et de repérage, formation, coordination
  - 2- Parcours diagnostique associé au parcours de soin, articulation et coordination, orientation (médico-social, libéral, ...)
  - 3- Soins intersectoriels, expertise clinique, unité de recours
- Le pédopsychiatre est garant de la priorisation des premières consultations quel que soit le lieu (CMP, liaison, urgences...).
- Ses missions sont axées sur les troubles évolutifs, complexes, avec ou non signes associés, à des périodes développementales charnières de la vie, dans des situations d'urgence, de crise ou de traumatisme, centrées sur l'expertise du risque.

**La pédopsychiatrie publique est le portail d'entrée pour les enfants porteurs de troubles selon la classification du DSMV qui donne une large part aux troubles neuro-développementaux.**

Pour remplir les missions de santé publique qui lui incombent, la psychiatrie infanto-juvénile a besoin d'être soutenue dans son expertise et ses préconisations. La disqualification systématique dont elle est l'objet est préjudiciable à ses actions, elle pénalise les familles et les enfants qui relèvent de ses soins.

II- Les besoins sont en premier **démographiques**, la situation est aiguë et les perspectives alarmantes. Un plan d'urgence doit être mis en place selon les divers volets indiqués.

Les besoins associés à des **moyens** concernent la création d'équipes mobiles, de lits d'hospitalisation, d'individualisation d'urgences pédopsychiatriques, de réalisation de la liaison dans les différents lieux (pédiatrie, maternité, structures médico-sociales) avec rattachement au secteur et non hospitalo-centrée selon le modèle somatique classique.

L'accent doit être mis sur le profil des **populations vulnérables** lorsqu'elles sont porteuses de troubles, populations qui consultent prioritairement la pédopsychiatrie et dont les besoins spécifiques sont occultés.

**TABLEAU DE LA STRUCTURATION DE LA PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE**

Grands axes	Domaines prioritaires	Organisation	Fonctions de la pédopsychiatrie publique
<p>Organisation des soins</p> <p><i>Au sein des CPT dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale en lien avec les GHT</i></p>	<p>Structuration en niveaux</p> <p><i>Actions de la psychiatrie infanto-juvénile</i></p>	Niveau 1	Formation, coordination, définition des programmes
		Niveau 2	Parcours diagnostique, élaboration du projet de soin, mise en œuvre, coordination, orientation
		Niveau 3	Soins intersectoriels, expertise clinique, recours
	<p>Parcours de soin</p> <p><i>Place de la psychiatrie infanto-juvénile</i></p>	Niveau 1	Référence dans le champ de l'enfance, de la santé mentale pour une continuité et efficacité
		Niveau 2	Référence comme spécialiste et coordinateur des soins intensifs, intégrés, spécifiques
		Niveau 3	Expert dans le diagnostic et le soin de pathologies ou de modalités plus rares, complexes
<p>Mission de santé publique, articulations, déstigmatisation</p>	<p>Missions de santé publique</p>	Les priorités	Portail d'entrée pour les enfants porteurs de troubles selon la classification du DSM V  Les dimensions épigénétiques, psychopathologiques, les interactions précoces dans la dimension du risque
		La clinique des troubles	Utilisation d'outils et observation clinique par une équipe pluridisciplinaire dans une approche pluridimensionnelle
		L'accès aux soins	Centralisation dans les zones désertiques sur des CMP centraux, maillage territorial adapté
	<p>Articulations</p>	Les partenaires	Champ de l'enfance, champ de la santé mentale
		Fonction de synthèse et de coordination	Expertise apportée en synthèse, coordination, liaison, soins indirects
		Les CAMSP et les	Amélioration de la complémentarité

		CMPP	
	Déstigmatisation		Soutien des populations insuffisamment reconnues dans leurs besoins  Équité dans l'intérêt et les moyens dévolus quels que soient les troubles et leur origine
Formation, recherche	Formation	Formation initiale	6 ans d'externat en médecine
		Spécialisation	4– 5 ans d'internat en psychiatrie générale dont 3 en pédopsychiatrie  DES de psychiatrie infanto-juvénile ? Formation des infirmiers en pédopsychiatrie
		Sur-spécialisation	Élargissement à des tranches d'âges ou à des troubles précis
		Chute démographique	Diminution importante à venir du nombre de pédopsychiatres, insuffisance d'universitaires
		Formation continue	Renforcement et soutien de la formation dans les DPC
	La recherche	Participation des secteurs	Associer les secteurs de pédopsychiatrie aux recherches cliniques
		Epidémiologie	Incitation à des études épidémiologiques sur les populations reçues, sur celles qui n'ont pas facilement accès (négligences)
	Axes particuliers	Suivant l'âge	Périnatalité et jeunes enfants
		Adolescence	Collaboration entre les pédopsychiatres et les psychiatres d'adultes  Création d'équipes mobiles  Présence dans les MDA
Suivant les		Urgence et	Création d'unités intersectorielles d'urgences



	modalités	hospitalisation temps plein	pédopsychiatriques  Ré-ouverture de lits
	Suivant les troubles	T. des apprentissages	Évaluation de ces troubles dans un contexte large, apports en neuropsychologie, indications, mises en œuvre et coordination des interventions
		TDAH	Facilitation du travail en équipe pluriprofessionnelle, prescription ajustée
		TSA	Priorisation sur le diagnostic précoce des moins de 3 ans, diagnostics différentiels et fonctionnels, rapidité du début des interventions
		Dépressions	Action et recherche face à l'incidence importante des dépressions chez l'enfant et l'adolescent
		Attachement	Expertise du risque lié aux troubles de l'attachement au sein d'un travail pluridisciplinaire.

## MESURES PROPOSEES PAR LE SPH ET LA SIP POUR AMELIORER LE CHAMP DE LA PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE

### 1- Organisation des soins

Elle se construit dans le cadre de la loi de santé de 2016 avec sa dimension territoriale au sein des communautés psychiatriques de territoire (CPT), dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) en lien avec les groupements hospitaliers de territoire (GHT).

L'organisation par niveaux est croisée avec le parcours de soins afin d'assurer fluidité et continuité.

#### 1.1 Structuration en niveaux

- Niveau 1

##### Repérage sanitaire, prévention primaire et secondaire, réponse courte de proximité en matière de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent

La psychiatrie infanto-juvénile a pour responsabilité, dans le champ de la santé mentale, l'initiation de programmes de repérage et de prévention, de formation des professionnels de proximité et de coordination.

- Niveau 2

##### Parcours diagnostique – évaluation – prévention tertiaire – élaboration d'un projet de soin – coordination – orientation

La psychiatrie infanto-juvénile intervient pour des troubles évolutifs, complexes, avec ou non signes associés, à des périodes développementales charnières de la vie, dans des situations d'urgence, de crise ou de traumatisme.

- Niveau 3

##### Réponses intersectorielles – pour des pathologies complexes – pour des situations en urgence – de recours – unités supra-sectorielles- de référence

Les offres intra-sectorielles et supra-sectorielles mutualisées par la pédopsychiatrie, en lien avec le maillage sectoriel, reçoivent les situations plus rares ou plus intenses ou plus complexes.

#### 1.2 Parcours de soin

La psychiatrie infanto-juvénile est le portail pertinent et adéquat pour engager un parcours de soins qui permette aux bébés/enfants/adolescents porteurs de troubles d'être reçus rapidement, après repérage, pour une évaluation dans le cadre d'un parcours diagnostique suffisamment synthétique et efficient débouchant sur des interventions ajustées, dans un lieu et sur une durée adaptés.

### 2- Missions de santé publique de la pédopsychiatrie publique, articulations, stigmatisation

#### 2.1 Missions de santé publique

La psychiatrie infanto-juvénile publique est le portail d'entrée pour les enfants porteurs de troubles selon la classification du DSMV lorsqu'il y est fait référence sur le plan scientifique.

Les troubles neuro-développementaux relèvent en France, comme dans tous les autres pays, de la psychiatrie infantile-juvénile, qui est historiquement attachée à une approche pluri-dimensionnelle intégrant les différents axes de compréhension.

- La définition du contour de la psychiatrie infantile-juvénile est souhaitable. Elle se décline de façon territorialisée selon les capacités spécifiques de la pédopsychiatrie et 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 enfin de réaliser des soins complexes ou intensifs. Elle se consacre aux priorités.

## **2.2 Articulations**

Les articulations avec les partenaires nécessitent :

- une bonne coordination, dans le respect de la place de chacun
- une co-construction entre les besoins des partenaires vis à vis de la pédopsychiatrie et les différentes possibilités de réponses qu'elle peut être à même de faire
- une meilleure visibilité des structures dans leur complémentarité (pédopsychiatrie publique, CAMSP, CMPP)

## **2.3 Désigmatisation**

- La psychiatrie infantile-juvénile et ses professionnels doivent être soutenus officiellement dans le champ du sanitaire au même titre que toutes les autres spécialités. Il s'agit d'une spécialité s'appuyant sur la synthèse de connaissances exigeantes de nombreux domaines (psychiatrie, pédiatrie, neurologie, psychologie, sociologie). Elle ne peut être reléguée à un statut d'annexe d'autres spécialités.

# **3- Formation, recherche**

## **3.1 Formation**

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

Il faut s'assurer que, comme Madame la Ministre de la Santé l'a bien compris, chaque université nomme au moins un professeur en psychiatrie infantile-juvénile, sans laisser cela au bon vouloir des doyens et aux conseils de faculté.

### **3.1.1 Sur le plan démographique**

Après 8 ans d'exercice, la psychiatrie infantile-juvénile est exercée à 92,3% sous forme salariée, l'âge moyen tout exercice confondu est de 60 ans (la plus élevé de toutes les spécialités, médecine générale comprise), la diminution des effectifs entre 2007 et 2016 est de moins 48,2%. (Pédopsychiatres ayant le DESC)

### **3.1.2 Formations des professions du champ de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et des partenaires**

Pour une formation de qualité de l'ensemble de pédopsychiatrie, il faut :

- Maintenir un haut niveau de qualification de la pédopsychiatrie pour renforcer les fonctions précédemment décrites. Si nécessaire, pour y parvenir, faire un DES de psychiatrie infantile-juvénile 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 souhaitée par nombre d'entre eux.
- Améliorer la formation clinique des psychologues et leur connaissance des outils.
- Améliorer les capacités cliniques et le champ d'évaluation de la protection de l'enfance.

### **3.2 Recherche**

- Il est urgent de développer une recherche clinique et épidémiologique à partir de la pratique, centrée sur les populations suivies en psychiatrie infanto-juvénile. Déterminer des temps possibles de recherche pour les pédopsychiatres en donnant les moyens nécessaires.

#### **4- Axes particuliers**

##### **4.1 Suivant l'âge**

###### **4.1.1 Périnatalité et jeunes enfants**

- La priorité est de centrer les actions sur la périnatalité et la tranche d'âge des 0-3 ans, avec la pédopsychiatrie comme acteur de référence ; soutenir la psychiatrie infanto-juvénile dans l'axe de l'impact des négligences chez les moins de trois ans.

- 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 de savoir repérer les diagnostics différentiels.

###### **4.1.2 Adolescence**

- L'adolescence est un âge intermédiaire dont le partage des références entre 15 et 18 ans devrait tenir plus à la nature des troubles qu'à l'état civil.

- Les équipes mobiles sont pertinentes lorsqu'elles sont rattachées aux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et qu'elles interviennent sur le parcours de soin, en anté ou post-hospitalisation, sur les lieux de vie ou de socialisation.

- Créer également des équipes mobiles spécifiques pour le lien entre la pédopsychiatrie et le médico-social ou 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, en articulation avec les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et de psychiatrie des adultes.

- Un nombre de lits minimal d'hospitalisation temps plein est nécessaire par territoire. L'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile ne peut être embolisée faute de réponse sociale.

##### **4.2 Suivant les modalités**

###### **4.2.1 Urgence**

Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux – Société de l'Information Psychiatrique  
585 avenue des Déportés  
CHHB 62110 Hénin-Beaumont

- Un volet est la 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.

#### 4.2.2 Hospitalisation temps plein

- Des lits pour la tranche intermédiaire des grands adolescents sont à spécifier en collaboration avec les secteurs de psychiatrie des adultes pour les jeunes entrant dans un processus pathologique long.

#### 4.3 Suivant les troubles

- La majorité des **troubles instrumentaux** (moteurs, langage), cognitifs légers, d'attention s'inscrivent dans des difficultés plus larges liées à des difficultés environnementales associées ou non à des troubles sensoriels. Ils sont adressés essentiellement par l'éducation nationale.

- Les **troubles des apprentissages** les plus simples relèvent des professionnels libéraux, ceux plus complexes ou touchant plusieurs fonctions associées relèvent de la psychiatrie infanto-juvénile.

- 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<sup>ème</sup> 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 **dépressions et les troubles graves de l'attachement** sont à évaluer et diagnostiquer précocement par la pédopsychiatrie.