

Offre de soins

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, un enjeu sanitaire pour tous les territoires

Publié le 25/03/13 -

18h20



L'enjeu d'une meilleure prise en charge de la santé mentale des jeunes figure en bonne place dans les PRS. Mais l'ambition des feuilles de route montre également que des progrès sont à réaliser en France, qui pourrait s'inspirer de certains de ses voisins européens, comme les pays scandinaves par exemple.

Partie 2/3

Une offre à clarifier, étoffer ou encore diversifier dans chacune des régions

À parcourir les différents PRS adoptés, l'on observe au-delà des spécificités territoriales des pistes d'améliorations communes en matière de psychiatrie infanto-juvénile, comme l'accès au premier recours, la coordination renforcée des acteurs ou la prévention des ruptures de soins liées à l'âge.

Pas un des 26 Projets régionaux de santé (PRS) désormais adoptés par les ARS n'a fait l'impasse sur le thème de la prise en charge de la santé mentale des enfants et adolescents, certains y consacrant même une large part de leur volet psychiatrie, voire un programme spécifique. Est-ce à dire alors que beaucoup reste à faire en ce domaine ? Au-delà des particularités propres à chacune des régions concernées, ressortent en tous cas certaines problématiques propres à la discipline. Plusieurs tendances majeures dans les régions se développent, liées à la prévention, au décloisonnement entre les secteurs (sanitaire, médico-social, éducatif, judiciaire,...) et à la mise en place d'alternatives à l'hospitalisation, même si des besoins en lits et places persistent, notamment pour les situations de crise.

Délais d'attente trop longs pour les CMP et CMPP

En premier lieu, l'une des portes d'entrée dans la prise en charge en Psychiatrie infanto-juvénile (PIJ) ou pédopsychiatrie fait l'objet des attentions des PRS : les Centres médico-psychologiques (CMP). Les délais d'attente sont pointés pour y obtenir des consultations, une problématique qui existe déjà en psychiatrie générale, mais semblerait encore plus prégnante pour les plus jeunes, faute de personnel

spécifique dans certaines régions. Ainsi certains PRS se fixent comme objectif d'arriver au maximum à un mois pour obtenir un premier rendez-vous. D'autres prévoient de créer des CMP alors que certains territoires en semblent dépourvus. La Franche-Comté par exemple pointe ainsi des "zones blanches", avec la "zone géographique des hauts plateaux" à couvrir, pour a minima y fixer un maillage d'accueil et d'orientation. Il s'agit parfois de restructurer l'offre, comme en Corse, avec les CMP de PIJ de Sartène et de Propriano (Corse-du-Sud).

À titre d'exemple, le PRS Bretagne préconise de mettre en oeuvre des mesures à même de réduire ces délais : accueil infirmier en première intention, possibilité d'accueil direct par un psychologue, plages de consultations non programmées, amplitude horaire... Elle préconise, à l'instar d'autres régions, la mise en place en lien avec les Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) un rapport d'activité type et de développer un travail de clarification entre CMP et CMPP. Le PRS Languedoc-Roussillon pointe par ailleurs des délais d'accès de 3 mois en moyenne pour une première consultation en CMPP "avec le risque d'une entrée dans le système de soins par la "crise" et l'urgence".

Maisons des adolescents à évaluer

Autre porte d'entrée dans une éventuelle prise en charge : les Maisons des adolescents (MDA). Nombre de PRS signalent des projets de créations, signe que l'objectif du Plan gouvernemental Santé jeune en 2008 qui prévoyait une maison par département en 2010 n'est toujours pas atteint. Cependant, certaines régions s'interrogent avant de développer le dispositif, attendant une clarification du rôle des acteurs (MDA, CMP, CMPP, etc). Par ailleurs, le PRS Rhône-Alpes signale que 7 de ses 8 départements sont dotés de MDA, dont 3 comportant plusieurs sites. Cependant, il signale que "*leurs moyens et leurs modes de fonctionnement sont hétérogènes*". "*Des difficultés multiples entravent leur fonctionnement et il n'existe pas de recueil régional d'activité standardisé qui permettrait de mieux l'évaluer*", est-il souligné. La Bourgogne signale pour sa part que deux MDA fonctionnent dans l'Yonne et en Côte-d'Or et qu'une troisième vient d'ouvrir en Saône-et-Loire. "*À ce stade, il est important de pouvoir évaluer le fonctionnement de ce dispositif au regard du cahier des charges national afin d'envisager les adaptations nécessaires, le cas échéant, et son implantation éventuelle dans le département de la Nièvre*", est-il souligné.

Équipes mobiles à développer

De nombreuses régions, comme le Centre ou encore la Franche-Comté, estiment qu'en liaison avec ces MDA, des coordinations territoriales pluridisciplinaires devraient être installées "*avec une délégation suffisante pour organiser en toutes circonstances la prise en charge en cas d'urgence*". Les

PRS expliquent aussi que des équipes mobiles territoriales pourraient intervenir pour assurer des consultations immédiates, en lien avec les coordinations territoriales. Dans le même esprit, le PRS de Picardie prévoit de créer par redéploiement "*à partir des structures d'hospitalisation complète des équipes mobiles pluridisciplinaires rattachées aux CMP/CMPP travaillant en lien avec le secteur social, médico-social et les familles*". En Île-de-France, on entend aussi favoriser et faciliter la participation des équipes hospitalières aux structures d'accueil sociales associatives telles que les Points d'écoute et accueil jeunes (PEAJ) en lien avec les MDA ainsi que conforter les équipes mobiles en direction du domicile ou des établissements médico-sociaux "*pour améliorer l'accès au soin spécialisé notamment lors de la crise*".

Prévenir les ruptures liées à l'âge

Un bon nombre de projets régionaux abordent par ailleurs la problématique des prises en charge dans les "*âges frontières*", alors que les patients sont notamment censés relever à partir de 16 ans de la psychiatrie générale. L'ARS Bretagne pointe que "*tant au niveau sanitaire que médico-social, la transition de prise en charge entre les dispositifs adolescents et les dispositifs adultes ne se fait pas de façon 'huilée'*". "*Les potentielles ruptures de prises en charge ou de prises en charge non adaptées peuvent avoir des conséquences sérieuses pour de jeunes adultes en situation de fragilité*", appuie-t-elle. De manière concertée, certaines régions relèvent cette limite d'âge, comme la Bourgogne par exemple, qui souligne qu'un "*consensus est établi pour fixer raisonnablement à 18 ans*" cet âge pour bénéficier des structures de PIJ. Du côté de l'Océan Indien, on entend "*élargir la mission du secteur de PIJ jusqu'à 18 ans en cohérence avec les états pathologiques, la limite d'âge de 16 ans (...) ne devant pas être opposée à toute situation de soins*".

Le PRS d'Alsace note qu'en général les adolescents connus d'un secteur sont suivis en PIJ jusqu'à leur majorité mais que "*la pratique est variable d'un secteur à l'autre*". Il préconise du moins de favoriser l'accueil des 16-18 ans primo-consultants par le PIJ. Enfin, certaines régions élargissent encore le concept de post-adolescence s'agissant de l'offre de premier recours, à l'exemple de l'Île-de-France. Ainsi, le PRS préconise notamment de "*donner de la lisibilité à l'offre de proximité sur la population frontière des 16-25 ans, en identifiant les structures dispensant des soins spécifiques à cette période et de les labelliser*".

Si la majorité des régions développe une offre de soins en alternative à l'hospitalisation ou en accueil de jour, des insuffisances de lits en pédopsychiatrie sont néanmoins signalées. Cette problématique est encore plus prégnante pour les prises en charge en urgence et situations de crise.

Si l'on consultait uniquement dans les différents Projets régionaux de santé (PRS) les tableaux d'autorisations d'implantations ou de créations de lits et places, force serait de constater que cette nouvelle génération de Schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) signale essentiellement, à divers degrés selon les régions, des ouvertures de places en hospitalisation de jour. L'ambition des PRS étant naturellement, par la prévention et un meilleur recours à l'offre de premier recours, d'éviter les orientations tardives conduisant parfois à des prises en charge en Psychiatrie infanto-juvénile (PIJ) en urgence, voire des prises en charge inadaptées, faute de place dans des structures spécifiques. Cependant, à bien regarder les objectifs que se fixent les différents PRS, des besoins sanitaires se font jour dans de nombreuses régions.

Des unités "saturées" ou départements sans HC

Sans prétendre à l'exhaustivité, de nombreux projets peuvent être d'ores et déjà répertoriés en matière sanitaire. Ainsi, dans le Limousin, l'hospitalisation des adolescents est seulement possible à Limoges dans l'Unité de soins institutionnels psychiatriques de l'adolescence (USIPA) du CH Esquirol. Le PRS prévoit avec quelques "lits tampons" en Creuse et Corrèze de prendre en charge ces jeunes patients en proximité (48 à 72 h) et permettre une gestion dans les lits de psychiatrie identifiés (urgences ou adultes) dans l'attente d'un recours et/ou d'une expertise au niveau de l'USIPA. En Champagne-Ardenne, le PRS annonce le renforcement des structures d'hospitalisation complète (HC) des Ardennes, de la Marne et de la Haute-Marne, et la création de deux structures d'HC complémentaires dans l'Aube et la Marne. L'Auvergne signale pour sa part que certains de ses secteurs de PIJ ne possèdent pas de lits d'HC (Montluçon, Vichy, Thiers).

En Rhône-Alpes, la région manque encore d'équipements en psychiatrie pour les enfants, pointe le PRS qui préconise que chacun des 5 territoires s'en dote, en HC. "*Les unités déjà prévues et financées: devront impérativement être créées*", est-il souligné. Pour les adolescents, il faudra aussi que "*chaque territoire se dote d'une unité de soins à temps complet ou ait passé une convention avec un autre territoire*" pour bénéficier de places, alors qu'il n'existe pas de lits spécifiquement dédiés en Drôme et Ardèche. Par ailleurs, au CH Andrée Rosemon en Guyane, il s'agit de concrétiser le projet de création de l'unité de pédopsychiatrie déjà acté, avec l'ouverture de 12 lits en HC. En Martinique, les autorisations prévues au SROS 3 sont confirmées, avec notamment la création de 15 lits au CHU,

ainsi que 10 lits et/ou places pour la prise en charge des adolescents en crise.

Redéploiements intra-régionaux

En Haute-Normandie, le PRS signale notamment que les unités d'hospitalisation à temps complet du Rouvray et du Havre étaient "*saturées (...) contribuant à la présence chronique d'adolescents dans les services de psychiatrie générale*". Il a ainsi prévu de réorganiser et de renforcer l'offre d'hospitalisation dans le cadre d'une fédération CHU de Rouen - CH du Rouvray. Le PRS de Picardie signale de son côté que dans l'Aisne, la répartition de l'offre de soins en HC ne répond plus à l'attente des populations compte tenu de l'éloignement géographique de l'Établissement public de santé mentale départemental de Prémontré, et appelle à une délocalisation de lits vers les territoires "Aisne Nord - Haute-Somme" et "Aisne-Sud". Dans la Somme, est envisagée notamment la création de 6 lits pour enfants souffrant de troubles psychopathologiques sévères.

En Midi-Pyrénées, où le département des Hautes-Pyrénées "*apparaît comme fortement doté [en structures de PIJ] au regard des moyennes nationales et régionales*", note le PRS, est envisagé un redéploiement intra-régional. Celui-ci pourrait s'effectuer soit par réduction du territoire le mieux doté au bénéfice de l'Aveyron, de la Haute-Garonne, du Gers et du Tarn-et-Garonne, soit par une "*organisation inter-territoriale pour assurer la prise en charge des adolescents en crise*". Cette idée d'unités inter-territoriales ou régionales fait son chemin dans de nombreux projets de santé. Le PRS **Océan Indien** prévoit ainsi la reconnaissance d'une unité régionale d'hospitalisation temps plein, en recours des services de médecine et de pédiatrie, permettant notamment l'accueil des hospitalisations sous contraintes. Il indique par que la création d'une seconde unité sera évaluée au regard des données d'activité.

Unités de crises dans les grandes agglomérations

En Provence-Alpes Côte-d'Azur, le projet de santé signale qu'en "*période de rupture violente*", la prise en charge de jeunes en très grandes difficultés justifie la création de deux centres de crise situés sur les agglomérations de Marseille et Nice, dont les autorisations figurent au nouveau SROS. Du côté de l'Alsace, on indique au sein des Hôpitaux universitaires de Strasbourg (HUS) la création d'une unité d'hospitalisation d'urgence de six lits dont deux pour adolescents et la création d'un "centre de crise" de mêmes capacités, globale et spécifique à cette population.

Enfin, en Île-de-France, le PRS préconise que la région identifie au moins dix lits d'accueil en urgence et de soins intensifs de recours régional pour de jeunes enfants ayant des troubles incompatibles avec

l'accueil en pédiatrie (par reconversion de lits). Il prévoit également que l'Île-de-France se dote de quatre unités infra-régionales de dix à quinze lits, dédiés à la crise des adolescents, et qu'elle étudie la possibilité de création d'unités de Soins de suite et de réadaptation (SSR) pour adolescents, en lien avec l'Éducation nationale.

Partie 4/3 **Dr Bertrand Lauth, pédopsychiatre à l'Hôpital de Reykjavik (Islande)**

"La prise en charge psychopathologique de cette population devrait être une priorité nationale"

Fort d'une double expérience de pédopsychiatre durant 9 ans au CHI Fondation Vallée dans le Val-de-Marne, et d'une quinzaine d'années au CHU de Reykjavik en Islande, le Dr Bertrand Lauth évoque les enjeux de l'organisation des soins, et notamment de la prise en charge des jeunes patients en urgence.

Hospimedia : "Au regard de votre parcours en France et en Islande, que vous avez pu évoquer lors d'un récent congrès*, quelle réflexion globale peut-on tirer sur la nécessité d'une meilleure prise en charge de la psychopathologie des enfants et adolescents ?

Dr Bertrand Lauth : La question des urgences en psychiatrie pour cette population est un sujet assez nouveau, c'est un sujet actuel de recherche. On peut dire que la demande augmente de manière assez considérable, avec l'augmentation des troubles, à l'expression notamment comportementale ; tentatives de suicide, automutilations, scarifications, addictions... Le taux de suicide en France par exemple est très important, plus qu'en Islande, et l'un des plus élevés des pays européens. La consultation d'urgence doit être un moment privilégié d'écoute du jeune et de sa famille, c'est un moment crucial, d'accueil et d'évaluation, et pour les jeunes patients une occasion parfois unique de rencontre avec des soignants en psychiatrie. De la qualité de cette étape dépend l'adaptation et l'élaboration de la réponse thérapeutique, l'orientation qui ne débouche pas nécessairement sur une hospitalisation, ou une prise en charge à temps plein. Et bien sûr, l'acceptation et l'adhésion à une proposition de soins future pour le jeune en souffrance.

H. : Les capacités d'accueil en urgence y répondent-elles dans les deux pays ?

Dr B.L. : À partir du moment où des structures d'accueil des urgences existent, elles révèlent la demande car les besoins sont énormes. Que ce soit même un accueil téléphonique dans un premier temps, où les professionnels par exemple savent qu'ils peuvent appeler pour une orientation, infirmière scolaire, pédiatre dans un service hospitalier, travailleur social, médecin généraliste, la demande de prise en charge peut augmenter de manière importante. Mais il faut dès lors qu'il puisse y avoir un rendez-vous de pédopsychiatrie dans les jours qui suivent et les structures en aval nécessaires ! En

Islande, les dispositifs de détection, d'accueil et de traitement ont été considérablement développés ces dernières années. À Reykjavik notamment, l'unité de consultation d'urgence a reçu en 2012 près de 300 jeunes patients et une unité d'hospitalisation spécifique a réalisé 200 admissions pour un bassin de population représentant environ un secteur et demi de psychiatrie infanto-juvénile en France.

H. : Qu'est-ce qui a motivé ce développement des dispositifs ?

Dr B.L. : Nous avons connu il y a quelques années une série de suicides, qui ont donné lieu à une forte médiatisation et une prise de conscience dans le pays, à l'instar d'autres pays scandinaves, et les moyens publics ont suivi. La psychiatrie de cette population a ainsi occupé une place prioritaire dans les politiques de santé. Et cela devrait être de même en France... En matière d'urgence, il existe par exemple le service d'accueil que nous avons ouvert à Bicêtre en 1998, une consultation d'urgence à la Pitié-Salpêtrière, le Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) à Sainte-Anne. Cela fait trois points d'accueil pour quelque 7 millions d'habitants avec la région parisienne, quand notre structure au CHU couvre un bassin de population totale de 300 000 habitants. De plus, en dehors de l'Ile-de-France il existe peu de structures spécifiques d'accueil de ce type pour cette population. Et l'offre en pédo-psychiatrie reste très inégalement répartie d'un département à l'autre et d'un secteur à l'autre.

H. : Comment peuvent se passer les prises en charge dans ce cas ?

Dr B.L. : Des jeunes patients peuvent arriver aux urgences générales et être reçus par des professionnels spécialisés d'astreinte. Des services de pédiatrie peuvent hospitaliser des jeunes suicidants, témoignent certains de mes collègues. Ils se retrouvent néanmoins démunis pour adresser un jeune patient, dans des cas plus rares, en situation de crise, type décompensation psychotique et se retrouvent obligés de les adresser en psychiatrie générale avec les adultes. C'est quand même inconcevable de ne pas trouver de structure d'aval adaptée en 2013 dans ces cas précis.

H. : Les besoins sont-ils si importants ?

Dr B. L. : On estime globalement dans les pays d'Europe de l'Ouest que 15 à 20 % des enfants et adolescents entre environ 5 et 17 ans pourront présenter des troubles psychiatriques à un moment donné, même si tous ne nécessitent pas des prises en charge dans des services de pédopsychiatrie bien sûr. Cela concerne seuls 5% des jeunes au sein de cette population, les autres pouvant être pris en charge pour certains troubles par un médecin généraliste, un psychologue scolaire, etc. Mais ce n'est pas encore suffisamment pris en compte, en raison des préjugés encore forts qui perdurent sur le

psychiatrie en France. C'est une différence très forte que j'ai ressentie en Islande, les parents, les familles ont moins peur des psychiatres.

H. : Comment l'expliquer ?

Dr B. L. : Je ne me l'explique pas totalement, même s'il y a certainement des facteurs socio-culturels. On peut cependant noter que l'information sur la psychiatrie est plus accessible, et recherchée par les familles. Ils savent par exemple que 5 à 10 consultations avec un psychothérapeute pour un adolescent suicidant peuvent l'aider grandement. Souvent en France, le mot psychiatrie fait penser à schizophrénie, troubles psychotiques, etc. Alors que les troubles les plus fréquents des enfants en âge scolaire sont les troubles anxieux, suivi des troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité, chez les adolescents, c'est la dépression.

H. : Une fois ces troubles repérés et diagnostiqués, les prises en charge diffèrent-elles dans les deux pays ?

Dr B. L. : En Islande, on peut trouver rapidement une aide. Par exemple, un enfant venu en pédiatrie pour lequel on soupçonne des troubles anxieux va pouvoir être orienté par notre équipe, contactée, puis par son médecin généraliste, vers un psychologue dans son quartier. On ne va pas forcément le prendre en charge dans le service de pédopsychiatrie... En France on pourra difficilement obtenir un rendez-vous avec un psychologue ou psychothérapeute en urgence pour des troubles anxieux d'un enfant... Les délais d'accès en consultation dans les Centres médico-psychologiques (CMP) sont longs, et encore plus pour les jeunes que pour les adultes, avec des délais d'attente parfois de plusieurs mois certainement dûs au manque de personnel. Il y a aussi une grande souplesse dans notre unité. Le jeune peut y passer, avec les mêmes soignants, d'une hospitalisation complète à une hospitalisation de nuit ou de jour. En France, on peut hospitaliser à temps complet puis l'hospitalisation de jour se fera dans une autre unité qu'il faut trouver...

H. : Dans quel sens devrait notamment être améliorée l'offre de soins en France, si les pouvoirs publics décidaient de faire de la pédopsychiatrie l'une de leurs priorités ?

Dr B.L. : Il faudrait véritablement développer l'offre de soins en termes de suivi ambulatoire, de consultations, afin de pouvoir accueillir la demande, en urgence le cas échéant, évaluer les besoins d'hospitalisation et mieux répartir cette offre sur le territoire. Si l'on veut véritablement traiter ces 5% de la population d'enfants et d'adolescents, comme c'est par exemple le cas admirablement en Norvège, il faut diversifier la palette de soins et les accompagnements qui ne seront pas forcément psychiatriques je le répète. Par exemple, en Islande, on voit aux urgences 2/3 de troubles des émotions et 1/3 de

troubles du comportement, l'inverse en général en France. Les troubles du comportement en Islande sont d'abord adressés dans des structures médico-sociales avant d'être éventuellement adressés vers nous. Mais toute diversification et développement de l'offre passe nécessairement par la volonté des pouvoirs publics de mettre véritablement les moyens, comme c'est le cas pour nous depuis 2005, certes grâce, dans un premier temps, à la pression des médias et de l'opinion publique."

Propos recueillis par Caroline Cordier

* "Urgences pédopsychiatriques : quels soins et quels accompagnements ?", congrès organisé par l'AFAR, le 15 février à Paris.

Caroline Cordier

Les informations publiées par Hospimedia sont réservées au seul usage de ses abonnés. Pour toute demande de droits de reproduction et de diffusion, contactez Hospimedia (copyright@hospimedia.fr). Plus d'informations sur le copyright et le droit d'auteur appliqués aux contenus publiés par Hospimedia dans la rubrique [droits de reproduction](#).

Pas encore abonné à HOSPIMEDIA ?

Testez gratuitement notre journal en vous rendant sur <http://www.hospimedia.fr>

Votre structure est abonnée ?

Rapprochez-vous de votre référent ou contactez nous au 03 20 32 99 99 ou sur <http://www.hospimedia.fr/contact>