

## La pédopsychiatrie en crise !

**La pédopsychiatrie est en crise ? La pédopsychiatrie est en crise ! Les urgences débordent. Quelles urgences ? Les enfants et les adolescents qui viennent pour « crises » suicidaires ou clastiques, troubles du comportement, mal-être...**



Il semblerait que l'on n'ait jamais autant parlé de pédopsychiatrie, et que l'on n'ait jamais autant souligné les besoins concernant la santé mentale des enfants et des adolescents. Quel paradoxe, quand on sait à quel point l'idée que la maladie mentale existe a mauvaise presse ! Fallait-il attendre le constat annoncé depuis des années maintenant, à savoir que la population de pédopsychiatres diminuerait drastiquement de manière encore plus importante proportionnellement que le nombre de médecins dans son ensemble en ce premier quart du 21<sup>ème</sup> siècle ? Fallait-il que les confinements liés à la pandémie COVID soulignent à quel point les jeunes et les très jeunes peuvent présenter des fragilités psychiques, des vulnérabilités personnelles, familiales et environnementales ? Fallait-il attendre qu'ils basculent dans la souffrance, les tentatives de suicide, l'augmentation des violences dont ils sont victimes du fait de cette dernière atteinte à leur équilibre précaire pour que l'on s'émeuve enfin activement ?

### Une déliquescence annoncée

La psychiatrie du bébé, de l'enfant et de l'adolescent, la psychiatrie des mineurs était, comme tout ce qui touche le service public hospitalier, en souffrance, en état de lente réduction, au gré des ajustements budgétaires que le financement particulier de la psychiatrie permettait. En effet, jusqu'à cette année, un financement par dotation annuelle de fonctionnement non sanctuarisé évoluant au gré des ONDAM pouvait venir combler partiellement les déficits des établissements hospitaliers généraux et/ou hospitalo-universitaires auxquels la pédopsychiatrie peut

appartenir, d'autant plus que leur budget est parfois « noyé » dans des pôles communs avec la psychiatrie de l'adulte au sein des CHS. Ces « difficultés infantiles » s'aggravaient d'année en année, lentement, inexorablement, mais dans un certain silence, voire au sein de critiques de son manque de souplesse, encore et toujours de besoin de réorganisation, mais aussi de réponses considérées comme trop lentes voire obsolètes.

### Une organisation à revoir

Pour rappel, la pédopsychiatrie est dans son immense majorité une spécialité rattachée au système hospitalier en France. Elle est structurée en secteurs (anciennement intersecteurs), comme pour la psychiatrie de l'adulte, elle dessert une population donnée sur un territoire, avec comme structure de base la consultation en Centre Médico-Psychologique (CMP).

L'installation en médecine de ville est, quant à elle, contrairement à la psychiatrie générale, extrêmement minoritaire, voire si elle existe, elle se fait souvent pour le médecin dans un exercice partagé entre installation et CMP ou CMPP (Centre Médico-Psycho-Pédagogique rattaché institutionnellement au secteur médico-social).

Les CMP ont dans l'ensemble pu s'adosser à des hôpitaux de jour territoriaux (supra-sectoriels). Mais longtemps la création de structures d'accueil temps plein, que ce soit des lits d'urgence, des lits d'hospitalisation ou des soins au long cours, a été repoussée, voire refusée, par tous. L'idée de maintenir les enfants et les adolescents dans la cité était un souhait encore plus immense et compréhensible.

sible pour les plus jeunes. L'illusion que la maladie mentale grave, les impacts des maladies intercurrentes, l'impact de l'environnement épargneraient la jeune génération était très active. Il n'en est malheureusement rien et les bébés, les enfants et les adolescents sont en souffrance, et ceux qui s'en occupent trop peu nombreux pour y faire face à la hauteur de leurs besoins.

La création de structures d'accueil temps plein, que ce soit des lits d'urgence, des lits d'hospitalisation ou des soins au long cours, a été longtemps repoussée, voire refusée, par tous.

## La pédopsychiatrie est une spécialité à part entière !

Il n'est plus possible de dire que la pédopsychiatrie n'est pas une spécialité à part entière avec ses spécificités liées tant à l'âge de ses patients (comme la pédiatrie qui n'est pas une médecine générale en plus petit n'en déplaise aux adultomorphes, la pédopsychiatrie n'est pas la psychiatrie de l'adulte en modèle réduit), qu'à la spécificité de ses pathologies. Celles-ci sont liées tant au fait qu'il s'agit d'individus en plein développement, qu'à la particularité de l'expression de certains troubles : l'expression de la dépression, celle du trauma sont différentes chez l'enfant dans leur sémiologie comme dans leur évolution à la fois du fait des spécificités d'un âge, mais aussi de l'impact sur un être en construction.

## La pédopsychiatrie n'est pas la psychiatrie de l'adulte en modèle réduit !

Or, le nombre d'accueils possible avec lits d'urgence, de post-urgence (lits porte et lits d'aval) est très bas, dépendant en grande partie des urgences pédiatriques. Aux urgences la question des 16-18 ans voire des 15-18 ans tombe souvent dans un vide, car nombre de services de pédiatrie, pour des raisons historiques (notamment l'AP-HP), ont pu limiter l'accès à leurs lits aux moins de 16 ans.

Les services de médecine de l'adolescent sont souvent mal équipés pour accueillir des jeunes avec des idéations suicidaires et/ou des crises auto et hétéro-agressives. Les personnels médicaux sont peu nombreux du fait de la crise hospitalière, et peu ou pas formés à des troubles « non visibles » ou non compris (les scarifications, les hurlements pour des phénomènes hallucinatoires dissociatifs après traumas, etc.). Alors, le recours au service de psychiatrie des adultes et le transfert là où il y a une place sont un pis-aller.

Il ne suffira pas de dire qu'il ne faut plus (il ne faudrait plus) hospitaliser des plus jeunes avec des plus vieux. Qui pense encore qu'il faut mettre un jeune adulte à côté d'une personne atteinte de démence dans un service de médecine ? Faut-il accepter qu'un(e) jeune de 15 ans annonçant qu'il/elle va fuguer et se jeter par la fenêtre soit hospitalisé dans le même lieu qu'un adulte de l'âge de ses parents ou grands-parents présentant un épisode de décompensation de son trouble bipolaire avec souvent des consommations d'alcool et de toxiques ? Quelle temporalité pour un jeune qui doit retourner apprendre, dont le développement est en cours à vitesse exponentielle par rapport à celui d'un adulte que l'on cherche péniblement à stabiliser ?

La psychiatrie des « encore plus jeunes » fait un peu moins parler d'elle, et pourtant elle est une très grande pourvoyeuse des urgences pédiatriques elle aussi, notamment par le biais des conséquences des traumas et en particulier des violences intrafamiliales et environnementales. La population des enfants confiés en protection de l'enfance et/ou non confiés, mais toujours en danger, a également été mise en lumière depuis le confinement. L'augmentation des maltraitances physiques a été objectivée, celles des passages aux urgences pédiatriques pour motifs psychiatriques également. Sur le terrain, les enfants dits de l'« Aide Sociale à l'Enfance » (ASE) sont en peine ; les négligences graves et les maltraitances sont une cause majeure de morbi-mortalité chez les moins de 5 ans. Les conséquences au long cours sont théoriquement connues, mais non chiffrées, et les recherches dans ce domaine sous-financées, chronophages et méthodologiquement difficiles.

Un pays qui ne protège pas, ne privilégie pas, n'investit pas dans la génération de demain est un pays qui perd espoir. Il faut investir massivement dans la santé physique et psychique des enfants. « *No health without mental health* » pour les adultes en devenir !

Gisèle Apter, Vice-présidente du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux (SPH)