

Quelle pédopsychiatrie pour le second quart du XXIème siècle ?

(Rapport de la SFPEADA, version du 10/03/2023)

Introduction

La société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et disciplines associées (SFPEADA) organise le 23 Avril 2024 (journée mondiale de la santé mentale des enfants et des adolescents) des « Assises de la refondation de la pédopsychiatrie ».

L'objectif de ces assises est de réfléchir sur la place que doit prendre la pédopsychiatrie dans la France du XXIème siècle, sur son organisation et sur la nature des soins qu'elle doit être en mesure de proposer. À l'heure où l'on parle beaucoup de santé mentale et peu de psychiatrie, à l'heure où la demande de soin psychiatrique pour les enfants et les adolescents augmente sensiblement alors que le nombre de pédopsychiatres diminue, à l'heure où émergent des concepts cliniques de nature fort différente (« troubles du neurodéveloppement » versus « rétablissement » par exemple), la SFPEADA a jugé bon de prendre le temps de la réflexion pour proposer une refondation de la discipline.

Pour mener à bien cette réflexion, la SFPEADA a engagé 2 études.

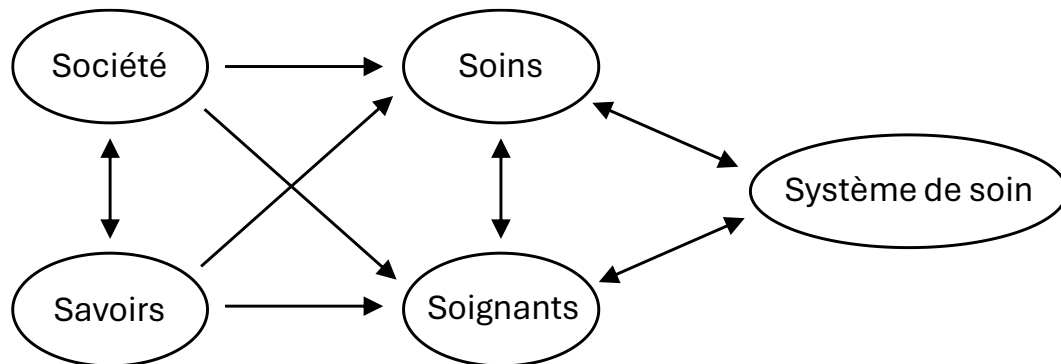
La première est scientifique. Elle a été réalisée sur la base d'entretiens avec des « personnalités qualifiées » à même de porter un regard critique (positif ou négatif) sur le système de soin pédopsychiatrique français. En plus de la connaissance de ce dernier, cette qualification pouvait venir d'une expérience d'un système de soin étranger, de la maîtrise d'une discipline académique (sociologie, histoire, etc.), d'une expérience personnelle en tant que parent de patient, de l'exercice d'une profession ou d'une activité associative ouverte au questionnement de santé publique.

La seconde étude a été réalisée auprès de « corps intermédiaires » (« groupes sociaux, situés à un niveau intermédiaire entre l'individu et l'État, indépendants et autonomes, constitués naturellement ou par accord délibéré en vue d'atteindre un objectif collectif ») impliqués dans la problématique de la santé mentale des enfants et des adolescents. Cette étude s'inscrit davantage dans une perspective de « démocratie délibérative ».

La méthodologie d'analyse ainsi que les résultats de ces deux études sont proposés en annexe. Pour résumer, une analyse thématique a été réalisé qui a conduit, toutes études confondues, à 113 thèmes rassemblés en un nombre plus limité de « grands thèmes » dont 5 principaux peuvent être retenus :

- La **société**
- Les **savoirs**
- Les **soins**
- Les **soignants**
- L'organisation du **système de soin**

Ces thèmes interagissent les uns avec les autres :



Lors d'un séminaire de 3 jours, 8 membres de la SFPEADA (pédopsychiatres, hospitalo-universitaires ou hospitaliers, exerçant dans une métropole ou en milieu rural, ainsi que 2 professionnels issus des disciplines associées) ont discuté librement chacun des 113 sous-thèmes issus des études 1 et 2 pour en tirer un point de vue de professionnels de la pédopsychiatrie sur l'évolution souhaitable de cette discipline dans les 25 années à venir.

Une synthèse de ces discussions a ensuite été écrite. Elle procède donc d'un double mouvement : « ascendant (*bottom-up*) » dans la collecte des points de tension ainsi que des changements nécessaires, « descendant (*top-down*) » dans la formulation de l'analyse et des propositions.

Cette synthèse a été par la suite proposée pour discussion au conseil d'administration et au conseil scientifique de la SFPEADA, puis à tous les membres de la société. Le présent rapport tient compte de ces discussions.

En parallèle, un article présentant l'ensemble de ces travaux a été écrit pour soumission à une revue internationale a comité de lecture. Par ailleurs, le présent rapport sera envoyé à tous les corps intermédiaires ayant participé à l'étude 2 afin qu'ils puissent en discuter le contenu. Un rapport plus long, intégrant l'article en langue anglaise ainsi que les commentaires des corps intermédiaires sera disponible dans un second temps.

Discussion du thème 1 : « Société »

Les enfants et les adolescents évoluent dans un environnement qui a fortement évolué dans les dernières décennies. Certaines de ces évolutions sont positives : moindre stigmatisation de certaines pathologies, en particulier de l'autisme (1) ; prise de conscience de l'importance de lutter contre les violences intrafamiliales, facteur de risque incontesté de nombreuses pathologies psychiatriques (2). D'autres peuvent cependant avoir un impact négatif : pression scolaire accrue (3) ; inquiétudes concernant l'avenir, en particulier en lien avec la crise climatique (4) ; interrogations identitaires (5) ; risques liés aux nouvelles technologies de communication (6). L'épidémie COVID a par ailleurs particulièrement affecté la santé mentale des adolescents (7). Ces changements expliquent peut-être les modifications d'expression clinique des troubles présentés par les jeunes ces dernières années, ces modifications sont constatées par un grand nombre de cliniciens.

En ce qui concerne les familles, une prise de conscience accrue de la nécessité de prendre en charge les problèmes psychiatriques des jeunes explique vraisemblablement l'augmentation sensible de la demande de soin observée depuis la fin du XXème siècle (8). Grâce à l'internet, certaines familles sont maintenant informées des principales connaissances scientifiques concernant la pathologie de leur enfant avec le souhait d'être pleinement partie prenante des prises en charges, ce qui est susceptible de modifier la relation soignants/familles. Il y a par ailleurs une plus grande exigence de réponse rapide et efficace à toute demande de soin.

Sur un plan plus sociétal, les lignes de partage délimitant ce qui est susceptible de relever d'une « maladie » d'un « handicap » ou d'une simple « identité » évoluent sensiblement sans que les différents acteurs du domaine n'en aient véritablement conscience et sans que des définitions claires et consensuelles ne soient données par les uns et les autres à ces différents concepts . De ce fait, l'objectif même du soin pédopsychiatrique mérite d'être mieux explicité : réduction d'une symptomatologie parfois, mais aussi et peut être surtout participer à ce que le jeune retrouve, tant que faire se peut, une place pleine et entière à l'école et dans la société (9).

Sur plan sociétal, toujours, si la stigmatisation associée à certaines maladies régresse, le problème demeure toujours central et touche non seulement les patients, leur famille que les soignants eux-mêmes (10).

Discussion du thème 2 : « Savoirs »

Parce que la pédopsychiatrie s'intéresse à un être en développement, indissociable de la structure familiale dans laquelle il vit et de la société qui l'entoure, cette discipline fait nécessairement appel à de multiples sources de savoirs.

Certains de ces savoirs sont qualifiés de fondamentaux.

Il en est ainsi de ceux issus des neurosciences, des sciences cognitives, et de la psychologie du développement, tous trois indispensables aux soignants impliqués dans le soin pédopsychiatrique quand on sait que le nouveau-né, l'enfant, l'adolescent a un cerveau qui se transforme de façon considérable. La connaissance des données issues des neurosciences est tout particulièrement nécessaire pour les pédopsychiatres car ces derniers sont médecins et donc dépositaires d'un savoir en lien avec le fonctionnement du corps humain et qu'ils se doivent de comprendre au mieux les mécanismes d'actions des médicaments qu'ils ou elles prescrivent. Concernant les neurosciences, bien qu'elles aient progressé de façon spectaculaire dans les dernières décennies et qu'elles permettent de mieux comprendre certains processus pathologiques, on constatera qu'elles n'ont encore que des applications pratiques limitées (11,12) à la notable exception de la découverte de pathologies organiques rares à expression psychiatrique et accessibles à un traitement spécifique.

Pendant longtemps, la psychanalyse a été une source quasi exclusive de savoir fondamental en pédopsychiatrie. Elle est aujourd'hui particulièrement critiquée. Par certains aspects à raison (certains psychanalystes ont mis en cause de façon caricaturale, culpabilisante et erronée les parents dans la survenue des problèmes de leurs enfants), mais également par certains aspects à tort. En effet, la psychanalyse peut également aider certains soignants à mieux comprendre les situations cliniques complexes et douloureuses auxquelles ils ou elles sont confrontées. En outre, la psychanalyse permet et a permis d'aider à développer des soins qui ont fait la preuve de leur efficacité comme dans les troubles anxio-dépressifs de l'enfant et de l'adolescent ou les organisations *borderline* (13). Aujourd'hui, dans beaucoup de situations cliniques l'important n'est pas d'opposer thérapies psychanalytiques, comportementales, mais plutôt de réfléchir à comment les pratiques psychothérapeutiques qui comprennent aussi les thérapies familiales, les thérapies dialectiques émotionnelles, la relaxation, etc., peuvent s'articuler entre elles et répondre aux situations particulières à prendre en charge. Profitons-en pour rappeler que, contrairement à ce qui est parfois allégué, la formation des internes en pédopsychiatrie en 2024 en France ne fait que marginalement appel au corpus psychanalytique.

Les sciences humaines et sociales en général peuvent être convoquées comme savoirs utiles à la pratique pédopsychiatrique. Il en est ainsi de la sociologie (pour une meilleure compréhension de l'influence de la société sur la structuration de la famille et

de la place de l'école par exemple), de l'anthropologie (pour saisir le rôle de la culture, voire de la spiritualité, notamment dans un contexte de migration), de l'histoire (pour apprendre à relativiser les savoirs dominants à un instant donné) et de l'économie (pour penser des soins efficaces).

Les savoirs ne sont pas que fondamentaux ils sont aussi statistiques. La recherche clinique ainsi que l'épidémiologie sont indispensables pour l'établissement de stratégies rationnelles de prévention et de soin, elles participent toutes deux à l'émergence d'une *evidence based medicine* (EBM), ici d'une « pédopsychiatrie fondée sur des preuves ». Rappelons toutefois que l'EBM suggère que la décision médicale doit être la résultante de résultats d'études statistiques, des préférences du patient ainsi que de l'expérience du clinicien qui va contextualiser les résultats statistiques des travaux scientifiques à la situation clinique singulière qu'il rencontre (14). Ce triple déterminisme de la décision médicale est particulièrement important en pédopsychiatrie du fait de la grande diversité des situations cliniques rencontrées.

Le savoir pédopsychiatrique repose également sur un corpus sémiologique et nosographique (une nosographie est une classification méthodique des maladies). Ce corpus est particulièrement complexe du fait de la nature fortement évolutive des comportements et du fonctionnement psychique de l'humain en développement. Ainsi, la symptomatologie dépressive ne s'exprime pas de la même façon selon qu'un enfant a 1, 7, ou 16 ans. De ce fait et du fait d'une absence de physiopathologie convaincante des troubles pédopsychiatriques, la nosographie de ces troubles est encore très fragile ; c'est une évidence quand on considère le domaine de la périnatalité. Les classifications étatsuniennes (DSM-5) ou internationales (CIM-11) sont souvent considérées par les non spécialistes comme des « bibles » présentant avec la plus grande scientificité les troubles psychiatriques tels qu'ils seraient dans une forme quasi définitive. Rien n'est moins sûr. Ces classifications ont un réel intérêt pour faciliter les recherches et les modalités de remboursement des soins par les assurances, elles sont cependant évolutives. Pour s'en rendre compte il suffit de s'intéresser au projet RDoC (*Research Domain Criteria*) développé par le NIMH (*National Institute of Mental Health*) américain qui propose une approche nosographique totalement différente de celle du DSM-5 (15).

Il existe donc une multiplicité des savoirs constitutifs à la pédopsychiatrie. Les soignants doivent en avoir pleinement conscience. C'est à cette condition qu'ils seront efficaces dans leurs soins, humbles et lucides quant à leurs limites, flexibles et prêts à s'adapter à des patients et à des équipes différentes ainsi qu'aux évolutions des connaissances et des organisations. Refuser de le voir c'est prendre le risque du scientisme ou de l'obscurantisme, deux écueils tout aussi dangereux l'un que l'autre et qui guettent quotidiennement le soignant à la recherche de solutions de facilité.

Pour que ces savoirs remplissent leur rôle il faut promouvoir les recherches, toutes les recherches qu'elles soient fondamentales ou cliniques, quantitatives ou qualitatives

(16). Il faut que ces recherches soient faites au plus près des lieux de soins et en collaboration avec les familles. Cela garantira non seulement leur pertinence pour les pratiques cliniques de demain, cela facilitera en outre leur acceptation par les soignants.

Chercher est indispensable, former l'est tout autant. Le partage des savoirs entre les différents métiers impliqués dans le soin pédopsychiatrique, mais également avec les juges, les enseignants et tous les professionnels impliqués dans l'enfance en souffrance est nécessaire pour constituer un langage et une culture commune, bases indispensables pour mieux se comprendre et coordonner les décisions de chacun.

Discussion du thème 3 : « Soins »

Le soin pédopsychiatrique est, dans l'immense majorité des situations, pluridisciplinaire. Les principaux métiers concernés seront abordés dans le thème 4 ; l'organisation institutionnelle permettant de mettre en œuvre cette pluridisciplinarité sera, quant à elle, détaillée dans le thème 5.

Ces soins doivent être efficaces.

Efficace signifie d'abord qu'ils doivent être efficaces. En médecine, le recours à l'EBM est en principe garante de l'efficacité des soins prodigués. En pédopsychiatrie ce principe est cependant à relativiser. En effet, les soins psychothérapeutiques y ont une place essentielle, or ces derniers ne sont pas de nature industrielle (au contraire du médicament), quand il s'agit d'évaluer leur efficacité ils se prêtent donc plus difficilement à une approche statistique classique du type « essai contrôlé randomisé » (17). Par ailleurs, conduire une étude d'évaluation scientifiquement valide nécessite un financement conséquent. Quand il s'agit de médicaments, ce sont les firmes pharmaceutiques qui assurent ce financement. Pour les traitements non médicamenteux, rien d'équivalent n'est prévu et cela explique en partie le fait que de nombreux soins ne sont pas et ne peuvent pas être validés au sens strict du terme. Cela ne signifie pas pour autant qu'ils ne sont pas efficaces. Avoir une lecture trop stricte de la démarche EBM peut conduire à des situations préoccupantes en termes de santé publique avec par exemple un recours abusif aux traitements psychotropes pour le soin des enfants et des adolescents. Dans tous les cas, comme indiqué plus haut, l'EBM dans sa conception initiale inclut de fait la préférence des patients (et ici de leurs familles) ainsi que l'expérience clinique du médecin.

Efficace, signifie également que ces soins doivent être économiquement soutenables. La notion de densité de soin est ici essentielle. Il est indispensable d'adapter le volume de soin (par exemple la fréquence des séances) en fonction de la pathologie prise en charge et de sa sévérité. Il est par ailleurs indispensable d'évaluer régulièrement

l'évolution clinique des patients dans le but éventuel d'adapter ou de changer d'approche thérapeutique.

Il existe une attente des familles pour que ces soins soient transparents (c'est-à-dire que les familles sachent précisément ce qui est proposé à leur enfant) et structurés (c'est-à-dire qu'il y ait une lisibilité de l'articulation et de la planification des différentes modalités de prise en charge). Ces attentes sont légitimes.

Plus généralement, la nécessaire implication des familles dans le soin pédopsychiatrique est une évidence tant du fait d'attentes sociétales que pour des raisons d'efficacité clinique. Les approches reposant sur une guidance parentale sont, par exemple, reconnues pour leur grande efficacité et gagneraient à être largement développées. L'implication de parents-pairs-aidants dans les soins est également une piste intéressante.

La question de l'implication des familles n'est cependant pas si simple. Les violences et maltraitances intrafamiliales sont en effet l'un des principaux facteurs de risques de troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent (2). Les parents sont donc parfois, tout au moins pour partie, à l'origine des troubles de leur enfant. Il serait tentant d'imaginer qu'il y aurait, d'un côté, de mauvais parents à écarter du soin et, d'un autre, de bons parents qui seraient essentiels à ce même soin. La réalité n'est pas conforme à cette dichotomie simpliste. Il existe un continuum de mal/bienveillance qui est au centre de la complexité de la pratique clinique pédopsychiatrique. L'ambivalence est inhérente à toute forme de parentalité. Il est ainsi pour le moins difficile de définir simplement et de façon systématique quelle doit être la place des parents dans le soin pédopsychiatrique. Cette place doit toujours exister, c'est une évidence, elle doit cependant pouvoir être repensée en fonction des spécificités de chaque fonctionnement familial.

Dans le second quart du XXI^{ème} siècle, un soin ne peut pas être pensé sans la notion d'e-santé. Il y a là un gisement considérable de progrès à attendre, si l'on sait apprivoiser ces nouveaux outils et les utiliser à bon escient. Des thérapies assistées par support électronique ont d'ores et déjà fait la preuve de leur intérêt dans des études bien menées (18). Les téléconsultations peuvent être utiles à la fois pour le suivi des patients mais également pour promouvoir une « clinique indirecte ». Cette dernière consiste par exemple à conseiller des structures démedicalisées lors de consultations ou de réunions de synthèse réalisées à distance.

Les outils de e-santé auront par ailleurs un rôle majeur à jouer dans la prévention des troubles pédopsychiatrique (dépistage des troubles par les familles ou par les adolescents, amélioration de la littératie en santé mentale, etc.). Plus généralement les actions de prévention sont au moins aussi importantes en pédopsychiatrie que dans le reste de la médecine (19). La prévention primaire (éviter que les pathologies ne surviennent) relève avant tout de décisions politiques et la place de la pédopsychiatrie

dans un tel contexte est délicate. Elle peut être source de conseils, elle ne doit vraisemblablement pas en être le principal acteur tant pour des raisons d'efficacité que de légitimité voire d'éthique (par le passé, la psychiatrie a conduit à promouvoir des normes sociales qui se sont révélées désastreuses).

Discussion du thème 4 : « Soignants »

Si le soin pédopsychiatrique est le plus souvent pluridisciplinaire, les différents métiers qu'il convoque ne sont pas toujours bien identifiés, par les familles souvent ainsi que par les professionnels eux-mêmes parfois.

Le pédopsychiatre est un médecin. Il ne pratique que rarement des examens cliniques, il doit cependant conserver des connaissances en médecine somatique, elles sont en effet garantes de la sécurité des prescriptions médicamenteuses qu'il réalise, elles fondent par ailleurs une partie de sa légitimité aux yeux des familles et de la société. Le pédopsychiatre pose des diagnostics psychiatriques, c'est également ce que les familles et la société attendent de lui. Les pédopsychiatres sont parfois réticents par rapport à cette injonction diagnostique. Cette réticence se comprend quand on se souvient de la fragilité des nosographies psychiatriques, elle se comprend encore davantage quand on se souvient qu'un enfant ou un adolescent est en développement et qu'un diagnostic évident un jour peut être infirmé quelques années plus tard. C'est le cas pour la plupart des troubles, y compris pour ceux qui semblent les plus stables dans le temps comme les troubles du spectre de l'autisme (20).

Le pédopsychiatre suit de longues études, 11 années après le baccalauréat. Il est donc considéré comme un expert de son domaine et c'est possiblement pour cette raison, et peut-être aussi du fait de l'aura d'autorité qui entoure la profession médicale, qu'il coordonne souvent les prises en charges proposées aux patients et à leurs familles. C'est en tous cas le fait en France et cela semble assez consensuel, mais cela n'est pas le cas dans tous les pays et, en réalité, rien n'oblige le pédopsychiatre à occuper une telle position. Quand tel est le cas il faudrait qu'il puisse bénéficier d'une formation appropriée car rien ne l'y prépare pendant ses 11 années de formation.

Le pédopsychiatre est souvent appelé à représenter le soin pédopsychiatrique auprès des différentes institutions s'occupant elles aussi des enfants en souffrance ou en difficultés (éducation nationale, institutions relevant du handicap ou protection de l'enfance par exemple). C'est une tâche considérée comme importante bien que, dans plusieurs pays, cette activité soit déléguée à des professions paramédicales. Il faut en effet que les pédopsychiatres préservent leur temps car la démographie de la profession ne correspond pas du tout aux besoins de la population et cela ne s'arrangera que marginalement dans les décennies à venir. Le temps de diagnostic, d'évaluation et de réévaluation des prises en charges doit être priorisé. Une activité

psychothérapeutique limitée peut également être préservée, elle permet au pédopsychiatre de ne pas perdre de vue la complexité des situations cliniques.

La formation initiale des pédopsychiatres a récemment changé, elle est incontestablement de meilleure qualité et désormais compatible avec les formations existant dans la plupart des pays européens. La formation continue est par contre largement perfectible alors qu'elle est d'une toute première importance compte tenu des changements importants que vit la discipline en ce moment. Elle est également importante du fait d'une tendance fréquente à la spécialisation des pratiques cliniques avec le temps, ce qui nuit à l'adaptabilité du clinicien. Comme pour toutes les spécialités médicales, la question d'une re-certification périodique est prévue dans les textes, souhaitée par de nombreux soignants, mais non encore implémentée.

Enfin, le pédopsychiatre est considéré comme un garant du soin. Garant de sa pertinence, de sa qualité, de son éthique. Pour cela le pédopsychiatre doit veiller à préserver son indépendance vis-à-vis des acteurs susceptibles d'interférer avec le soin, qu'ils soient issus de l'administration ou du monde judiciaire, par exemple.

Les psychologues ont une place incontournable dans le soin pédopsychiatrique. Ils sont susceptibles de réaliser des évaluations approfondies comprenant des observations, des entretiens cliniques et l'administration de tests psychologiques. Ils répondent de manière adaptée aux besoins de l'enfant et de l'adolescent en s'appuyant sur des approches thérapeutiques variées. Ils participent à des actions de prévention et d'éducation auprès des familles et des professionnels de l'éducation afin de favoriser une meilleure compréhension des troubles psychiques de l'enfant et de l'adolescent. L'existence d'une spécialisation dans le cursus de formation des psychologues (psychologue clinicien, neuropsychologue, psychologue du développement) est potentiellement problématique quand il s'agit de prendre en charge des enfants ou des adolescents tellement ces trois facettes de la psychologie y sont d'une grande utilité. Cela est d'autant plus vrai que le contenu des formations peut varier sensiblement d'une université à l'autre. Une place plus importante des psychologues en pédopsychiatrie est sûrement souhaitable, en particulier du fait d'une démedicalisation prévisible de certaines structures de soin (voir thème 5). La création de cursus de pédopsychologue ou de doctorat d'exercice en psychologie serait à même de faciliter une telle transition, avec la question sensible de la place de ces professionnels au sein d'une hiérarchie institutionnelle.

En ce qui concerne les orthophonistes, les psychomotriciens ainsi que les infirmiers, leur rôle est également crucial. Une universitarisation ou du moins une consolidation de l'universitarisation de leurs formations est indispensable avec, en corolaire, le développement pro-actif d'activités de recherche. La création d'un statut d'infirmier spécialisé en psychiatrie, sur le modèle des infirmiers anesthésistes (1 an de formation après au moins 5 ans de pratique) serait à envisager pour donner à ces soignants

rompus au fonctionnement de l'hôpital davantage de responsabilités. Ce statut serait bien entendu différent de celui des infirmiers de pratique avancées (IPA), profession d'un grand intérêt potentiel mais qui impose une formation difficile à mettre en œuvre (2 ans, souvent loin du domicile et de leur famille) et dont les profils de poste sont encore à préciser.

Discussion du thème 5 : « Système de soin »

Le système de soin pédopsychiatrique français est souvent considéré comme complexe, voire incompréhensible (21). C'est en tout premier lieu l'avis des familles qui le fréquentent, ça l'est aussi de nombre de professionnels qui le font vivre.

Outre cette complexité structurelle, il souffre actuellement d'une saturation qui l'empêche de répondre correctement à trop de demandes de soin parfaitement légitimes. Des aménagements ponctuels sont régulièrement proposés, en général dans le cadre d'appels à projets, les améliorations constatées sont aléatoires et au mieux modestes. Des changements assez profonds sont donc vraisemblablement à envisager, ils vont demander des efforts considérables tant au niveau politique, administratif que pour les soignants eux-mêmes.

Il est classique d'organiser un système de soin en niveaux de spécialisation. En ce qui concerne le soin pédopsychiatrique :

Le niveau 1 concernerait logiquement la médecine générale, mais aussi et surtout l'école, lieu de vie incontournable pour la plupart des enfants et des adolescents. La question de la formation de ces différents acteurs aux problématiques soulevées par la pédopsychiatrie apparaît indispensable ; elle est actuellement considérée comme largement insuffisante.

Un niveau 1bis devrait être envisagé. Il s'agit de proposer aux familles et aux patients un guichet unique, d'accès simple et rapide, non médicalisé, structuré par tranches d'âges avec, par exemple : des « maison des adolescents », des « maisons de la famille et des enfants » ainsi que des « maisons des 1000 premiers jours » (à penser nécessairement en lien avec les PMI ainsi que les CAMSP). Des professionnels du niveau 2 consulteraient dans ces structures (possiblement à distance) pour aider à prioriser les jeunes pour qui des investigations plus poussées s'avèreraient nécessaires. Un cahier des charges formaliserait le rôle de ces structures ainsi que les modalités d'interaction avec les niveaux connexes, dont en particulier le milieu scolaire.

Le cœur du niveau 2 correspondrait à l'actuel secteur pédopsychiatrique, dont le maillage territorial est un atout indiscutable pour réduire tant que faire se peut les inégalités d'accès au soin, problème inévitable du soin psychique en particulier des enfants et des adolescents. Les structures associatives comme les actuels CMPP

feraient également partie de ce niveau 2 ; il en est de même des pratiques libérales de la pédopsychiatrie, de la psychologie, de l'orthophonie ou de la psychomotricité.

L'orientation éventuelle d'un patient du niveau 1bis vers un soin relevant du niveau 2 se ferait sur la base de la gravité de la pathologie sous-jacentes ainsi que sur la densité de soin nécessaire. Le secteur pédopsychiatrique étant destiné à s'occuper des patients les plus sévères. La question d'une spécialisation des soins dispensés dans le secteur se pose : par tranches d'âges cela fait sûrement sens ; par type de pathologies (TND, trauma ou trouble des conduites alimentaires par exemple) ou par type de facteur environnemental (enfants migrants) cela peut se discuter. En effet, une telle segmentation si elle repose sur des dimensions cliniquement pertinentes nécessitant chacune des soins spécifiques, risque de faire perdre la nécessaire vision globale du patient. Les problèmes de ces derniers ne peuvent que rarement se résumer par une seule dimension psychopathologique, la notion omniprésente de comorbidité est d'ailleurs là pour nous le rappeler.

Le niveau 3 correspondrait aux centres experts, aux services des CHU ainsi qu'à certaines unités très spécialisées. Ce niveau de soin devrait être exclusivement réservé aux situations les plus complexes. Un écueil est souvent constaté au niveau de ces structures : des propositions de soin très spécialisés y sont préconisées alors que ces derniers ne sont en règle générale pas disponibles dans la réalité. Cela crée parfois des frustrations pour les parents et les équipes d'aval, cela peut-être par ailleurs source d'inefficience (22). Il est donc suggéré que les acteurs de niveau 3 ne se cantonnent pas à un simple rôle d'expertise mais aient également à s'engager eux-mêmes dans le soin.

Des unités de crise et d'accueil d'urgence sont bien sûr nécessaires. Tout doit être fait cependant pour que leur rôle soit réduit au maximum. D'une part un soin anticipé est plus efficace qu'un soin réalisé dans l'urgence ou en situation de crise, d'autre part, ce type de soin est particulièrement éprouvant pour les équipes, les familles ainsi que les patients. Actuellement, le besoin exprimé d'unités de crises et d'accueil d'urgence est à mettre en lien avec l'impossibilité pour les secteurs et les CMP en particulier de répondre à la demande de soin. Le traitement de ce problème réduira de fait, sans le supprimer, le besoin d'accueil d'urgence et de crise.

Le secteur psychiatrique français a, de tous temps, une préoccupation à « l'aller vers ». Aller vers les patients, leur famille, réaliser les entretiens dans les lieux de vie décentrer les points de vue cliniques et peut renforcer l'alliance thérapeutique et désamorcer des situations difficiles (23). Dans un tel contexte, si les équipes mobiles sont à l'évidence à encourager, elles ne peuvent cependant se concevoir que comme un outil d'appoint (en dehors de circonstances locales particulières)

L'organisation du système de soin pédopsychiatrique ne peut être pensée que localement. Il est illusoire d'imaginer qu'un modèle unique pourra s'appliquer sur l'ensemble du territoire français. Le second quart du XXIème siècle verra toujours des

territoires mieux dotés (métropolitains, proches de CHU par exemple) que d'autres (ruraux en particulier). Dans ces derniers, le principe de réalité obligera à développer au maximum la clinique indirecte, les équipes mobiles ainsi que la délégation de tâche.

Organiser un système de soins c'est également faire que le temps de chacun est utilisé au mieux. Des professionnels dont la qualification est rare et coûteuse ne doivent pas être utilisés pour des tâches qui ne relèvent pas du soin à proprement parler. C'est typiquement le cas du recueil récurrent d'indicateurs ou d'informations administratives qui ont pour principale conséquence d'allonger les listes d'attentes pour accueillir les patients et leur famille. La rationalisation des réunions institutionnelles ou trans-institutions est également un enjeu d'efficience. Ces réunions sont souhaitées et souhaitables car le lien entre les professionnels, les équipes et les institutions permet de surmonter des clivages que l'on observe que trop souvent dans la pratique. Le risque est alors de privilégier ce type d'activité au dépend du soin proprement dit, parfois plus exigeant émotionnellement. Un équilibre doit être trouvé en se souvenant que le soin doit rester le cœur du métier de soignant. Cet équilibre peut être favorisé par une tarification plus appropriée des activités cliniques et non cliniques. Consultations, séances de thérapie, réunions institutionnelles, inter-institutionnelles, activité de clinique indirecte, visites à domicile, hospitalisation, soin en milieu libéral ou pas : la rémunération de ces actes doit être pensée pour que l'ensemble soit le plus efficient possible et aucun ne doit être négligé.

Un soin efficient n'est pas incompatible avec des soignants épanouis dans leur exercice. L'épanouissement professionnel est même une condition nécessaire à un soin efficient. Cet épanouissement est la condition d'une attractivité de ces métiers qui est actuellement défaillante. La rémunération est bien sûr un élément incontournable mais elle n'est pas le seul paramètre. La liberté de penser (ne pas subir de dogmes idéologiques plus ou moins arbitraires dans les modalités de soins à prodiguer), ne pas être considéré comme un simple prestataire de service substituable à volonté, bénéficier d'une certaine stimulation intellectuelle (formations régulières, moments de réflexions cliniques approfondies), avoir les moyens de prodiguer des soins au minimum acceptables, voilà ce qui peut-être avant tout permettrait de donner l'élan nécessaire pour dessiner les contours d'un système de soin pédopsychiatrique.

Remerciements

Le Dr. Pauline Espi et le Pr. Alexandra Rouquette pour leur participation aux études 1 et 2. Le conseil d'administration, le conseil scientifique, les membres de la SFPEADA pour leurs commentaires à une première version du rapport. Et, bien entendu, les professionnels, familles de patients et institutions impliquées dans les études 1 et 2.

Références

1. Grinker RR. Autism, “Stigma,” Disability: A Shifting Historical Terrain. *Current Anthropology*. févr 2020;61(S21):S55-67.
2. Carr A, Duff H, Craddock F. A Systematic Review of Reviews of the Outcome of Noninstitutional Child Maltreatment. *Trauma, Violence, & Abuse*. 1 oct 2020;21(4):828-43.
3. Pascoe MC, Hetrick SE, Parker AG. The impact of stress on students in secondary school and higher education. *International Journal of Adolescence and Youth*. 31 déc 2020;25(1):104-12.
4. Hickman C, Marks E, Pihkala P, Clayton S, Lewandowski RE, Mayall EE, et al. Climate anxiety in children and young people and their beliefs about government responses to climate change: a global survey. *The Lancet Planetary Health*. 1 déc 2021;5(12):e863-73.
5. Klimstra TA, Denissen JJA. A theoretical framework for the associations between identity and psychopathology. *Developmental Psychology*. 2017;53(11):2052-65.
6. Patchin JW, Hinduja S. Sextortion Among Adolescents: Results From a National Survey of U.S. Youth. *Sex Abuse*. 1 févr 2020;32(1):30-54.
7. SPF. Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France : résultats du Baromètre santé 2021 [Internet]. [cité 15 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/prevalence-des-pensees-suicidaires-et-tentatives-de-suicide-chez-les-18-85-ans-en-france-resultats-du-barometre-sante-2021>
8. Cacheux L. Dernières données sur la prise en charge des enfants en CMP-IJ en France métropolitaine : augmentation des recours aux soins et intensité des prises en charge. *Enfances & Psy*. 2020;88(4):24-42.
9. Schrank B, Slade M. Recovery in psychiatry. *Psychiatric Bulletin*. sept 2007;31(9):321-5.
10. SARTORIUS N, GAEBEL W, CLEVELAND HR, STUART H, AKIYAMA T, ARBOLEDA-FLÓREZ J, et al. WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. *World Psychiatry*. oct 2010;9(3):131-44.
11. Making progress on mental illness | Science [Internet]. [cité 22 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.science.org/doi/full/10.1126/science.abn8143>
12. Barry E. The ‘Nation’s Psychiatrist’ Takes Stock, With Frustration. *The New York Times* [Internet]. 22 févr 2022 [cité 15 févr 2024]; Disponible sur: <https://www.nytimes.com/2022/02/22/us/thomas-insel-book.html>

13. Rossouw TI, Fonagy P. Mentalization-Based Treatment for Self-Harm in Adolescents: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1 déc 2012;51(12):1304-1313.e3.
14. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 13 janv 1996;312(7023):71-2.
15. Aragona M. Epistemological Reflections About the Crisis of the Dsm-5 and the Revolutionary Potential of the Rdoc Project. *Dialogues in Philosophy, Mental and Neuro Sciences*. 2014;7(1):11-20.
16. Falissard B, Benoit L, Martin A. Qualitative methods in child and adolescent psychiatry: the time has come. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1 avr 2022;31(4):541-4.
17. Falissard B. How should we evaluate non-pharmacological treatments in child and adolescent psychiatry? *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1 sept 2015;24(9):1011-3.
18. Andersson G, Titov N, Dear BF, Rozental A, Carlbring P. Internet-delivered psychological treatments: from innovation to implementation. *World Psychiatry*. 2019;18(1):20-8.
19. Costello EJ. Early Detection and Prevention of Mental Health Problems: Developmental Epidemiology and Systems of Support. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 1 nov 2016;45(6):710-7.
20. Eigsti IM, Fein D, Larson C. Editorial Perspective: Another look at 'optimal outcome' in autism spectrum disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2023;64(2):332-4.
21. La pédopsychiatrie, un accès et une offre de soins à réorganiser, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale. 2023;
22. Espi P, Winter M, Falissard B, Blay M, Anastasi A, Maggi-Perpoint C, et al. Organisation des soins en santé mentale : quelle juste place pour les centres experts en pédopsychiatrie ? *L'information psychiatrique*. 2023;99(8):551-8.
23. Berthoz A, Tordjman S. Le changement de perspective et de point de vue : un atout majeur des équipes mobiles en psychiatrie. *L'information psychiatrique*. 2023;99(5):285-93.