

2019

PROPOSITIONS

DE LA FÉDÉRATION

HOSPITALIÈRE DE FRANCE

POUR LA
PROMOTION
ET LE
DÉVELOPPEMENT
DE LA
PSYCHIATRIE
DE
L'ENFANT
ET DE
L'ADOLESCENT



FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

Devant l'enjeu de santé publique que sont les graves difficultés que connaît l'offre de soins en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, il y a urgence à prendre des mesures immédiates. Ces mesures doivent être de nature à assurer un dispositif de prévention et de soins renforçant l'offre et garantissant un meilleur accès aux soins.

Pleinement conscient de cette nécessité, le Conseil d'administration de la Fédération hospitalière de France a adopté **une série de propositions en quatre axes** pour la promotion et le développement de la psychiatrie infanto-juvénile.

Ces **propositions** ont été rédigées par le groupe de travail et de réflexion « psychiatrie et santé mentale » de la FHF. Présidé par le Professeur Jean-Louis Senon, ce groupe de travail intègre les compétences et organisations suivantes : conférences, sociétés savantes, universitaires, associations de patients...

Au regard de la priorité nationale que constitue le domaine de la psychiatrie infanto-juvénile, l'absence de PUPH de pédopsychiatrie dans une douzaine d'universités en France constitue une lacune majeure lourde de conséquences pour l'avenir en termes de prise en charge des enfants et d'attractivité pour les professionnels.

- 1 Former des PUPH pour disposer d'un minimum d'un PUPH par université.**
- 2 Ouvrir 10 postes de chefs de clinique supplémentaires en 2019 pour la pédopsychiatrie, en sus des 10 déjà créés en 2018.**

La réforme actuelle impose un choix de spécialité très précoce, dès le troisième semestre d'internat. Or trop peu d'internes font le choix de la pédopsychiatrie.

- 3 Valoriser le choix précoce en veillant à disposer de conditions attractives de formation et d'enseignement dans les services d'accueil.**

Les stages de pédopsychiatrie restent insuffisamment choisis par les internes, du fait notamment des carences d'encadrement liées à la faiblesse de la démographie médicale.

- 4 Renforcer l'attractivité des terrains de stage pour conforter la formation des internes et les fidéliser (maquettes de stage, engagements institutionnels...).**

La forte pénurie de pédopsychiatres publics dans certains territoires est, aujourd'hui, une réalité qui ne peut être tolérée.

- 5 Favoriser le choix des postes publics pour veiller à équilibrer la répartition des postes sur la région et ainsi en assurer l'attractivité.**
- 6 Favoriser la création de postes d'assistants à temps partagé par la mise en place de conventions de valence universitaire de nature à conforter le temps médical au sein des établissements en manque de praticiens et à maintenir des terrains de stage agréés pour les internes.**
- 7 Permettre à des jeunes praticiens de conserver un temps de travail dans le service universitaire et soutenir un service en difficulté.**

Le travail en équipe pluriprofessionnelle est constitutif de la pratique de psychiatrie infanto-juvénile, notamment en termes d'accueil, d'évaluation, d'orientation et de travail en réseau.

- 8 Améliorer la formation des équipes pluriprofessionnelles de pédopsychiatrie.**

STRUCTURER L'OFFRE DE SOINS

L'accès à des soins périnataux connaît une grande disparité. La mise en place des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) doit permettre de **structurer et de développer la prévention précoce et la psychiatrie périnatale** :

9 Garantir l'accès aux soins pour chaque mère et chaque bébé le nécessitant, à travers :

- La prévention et le dépistage précoce : généraliser, dans les maternités, le dépistage précoce des troubles psychiques chez la mère et le bébé par :

La mise en œuvre, lors de l'entretien du 4^e mois de grossesse, d'une évaluation ciblant le risque psychique chez les femmes enceintes (une grille d'évaluation et de recherche des clignotants peut être harmonisée). Cette évaluation peut se faire par une sage-femme formée à l'identification des clignotants qui oriente, en cas de besoin, vers une consultation spécialisée de psychologue ou de pédopsychiatre. (Travail conjoint « maternité » et « pédopsychiatrie » par convention ou poste de psychologues dans les maternités) ;

- Soit une hospitalisation mère-bébé ;
- Soit une équipe de liaison ;
- Soit une équipe mobile de soins à domicile (renforcer les équipes périnatales de soins à domicile par la présence de psychologues).

Structurer la prévention et le dépistage des troubles psychiques de l'enfant et de l'adolescent sur l'ensemble du territoire national :

10 Favoriser la mise en place de conventions de partenariat entre la pédopsychiatrie, l'Éducation nationale et l'Enseignement supérieur (par exemple : dispositifs de réussite éducative, permanences dans les établissements scolaires, articulation avec les services de santé scolaire et universitaire...).

11 Prévenir les risques de rupture dans les parcours de vie à travers des conventions de partenariat avec les services de l'aide sociale à l'enfance.

Structurer l'accès aux soins :

12 Accroître les ressources et les capacités d'accueil des centres médico-psychologiques (CMP), notamment afin d'assurer l'accueil des situations non programmées et de diminuer les délais d'attente pour un premier rendez-vous. Adapter les horaires d'accueil aux besoins de la population.

- 13 Valoriser et spécifier la fonction d'accueil et d'évaluation clinique par un professionnel de santé et assurer l'orientation sur la base de l'indication posée par un psychiatre.
- 14 Prévenir le risque suicidaire : généraliser l'accès au dispositif Vigilans à destination des enfants, des adolescents mais aussi à des publics tels que les étudiants en faculté ou en apprentissage.
- 15 Généraliser la sensibilisation au risque suicidaire et son évaluation (médecin généraliste - pédiatre - médecin scolaire...).
- 16 Structurer la prise en charge des enfants présentant des troubles du neuro-développement, dans le cadre de la « stratégie nationale TND » en articulation avec tous les acteurs du territoire de santé mentale, en particulier les secteurs de pédopsychiatrie.

Structurer l'hospitalisation en pédopsychiatrie. Faute de structures adaptées, des mineurs restent trop souvent hospitalisés dans des unités d'hospitalisation pour adultes.

- 17 Proscrire l'hospitalisation de patients mineurs dans les unités pour adultes.
- 18 Augmenter l'offre pour cette tranche d'âge en termes d'unité d'hospitalisation temps plein, mais aussi de dispositifs d'accompagnement à l'insertion.
- 19 Établir à 18 ans l'âge de référence de la pédopsychiatrie avec les moyens afférents et investir la période de transition autour de cet âge de référence en associant psychiatres, pédopsychiatres et leurs équipes.
- 20 La priorité est de mettre en place une structure d'hospitalisation temps plein au niveau de chaque département en psychiatrie de l'adolescent eu égard au déficit important de ce type de dispositif.
- 21 Pour les enfants, le travail partenarial nécessaire avec les services de pédiatrie doit permettre la prise en charge de patients présentant des troubles externalisés et des pathologies spécifiquement pédopsychiatriques.
- 22 Il est nécessaire que chaque territoire de santé mentale puisse disposer également de capacités d'accueil pour les situations de post-urgence et de crise.
- 23 Structurer les partenariats avec la pédiatrie (notamment l'accès aux plateaux techniques) pour améliorer les bilans et les soins somatiques en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.
- 24 Clarifier le statut juridique des soins psychiatriques aux mineurs.

LIER

Les projets territoriaux de santé représentent une opportunité majeure pour créer, améliorer ou conforter les échanges et relations entre les différents acteurs des champs médicaux, médico-sociaux et sociaux sur un territoire qu'il leur appartient d'identifier avec une attention toute particulière. Il s'agit de mettre en place un espace de travail en commun où chacun des acteurs concernés doit trouver sa place.

- 25 **Développer la psychiatrie de liaison dans les structures de protection de l'enfance et de protection judiciaire de la jeunesse : soutenir les activités d'intérêt général, créer des postes sanitaires à financements et lieux d'intervention multiples.**
- 26 **Lier avec le champ médico-social : conventions de prises en charge partagées, organisation de stages croisés entre professionnels des champs sanitaire, social et médico-social.**
- 27 **Lier avec le champ judiciaire : travail de réseau avec les parquets pour mineurs, notamment pour les situations d'ordonnances provisoires de placement.**
- 28 **Favoriser l'accompagnement des familles et des aidants, notamment par le recensement des ressources (sociales, psychologiques, administratives...) à disposition sur le territoire.**
- 29 **Porter une attention particulière à la situation des mineurs non accompagnés.**

VALORISER

- 30 **Valoriser la recherche dans le domaine de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, notamment en favorisant la mise en place de valences universitaires sur des temps partagés.**
- 31 **Valoriser le développement d'outils numériques (prévention, accès aux soins) : évaluation et validation des services numériques à destination des jeunes et de leur entourage.**
- 32 **Préparer les personnels soignants au virage numérique et à l'intelligence artificielle. Engager une réflexion profonde impliquant les tutelles, l'administration, les soignants et les patients.**
- 33 **Engager sans délai une réflexion sur le numérique et l'intelligence artificielle en psychiatrie avec, en perspective, la mise en place d'une structure nationale de recherche.**

COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

Philippe Banyols, (à ce moment) directeur du CHS Léon-Jean Grégory (Thuir) — **D' Serge Blisko**, président du Conseil de surveillance du GHU Paris psychiatrie et neurosciences — **Jean-Yves Boisson**, directeur du CH Georges Daumézon (Bouguenais) — **P' Olivier Bonnot**, responsable de l'unité universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHU de Nantes — **D' Stéphane Bourcet**, président de la CME du CHI Toulon - La Seyne sur Mer — **François Caplier**, conseiller psychiatrie et santé mentale, FHF — **P' François Chollet**, président du Conseil de surveillance du CH Gérard Marchant (Toulouse) — **Claude Finkelstein**, présidente de la Fédération nationale des associations de patients en psychiatrie (Fnapsy) — **D' Alain Fuseau**, président de la CME du GH du Havre — **P' Raphael Gaillard**, professeur de psychiatrie à l'université Paris-Descartes et chef de pôle au CH Sainte-Anne (Paris) — **Frédéric Leturque**, maire d'Arras — **Pascal Mariotti**, président de l'Association des établissements participant au service public de santé mentale (ADESM) — **D' Alain Milon**, sénateur du Vaucluse, président de la FHF Provence Alpes Côtes d'Azur — **Alexandre Mokede**, responsable du pôle offre de soins, FHF — **D' Christian Müller**, président de la conférence des présidents de CME de CHS — **Annick Perrin-Niquet**, présidente du comité d'études des formations infirmières et des pratiques en psychiatrie (CEFI-PSY) — **D' Marie-Noëlle Petit**, présidente de l'association nationale des psychiatres présidents et vice-présidents de CME des CH (ANPCME) — **P' Jean-Louis Senon**, professeur des universités, psychiatre des hôpitaux, président du groupe de travail — **P' Pierre Thomas**, chef du pôle de psychiatrie, médecine légale et médecine pénitentiaire du CHU de Lille.



FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

1 bis rue Cabanis - 75993 Paris cedex 14

T. + 33 (0)1 44 06 84 44 - fhf@fhf.fr

www.fhf.fr

