

AUDITION DE LA SFPEADA A LA COMMISSION COUTY

S.F.P.E.A.D.A.

**Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et
Disciplines Associées**

Docteur M.M. BOURRAT – Vice-présidente
Docteur J. CONSTANT – Past-Président
1^{er} septembre 2008

I – La S.F.P.E.A.D.A. est une société représentative de l'ensemble des praticiens qui exercent dans cette discipline.

Nous avons pour but, à la fois de promouvoir et coordonner les actions de la discipline, refléter l'état des pratiques et témoigner des besoins et souffrances psychiques de l'enfant et de sa famille.

Notre organisation regroupe un grand nombre des universitaires de la discipline, de très nombreux pédopsychiatres des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, des praticiens du médico-social et du libéral. Les disciplines associées (psychologues, orthophonistes, psychomotriciens, cadres et infirmiers, éducateurs) participent à notre société. Notre point de vue sera donc global.

II – PREAMBULE

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est d'abord une pratique de psychiatrie et à ce titre, toutes les problématiques de la psychiatrie se retrouvent dans la pédopsychiatrie. .

Cependant, alors qu'en psychiatrie générale c'est à partir des sujets plus ou moins déviants que sont posés à la société une série de questions éthiques, la pédopsychiatrie pose les mêmes problèmes de valeur mais à partir du développement normal. La façon de se comporter vis-à-vis des plus jeunes et des plus vulnérables est révélatrice des valeurs de la société.

Ainsi, la pédopsychiatrie, surtout quand elle s'étend à la notion de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, rejoint toutes les thématiques dont on débat habituellement autour de l'éducation, de l'école, de l'autorité, de la transmission de la qualité des liens sociaux et de leurs évolutions.

III – Nous suivrons pour cette audition le plan proposé pour les travaux de la commission, à savoir 14 thèmes, puisque dans chacun de ces thèmes la pédopsychiatrie a des spécificités qu'il paraît important de repérer.

Axe 1 – L'organisation territoriale de la prise en charge

THEME N° 1 : LES BESOINS DE PRISE EN CHARGE EN SANTE MENTALE : EVOLUTIONS QUANTITATIVES ET QUALITATIVES

- La diversification des demandes
- Les besoins croissants de certaines catégories d'âge : enfants, adolescents, personnes âgées
- Les prises en charge particulières : psychiatrie et addictions, prise en charge des troubles psychiques des personnes en situation de précarité, psychiatrie légale

Commentaires	Propositions de la SFPEADA
<p>① croissance des demandes : déjà 89 % d'augmentation en 11 ans dans l'évaluation de 1997 et selon les échos des différents praticiens, il y aurait un accroissement des demandes qui ne sont pas clairement évaluées</p> <p>Cette augmentation des demandes témoigne de l'image positive de la discipline dans le public</p> <p>② On peut parler de crise de croissance qui entraîne une crise des pratiques avec un émiettement selon les âges, les pathologies et contextes institutionnels</p>	<p>① Cette situation impose à notre avis une clarification entre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - missions de prévention - missions de soins <p>Les missions de prévention primaire devrait être financées en tant que telles ;-</p> <p>Nécessité de recherche action pour préciser les indications pertinentes, les modalités les plus efficaces.</p> <p>les résultats pourraient permettre d'élaborer des recommandations avec la participation des divers représentants de la profession et des sociétés savantes</p> <p>② Des dimensions particulières de la discipline ne sont pas citées dans le thème comme par exemple la psychiatrie périnatale, les pathologies familiales, mais aussi certaines pathologies qui nécessitent des approche pluridisciplinaires comme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prises en charge des enfants et adolescents autistes - prises en charge des troubles des conduites de l'enfant et de l'adolescent - prises en charge des enfants présentant des TDAH - les troubles des apprentissages ect... <p>Ces prises en charge spécifiques ne doivent pas faire oublier que la psychiatrie de l'enfant reste une pratique généraliste dans laquelle des spécialisations doivent exister. Il est important que des pratiques spécifiques selon les âges (périnatalité, adolescents, tr spécifiques, ect ...) soient élaborées et discutées mais à condition que ce ne soit pas un niveau supplémentaire mais bien une émanation spécialisée d'une équipe de terrain</p>

	<p>qui assure à la fois l'évaluation et la mise en place du suivi. Ce qui n'empêche pas d'élaborer des niveaux de réflexion voir d'évaluation spécifique limités aux rares cas problématiques ou aux propositions spécifiques. Bien entendu ces prises en charge spécifiques demandent aux pédopsychiatres d'accroître le travail pluridisciplinaire avec toute sorte d'autres disciplines médicales ou autres.</p>
--	---

THEME 2 : L'ACCES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES

- Le rôle des médecins généralistes : quelle articulation avec les spécialistes ?
- Les réseaux
- L'accueil des situations de crise et d'urgence
- Le rôle des intervenants sociaux et des familles

Commentaires	Propositions de la SFPEADA
<p>① Médecins généralistes sollicités en première ligne de santé mentale des enfants et adolescents. Ils sont insuffisamment formés à la pédopsychiatrie (ECN). Leur réponse est trop souvent une prescription médicamenteuse.</p>	<p>① Définir au niveau des CNFMC un thème prioritaire de pédopsychiatrie(tous les 2-3 ans) et en harmoniser les contenus (objectifs, cahier des charges). Par ex : psychotropes chez l'enfant, repérage des signes et orientation (cf. référentiels FFP), rôle du MG dans les soins en pédopsychiatrie... améliorer leur formation et les informer sur les alternatives au médicament. Proposer aux généralistes des possibilités de recours très rapide aux psychiatres (équipe mobile, consultation d'urgence,ect...) avec possibilités de rencontre voire de consultations communes</p>
<p>② Les réseaux : la notion de réseau en psychiatrie infantile s'impose en raison de la prégnance des liens aux adultes dans le développement de l'enfant: sa famille, son école et ses soins, les autres lieux de socialisation. La pratique de la pédopsychiatrie impose l'exercice en réseau, qu'il soit formalisé ou non.</p>	<p>② l'intensification de la demande a conduit à des innovations tant dans le domaine de la prévention que dans celui du soin comme les équipes mobiles, les interventions auprès d'adultes relais dans l'éducation nationale, le travail croisés avec les enseignants des SAPAD, la création de consultations avancées, les consultations des familles en groupe, les permanences téléphoniques,, ect... ; Pour en compte les différentes dimensions de l'environnement de l'enfant Il serait important que soit répertorié ce qui permet de répondre aux attentes sans venir augmenter les files</p>

<p>③ L'accueil des situations de crise et d'urgence : demandes insistantes des partenaires (institutions médico-sociales, foyer éducatifs, PJJ). Les situations de crise et d'urgence nécessitent une évaluation approfondie et donc des dispositifs qui le permettent avec le recul nécessaire.</p> <p>④ L'exercice de la pédopsychiatrie rencontre la politique de l'école et du handicap ainsi que les orientations des conseils généraux L'enfant et l'adolescent sont inclus dans des systèmes qui les instituent comme futurs citoyens : .Quand la famille, l'école ne peuvent remplir leurs missions : l'aide sociale à l'enfance, la PJJ, les institutions dans le secteur</p>	<p>actives des services, réalisant soit un tri pertinent des demandes soit une réponse ponctuelle suffisante mais permettant aussi de confirmer l'existence d'un lieu ressources si besoin.</p> <p>Favoriser dans les réponses les contacts directs ou indirects avec les personnes de terrain médecins scolaires ,médecins généralistes, éducateurs</p> <p>Eviter les réponses favorisant la discontinuité du soin, d'où nécessité de disposer de bases de données des demandes et de personnel comme Assistante sociale, infirmier,psychologue pouvant répondre</p> <p>③ les perceptions des réponses à apporter aux situations de crise sont différentes suivant les équipes mais un point est commun, l'importance du travail en amont pour limiter au maximum les situations de crise et l'accueil en urgence et les hospitalisations inutiles voire nuisibles : Création de dispositifs en lien avec les lieux d'hospitalisation ou les services de pédopsychiatrie (par exemple équipe mobile, permanence téléphonique, consultation d'urgence, consultations avancées.. ;) permettant par des interventions en amont d'éviter autant que possible l'accueil en urgence et Développer les coordinations avec les urgences pédiatriques pour permettre des réponses adaptées aux situations mettant en jeu la santé psychique mais ne nécessitant pas le recours à la psychiatrie Identifier des dispositifs Centres d'Accueil et de Crise. (CAC)</p> <p>④ Un grand nombre de demandes en pédopsychiatrie est lié à la menace d'exclusion scolaire ou aux problèmes rencontrés suite à des placements familiaux. D'où l'importance pour les services de pédopsychiatrie de pouvoir assurer des liens structurés et de continuité avec ces structures : à l'éducation nationale cela passe souvent par le service de médecine scolaire mais déficit important en infirmières,</p>
---	--

<p>du handicap y suppléent. Ils sont souvent demandeur de l'aide de la pédopsychiatrie .</p> <p>Quant aux familles, elles sont aujourd'hui informées de leurs droits et se comportent en consommateurs de services, ce qui introduit de façon permanente et à notre avis, parfois stimulant, un écart entre leurs demandes et les réponses institutionnelles.</p>	<p>ASE cela donne lieu à des collaborations différentes selon les terrains : présence de psychiatre régulière dans les unités d'accueil d'Urgence, participation à des synthèses, formation croisées de personnels éducatifs, rencontre d'équipe ect.. ; Voir aussi thème suivant et n° 10-12-13</p>
---	--

THEME N° 3 : LE ROLE DES ETABLISSEMENTS EXERCANT EN PSYCHIATRIE DANS LA REPONSE AUX BESOINS DE SANTE MENTALE

- Le champ et les limites de l'intervention des établissements exerçant en psychiatrie
- Les missions particulières de service public des établissements publics de psychiatrie : la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement, les soins aux détenus
- La coopération entre établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux dans la prise en charge globale des patients
- L'articulation des acteurs sanitaires avec les partenaires de l'éducation nationale, de la justice, du conseil général

Commentaires	Propositions de la SFPEADA
<p>① Les troubles psychiatriques sévères de l'enfance et de l'adolescence nécessitent souvent l'intervention et les compétences d'institutions de différents types</p>	<p>① Plutôt que de rechercher un « placement » dans un établissement supposé idéal, il est nécessaire de faciliter, en liaison avec les MDPH des solutions de coordination entre établissements complémentaires du domaine sanitaire, médico-social et scolaire, afin d'élaborer une trajectoire de prise en charge cohérente.</p>
<p>② L'hospitalisation à plein temps des mineurs est de fait, le plus souvent une « hospitalisation à la demande d'un tiers » sans les protections légales qui encadrent cette mesure pour les majeurs.</p>	<p>② Une réflexion éthique et médico-légale est à faire sur les conditions de certaines hospitalisations imposées sans le consentement de l'enfant ou de l'adolescent.</p>
<p>③ Les missions de service public ont été définies par la circulaire de 1990 sur la psychiatrie de secteur en matière d'enfance et d'adolescence.</p>	<p>③ Réécriture d'une circulaire comparable à celle de 1990 mais intégrant les considérables changements de l'organisation sanitaire et médico-sociale depuis (textes 2002 et 2005).</p>
<p>④ Le traitement de certains troubles d'évolution longue voire chronique nécessite l'articulation entre établissements sanitaires,</p>	<p>④ Améliorer les liaisons entre les équipes de pédopsychiatrie (qu'elles soient sectorielles, universitaires, CMPP, ou privées) et les</p>

<p>médico-sociaux et sociaux</p> <p>⑤ Collaboration avec l'Education nationale : depuis la loi de 2005, les interventions des équipes pédopsychiatriques avec l'école sont conditionnées par l'avis de la M.D.P.H.</p>	<p>I.T.E.P., IMP, IME, IMPRO, les foyers de l'aide sociale et les services départementaux, la PJJ.</p> <p>Développer la coopération avec la PMI pour faire progresser la prévention précoce.</p> <p>⑤ Favoriser la possibilité de convention directe entre une équipe éducative de groupe scolaire et une équipe de pédopsychiatrie.</p> <p>Intégrer réglementairement des représentants des équipes de pédopsychiatrie dans les équipes techniques des M.D.P.H.</p>
--	--

THEME N° 4 : L'ORGANISATION TERRITORIALE DE LA PRISE EN CHARGE EN SANTE MENTALE

- L'articulation des niveaux du secteur, du territoire de santé et du département
- La graduation territoriale de l'offre de soins en fonction des besoins et des ressources
- La coopération des établissements publics et privés pour la mise en oeuvre d'une réponse territoriale cohérente aux besoins
- L'articulation soins psychiatriques/soins somatiques
- La prise en charge de la santé mentale dans la cité (modes de prise en charge innovants)

Commentaires	Propositions de la SFPEADA
<p>① En matière d'enfants et d'adolescents, le territoire est couvert dans sa grande majorité par deux systèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les secteurs - les CMPP <p>auxquels s'ajoutent les pédopsychiatres libéraux</p> <p>Ces systèmes s'adaptent plus ou moins facilement à la nouvelle politique des territoires de santé !</p> <p>② Prise en charge de la santé mentale des enfants et des adolescents dans la cité : de nombreuses équipes ont innové dans ce domaine (participation aux consultations d'écoute dans les collèges, antennes de consultations en partenariat, présence</p>	<p>① Maintenir la politique de secteur associant soin et prévention mais en définissant des limites sur le bassin de population plus que sur des territoires administratifs</p> <p>Une organisation par bassins de vie nous paraît la plus adaptée. Géographie « fonctionnelle » variable selon les missions, les domaines : secteur, intersecteur, département, région, inter région, la graduation de l'offre pouvant se situer là.</p> <p>Intégration et complémentarité des offres de soin des deux principaux systèmes de façon à assurer à la fois un maillage du territoire et à permettre un repérage plus précis des besoins psychiatriques spécifiques : CMPP intégrés dans les ressources du secteur ce qui permet une optimisation des moyens en les conjuguant: (Reims, Haute-Vienne par ex)</p> <p>② Lister les expériences existantes et surtout les laisser se développer sans uniformisation,</p>

d'acteurs de santé mentale dans les consultations de PMI, les lieux d'accueil, etc...	mais avec évaluation. Problème du financement de ces actions qui risque d'être compromis par la tarification à l'activité
---	---

THEME N° 5 : L'ORGANISATION DES ETABLISSEMENTS EXERCANT EN PSYCHIATRIE

- Les centres hospitaliers spécialisés, la psychiatrie en centre hospitalier général et en CHU
- La mise en oeuvre en psychiatrie de la « nouvelle gouvernance » des établissements hospitaliers
- La continuité de la prise en charge

Commentaires	Propositions de la SFPEADA
<p>① Des évolutions de pratiques ont eu lieu : utilisation des places d'hôpitaux de jour de façon séquentielle réduisant la différence avec les CATTP.</p>	<p>① La gestion hospitalière et la tarification doivent tenir compte de l'évolution des pratiques pour l'ensemble des structures à temps partiel et ambulatoire en pédopsychiatrie. : Unifier la notion de CATTP et d'H.J tout en gardant une souplesse de fonctionnement mais avec un cahier des charges et un équipement de base type. Créer une tarification en fonction de la durée de traitement. Les sociétés savantes sont prêtes à participer à l'élaboration d'un tel protocole et de cette tarification.</p>
<p>② La nouvelle gouvernance n'a pas trop surpris les équipes de pédopsychiatrie habituées à la concertation entre les différents professionnels qui les composent. Elle a aussi permis de nouveaux partenariats intra-hospitaliers (pédiatrie, pédopsychiatrie de liaison, obstétrique). Cependant, la gestion hospitalière – notamment dans les hôpitaux généraux et les CHU - méconnaît encore trop souvent les activités extrahospitalières et les interventions dans la communauté.</p>	<p>② Pour faire évoluer les équipes, nous proposons :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prévoir des options « d'animation d'équipes » dans le cursus des formations universitaires des psychologues - Dans la logique de la mise en place des ARS, proposer « des pôles inter-établissements » de santé mentale infanto juvénile regroupant autour des secteurs, les CMPP, les structures médico-sociales du bassin de vie.
<p>③ La continuité de la prise en charge</p>	<p>Elle est fondamentale en pédopsychiatrie et c'est tout l'intérêt que peuvent apporter les équipes de secteur qui articulent soin et diagnostic, mais aussi prise en charge dans la durée et spécialisation (les mêmes soignants interviennent dans différents lieux ou équipes et</p>

	<p>en même temps il existe à l'intérieur des équipes des personnes spécialisée (périnatalité, adolescent, autisme et troubles envahissants du développement, cognition, travail familial, ect ...</p> <p>La difficulté est parfois de s'articuler avec la psychiatrie générale pour les 18-25 ans. Ne faudrait-il pas là aussi inventer des collaborations ou des unités communes adultes –adolescents ?</p>
--	--

THEME N° 6 : LES MODES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN SANTE MENTALE

- Le rôle du CMP pivot
- Les alternatives à l'hospitalisation
- L'hospitalisation complète
- La spécialisation des équipes et des structures
- La psychiatrie de liaison
- La prise en charge des pathologies somatiques des usagers de santé mentale
- L'accueil et la relation des équipes de soins psychiatriques avec les familles et les proches des patients

Commentaires	Propositions de la SFPEADA
<p>① Les CMP sont non seulement le pivot de l'organisation des soins en pédopsychiatrie mais sont devenus des observatoires de l'évolution de la condition infantine. Il est très dommage que la richesse de leurs expériences ne soit pas valorisée par des études épidémiologiques, sociologiques, anthropologiques qui devraient s'ajouter aux études de pédopsychiatrie proprement dites</p>	<p>① Définir la part de l'ambulatoire Maintenir le CMP comme porte d'entrée vers les soins, (pb du financement dans une tarification à l'activité) Favoriser la coopération suivie entre des équipes cliniques et des équipes de recherche (en épidémiologie, psychologie du développement, génétique, neurobiologie, etc ...). Prévoir des mesures concrètes de financement.</p>
<p>② La pédopsychiatrie a expérimenté tous les modes de prise en charge ici énumérés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pour l'hospitalisation complète s'en tenir à un découpage 	<p>② Cahier des charges à établir pour le fonctionnement de ces dispositifs</p> <ul style="list-style-type: none"> - pour l'hospitalisation complète ou spécialisée (par exemple

<p>sectoriel strict ne répond pas aux besoins sectoriels</p> <ul style="list-style-type: none"> - des vacataires isolés dans une équipe somatique ne peuvent pas assurer la multiplicité des besoins d'une prise en charge pédopsychiatrique dans les services somatiques <p>③ Les textes définissant les structures datent de 1986. Il convient de redéfinir les différentes modalités de l'hospitalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - urgences - centre d'accueil et de crise - hôpital de jour - hospitalisation complète - hospitalisation de semaine - hospitalisation de nuit - internat thérapeutique longue durée - placement familial thérapeutique 	<p>adolescents, mère bébé, ect. ...) les dispositifs intersectoriels semblent à généraliser.</p> <ul style="list-style-type: none"> - nécessité d'une circulaire recommandant que les intervenants en psychiatrie de liaison soient rattachés à une équipe de Pédopsychiatrie et non nommé au sein d'une équipe somatique ce qui les laisse démunis <p>③ Reprendre par voie de textes réglementaires la définition de chaque structure, de leurs rapports de complémentarité et la question de la distinction entre psychiatrie et santé mentale</p> <p>Prendre en compte les possibilités d'interventions en amont et les activités de soins ambulatoires d'autant plus intéressante qu'elles sont faites par des personnels des équipes d'hospitalisation.</p> <p>Prioriser les actions de soins psychiatriques.</p>
---	---

Axe 2 : La gestion des ressources humaines en psychiatrie

THEME N° 7 : MISSIONS DES PROFESSIONNELS (SOINS, FORMATION, RECHERCHE, PREVENTION)

Commentaires	Propositions de la SFPEADA
<p>① Il y a de l'utopie à vouloir des professionnels performant dans tous les domaines, sans parler du risque de dispersion. Dans la réalité, certains s'orientent plus vers le soin, d'autres plus vers la recherche, d'autres vers la prévention ou la formation.</p>	<p>① plutôt que de vouloir que chaque pédopsychiatre (voire chaque intervenant en pédopsychiatrie) puisse remplir ces 4 missions</p> <p>Favoriser la coopération suivie entre chercheurs, méthodologistes et clinicien</p> <p>Proposer des formations spécifiques dans ces 4 domaines pour l'ensemble des professionnels intervenant en pédopsychiatrie :</p> <p>C'est l'équipe dans son ensemble qui pourrait remplir ses missions et non chaque personne (en évitant un temps plein complet dans l'un ou l'autre de ces domaines)</p>

THEME 8 : LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE

- Les perspectives démographiques et le problème de la répartition des professionnels de santé mentale sur le territoire
- Les perspectives de réponse qualitative à la contrainte démographique : l'évolution des pratiques, les collaborations interprofessionnelles

Commentaires	Propositions de la SFPEADA
<p>① La crise démographique est sévère, elle était prévisible. Elle accentue en fait la disparité entre les régions.</p> <p>② Les perspectives de réponse qualitative à la contrainte démographique : l'évolution des pratiques, les collaborations interprofessionnelles</p>	<p>① Renforcer la formation spécifique à la pédopsychiatrie dans le cursus des futurs généralistes et pédiatres, pendant le DCEM puis pendant l'internat</p> <p>Conditionner l'accès des postes de pédopsychiatrie à une formation théorique et clinique spécifique (dans les équipes de pédopsychiatrie ou dans des établissements médico-sociaux prenant en charge des enfants et adolescents), formation – soit préalable, soit au cours d'une période d'emploi provisoire financée par l'établissement demandeur.</p> <p>Cette exigence concerne les médecins généralistes, mais aussi les praticiens de psychiatrie générale.</p> <p>Ce qui reste très problématique c'est le faible nombre de praticiens hospitaliers et d'universitaires en pédopsychiatrie (postes vacants même dans des villes universitaires, absence de pédopsychiatres privés, peu de présence dans le médico-social.. ;)</p> <p>② Les perspectives de réponses en terme de modifications des pratiques ont été abordées en réponse aux thèmes 2. ce qui se développe dans toutes les équipes c'est l'alternative au médecin par les personnels des équipes mais la démedicalisation a ses limites. Si le psychiatre est trop absent, la prise en charge restera-t-elle psychiatrique ?</p>

THEME 9 : LA FORMATION DES PROFESSIONNELS ET ACTEURS EN PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE

- La formation initiale des psychiatres
- La formation continue des médecins spécialistes et généralistes dans le domaine de la santé mentale
- L'adaptation à l'emploi des infirmiers exerçant en psychiatrie : le dispositif du tutorat infirmier et ses suites
- La formation des travailleurs sociaux dans le domaine de la santé mentale

Commentaires	Propositions de la SFPEADA
--------------	----------------------------

<p>① Il faut distinguer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la formation de base - la formation continue - la formation en compagnonnage sur le terrain <p>② Nous sommes régulièrement sollicités par des étudiants ou des médecins (voire des psychiatres) étrangers souhaitant venir se former dans nos services.</p> <p>③ Une réflexion est en cours sur la formation et la qualification en psychothérapie.</p> <p>④ La formation initial des infirmiers de la psychiatrie et de la santé mentale reste très insuffisante en psychiatrie et encore plus en pédopsychiatrie</p> <p>⑤ C'est en premier lieu avec les professionnels ressources de l'éducation</p>	<p>① Augmentation du nombre d'internes en psychiatrie Maintien d'une formation obligatoire à la pédopsychiatrie suffisante (quantitativement et qualitativement) dans le cursum du DES (1 an minimum) Faciliter l'accès à des psychiatres (et des pédiatres), y compris en post internat, à une formation qualifiante en Pédopsychiatrie Conditionner l'accession à un poste de pédopsychiatre quelque soit le lieu à l'obligation d'une formation spécifique. (cf. ci-dessus)</p> <p>② Faciliter l'accès de médecin étrangers à des stages et formations théoriques dans des conditions « dignes », notamment du point de vue financier et même statutaire, sachant qu'un certain nombre d'entre eux exerceront finalement en France ultérieurement</p> <p>③ La formation aux psychothérapies d'enfants et d'adolescents ne peut être dispensée par la seule université. les sociétés savantes sont prêtes à collaborer à une réflexion sur ce sujet. Il faut y associer les sociétés savantes de toute obédience (psychanalyse, TCC, etc...) ainsi que les autres disciplines concernées et les associations d'internes pour définir un consensus sur un corpus de base, une formation théorique et des supervisions.</p> <p>④ Renforcer la formation initiale des personnels infirmiers (prévoir des spécialisations en psychiatrie et en pédopsychiatrie) Donner aux hôpitaux les moyens de formation pour compenser l'insuffisance de formation spécifique en pédopsy Ne pas oublier la formation en cours d'emploi et la place qu'y tient ou devrait tenir les possibilités de supervision.</p> <p>⑤ Renforcer la place de la pédopsychiatrie dans les formations (théorique et pratique) de</p>
---	--

nationale (médecins scolaires, infirmiers, assistants sociaux) que les pédopsychiatres ont à travailler sur le terrain.	tous les professionnels des champs de l'enfance notamment des travailleurs sociaux et des enseignants Favoriser les initiatives locales qui permettent des collaborations de formation, de recherche ou d'enseignement entre des professionnels de l'enfance de champs différents. .

THEME N° 10 : LES COLLABORATIONS INTERPROFESSIONNELLES

- La collaboration entre médecins généralistes et spécialistes : les expériences de formations croisées, de consultations d'avis spécialisé, de réseaux
- L'articulation des fonctions des psychiatres et des psychologues

Commentaires	Propositions de la SFPEADA
<p>① Les équipes de pédopsychiatrie sont depuis toujours habituées à une collaboration tant avec d'autres équipes qu'en interprofessionnelles à l'intérieur même de leurs équipes. La « formation croisée » y est quotidienne. l'originalité de la pratique de pédopsychiatrie en France reste l'accueil de première intention et l'accompagnement des familles avant et après le recours à un centre de référence. C'est une richesse qu'il faut absolument préserver en craignant les hyper spécialités qui laissent les familles trop démunies face aux difficultés globales de leur enfant.</p> <p>② la création dans les dernières années de centre de ressources ou de spécialisations autour de thématiques particulières (par ex psychiatrie du nourrisson ou de l'adolescent, autisme, troubles des conduites, hyperactivité, difficultés scolaires, dyslexie, etc...), vient parfois rendre concurrentiel ce qui devrait rester complémentaire, tout en sachant que ceci est très variable selon les régions et les personnes</p> <p>③ La crise démographique médicale amène et va continuer à amener la nécessité d'un repositionnement des psychologues dans les équipes.</p>	<p>① Favoriser tout ce qui peut améliorer la coordination entre les équipes au sein d'un dispositif global tout en laissant le libre choix aux familles. Création d'instance de réflexion : Mise en place de commissions entre le Ministère de la Santé et celui de l'Education Nationale pour définir les missions des équipes de pédopsychiatrie dans leur collaboration avec la médecine scolaire.</p> <p>② Evaluer l'apport des centres de référence aux familles et aux équipes de terrain. Développer les possibilités pour les différentes équipes de participer à la fois au diagnostic et au suivi mis en place. Favoriser en fonction des besoins, des intérêts des uns et des autres, de l'histoire des équipes, celles qui ont acquis une compétence reconnue après évaluation plutôt que de créer ex nihilo de nouvelles spécialisations qui souvent viennent interférer dans le traitement.</p> <p>③ Ni subordination ni substitution. Eviter les idées simplistes, les médecins font les diagnostics et les psychologues les suivis Développer un véritable partenariat associant les compétences et respectant des formations</p>

◆✕□	<p>initiales différentes et complémentaires. Prévoir peut-être aussi des temps qualifiants pour les psychologues par exemple sur le modèle d'un internat de psychiatrie</p> <p>Plutôt que de « substituer » trouver de nouveaux modes d'articulation qui permettent de démultiplier.</p>
-----	--

Axe 3 : Les politiques de santé publique

THEME N° 11 : LA CONNAISSANCE DE L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION

- Le besoin d'études thématiques sur des populations spécifiques
- La pertinence d'un recueil d'informations en continu sur la santé mentale
- L'intérêt et la faisabilité d'études médico-économiques en santé mentale

Commentaires	Propositions de la SFPEADA
<p>①</p> <p>Très peu d'études épidémiologiques tant en population générale que de recherches en population consultante.</p> <p>Dans l'enfance, l'éducation nationale reste un terrain privilégiée pour mettre en place des études sur la santé et le développement</p> <p>Ce qui n'est plus vrai à l'adolescence et rend plus difficile la mise en route d'études</p>	<p>① Favoriser la participation des équipes de pédopsychiatrie en recherche épidémiologique.</p> <p>Permettre aux équipes par la collaboration avec des équipes de recherche d'évaluer les besoins et les réponses apportées.</p> <p>Favoriser la mise en place de groupes d'analyse de pratiques, de réunions thématiques, d'études ou de recherches actions spécifiques.</p> <p>Les observatoires régionaux de santé, les CREHAIL devraient se rapprocher des CMP.</p> <p>Les cohortes des secteurs en particulier en milieu rural pourraient permettre des études avec un recul intéressant à condition que des moyens leur soient donnés (participation de chercheurs, temps de recherche,ect....</p>

THEME N° 12 : LA PREVENTION

- Le repérage, le diagnostic précoce par population ou pathologie
- Les outils et l'évaluation
- La promotion de l'éducation thérapeutique
- Le rôle des acteurs et les partenariats
- L'articulation avec la prise en charge

Commentaires	Propositions de la SFPEADA
<p>① Le diagnostic précoce est une préoccupation des praticiens en</p>	<p>① Les équipes de pédopsychiatrie peuvent être des personnes ressources pour stimuler des</p>

<p>pédopsychiatrie Sous l'égide de la FFP, les recommandations pour le diagnostic précoce de l'autisme ont été un succès de travail fédératif.</p> <p>②.</p>	<p>recherches actions avec des partenaires comme la PMI, la PJJ, l'aide sociale de façon à repérer plus rapidement et à intervenir précocement. mais ceci demanderait une évaluation sur le terrain par des organismes autres peut-être les sociétés savantes</p> <p>② Adapter les des outils venus d'autres pays qui ne peuvent être utilisés tel quel ce qui suppose des crédits de recherche Encourager les travaux cliniques (ou travaux de thèse) impliquant les services de pédopsychiatrie et s'appuyant sur les savoir-faire des acteurs de terrain (infirmiers, éducateurs, internes, psychologues travailleurs sociaux).ce qui permettraient de bâtir des hypothèses de recherche plus pointues. Aménager à l'intérieur de la gestion hospitalière un outil informatique qui ne rentre pas uniquement les données d'un point de vue comptable mais en enregistrant les éléments cliniques qui pourraient servir à des préalables à des recherches. Prévoir que les différentes démarches en cours (accréditation, EPP,...) permettent une réelle évaluation du travail effectué. Aider les équipes à disposer d'outils informatiques (basses de données) permettant la gestion des files actives en terme de repérage de demandes multiples pour un même enfant , en terme d'interruption de traitement, de changement de lieux de vie, ect</p> <p>③Favoriser des spécialisations partielles à l'intérieur des équipes cliniques, permettre d'être à la fois impliqué dans la clinique et la recherche. Ce qui supposerait du temps : Alléger les tâches administratives et paperassières des différents praticiens de terrain</p>
---	---

THEME N° 13 : LA PROMOTION EN SANTE MENTALE

- La définition et la délimitation du champ d'intervention des politiques de promotion de la santé « en santé mentale »
- La définition des publics concernés : les âges de la vie ou des situations repérées comme pouvant entraîner une vulnérabilité particulière ?
- Le rôle et la place des intervenants
- La formation, les outils, l'évaluation

Commentaires	Propositions de la SFPEADA
--------------	----------------------------

<p>① Il nous paraît indispensable de bien la distinguer de la mission de soins psychiatriques.</p>	<p>① doit bénéficier d'une individualisation tant budgétaire que dans le recueil des données.</p>
<p>② L'enfance n'est pas seulement le temps où l'organisme mature et se développe, elle est aussi une représentation culturelle et un enjeu sociétal et politique. C'est pourquoi</p>	<p>② les limites du champ de la pédopsychiatrie devraient être discutées et délimitées en complémentarité avec toutes les structures intervenant dans le monde de l'enfance car la promotion de la santé mentale pourrait apparaître sans limite. Il faudrait aussi qu'une hiérarchie entre les différentes tâches des psychiatres de santé publique soit définie, les sociétés savantes pourraient collaborer à cette réflexion</p>

THEME N° 14 : SANTE MENTALE ET SOCIETE

- La place des collectivités territoriales (communes et départements) dans les politiques de santé mentale et la définition des collaborations à instaurer avec la psychiatrie
- Les usagers et la famille : « empowerment »
- La représentation sociale de la maladie mentale et du handicap psychique (la lutte contre la stigmatisation, l'insertion sociale)
- Le positionnement de la prise en charge de la santé mentale dans la cité

Commentaires	Propositions de la SFPEADA
<p>① Des collaborations sont à instaurer avec l'ASE et les conseils généraux compte-tenu de l'évolution de l'ASE depuis la départementalisation.</p>	<p>① Favoriser les expériences de collaboration contractualisées entre les services départementaux de l'ASE et les services de pédopsychiatrie (consultations avancés, participations de membres des équipes au sein des établissements, réunion de synthèse commune....) ce qui suppose une budgétisation</p>
<p>② L'empowerment des familles : c'est maintenant un état de fait dont toutes les équipes n'ont pas encore conscience sur le territoire. En pédopsychiatrie le mandat de confiance que délèguent les parents est fondamental. Aujourd'hui, les parents informés par leurs associations et par internet se veulent consommateurs de prestations de service de mieux en mieux définies contractuellement.</p>	<p>②; Prendre acte des droits nouveaux des familles et relever les contradictions dans lesquelles cela nous met parfois, Mettre en place une réflexion pluridisciplinaire, avec les associations de parents, pouvant déboucher sur la mise en place de personnes ou structures de médiation pour résoudre les situations conflictuelles. Favoriser l'affichage par les équipes de leurs références et méthodes (Droit à l'information des usagers). Travailler avec les équipes à la prise de</p>

<p>③ Malgré les progrès indéniables, la stigmatisation de l'enfant ou de l'adolescent en difficulté psychiatrique reste une réalité sociale récurrente.</p>	<p>conscience de ce phénomène nouveau ce qui serait favorisé si ce travail faisait partie de la formation de base et continue des soignants</p> <p>③ Des collaborations avec les médias, les pouvoirs publics, les associations de parents et de professionnels sont à encourager dans ce domaine.</p> <p>la SFPEADA est prête à s'engager dans une action de lutte contre la stigmatisation et d'amélioration de l'accès aux soins psychiatriques pour adolescents (image de la psychiatrie, de la maladie mentale,</p>
---	--

En conclusion :

Plusieurs points nous semblent à mettre en exergue :

- La pédopsychiatrie est concernée par tout ce qui concerne la psychiatrie générale, elle s'en rapproche souvent mais elle présente **des spécificités** qui font qu'elle ne peut pas être traitée seulement comme une spécialisation de la psychiatrie mais comme une **spécialité à part entière tant dans l'enseignement, que dans l'organisation hospitalière et budgétaire.**
- **Le secteur avec le CMP et l'hospitalisation séquentielle** ont été à la source du développement d'une véritable clinique pédopsychiatrique qui doit pouvoir se poursuivre et qui suppose pour cela **des aménagements financiers** (tarifications en fonction de la durée de soins, reconnaissance des activités connexes aux soins directs, ect...) l'évolution actuelle pourrait être la création « **des pôles inter-établissements** » de santé mentale infanto juvénile regroupant autour des CMP(ou du secteur), les CMPP, les structures médico-sociales du bassin de vie.
- La pédopsychiatrie de par les particularités de l'enfant (dépendance aux adultes, être en développement...) ne peut se concevoir que comme **un travail de réseau** dans lequel l'éducation nationale tient une place prépondérante.
- La pédopsychiatrie pour offrir une meilleure offre de soins a **besoin de praticiens formés, Elle pallie aux manques de praticiens en développant** une sensibilisation de ses partenaires et un travail avec eux en première qui est très coûteux en temps. Pour que cette synergie soit efficace, les limites en pédopsychiatres existent
- Les attentes des adultes vis-à-vis de leurs enfants augmentent, les demandes au pédopsychiatre sont quotidiennes. On ajoute sans arrêt un dispositif à un autre **comment continuer à gérer** soins psychiatriques, réponses aux urgences, suivis thérapeutiques, prévention primaire et secondaire, promotion de la santé mentale, attention à des populations repérées comme des populations à risque ? Faut-il établir une hiérarchie, comment, par qui ? Il semble urgent que pouvoir public, sociétés savantes, associations représentatives des différents intervenants, associations de

parents réfléchissent ensemble sur des priorisation. **La SFPEADA souhaite qu'avec les autres associations de pédopsychiatrie elle puisse être consultée sur ce thème.**

- De nombreuses expériences de terrain se révèlent très riches et efficaces, la pédopsychiatrie a besoin de garder cette souplesse d'adaptation aux besoins de terrain et aux compétences spécifiques de chacun. Cette créativité doit pouvoir être évaluée en **termes d'efficacité** et non en termes de reproductibilité, à l'aide soit de recherche action soit d'EPP.
- Les pédopsychiatres regrettent beaucoup de n'avoir qu'un petit nombre de travaux de recherche français. Ils ont l'impression qu'ils possèdent pourtant des populations et des pratiques intéressantes. **Comment mettre en œuvre un rapprochement entre équipe de recherche et équipe de terrain ?** le problème est souvent le temps et les moyens méthodologiques et financiers.
- Au jour d'aujourd'hui ce dont la pédopsychiatrie a peut-être le plus besoin, ce n'est pas tant de nouvelles créations que de réévaluations, de priorisation, et de recherche en lien avec la complexité clinique que rencontrent tous les jours les pédopsychiatres de terrain.