# Contribution au plan stratégique médical 2020-2024 Assistance publique – Hôpitaux de Paris

Nom de la spécialité : Pédopsychiatrie

#### Principaux rédacteurs :

Angele Consoli /relu David Cohen, Pauline Chaste, Alexandre Hubert

#### Q1. Contexte général de la spécialité

La pédo-psychiatrie, particulièrement sinistrée, a été déclarée priorité nationale.

- spécialité en grandes difficultés sur l'ensemble du territoire régional et national (voir notamment rapport récent du Sénat) : manque d'universitaires, manque de médecins, manque de lits d'hospitalisation, insuffisamment d'offres de soins dans certains territoires, délais d'attente d prises en charge excessivement longs,...
- manque de **formation** +++ des professionnels (régions sinistrées, professionnels insuffisamment formés au développement/pédopsychiatrie)
- priorité nationale selon autorités d'autant plus crise COVID avec pathologies thymiques et anxieuses et **crises suicidaires** très prégnantes
- problématique à court terme (exacerbation des tensions liée à la crise sanitaire COVID)
   problématiques à moyen/long terme de restructuration profonde, de formation, de création de postes universitaires dans chaque université sur le territoire national, de revalorisation de la pédopsychiatrie (co-DES notamment)

A noter une des difficultés propre à la pédo-psychiatrie est celle d'une moins bonne lisibilité du parcours des patients, puisque tous les intersecteurs ne disposent pas de lits d'hospitalisation et que certains intersecteurs particulièrement saturés proposent des délais de RDV ambulatoires très longs.

En lle de France la grande majorité des lits d'hospitalisation est à l'APHP. L'AP-HP regroupe 102 lits d'hospitalisation temps plein répartis en 3 services avec 2 sites proposant un accueil sans RDV la journée (PSL ET RD). La tension sur les lits - et par ricochet aux urgences des SAU et consultations sans rendez-vous des services de pédopsychiatrie- est actuellement majeure. Environ 30% des patients enfants et adolescents évalués en consultation sans RDV dans les services de pédopsychiatrie proposant cet accueil relèvent d'une indication d'hospitalisation qui ne peut être honorée faute de disponibilités de lits.

## Q2. Évolution épidémiologique des pathologies de la spécialité

- liée à la crise COVID : changement du profil de patients : augmentation fréquence de troubles somatoformes, de troubles anxieux et thymiques, de troubles du comportement alimentaire et surtout crises suicidaires ++
- risques liés à la crise économiques majeurs sur la santé mentale et le développement des enfants
- risques liés à augmentation maltraitance, violences intra familiales
- recours aux urgences +++ car saturation du système de soins, patients plus jeunes, plus de troubles externalisés (hétéro agressivité, crises clastiques,...)
- manque de données : soutenir la recherche en épidémiologie pour le sujet jeune+++

## Q3. Contexte en matière de démographie médicale

- tensions majeures concernant la démographie médicale ++

#### Q4. Positionnement de l'AP-HP par rapport à la concurrence

Très bon positionnement de l'AP-HP en termes d'offres de soins, de capacités de lits d'hospitalisation temps complètes et de jours, de dispositifs d'urgence mais pression de toute la région sur les lits d'hospitalisation +++ (cf contexte ci-dessus)

## Propositions à court et moyen terme pour l'AP-HP

- renforcer les accueils d'urgence et de post urgence déjà existants (RD et PSL), développer des moyens supplémentaires pour des accueils sans RDV sur d'autres sites (maison de Solenn, Necker) 3ème site dans le dispositif d'accueil sans RDV: Necker (AAP Crise pédopsychiatrie) pour meilleur maillage parisien en fonction des 3 SAU
- augmenter la capacité de lits d'hospitalisation TP avec ouverture de lits TP dans certains services de pédopsychiatrie sans lits (Necker, Avicenne)
- projet de lits de post urgence au SAU de Trousseau (tout en sachant que projet de déménagement du service de pédopsychiatrie de PSL à Trousseau)
- renforcer les équipes de pédopsychiatrie de liaison (Trousseau, Avicenne, Bichat, Necker)
- développer et renforcer les projets de périnatalité (projet Sorbonne Université), les consultations spécialisées et centres d'expertise (consultations transculturelles, radicalisation, transgenres, TND,...) (RD, Maison de Solenn, PSL, Avicenne), les équipes mobiles (Bichat)
- soutenir les projets d'HAD (Necker), équipes mobiles (périnatalité)(SU), parcours de soins enfants placés ASE/PJJ (Necker)
- déployer les projets de guidance parentale, soutien aux familles (RD)
- renforcer dispositifs de transition adolescents-jeunes adultes avec créations d'unités grands adolescents-jeunes adultes avec services de psychiatrie adulte
- discuter la reprise d'une demi-garde séniorisée de pédopsychiatrie sur les 3 SAU, à
  condition que le parcours du patient soit clarifié et que l'aval soit renforcé avec lits de crise
  de 72h sur certains sites, des unités d'hospitalisation TP dans chaque GHU, et des relais avec
  les intersecteurs facilités
- renforcer les moyens des intersecteurs de l'AP-HP et améliorer l'articulation avec les intersecteurs hors AP-HP

#### Q5. Modalités d'amélioration de l'attractivité

- revalorisation salariale car plus de postes d'assistants spécialistes que de CCA (peut être aideront les mesures du Segur santé), valoriser la recherche en pédopsychiatrie (davantage de postes universitaires), problèmes des gardes exclusivement en psychiatrie adulte (Avicennes )
- mise en place d'un co-DES de psychiatrie de l'adulte et de l'enfant et de l'adolescent soutenue par le CNU de la discipline et les sociétés représentatives
- développer les formations IPA pour les infirmiers, formation niveau master en psychiatrie pour les infirmiers

#### Q6. Marge de progression du virage ambulatoire

Il existe tellement insuffisamment de capacités d'hospitalisation qu'il est difficile de parler de virage ambulatoire ++

- mais favoriser le développement des **structures d'aval** (HDJ, HAD,...)
- nécessité de développer équipes mobiles qui ont fait leur preuve 'périnatalité, adolescents reclus au domicile, intervention auprès de structures partenaires (médicosocial, ASE, PJJ...)

## Q7. Innovations diagnostiques à venir dans les 5 à 10 ans

- **numérique et robotique** dans les troubles du neurodéveloppement notamment (prévention, accès aux soins, prises en charge)
- nouvelles technologies numériques pour prévention et accès aux soins
- **consultations hyper spécialisées** qui sont déjà en développement à l'AP-HP : radicalisation, consultation transgenres, psycho-trauma,...

## Q8. Innovations thérapeutiques à venir dans les 5 à 10 ans

- Développer prévention et prises en charge précoces en périnatalité ++
- Traitements médicamenteux innovants, stratégies thérapeutiques non médicamenteuses
- Numérique et robotique
- Maladies rares et nouvelles thérapeutiques

# Q9. Innovations globales dans les prises en charge dans les 5 à 10 ans

- Essais médicamenteux chez les sujets mineurs +++
- Développer évaluations des stratégies thérapeutiques non médicamenteuses
- Développer les outils numériques et la robotique
- Développer les biomarqueurs

# Q10. Recherche clinique et translationnelle

- Mise en place de projets de recherche en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en accroissant les moyens dévolus et en facilitant l'accès des chercheurs aux structures existantes
- Développer la recherche paramdéciale

#### Q11. Aspects universitaires de la spécialité

 Il faudrait enfin envisager un même ratio étudiants/ charges d'enseignement et PU-PH ou MCU-PH que dans d'autres spécialités +++

Q12. Modalités d'évaluation de la pertinence de soins dans la spécialité

# Synthèse

La pédopsychiatrie est en grandes difficultés. La crise COVID ne vient que révéler et exacerber les difficultés majeures anciennes. Il y a urgence à revaloriser cette spécialité médicale, à la rendre plus autonome (co-DES), et à reconnaître l'expertise des pédopsychiatres et à en former davantage pour prendre en charge les enfants et les adolescents qui en ont besoin. Il ne peut pas y avoir que des solutions pansements dans l'urgence, mais une restructuration profonde sur la répartition des moyens, les capacités de lits, de l'accueil en urgence et des dispositifs alternatifs à l'hospitalisation. L'AP-HP reste malgré les difficultés très compétitive par rapport à ces problématiques.