

MISSION D'INFORMATION SUR LA SITUATION DE LA PSYCHIATRIE DES MINEURS EN FRANCE

- Si la psychiatrie a fait l'objet de plusieurs rapports au fil des dernières décennies, la psychiatrie des mineurs n'a que rarement été étudiée de façon spécifique. Une telle analyse présente pourtant un double intérêt : d'une part, dans sa continuité avec la psychiatrie des adultes dès lors que plus de la moitié des pathologies psychiatriques de l'adulte apparaissent avant seize ans (OMS), d'autre part dans sa spécificité, compte tenu que l'enfant n'est pas un adulte en miniature.
- Parallèlement, la nécessité d'une réflexion sur la psychiatrie des mineurs est accentuée par des évolutions récentes :
 - les troubles psychiatriques tendent à être appréhendés non plus de façon isolée, mais dans une perspective plus globale, traduite par le concept de santé mentale positive, et répondant au constat de continuum des souffrances psychiques ;
 - il est désormais mieux reconnu qu'un repérage et une prise en charge précoce des troubles psychiatriques des mineurs conditionnent l'évolution de la pathologie : le continuum des troubles peut être interrompu, et ceux-ci disparaître ;
- si la prévalence des troubles psychiatriques ne semble pas avoir crû, les progrès dans leur appréhension et leur diagnostic, conjugués à l'essor de certaines affections, exposent le système de soins à des besoins nouveaux. De surcroît, les difficultés de l'épidémiologie française n'offrent pas une vue d'ensemble sur la psychiatrie des mineurs, réduisant d'autant la capacité à les détecter et à les traiter en amont.
- C'est pourquoi la mission d'information, créée le 16 novembre 2016 à l'initiative du groupe Rassemblement démocratique et social européen (RDSE) du Sénat, avance cinquante-deux propositions, articulées autour de trois objectifs : mobiliser l'ensemble des acteurs pour assurer une prévention et un repérage précoces, permettre la continuité des soins dans la prise en charge, et renforcer le pilotage et la reconnaissance de la psychiatrie des mineurs et des disciplines associées.

Améliorer la connaissance épidémiologique

1. Soutenir la recherche en épidémiologie afin d'acquérir une connaissance plus fine de la population des mineurs touchés par des troubles psychiatriques.
2. Afin d'évaluer la prise en charge psychiatrique des mineurs en fonction du parcours de soins, prévoir que les mineurs qui consultent en ambulatoire dans un établissement de santé se voient attribuer un numéro anonymisé identique à celui qui leur sera assigné en cas d'hospitalisation.
3. Améliorer la connaissance des motifs de recours aux soins par un accès encadré aux dossiers médicaux.

Prévenir, repérer et dépister avec les autres acteurs

- L'apparition d'un trouble chez un enfant touche en premier lieu le cercle familial : il est donc important de mieux les associer et de mieux les accompagner au repérage ainsi qu'au diagnostic, dès la périnatalité. Cette association des familles est d'autant plus importante que si la souffrance peut prendre racine dans la relation parentale, son traitement ne pourra s'effectuer qu'en collaboration avec les parents.
- Une particularité du mineur est qu'il se construit au sein de milieux divers, qu'il peut ressentir différemment, un environnement pouvant faire apparaître un mal-être qui ne s'exprime pas dans l'autre. Le repérage des troubles doit donc associer l'ensemble des participants : l'Education nationale, enseignants comme personnels spécifiques, médecine générale, services départementaux de protection de l'enfance, maisons des adolescents et protection de la jeunesse.
- La réussite du diagnostic précoce dépend ensuite de l'articulation effective avec une prise en charge rapide par le système de soins, qui demeure perfectible.

Mobiliser l'ensemble des participants au repérage précoce

4. Mieux accompagner les familles dans l'information et l'orientation, dès la détection du trouble et jusqu'à sa prise en charge, en particulier par la mise à disposition d'une information synthétique et pratique.
5. Mieux prendre en compte l'importance du soutien à la parentalité dès la périnatalité, en s'appuyant notamment sur l'entretien prénatal précoce.
6. Améliorer la diffusion des outils de repérage auprès des professionnels de première ligne, en particulier les psychologues et les infirmiers scolaires ainsi que les professionnels des services de protection maternelle et infantile (PMI).
7. Lors de l'entrée dans l'enseignement supérieur, prévoir pour chaque étudiant une visite médicale permettant de faire un bilan de santé somatique et psychique et une information sur l'accompagnement dont il peut bénéficier.
8. Renforcer la formation initiale et continue des enseignants en psychologie de l'adolescent.
9. Redonner toute leur place aux réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (RASED) tout en maintenant leur double mission auprès des équipes pédagogiques et des élèves en difficulté.
10. Prévoir, pour les accompagnants des élèves en situation de handicap (AESH), une formation débouchant sur un diplôme d'État.
11. Afin d'accroître l'attractivité de la médecine scolaire, développer l'accueil, dans les services de médecine scolaire, d'étudiants du 2^e cycle d'études médicales et d'internes en médecine générale, pédiatrie et psychiatrie.
12. Soutenir la mise en place du corps des psychologues de l'Éducation nationale afin de renforcer le repérage en milieu scolaire et de mieux l'articuler avec l'orientation vers la prise en charge.
13. Généraliser sous certaines conditions les dispositifs permettant l'intervention à temps partiel d'un professionnel de centre médico psychologique (CMP) (infirmier, psychologue, psychiatre) dans un établissement scolaire du secteur.
14. Prévoir un dispositif téléphonique de permanence permettant de répondre aux besoins d'avis pédopsychiatriques des médecins généralistes.
15. Développer l'intervention des pédopsychiatres dans les services de protection de l'enfance.
16. Développer les conventions entre maisons des adolescents (MDA) et regroupements d'établissements scolaires pour assurer une meilleure connaissance par les responsables d'établissement des dispositifs existants et des procédures d'admission.
17. Lever les obstacles statutaires au recrutement de psychiatres et de pédopsychiatres par la protection judiciaire de la jeunesse dans les directions inter-régionales. En particulier, assurer un régime indemnitaire favorable au recrutement de praticiens hospitaliers à temps partiel.

Prendre en charge en assurant la continuité des soins

- L'organisation de la prise en charge sanitaire en psychiatrie repose sur la notion de secteur, devant garantir la continuité des soins sur un ressort territorial, avec quelque 320 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile prenant en charge environ 600 000 enfants et adolescents jusqu'à l'âge de 16 ans. En parallèle, la prise en charge sanitaire se fait principalement en ambulatoire.
- La prise en charge repose sur une diversité de structures sanitaires, avec principalement les centres médico-psychologiques (CMP), et médico-sociales, avec les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), les instituts médico-éducatifs (IME) ou les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP).
- Le constat d'une double difficulté est partagé : difficulté d'accès aux soins en raison d'inégalités territoriales de couverture, sociales de prise en charge, et d'un engorgement des structures, mais aussi difficulté dans le parcours de soins, dès lors que la prise en charge demeure conditionnée par la première consultation.
- La mission d'information recommande ainsi de conforter les structures et leur articulation, afin que prime la logique de parcours, et d'harmoniser les pratiques. En particulier, les réseaux et les équipes mobiles permettent à la fois de renforcer la coordination des professionnels et d'apporter une réponse aux situations d'urgence.

Garantir la continuité des prises en charge

18. Prévoir une psychiatrie infanto-juvénile prenant en charge les jeunes au moins jusqu'à leur majorité.
19. S'orienter vers une tarification globale pour les établissements médico sociaux sur la base d'une évaluation du parcours de prise en charge.
20. Identifier et mettre en place un panier de soins et de services homogène dans chaque département.
21. Améliorer la gestion des files actives des centres médico psychologiques (CMP) par la mise en place d'une gestion commune.
22. Mettre en place des « indicateurs de saturation » des centres médico-psychologiques (CMP) et des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) afin de savoir où se concentrent les difficultés et de faciliter la régulation.
23. Accroître les capacités d'ouverture des centres médico psychologiques (CMP) ainsi que leur capacité à recevoir en urgence.
24. Poursuivre le mouvement de réouverture de lits hospitaliers en psychiatrie infanto-juvénile dans les territoires où cela apparaît nécessaire.
25. Favoriser le développement des structures d'aval sur l'ensemble du territoire en augmentant les capacités d'accueil en hôpital de jour, en centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP) et dans les structures intégrant soins et études.
26. Rendre plus efficace et lisible l'articulation des structures de prise en charge en identifiant les différents niveaux d'intervention et les voies de passage de l'un à l'autre (niveau de repérage, niveau permettant le diagnostic et niveau plus spécialisé pour la prise en charge des cas complexes).
27. Soutenir les réseaux en pédopsychiatrie en leur donnant les moyens de fonctionner.
28. Soutenir les équipes mobiles de liaison pour favoriser une meilleure articulation entre le sanitaire, le médico-social et le social afin d'éviter le recours aux hospitalisations.
29. Permettre la double prise en charge par l'assurance maladie pour les prises en charge sanitaires des mineurs souffrant de troubles psychiatriques.
30. Prévoir le cadre réglementaire permettant aux soignants de partager leur temps entre structures sanitaires et structures médico-sociales.
31. Conforter l'accès aux soins somatiques des patients pris en charge en service de psychiatrie.
32. Généraliser l'association des pédopsychiatres dans les équipes des services d'urgences pédiatriques, en particulier par la mise en place d'astreintes téléphoniques.
33. Assurer une plus large diffusion des meilleures pratiques. En particulier, permettre l'accès de tous aux programmes de gestion parentale.
34. Systématiser le recensement et l'évaluation, par les administrations centrales et les agences, des innovations en vue de leur éventuelle généralisation tout en respectant la diversité des approches.

Renforcer le pilotage et la reconnaissance de la psychiatrie des mineurs pour lui permettre de répondre aux besoins

- Intervenant parmi des structures multiples, sanitaires, médico-sociales et sociales, et en commun avec plusieurs disciplines associées, la psychiatrie des mineurs doit faire l'objet d'un pilotage plus lisible. L'accent doit ainsi être placé sur l'efficacité, en renforçant les structures existantes.
- Pour sortir de la double crise démographique et universitaire de la pédopsychiatrie, l'attractivité de la discipline doit être renforcée et sa reconnaissance améliorée. Une action prioritaire doit être conduite sur la formation et l'encadrement des jeunes internes, en privilégiant notamment la définition d'un diplôme d'études spécialisées (DES) spécifique pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.
- La réalité du travail pluridisciplinaire du pédopsychiatre doit conduire à mieux reconnaître le rôle et l'intervention des disciplines associées (psychologie, orthophonie, ergothérapie).
- Gage d'un traitement efficace et innovant ainsi que d'une meilleure appréhension de ces pathologies, la recherche médicale en santé mentale doit être favorisée par un soutien accru et un meilleur accès aux structures de recherche.

Renforcer la gouvernance et la reconnaissance de la discipline

35. Clarifier le périmètre des administrations centrales quant à la médecine scolaire et universitaire pour répondre à l'objectif de continuité du suivi et de la prise en charge des mineurs et des jeunes adultes.
36. Sanctuariser le financement des activités de psychiatrie dans les groupements hospitaliers de territoires (GHT).
37. Faire évoluer le mode de financement des établissements psychiatriques afin de rémunérer de manière plus adéquate les actes de psychiatrie en établissement hospitalier.
38. Utiliser l'expertise de la Haute Autorité de santé (HAS) pour proposer des améliorations organisationnelles au-delà de ses préconisations en matière de bonnes pratiques.
39. Intégrer les missions du conseil national de la santé mentale (CNSM) au sein du Haut conseil de la santé publique (HCSP) s'agissant de l'évaluation et laisser le soin aux services ministériels de mener les travaux de concertation.
40. Réformer la tarification des consultations de pédopsychiatrie en ville et à l'hôpital, afin de prendre en compte la réalité du temps passé à l'écoute et pour la prise en charge du mineur et de son entourage.
41. Prévoir au moins un poste de professeur d'université de pédopsychiatrie par université.
42. Dans le cadre de la réforme en cours du troisième cycle des études de médecine, envisager dès à présent la mise en place d'un co-DES de psychiatrie des adultes et de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, avec une régulation du nombre d'internes dans chacune des deux branches.
43. Dans le cadre de la mise en œuvre du co-DES, se conformer aux règles des équivalences européennes en matière de stages, et développer les stages au sein de structures médico-sociales.
44. Substituer aux épreuves classantes nationales (ECN) des épreuves classantes régionales (ECR) afin de former le nombre de spécialistes nécessaires en fonction d'une carte régionale des besoins.
45. Permettre sous certaines conditions la prise en charge par l'assurance maladie des consultations de psychologues cliniciens en ville sur l'ensemble du territoire afin de répondre le plus précocement possible à la souffrance psychique.
46. Mettre en place une formation de niveau Master en psychiatrie pour les infirmiers.
47. Revaloriser le niveau de remboursement des actes infirmiers.
48. Prévoir les conditions dans lesquelles les consultations auprès des professionnels associés à la psychiatrie (psychomotriciens, ergothérapeutes) peuvent être prises en charge par l'assurance maladie sans passage par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).
49. Accroître les moyens dévolus à la recherche en psychiatrie des mineurs et faciliter l'accès des chercheurs aux structures existantes.
50. Encourager, sous l'égide de la HAS, l'évaluation des stratégies non médicamenteuses en psychiatrie afin de vérifier leur conformité aux recommandations nationales et internationales.
51. Soutenir les études médico-économiques, notamment dans le domaine des soins-études.
52. Développer la recherche paramédicale dans le domaine de la psychiatrie des mineurs.



**Mission d'information sur la situation
de la psychiatrie des mineurs en France**

http://www.senat.fr/commission/missions/psychiatrie_des_mineurs/

Téléphone : 01 42 34 20 85



Président
Alain Milon
Sénateur (Les Républicains)
de Vaucluse



Rapporteur
Michel Amiel
Sénateur (RDSE)
des Bouches-du-Rhône