UFR DE MÉDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES
Université Clermont Auvergne

N°

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPlÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

CHIOSEA NICOLETA

Présentée et soutenue publiquement le 9 septembre 2021

Les demandes de consultation en pédopsychiatrie. Étude descriptive des patients reçus au Dispositif d'Accueil de la Demande de Vichy

Directeur de thèse : Lachal Jonathan, CHU Clermont-Ferrand

……

Président du jury : Madame JALENQUES Isabelle, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury : Monsieur LACHAL Jonathan, Maître de conférence, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury : Monsieur BROUSSE Georges, Professeur, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury : Madame DURANTON MARTINEZ TULU Murielle, Docteur, CH Vichy

UFR DE MÉDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES
Université Clermont Auvergne

N°

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

CHIOSEA NICOLETA

Présentée et soutenue publiquement le 9 septembre 2021

Les demandes de consultation en pédopsychiatrie. Étude descriptive des patients reçus au Dispositif d'Accueil de la Demande de Vichy

Directeur de thèse :Lachal Jonathan, CHU Clermont-Ferrand

……

Président du jury : Madame JALENQUES Isabelle, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury : Monsieur LACHAL Jonathan, Maître de conférence, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury : Monsieur BROUSSE Georges, Professeur, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury : Madame DURANTON MARTINEZ TULU Murielle, Docteur, CH Vich.

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

_____

PRESIDENTS HONORAIRES : **JOYON** Louis

UNIVERSITE D'AUVERGNE : **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES : **CABANES** Pierre

UNIVERSITE BLAISE PASCAL : **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et

PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER : **BERNARD** Mathias

PRESIDENT DU CON SEIL ACADEMIQUE RESTREINT : **DEQUIEDT** Vianney

VICE-PRESIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION : **FOGLI** Anne

VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE : **HENRARD** Pierre

VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION : **PEYRARD** Françoise

DE LA FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE : **PAQUIS** François

DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES : **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYENS RESPONSABLE ADMINISTRATIVE : **CLAVELOU** Pierre

: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BEYTOUT Jean - BOMMELAER Gilles - BOUCHER Daniel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - CITRON Bernard - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - DETEIX Patrice - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - Mme GLANDDIER Phyllis - MM. IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MARCHEIX Jean- Claude - MICHEL Jean-Luc - MONDIE Jean-Michel - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - RIBAL Jean-Pierre - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. AUMAITRE Olivier - BOITEUX Jean-Paul - CHAMOUX Alain - DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - KEMENY Jean-Louis – LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves et	Biostatistiques, Informatique Médicale Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiolologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio- Vasculaire
M. DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M. LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M. PEZET Denis	Chirurgie Digestive

M. SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M. BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme DUCLOS Martine	Physiologie
M. SCHMIDT Jeannot	Médecine d'Urgence
M. BERGER Marc	Hématologie
M. GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M. ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M. SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M. ABERGEL Armando	Hépatologie
Mle BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M. RUIVARD Marc	Médecine Interne

1ère CLASSE

M. CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M. VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M. D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénéréologie
Mme JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
M. GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M. TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M. MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M. RICHARD Ruddy	Physiologie
M. SAPIN-DEFOUR Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M. COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques

M. LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M. CHIAMBARETTA Frédéric	Ophtalmologie
M. FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M. GUY Laurent	Urologie
M. TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M. ANDRE Marc	Médecine Interne
M. BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M. CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. COSTES Frédéric	Physiologie
M. FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M. MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatique
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale

2éme CLASSE

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé

Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV André	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme PHAM DANG Nathalie	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine

M. VORILHON Philippe Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne Médecine Générale

M. CAMBON Benoît. Médecine Générale

M. TANGUY Gilles Médecine Générale

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine Bactériologie

Mme BOUTELOUP Corinne Virologie Nutrition

MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel Biophysique et Traitement de l'Image

Mle GOUMY Carole. Cytologie et Histologie, Cytogénétique

Mme FOGLI Anne Biochimie Biologie Moléculaire

Mle GOUAS Laetitia Cytologie et Histologie, Cytogénétique

M. MARCEAU Geoffroy Biochimie Biologie Moléculaire

Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien.	Bactériologie
Mle MIRAND Audrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biosatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric.	Pharmacologie Médicale
Mle COSTE Karen	Pédiatrie
Mle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie

MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère CLASSE

Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
M. MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie
M. GODET Thomas	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M. LACHAL Jonathan	Pédopsychiatrie
M. MOUSTAFA Farès	Médecine d'Urgence

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle AUBEL Corinne.	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GUILLET Christelle.	Nutrition Humaine
M. BIDET Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme V AILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine
M. PIZON Frank	Santé Publique

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie.	Médecine Générale
M. TESSIERES Frédéric	Médecine Générale
Mme ROUGE Laure	Médecine Générale

Remerciements

À Madame la Présidente du jury, **Madame le Professeur Isabelle Jalenques**

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites de présider le jury de ma thèse. Je vous remercie pour vos enseignements et votre encadrement durant mon internat. Soyez assurée de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Aux membres du jury :

Monsieur le Maître de conférence Jonathan Lachal

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse. Je vous remercie de l'attention bienveillante et éclairée que vous apporterez à mon travail, la qualité de nos échanges permettant l'évolution et la construction de ma thèse. Je vous remercie pour vos enseignements, votre accompagnement, votre disponibilité ainsi que pour la confiance que vous m'avez accordée. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

Madame le docteur Murielle Duranton Martinez Tulu

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites d'être membre du jury de ma thèse. Je vous remercie de votre accompagnement bienveillant et constructif dans le cadre de ma formation. Je vous remercie sincèrement pour vos enseignements et la confiance que vous avez pu m'accorder lors de mon passage dans votre service. Je vous remercie pour votre humanité, votre amitié, votre générosité, votre sens clinique et thérapeutique qui m'ont permis d'enrichir ma réflexion sur ma pratique. Soyez assurée de ma plus grande gratitude et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Georges Brousse

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites d'être membre du jury de ma thèse. Je vous remercie du regard bienveillant et éclairé que vous apporterez à ce travail. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

Remerciements personnels

À Yacine : *Merci pour ton amour, ton soutien si précieux malgré la distance qui nous sépare.*

À mes parents : *Merci pour toutes ces belles valeurs que vous m'avez apportées et qui m'ont permis d'être qui je suis aujourd'hui.*

À mes amis de la Roumanie : *Merci pour votre soutien et votre amour inconditionnel.*

À mes co-internes : *Merci pour votre soutien durant les stages.*

À tous les professionnels que j'ai eu la chance de cottoyer durant mon internat : *Merci pour vos enseignements et votre expérience si précieuse.*

À docteur Hamel : *Merci pour votre soutien inconditionnel, votre amitié et votre générosité qui m'ont apporté énormément. Les mots ne suffisent pas pour exprimer ma profonde gratitude.*

Table des matières

Liste du personnel enseignant ……..…...2

Remerciements 10

Table des matières ...……11

Liste des tableaux et figures.....13

Liste des abreviations …….……..14

I. Introduction 15

A. Évolution de la demande de soin en PEA 15

II. Les dispositifs d'accueil en pédopsychiatrie.....19

A. Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile.....19

1. Historique.....19

2. Les Principaux dispositifs de soins.....20

a) CMP 20

b) L'Hôpital de Jour.....20

c) CATTP 23

d) MAISONS DES ADOLESCENTS 25

e) L'Accueil Familial Thérapeutique 25

3. Les structures médico-sociales 27

a) PMI 27

b) CAMSP.....27

c) CMPP.....28

4. ITEP, SESSAD 28

III. Le secteur de Vichy et le Dispostif d'Accueil de la Demande.....29

A. La sectorisation du CMP de Vichy 29

IV. OBJECTIFS 33

V. Matériel et méthode 34

1. Population et échantillonnage 34

2. Recueil des données 34

3. Analyse 35

VI. Résultats 36

A. Caractéristiques sociodémographiques et familiales 36

B. Adressage 36

C. Antécédents 37

Tableau 1- Caractéristiques des participants (1/2) 38

Tableau 1- Caractéristiques des participants (2/2) 39

Tableau 2 – Type de suivi et type d'orientation selon les caractéristiques des participants 40

VII. Discussion 41

VIII. Conclusion 44

IX. Bibliographie 45

Serment d'Hippocrate 50

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAU 1- CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS (1/2).....38

TABLEAU 1- CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS (2/2).....39

TABLEAU 2 – TYPE DE SUIVI ET TYPE D'ORIENTATION SELON LES CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS.....40

LISTE DES ABREVIATIONS

PEA : Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

DRESS : La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

CMP : Centre Médico-Psychologique

HAS : Haute Autorité de Santé

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

PMI : Protection maternelle et infantile

CAMSP : Centre d'Action Médico-Social Précoce

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

ITEP : Instituts Thérapeutiques éducatifs et pédagogiques

SESSAD: Service d'éducation spéciale et des soins à domicile

DAD : Dispositif d'Accueil de la Demande

I. Introduction

A. Évolution de la demande de soin en PEA

L'enfance se définit comme « la période de la vie humaine qui s'étend de la naissance jusque vers la treizième année » ; l'enfant comme « un individu de l'espèce humaine qui est dans l'âge d'enfance ». Du côté de l'enfance : une période de temps physiologique ; la durée qu'il faut à l'organisme pour maturer. Pas d'enfance sans croissance. Du côté de l'enfant : un individu lié à ceux de son espèce, construisant l'histoire de sa singularité tout en apprenant celle de l'humanité qui l'a précédé. Pas d'enfant sans dépendance. L'enfance est un phénomène de nature, l'enfant est un phénomène de culture. (1)

Une grande étude du National Institute of Mental Health (NIMH) sur l'âge de début des troubles psychiatriques et de la prévalence de ces troubles montre que 75 % des troubles psychiatriques commencent avant l'âge de 24 ans, dont 50 % avant l'âge de 14 ans. Parmi ceux-ci, seul un jeune sur six a accès aux soins. (2)

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est actuellement désignée comme une priorité de santé publique. Le plan de santé mentale 2013–2020 de l'organisation mondiale de la santé comporte quatre objectifs stratégiques principaux (3):

1) Renforcer le leadership et la politique de psychiatrie pour les enfants et adolescents.
2) Renforcer l'offre de soins santé mentale et l'action sociale pour une approche globale, intégrée et adaptée aux besoins des enfants et adolescents au plus près de la communauté.
3) Mettre en œuvre des stratégies de promotion de la santé mentale et de prévention.

4) Renforcer les systèmes d'informations relatives aux soins, d'enregistrement, des communications et de les adapter pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

La demande en PEA est en forte inflation depuis une vingtaine d'années. D'abord par une meilleure connaissance de certains troubles, notamment neurodéveloppementaux (troubles des apprentissages, du spectre autistique…), débouchant sur de nouvelles perspectives d'aide ou de traitement, mais aussi en raison d'une augmentation significative des attentes parentales, sociales et scolaires. Les protagonistes étant à la fois plus à l'écoute et plus inquiets lorsqu'un enfant est perturbé. (4)

Historiquement, la PEA autrefois nommée psychiatrie infanto-juvénile, a fait l'objet d'une organisation spécifique, fondée sur la sectorisation du territoire. Les enfants sont pris en charge au sein de zones « géo-démographiques » déterminées. A partir des années 1970, s'installe sur l'ensemble des départements un système de prise en charge de l'enfant en difficulté de la petite enfance à l'adolescence ayant pour objectif de coordonner du mieux possible les structures existantes antérieurement et les associer avec les nouvelles structures du secteur psychiatrique. Cette harmonisation est favorisée par la mise en place des commissions départementales de l'Éducation spécialisé - CDES - et leurs commissions associées, CCPE et CCSD, prévues par la loi de juillet 1975 et intervenant à ce titre dans l'orientation de l'enfant handicapé. (5)

Selon le rapport du DRESS (2004)(6), l'ensemble des équipes des secteurs ont reçu plus de 432 000 enfants et adolescents au cours de l'année 2000, soit une augmentation de 70 % depuis 1991. La file active ambulatoire contribue pour 89 % à cette croissance contre 10 % pour les patients suivis à temps partiel. Le renouvellement de la population suivie est important : près de la moitié des enfants consultaient en 2000 pour la première fois. Les prises en charge ne s'inscrivent pas nécessairement dans la durée : ainsi 20 % des enfants et adolescents de cette étude n'ont été reçus qu'une seule fois. La proportion des suivis court tend à augmenter, ce qui peut s'expliquer en partie par l'augmentation des interventions dans certaines unités de soins

somatiques (urgences, maternités...), qui ne se prolongent pas toujours par un suivi psychiatrique au long cours. En effet, la démarche de soin est, dans ce cas, souvent à l'initiative des équipes de soins somatiques plutôt qu'à celle du patient ou de sa famille.

Parmi les 418 000 enfants qui ont bénéficié en 2000 d'un suivi ambulatoire, 367 000 (soit 88 %) n'ont reçu que ce type de soins dans l'année.

Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ont reçu en 2003 plus de 464000 enfants et adolescents (1445 en moyenne par secteur), soit 7% de plus qu'en 2000. (2) La croissance du taux de recours observée depuis 1991 s'est confirmée entre 2000 et 2003 : il est passé de 16 pour 1 000 habitants de moins de 20 ans en 1991, à 21 pour 1 000 en 1995, 28 pour 1 000 en 2000 pour atteindre enfin 33 pour 1 000 en 2003. En 2003 97% de la file active a été suivie en ambulatoire, 9 % de la file active à bénéficié d'un accueil à temps partiel, et que 3% de l'ensemble a été suivi été suivis à temps complet.

Petit à petit, l'augmentation des demandes et l'impossibilité de les refuser a saturé les dispositifs de soins, nécessitant la mise en place de listes d'attentes, cauchemars actuels de tous les CMP. Cela a participé à la remise en cause de plus en plus profonde des méthodes et organisations du travail de secteur.

Les réseaux se multiplient : avec l'école, la Protection judiciaire de la jeunesse, les Tribunaux, l'aide sociale à l'enfance, tout le système des soins en pédiatrie. Dans les centres médicaux psychologiques les outils thérapeutiques se diversifient également. (7)

La volonté de « contact » et « d'harmonisation » initiée autour de la politique de secteur, avec tous ses services ayant mission de s'occuper des enfants, se transforme en demande de partenariat diversifiée et potentiellement fructueuse mais dans une certaine mesure plus

exigeante, comme le sont également les attentes des consultants que ces partenaires nous adressent. [8]

Il devient alors indispensable de réfléchir à l'utilisation optimale et équitable des ressources en santé mentale et en pédopsychiatrie. Afin de répondre à l'évolution des demandes des usagers et à celle de l'expression des souffrances psychiques dans le domaine pédopsychiatrique publique, le « Dispositif d'accueil de la demande » a été mis en place en 2018 par l'équipe médicale du Service Psychiatrique de l'enfant et de l'adolescent à Vichy. Ce dispositif a été inspiré des travaux de Mercier (Aubin-Auger et al. 2008; Mercier de Muelenaere 2007). [9] Son principe est l'accueil et la description de la demande, l'évaluation du risque suicidaire de l'enfant et la démarche des soins et l'orientation pour une prise en charge adaptée. Il s'organise autour d'un entretien en binôme, pensé selon l'analyse de groupe. [10]

Dans cette analyse en groupe on met en situation des acteurs sociaux différents, avec leurs idéologies, leur culture, leurs représentations sociales, mais ces acteurs sociaux ont aussi des formations et des références théoriques différentes : ce sont des médecins, des psychologues, des éducateurs etc. A propos de faits sociaux, on leur demande de confronter leurs interprétations. À partir d'observations de cas vécues par les différents acteurs, les divergences et les convergences d'interprétation sont recensées et travaillées. Ensuite, il y a un tour de table où chacun communique sa propre interprétation. Il revient au narrateur de clôturer le tour de table et de communiquer éventuellement sa nouvelle interprétation. L'objectif est d'articuler les compréhensions individuelles et les modèles explicatifs dans une nouvelle compréhension issue des confrontations au sein du groupe d'analyse. Une réflexion théorique s'est construit qui permet de rendre compte de la cohérence des convergences et d'analyser les divergences subsistantes. Cette démarche devrait déboucher sur le changement social, le travail théorique amenant à changer l'action qui elle-même modifie la théorie qui elle-même expliquera les changements opérés. [11]

II. Les dispositifs d'accueil en pédopsychiatrie

A. Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile

1. Historique

La période 1952-2002 est tout à fait décisive pour la mise en place de la pédopsychiatrie. En effet, dans les années 1950, l'approche des enfants se fondait encore sur des modèles simplificateurs calqués sur ceux de l'adulte, où les sujets se trouvaient séparés en quatre groupes : d'un côté les « normaux » et de l'autres les « malades », les « caractériels », les « déficients », le dernier groupe étant lui-même subdivisé en plusieurs catégories d'après les chiffres du quotient intellectuel. Bien entendu, entre ces groupes, le cloisonnement était total.

À partir de là, l'orientation se faisait vers des institutions spécialisées, notamment des internats, où la place du soin était très réduite. (12)

Une série de circulaires (13 septembre 1961, 18 janvier 1971, 16 mars 1972, 11 décembre 1992) a précisé l'organisation des intersecteurs de pédopsychiatrie infanto-juvénile, leurs modalités d'accueil, les structures de soins.

Selon les circulaires du 16 mars 1972 et du 11 décembre 1992 le rôle des secteurs de psychiatrie infantojuvénile était de promouvoir des actions propres à éviter l'émergence, le développement et la persistance d'affections mentales (prévention primaire : dépistage précoce des difficultés psychiques des enfants et des adolescents, au besoin en participant activement au fonctionnement des structures (maternité, pédiatrie, hôpital général), sociales (crèches, PMI) ou scolaires, secondaire et tertiaire), assurer une proximité des services auprès de la population propre à faciliter l'accès au soin et veiller à la coordination entre acteurs de santé et intervenants de la communauté dans le champ de la santé mentale. (13)

2. Les Principaux dispositifs de soins

a) CMP

Le CMP installé au centre du dispositif de la sectorisation dès 1974, est le lieu de soins le plus utilisé en matière de psychiatrie infantojuvénile. Les CMP sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile. Depuis la circulaire de 1990, le CMP est conçu comme le pivot du dispositif de soins du secteur, il a pour mission d'organiser et de coordonner toutes les actions extra hospitalières en articulation avec les unités d'hospitalisation.

De ce fait, c'est au CMP que l'enfant, avec sa famille, sera en premier lieu mis en contact avec le médecin et son équipe de secteur. Le secteur de pédopsychiatrie a, en effet, une double mission, assurer la prévention et apporter des soins.

Au CMP, l'enfant et sa famille seront d'abord reçus en consultation pour une évaluation de la problématique individuelle et familiale et, secondairement, l'enfant pourra bénéficier d'un traitement spécifique : psychothérapie, rééducation orthophonique et de psychomotricité voire formule plus particulière, les parents bénéficiant, si nécessaire, de soutien ou de la thérapie complémentaire. (5)

b) L'Hôpital de Jour

C'est en 1960 qui fut ouvert le premier hôpital de jour dans le cadre de l'expérience pilote du XIII^{e} arrondissement de Paris, expérience crée par Serge Lebovici. Misés créait quant à lui la Fondation Vallée, le premier hôpital de jour publique en 1966. En 1971 Michel Saoulé créé le premier hôpital de jour réservé aux très jeunes enfants alors que s'ouvrent également des hôpitaux de jour pour adolescents. (14) En 1982 Haim ouvrait le Centre Marguerite Fontanelle, un l'autre hôpital de jour sectorisé dans le XVIII^{e} arrondissement du Paris, sous les auspices de la Croix.

Au milieu des années 90, le Guide Méthodologique avançait une définition plus technique, plus ambitieuse de l'Hôpital de Jour. « Les hôpitaux de jour assurent des soins polyvalents individualisés et intensifs, prodigués dans la journée, le cas échéant à temps partiel ». L'hôpital de jour fait partie du cadre général de l'hospitalisation à temps partiel à laquelle il a fourni la quasi-totalité des programmes. (14)

Les hôpitaux de jour de pédopsychiatrie sont des structures qui permettent la réalisation d'évaluations approfondies, de soins soutenus et la construction de projets personnalisés.

Le fonctionnement de l'hôpital de jour ne s'organise pas autour d'axes standardisés et prédéterminés, même si les différentes équipes ont maintenant tendance à se fédérer autour des grandes lignes directrices (15) :

- Le travail thérapeutique avec les enfants
- L'accompagnement et le soutien des parents
- L'organisation des liens et des rapports avec des différents partenaires dans l'école qui reste le principal.

Les hôpitaux des jeux pour enfants sont souvent situés à l'extérieur de l'hôpital général ou du centre hospitalier spécialisé dont il dépend.

Les hôpitaux de jour proposent des groupes spécifiques en fonction de l'âge de l'enfant, par exemple 18 mois-3 ans, 2-6 ans ; 6-12 ans ; 12-15, 16-18 ans.

Le projet de soins individualisé et coordonné de l'enfant en hôpital de jour est établi selon les recommandations de l'HAS, et associe les approches et actions synergiques thérapeutiques, éducatives, pédagogiques et somatiques. (16)

En termes de diagnostic les troubles envahissants du développement et les psychoses de l'adolescence représentent la majorité des indications. Sont aussi accueillis d'autres troubles graves du développement, parfois des troubles anxieux invalidants (en particulier à l'adolescence : phobie scolaire, trouble obsessionnel compulsif). En réalité tous les troubles psychiques susceptibles d'entraver la fréquentation scolaire et surtout l'acquisition des connaissances en même temps qu'existent des signes patents de souffrance psychique sont des indications potentielles d'hôpital de jour.

En revanche, l'hôpital de jour n'accueille pas, du moins en théorie, les enfants déficients intellectuels quand le retard mental est isolé : ces enfants relèvent d'une orientation MDPH vers des filières scolaires ou des établissements adaptés type externat médicopsychologique (EMP).[13]

L'intervention des soignants doit garder une certaine précision car il s'agit de créer un espace qui soit vivant, ne le coupant pas du monde extérieur et n'évacuant pas les inévitables conflictualisations, tout en sachant le préserver de trop grandes tensions psychiques (frustrations, angoisses, insécurisation) qui ne feraient que renforcer les processus psychotiques.

L'enfant bénéficie à la fois de la qualité de la relation individuelle d'un professionnel du soin psychiatrique et de la dynamique interactive d'un petit groupe l'aidant à élaborer ses liens sociaux qui sont lourdement perturbé par sa pathologie mentale. [5]

c) CATTP

Le CATTP a été officialisé par l'arrêté du 14 mars 1986. Il a obtenu une place et une définition dans le Guide Méthodologique (certains se sont alarmés en voyant disparaît dans l'adjectif « thérapeutique » de l'intitulé puisque le Guide parlait de « Centre d'accueil à temps partiel »). Les CATTP « visent à maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutiens et des thérapies de groupe ». Ils effectuent « un travail et essentiellement orienté vers les relations du patient à autrui et la reconstruction de son autonomie au travers des gestes usuels et de divers modes d'expression ». La prise en charge est mise en œuvre à partir de la démarche du patient confronté à ses difficultés quotidiennes. (17)

B. Welniarz & al ont défini le CATTP pour enfant comme « une structure de soins institutionnelle qui propose, dans le cadre d'un secteur de psychiatrie infanto-juvénile, la prise en charge d'enfants et de leur famille par une équipe pluridisciplinaire. Les soins sont organisés sur le mode séquentiel et reposent sur la notion de projet individuel. Une réunion de synthèse effectue le lien entre les diverses séquences de soins : séances de groupe thérapeutique, entretiens avec les familles, pratiques d'intégration scolaire et séances de soins individuelles. » (Welniarz & al, 1997). Le projet individuel associe le travail de consultant au CMP, des séquences de groupes hebdomadaires au CATTP et un travail d'intégration scolaire. Ce projet inclut, au sein du CATTP, des entretiens familiaux et des synthèses de concertation à l'école.(18) Les indications ne ils sont pas établis en fonction de repères nosographiques mais plutôt en fonction des potentialités évolutives de l'enfant, capacités de mobilisation et de holding de la famille et de la dynamique de groupe au moment où l'enfant est présenté. (19) Ainsi que le souligne J. Hochmann, il est difficile de maintenir plusieurs enfants psychotiques ensemble plusieurs heures dans le même endroit. (20)

Les indications pour le CATTP sont des enfants présentant des troubles envahissants du développement, des troubles psychotiques, des dysharmonies évolutives, des états dépressifs, des pathologies de la personnalité et des états de carence. Ils sont adressés par des consultants du CMP et auront un référent CATTP (pédopsychiatre ou psychologue) durant la durée de la prise en charge qui est en général de 3 ans. Le consultant CMP poursuit le travail avec la famille et rencontre régulièrement l'équipe du CATTP. L'expérience montre que ce va-et-vient entre ces deux espaces institutionnels soutient l'évolution de l'enfant en diminuant les effets de clivage et de rupture de la pensée.

Le CATTP profite de ses appuis extérieurs pour se constituer comme un lieu distinct dans lequel l'enfant pourra y déposer ses contenus internes. Les groupes thérapeutiques réunissent quatre enfants avec deux soignants et une stagiaire psychologue pendant deux heures, deux fois par semaine. Cette fréquence permet de créer des expériences de continuité dans la discontinuité, dans l'idée de R. Misès d'une « répétition de temps d'expériences autour des actes de la vie quotidienne et d'activités à visée médiatrice dans un cadre thérapeutique apportant des limites, un soutien étayant et des stimulations qui peuvent être adaptées à la problématique de chaque enfant » (R. Misès, 1982). Les groupes se déroulent en plusieurs temps ritualisés : l'accueil, la ronde et la nomination de chaque membre du groupe, le jeu libre, le goûter, le temps collectif autour d'un jeu ou d'un parcours psychomoteur, le conte. L'enjeu est d'offrir aux enfants un espace sécure, contenant, dans lequel ils pourront déposer leurs contenus psychiques. Le groupe est pensé comme une enveloppe, telle que l'a défini D. Anzieu (1999). Sa ritualisation en fait son règlement interne, son système de règles permettant de constituer une membrane interne et externe. Cette dernière a valeur de « barrière protectrice contre l'extérieur » et peut fonctionner comme filtre, créant ainsi un espace protégé dans lequel l'enfant peut exprimer son vécu et ses ressentis. Ceci est relayé par la fonction contenante des soignants dont la présence, l'attention bienveillante et le portage psychique participeront à la transformation du vécu chaotique en

vécu d'intégration. Le travail avec ces enfants dont la corporéité apparaît morcelée, éclatée, se situe principalement autour de cette expérience première de l'introjection de la fonction contenante, afin d'esquisser la construction du sentiment d'identité et la constitution des enveloppes psychiques. (18)

d) MAISONS DES ADOLESCENTS

Depuis une vingtaine d'années, nous assistons à l'implantation progressive sur le territoire français de structures nouvelles destinées aux adolescents : les maisons des adolescents, communément appelées les MDA.

La création d'une maison des adolescents dans chaque département est sous-tendue par une volonté politique nationale, témoignant, au-delà de la diversité des réalisations et des fonctionnements, un objectif commun, celui d'accueillir des adolescents, des parents et des professionnels intervenant dans le champ de l'adolescence.

Initialement porté par le secteur du soin, ce dispositif a été plébiscité par les instances gouvernantes à partir de 2004. (21)

e) L'Accueil Familial Thérapeutique

La loi du 17 mai 1977 crée, pour la première fois en France, un statut pour les personnes dont l'activité consiste à accueillir un enfant à leur domicile, que ce soit à la journée ou à temps complet. L'obligation d'obtenir un agrément préalable à l'accueil est rappelée. L'appellation « nourrice » ou « gardienne » employée jusque-là est abandonnée au profit du terme « assistante maternelle ». Un contrat écrit entre les parties est rendu obligatoire et un salaire minimum est défini. Une distinction est alors faite dans la rémunération entre le salaire et le défraiement des

frais d'entretien de l'enfant accueilli, le salaire devant être déclaré aux impôts. Le texte incitait, par ailleurs, les employeurs privés et publics (placements familiaux spécialisés, crèches familiales, services publics de protection de l'enfance) à proposer une formation qui restait facultative pour les assistantes maternelles. (22)

Une quinzaine d'années s'écoulent avant qu'intervienne, en juillet 1992, la première révision de cette législation : le statut unique, valant pour les assistantes maternelles accueillant à la journée et celles pratiquant l'accueil permanent, est maintenu. Les droits et obligations des assistantes maternelles et de leurs employeurs sont précisés. (23)

La loi du 27 juin 2005 introduit deux éléments qui viennent différencier l'accueil à la journée et l'accueil permanent ("assistant(e) familial(e)"). Selon cette dénomination, l'assistant(e) familial(e) vient, par le moyen de sa propre famille, « assister » (24) une famille en difficulté.

Sur les fondements théoriques du placement familial spécialisé le docteur Richet écrit en 1970: « Le placement familial n'est qu'un circuit dynamique proposer à l'enfant en vue d'un but précis, généralement spatio-temporelles, dans l'espoir que, sur stimulée par la présence dynamique d'une famille saine, il aura l'entrain de se permettre d'établir des relations structurante, d'acquérir des relations culturelles valorisante, dire agressé chaleureusement le temps nécessaire ayant connaissance de ses racines propres sans qu'aucun jugement péjoratif ne vient de l'assassiner dans l'amour idéal de son père ou de la mère idéale qu'il porte en lui, pour ensuite pouvoir par imagination possible et la culture, transférer sur ses amis et ses parents son besoin d'être reconnu valable, de savoir qu'il aime est aimé ». (25)

L'intérêt de l'accueil familial thérapeutique est de proposer au patient un soin dans un espace social démédicalisé. Grâce à ses capacités naturelles, affectives et éducatives, la famille d'accueil fournit un climat propice à l'épanouissement humain du patient et favorise une

évolution thérapeutique positive. L'accueil familial est dit thérapeutique dans la mesure où il intègre l'hébergement et la continuité des soins. Il s'organise sous la responsabilité d'un centre hospitalier et permet la poursuite du traitement. (26)

L'Accueil Familial Thérapeutique est un dispositif des soins prévu par l'arrêté du 14 mars 1986 concernant l'organisation des secteurs psychiatriques, il constitue une alternative à l'hospitalisation en unité des soins. (27)

Une équipe pluridisciplinaire (psychiatre, infirmières, éducateur, assistante sociale, psychologue) travaille conjointement avec les soignants référents du patient qui ont fait la demande d'accueil. Elle fait également le lien entre la famille d'accueil et la personne accueillie.

3. Les structures médico-sociales

a) PMI

Le service de Protection maternelle et infantile organise notamment des consultations et des actions médico-sociales de prévention et de suivi en faveur des femmes enceintes, des parents et des enfants de moins de 6 ans, ainsi que des activités de planification familiale et d'éducation familiale. Il participe, enfin, aux actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger. (28)

b) CAMSP

Les Centres d'Action Médico-Sociales Précoces ont été créés au début des années 1970. Les rôles des CAMSP identifiés répondent aux besoins des enfants, des parents et de leurs partenaires sur le territoire (29): organiser le parcours de révélation du handicap, faciliter l'accès aux consultations, mettre en place les soins et l'accompagnement des enfants et aider les

familles ; réaliser des diagnostics, de mettre en place des soins pluridisciplinaires et des activités individuelles ou en groupe et de faciliter l'accueil des enfants dans des établissements scolaires et de la petite enfance ; le rôle « passeur de relais » implique les CAMSP dans l'orientation des enfants, à leur sortie.

c) CMPP

Les CMPP, lieux d'emblée pluridisciplinaires comme leur nom l'indique, traitent les difficultés scolaires, comportementales et développementales et sont ouverts à tous de la naissance jusqu'à 20 ans. Ils sont toujours ambulatoires, le plus souvent associatifs. Interviennent psychologues, psychanalystes, orthophonistes, psychomotriciens, pédagogues, assistants sociaux, éducateurs, pédopsychiatres (généralement directeur de structures), plus rarement médecins somaticiens. La différence principale avec les CMPP est la possibilité d'articuler les suivis simples avec des dispositifs de groupe légers (centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, CATTP) ou des hôpitaux de jour et, lorsque nécessaire, les lits à temps plein. Ils ont aussi une mission de prévention au sein de la population de leur secteur. (30)

4. ITEP, SESSAD

Les instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP) et les Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) sont des établissements médicosociaux.

Les ITEP prennent en charge les jeunes connaissant des « troubles du comportement ».

Les SESSAD adoptent une approche globale du handicap de l'enfant et de son suivi grâce à la pluridisciplinarité des professionnels intervenants.

III. Le secteur de Vichy et le Dispostif d'Accueil de la Demande

A. La sectorisation du CMP de Vichy

Les soins psychiatriques pour les adultes comme pour les enfants et adolescents étaient dispensés au niveau départemental au sein de l'Hôpital Psychiatrique d'Yzeure, près des Moulins, depuis la fin du XIXe siècle.

L'avènement de la sectorisation psychiatrique avec les circulaires de 1960 puis 1972 pour la psychiatrie de l'enfant a permis une réflexion au niveau du département : département tricéphale avec trois villes d'égale importance, l'Allier construit sa sectorisation avec deux secteurs adultes et un intersecteur enfant adolescent autour de chaque pôle : Moulins, Montluçon et Vichy.

L'hospitalisation enfants et adolescents est restée jusqu'à ce jour centrée à Moulins Yzeure sans que les moyens soient redéployés sur les autres Centres Hospitaliers, les intersecteurs de Vichy et Montluçon se constituant essentiellement à partir des créations de postes.

En ce qui concerne le secteur de Vichy : L'intersecteur a été créée en 1974 avec un minimum des postes : un médecin psychiatre, psychologue, une secrétaire, puis trois éducateurs. Ces créations répondaient alors à une logique de travail communautaire, sans hospitalisation ni complète ni partielle.

Le développement du Service de Psychiatrie Infanto Juvénile 02I03 s'est effectué à partir des années 90 avec la création d'une hospitalisation de jour de 10 places et d'un accueil familial thérapeutique de 4 places. Les dispositifs de soins sont alors centrés sur le CMP pivot à Vichy, et sur quatre CMP périphériques : Lapalisse-Varenne- Mayet de Montagne et Gannat.

Au fur et à mesure du temps le CMP de Vichy connaît un élargissement de l'équipe pédopsychiatrique : psychologue, infirmier, éducateur, orthophoniste, psychomotricien, assistante sociale, secrétaire.

Le fonctionnement évolue avec la mise en place de CATTP, la création d'une Maison des Adolescents (une des premières en France) et l'adjonction d'un CAMSP hospitalier. La création d'une unité de psychiatrie périnatale en 2002 permettant l'accompagnement des grossesses difficiles, des dépressions pré et post natale et un lien avec la PMI, la maternité, et la pédiatrie.

Le nombre de demande explose à la fin des années 2000 :

- En 1999 : 4 456 actes, file active 428 enfants
- En 2009 : 30 932 actes avec une file active de 1946 enfants
- En 2016 : 22 568 actes, avec une file active de 943 patients, 292 enfants hospitalisés (49 patients en file active)

En 2016 le temps d'attente pour une prise en charge médicale pouvait aller jusqu'à 13 mois, psychologique, 14 mois pour une prise en charge en psychomotricité, 18 mois pour une prise en charge psychothérapeutique et jusqu'à 24 mois pour une prise en charge sociale.

L'explosion de ces délais ont imposé une réflexion globale sur l'accueil de la demander. C'est ainsi qu'en 2018 le projet de Dispositif d'accueil de la demande est pensée et instaurée.

Les objectifs réfléchis pour le dispositif d'accueil de la demande au sein du Centre Médico Psychologique de L'enfant et l'adolescent ont été :

- La description et l'accueil de la demande, l'évaluation du risque suicidaire de l'enfant et la démarche des soins et l'orientation pour une prise en charge adaptée.

- L'appréhension des phénomènes, des problématiques et l'enjeu au sein du dispositif et de proposer aux équipes des solutions pratiques, théoriques ou thérapeutiques qui puissent répondre de manière adaptée aux prises en charge qu'elles engagent.

Un des outils utilisés pour l'élaboration de ce dispositif est l'entretien semi-structuré réalisé par un binôme qui peut être constitué par un médecin/interne, une infirmière, un psychologue, un éducateur spécialisé, avec la mention que chaque binôme doit nécessairement inclure un psychologue ou un médecin.

Chaque participant a un rôle bien défini : le meneur de l'entretien est totalement à l'écoute, il n'écrit pas. L'observateur prend des notes et assiste le meneur pour l'aménagement de l'espace de parole.

Les entretien semi-structurés sont constitués de deux temps : un temps libre (de pleine écoute du patient, de l'échange) et un temps de structuration (temps pendant lequel on précise la demande et on explore les champs non mentionnés par l'enfant ou par la famille). La durée d'un entretien est de 1h15. [(2)]

Le second outil est la réunion de régulation réalisé par le médecin psychiatre et l'équipe soignante, à la suite de la consultation, afin que les observations, les remarques et les propositions de chaque intervenant soient prises en compte, discutées et coordonnées. Ces éléments aident le psychiatre à poser un diagnostic dans cette démarche médicale et valider ou réviser les réflexions des intervenants.

À l'issue de la réunion de régulation, plusieurs options peuvent être envisagées pour la prise en charge de l'enfant :

- des renseignements complémentaires sont demandés aux partenaires avec l'accord de la famille ;

- l’enfant est revu pour un deuxième entretien avec un médecin ;
- l’enfant est mis sur liste d’attente du CMP,
- l’enfant est orienté sur une prise en charge d’urgence médicale sur le CMP
- l’enfant est être orienté vers une prise en charge ambulatoire en libéral.

Les familles sont rappelées pour être informées des décisions prises en réunion de régulation. Ensuite, un courrier médical est envoyé à la famille mais aussi au médecin traitant avec l’accord de la famille.

IV. OBJECTIFS

Cette étude propose l'évaluation d'une population jeune (<14 ans) et de son entourage dans le cadre du dispositif d'accueil de la demande mis en place, par défaut de moyen, pour faire face à une forte demande au CMP de l'enfant et de l'adolescent de Vichy. L'objectif de notre étude est de décrire la population qui accède à des consultations spécialisées dans le service, afin d'optimiser nos réponses thérapeutiques

Cette étude permettra indirectement de nous interroger sur nos pratiques et en particulier sur l'orientation des patients en fonction des facteurs socio-familiaux et sociodémographiques.

V. Matériel et méthode

Etude épidémiologique rétrospective et descriptive des enfants reçus sur le DAD.

1. Population et échantillonnage

Il s'agit d'une étude sur une population de 149 patients au sujet des demandes de consultations adressées au Service Psychiatrique Infanto-Juvénile (au sein du Centre Médico Psychologique) de Vichy entre novembre 2018 et juillet 2019 dans le cadre du Dispositif d'accueil de la demande. Sur les 149 demandes ont été prises en compte à travers ce dispositif, pour une catégorie des patients âgés entre 2 et 13 ans, 131 des patients se sont présentés aux RDV proposés. Tous les patients ayant consulté durant cette période ont été inclus dans notre étude.

2. Recueil des données

Les sources utilisées sont le dossier médical du patient d'une part, le dossier médico-administratif d'autre part. Les données sont collectées dans un fichier Excel. L'ensemble des données ont été recueillies par un chercheur (NC) entre septembre et décembre 2020.

Les données recueillies sont :

- Des caractéristiques démographiques : âge, sexe
- Des données cliniques :
    - motif de consultation : psychiatrique (parmi eux on retrouve le trouble anxieux, le déficit d'attention/hyperactivité, la tristesse, les troubles du comportement, les troubles des apprentissages et le trouble envahissant du développement) ou social (dislocation familiale par séparation des parents, sévices sexuels sur un enfant).
    - Personne qui a orienté l'enfant sur le DAD : médecin, structure sociale ou famille

- Antécédents de complications au cours de la grossesse

- Des caractéristiques familiales :
  - La structure familiale : parents en couple, séparés et non remis en couple, famille recomposée, autres situations
  - Le nombre d'enfant

3. Analyse

L'ensemble des données a été importé dans le logiciel R 4.0.1 pour l'analyse statistique.

Des analyses univariées de l'ensemble des variables ont d'abord été réalisées.

Puis nous avons recherché des associations significatives entre l'orientation à l'issue de la régulation (structure publique / structure privée, et médicalisée ou pas) et l'ensemble des autres variables. Pour cela, nous avons utilisés des tests bi-directionnels paramétriques ou non selon la normalité des variables (Chi-Squared, Wilcoxon Rank sum, Student et Fisher). La valeur $p < 0,05$ a été définie comme significative.

VI. Résultats

A. Caractéristiques sociodémographiques et familiales

Les demandes en consultation concernent en majorité les garçons (60 %). La moyenne d'âge (écart type) des participants de notre étude est de 7,2 ans (2,9). ***Tableau 1***

La composition familiale était majoritairement des parents en couples (46%) ou séparés (43%). La fratrie était majoritairement composée de 2 (48 %) ou 3 enfants (18 %). Les enfants uniques sont représentés à 13 %. La demande des soins concerne principalement le premier (38%) ou le deuxième enfant (38%) de la fratrie.

Les garçons étaient significativement plus orientés vers une prise en charge psychiatrique que psychologique (66% versus 44%). Le type de suivi n'était pas significativement associé à l'âge, à la composition de la fratrie ou à la situation familiale.

Les enfants orientés vers une prise en charge privée sont significativement plus jeunes (6,4 ans (3,1) versus 7,6 (2,6)). Le type d'orientation n'était pas significativement associé au genre, à la composition de la fratrie ou à la situation familiale. ***Tableau 2***

B. Adressage

Les principaux motifs de consultations sont les troubles du comportement (37 %), les troubles anxieux (17 %), et la dislocation de famille pour séparation et divorce (16 %).

Les patients consultent spontanément (47%), ou sont orientés par l'école (25%) ou le médecin traitant (12%).

Le type de suivi et le type d'orientation n'était pas significativement associé aux motifs de consultations ou au type d'adresseur.

C. Antécédents

La majorité des grossesses s'étaient déroulées sans particularités (51%). Le type de suivi et le type d'orientation n'étaient pas significativement associée aux complications de la grossesse.

Les parents n'avaient en majorité aucun antécédent psychiatrique notable (65%). Les principaux antécédents retrouvés dans les familles étaient les troubles de l'humeur (15%) les troubles addictifs (7%), 6 les antécédents traumatiques (6%) et les troubles anxieux (5 %).

Dans 41 % des cas, l'enfant avait déjà bénéficié d'un suivi pluridisciplinaire (15%), orthophonique (10%), psychologique (9%), médico-sociale (CMAPS, 5%), ou en psychomotricité (2%).

Tableau 1- Caractéristiques des participants (1/2)

Variables	% (N)
CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES	
Total des patients	(131)
Sexe	
Féminin	40% (53)
Masculin	60% (78)
Situation familiale	
En couple	46 % (60)
Séparés	43% (56)
Famille recomposée	9% (12)
Décès d'un parent	2% (3)
Composition de la fratrie	
Enfant unique	13% (17)
2 enfants	48% (63)
3 enfants	18% (24)
4 enfants	11% (15)
5 enfants	8% (10)
6 enfants	2% (2)
Rang dans la fratrie	
1er	38 % (50)
2nd	38 % (50)
3e ou plus	24 % (31)
ADRESSAGE	
Motif de consultation	
Troubles du comportement	37% (49)
Troubles anxieux	17% (22)
Dislocation de famille par séparation et de divorce	16% (21)
Mal être/tristesse	10% (13)
Déficit de l'attention/ hyperactivité	10% (13)
Sévices sexuels sur un enfant	5% (7)
Troubles spécifiques de l'apprentissage	4% (5)
Trouble du spectre autistique	1% (1)
Orientation consultation SPIJ faite par :	
Spontanée/ Entourage proche	47% (60)
École	25% (33)
Médecin traitant	12% (16)
ADSEA	7% (9)
Pédiatre	5 % (6)
Lieu de vie foyer famille d'accueil	2% (2)
TSD	2% (2)
CAMSP	2% (3)

Tableau 1- Caractéristiques des participants (2/2)

ANTECEDENTS	
Déroulement de la grossesse	
Pas de complications	51% (67)
Complications somatiques	27% (36)
Complications socio-familiales	21% (28)
Antécédents psychiatriques familiaux	
Aucun antécédent	65 % (84)
Troubles de l'humeur	15% (19)
Troubles addictifs	7% (9)
Antécédents traumatiques	6% (8)
Trouble anxieux	5% (6)
Maladie génétique	2% (3)
Démence	<1% (1)
Spectre de la schizophrénie	<1% (1)
Suivi psychologique antérieur	
Aucun suivi	59% (77)
Suivi pluridisciplinaire	15% (20)
Orthophonique	10% 13
Psychologique	9% (11)
CAMSP	5% (7)
Psychomoteur	2% (3)

Tableau 2 – Type de suivi et type d'orientation selon les caractéristiques des participants

	Type de suivi proposé				Orientation vers un établissement public ou privé			
	Total	**Suivi Psychiatrique**	**Suivi Psychologique**	**P value**	**Total**	**Orientation public**	**Orientation privé**	**P value**
Total	87	51	36			72	37	
Age *moyenne (écart-type)*	7,6 (2,6)	7,3 (2.7)	8,1 (2,6)	NS	7,2 (2,9)	7,6 (2,6)	6,4 (3,1)	+
Genre								
Filles % (N)		33,3 (17)	55,5 (20)	+		40,3 (29)	40,5 (15)	NS
Garçons % (N)		66,6 (34)	44,4 (16)			59,7 (43)	59,5 (22)	
Situation familiale								
Couple% (N)		50 (25)	50 (15)	NS		50.7 (33)	45,9(17)	NS
Séparés/Recomposée % (N)		50 (25)	50 (15)			49.2(32)	54 (20)	
Fratrie								
<3 enfants % (N)		49 (25)	66,6 (24)	NS		55.5 (40)	64.8 (24)	+
>3 enfants % (N)		50,9 (26)	33,3 (12)			44.4 (32)	35.1(13)	
Motif de consultation								
Médical % (N)		76,4 (39)	86,1 (31)	NS		83,3 (60)	78,4 (29)	NS
Social/familial % (N)		23,5 (12)	9,8 (5)			16,7 (12)	21,6 (8)	
Adresseur								
Médical % (N)		33,3 (17)	25 (9)			16.6 (12)	22.6 (8)	
Social % (N)		41,1 (21)	44,4 (16)	NS		11.1 (8)	8.1 (3)	NS
École % (N)		11,7 (6)	25 (9)			29.1 (21)	29.7 (11)	
Famille % (N)		13,7 (7)	5,5 (2)			43.05 (31)	40.5 (15)	
Complication grossesse								
Oui % (N)		50,9 (26)	38,8 (14)	NS		47.2 (34)	59.4(22)	NS
Non % (N)		49 (25)	61,1 (22)			52.7 (38)	40.5(15)	

VII. Discussion

Dans notre enquête plus de demande de consultations sont formulées pour les garçons. Ce résultat conforte la tendance nationale. [6]

Dans la plupart des cas les consultations déroulées dans le cadre de notre dispositif sont des primo consultations dans un service pédopsychiatrique (absence de suivi antérieur).

Les « troubles du comportement » sont le motif principal de demande de consultation, ce qui est retrouvé dans la littérature [31,36]. Ce résultat nous oblige à réfléchir à la complexité de ces tableaux cliniques. Des pistes de compréhension sont à chercher dans la discontinuité de la dynamique familiale de l'enfant [32]. Généralement, les troubles du comportement nécessitent une prise en charge globale et pluridisciplinaire s'adressant à la fois aux enfants et aux parents. Cette prise en charge n'est pas toujours simple à mettre en œuvre.

La dislocation familiale par séparation et divorce occupe la 3ème place des motifs de consultations chez nos participants. Les séparations interviennent de plus en plus tôt dans la vie de l'enfant : Chraibi et al. ont rapporté´ que 78 % de leur échantillon avaient eu a` vivre la séparation avant l'âge de 6 ans [33].

Pourtant, un environnement familial cadrant et sécurisant permet à l'enfant une meilleure gestion de son comportement et de ses interactions. Un milieu familial défavorable va l'exposer plus facilement à une altération de ses capacités de contrôle. La discontinuité relationnelle et familiale, les séparations pourraient être un facteur vulnérabilisant pour les enfants favorisant l'apparition de troubles psychologiques ou psychiatriques.

Dans notre enquête nous constatons que les demandes proviennent principalement de familles comme ce qui est retrouvé dans d'autres centres [34].

Ce résultat est retrouvé depuis longtemps [35]. Cela signifie que les familles ont une bonne connaissance de l'organisation des soins sur le plan local.

Les demandes de consultation concernent autant l'enfant aîné que deuxième enfant de la fratrie, ce qui tend à laisser supposer que le rang dans la fratrie n'est pas corrélé à une plus grande proportion de troubles psychiatriques.

Nos résultats permettent de constater que l'orientation des enfants ne tient globalement pas compte des différents facteurs socio-familiaux ou démographiques. Ces résultats restent rassurants et cohérents car nous répondons de manière adaptée aux demandes de notre population.

Toutefois, les jeunes enfants sont plus fréquemment orientés vers le secteur privé. Cela peut être expliqué par plusieurs raisons : l'amélioration du niveau de connaissance, de sensibilité (d'attention et de bienveillance) des parents quant au bon développement de leurs enfants. Les parents sont de plus en plus préoccupés à savoir comment agir devant la détresse de leurs enfants.

Sans doute les familles les plus insérées socialement peuvent être orientées plus facilement vers le libéral quand une présentation clinique moins importante le permet.

Les jeunes filles sont d'avantage orientées vers une prise en charge psychologique. Les filles arrivent plus facilement à mettre un mot sur leur mal être, contrairement aux garçons qui ont plus du mal à formuler et verbaliser leur émotion car selon les codes sociaux traditionnels ils ne montrent pas leurs émotions en public, sous peine d'être considérés de faibles et beaucoup ne reconnaissent pas leurs difficultés.

Concernant la facilité d'expression des émotions des jeunes filles nous pouvons mettre en hypothèse que l'enfant considère le thérapeute comme étant détenteur d'un savoir quant à son mal-être. De ce fait l'enfant peut demander au thérapeute des réponses et des solutions vis-à-

vis de ses problèmes. Dans le temps, cela peut créer de dépendances, dépendance qui devrait être accompagnée pour construire l'autonomie de la pensée de l'enfant.

Dans notre étude, les enfants qui font partie d'une petite fratrie sont d'avantage orientés vers une structure libérale. Cette orientation pourrait être due au fait que les familles souhaitent débuter une prise en charge rapidement et souhaitent différer le délai d'attente important pour une prise en charge pédopsychiatrique dans une structure publique. Le choix du libéral pourra être aussi expliqué par l'anxiété des parents et le besoin de répondre rapidement à leur

Le DAD a été mis en place pour mieux organiser les demandes en croissance et de raccourcir le délai de réponse apporté aux demandes. Les résultats sont encourageants : le DAD permet de recevoir une population variée, et d'optimiser l'orientation, en utilisant toutes les ressources disponibles sur le territoire.

Le DAD présentent plusieurs avantages :

- Il aide à repérer, à orienter, à rassurer les enfants et leurs familles qui sont souvent à la recherche des réponses.
- A la suite du repérage et de l'orientation de l'enfant, il aide les familles à surveiller l'évolution de l'enfant,
- Il permet de délivrer des conseils pour apaiser les situations et guider les parents pour intervenir rapidement si besoin.
- Enfin il permet d'informer et de guider les professionnels extérieurs en faisant des liens systématiques avec eux.

VIII. Conclusion

Cette étude auprès d'une population d'enfants consultant dans un dispositif original d'évaluation et d'orientation psychiatrique a permis de décrire la population et de préciser le type d'orientation réalisé au sein du dispositif.

Les troubles du comportement et les problématiques familiales viennent en tête des demandes, traduisant une complexification de la clinique de l'enfant. La discontinuité relationnelle et familiale, les séparations pourraient être un facteur vulnérabilisant pour les enfants favorisant l'apparition de troubles psychologiques ou psychiatriques.

Les besoins de soins et les offres de soins en pédopsychiatrie doivent être régulièrement rediscutées du fait de l'évolution de la clinique et de la demande. Le Dispositif d'accueil de la demande permet d'évaluer, de décrypter et de répondre de manière adaptée aux demandes de consultation.

Le délai d'attente après évaluation reste trop important. A l'avenir, il faudra donc réfléchir à des solutions plus satisfaisantes pour améliorer la réponse thérapeutique. Des pistes sont à chercher du côté des liens avec les médecins traitants ou la mise à disposition d'interventions brèves.

Clermont-Ferrand, le

Pierre CLAVELOU

Doyen - Directeur



Clermont-Ferrand, le 16/8/21

Le Président du Jury

IX. Bibliographie

1) Conférence plénière L'enfant est toujours diffèrent. La notion d'enfant dans la pratique de la pédopsychiatrie Child is always different. The concept of child in childpsychiatry J. Constant, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 56 (2008) 174–179).

2) Article : Pédopsychiatrie : plébiscité mais menacés de disparition ; La revue du praticien, Vol 70, septembre 2020, Daniel Marcelli

3) Enjeux et transformation de la pédopsychiatrie en France, La revue du praticien, volume 70, septembre 2020, Nicolas Georgieff, centre hospitalier le Vinatier, Bron, France

4) Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : quelle offre en ville ? Guillaume Bronsard, Thibaut Lebailly, Sophie Lalande, Jean-Yves Lereste. La Revue du praticien Médecine générale, Publié en février 2020; 34(1036);161-2

5) Journal de pédiatrie et de puériculture numéro sept–1992, Structure de soins en psychiatrie infanto juvénile G. Duboc, p 418-427

6) Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques. Études et résultats : Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000 : évolution et disparités, N° 341, septembre 2004

7) Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : quelle offre en ville ? Guillaume Bronsard, Thibaut Lebailly, Sophie Lalande, Jean-Yves Lereste. La Revue du praticien Médecine générale, Publié en février 2020; 34(1036);161-2

8) La demande de consultation psy en cmpe : Gérer la liste d'attente ou soigner ? Élisabeth Abdoucheli-Dejours, Dans Enfances & Psy 2006/1 (n° 30), pages 165 à 172

9) Auban–Auger, Isabelle, Alain Mercier, Laurence Baumann, Anne-Marie LEHR-Drylewicz, Patrick Imbert et Laurent Letrilliart. 2008; «Introduction à la recherche qualitative ». Exercer 84 (19) : 142-5

10) Ricoeur, P., De l'interprétation, Seuil, Paris, 1965

11) Mercier, Michel et Anne de Muelenaere 2007. « La méthode d'analyse en groupe : application à la problématique de la mise à l'emploi des personnes fragilisées ». Recherche qualitative 3 :140–155

12) La pédopsychiatrie Child and adolescent psychiatry R. Misès, C. Epelbaum, 160 (2002) 779–783

13) Enfance et psychopathologie 2016 Elsevier Masson SAS. Sectorisation et structures de soins en psychiatrie de l'enfant En collaboration avec Nicole Catheline, p 717 -730

14) Les hôpitaux de jour les actualités la petite partiel pour les enfants Gérard Bleandonu-Presses Universitaires de France, Introduction.

15) Allione, M. 1996 « Itinéraire pour un travail thérapeutique à plusieurs voix », dans L'enfant et la psychanalyse, Éditions et Équisses psychanalytique

16) Cahier des charges Hôpital de jour accueillant des enfants adolescents Trouble du Spectre de l'Autisme- Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et Disciplines Associées, http://sfpeada.fr/work-in-progress-hdj/

17) L'hôpital de jour pour les enfants. Dans le parcours de soins. Paul Marciano. Édition 2009 page 21-33

18) Témoigner du travail en CATTP : de la dimension multifocale à l'être sujet Angélique Gozlan, Patricia Avellino, Malika Bougathene, Gisèle Marchand, Crémile Perreira, Sabine Safrana-Cantet, Christelle Tallarini, Dans Topique 2015/1 (nunéro 130), pages 135 à 148

19) La formation psychiatrie N°1- janvier 1997, CATTP Pour jeunes enfants et intégration scolaire, B. Welniarz, C. Delarai)Chabaux, J. Bouche, C. Huet

20) Hochmann (J.), André (A.), Rivière (J.), Redon (M.N) : « Réflexions sur l'integration scolaire des enfants présentant des troubles de la personnalité », « Néuropsychiatrie de l'enfance » 35, 7, 1987, PP. 291–296.

21) Article La « maison » des adolescents : du concept de maison au lieu « de passage » adolescent The house of the teenagers : Of the concept of house in the place "of transition" adolescent, C. Pripis, V. Andrieux, C. Mille, S. Duriez

22) Professionnalisation des assistantes familiales et intérêt de l'enfant accueilli, Professionalization of foster parents and child's interests; J. de Chassey, F. Renault, A. Thevenot, Nancy, France

23) Brizais, R., 2004. Du maternel au familial, changement de qualificatif, nouvelle qualification ? Actes de la journée d'étude départementale des assistants maternels. Conseil Général du Maine-et-Loire.

24) Le référentiel de la profession définie par l'arrêté du 14 mars 2006 et dans la réforme de la protection de l'enfance du 5 mars 2007

25) Le placement familial un lieu commun ? Recherches et Pratiques : 25 ans après, les perspectives. Les recherches du GRAPE érès, sous la direction de Dennis Bass et Arlette Pelle, Introduction

26) L'accueil familial thérapeutique, Famidac, l'association nationale des accueillants familiaux et de leurs partenaires, https://www.famidac.fr

27) https://www.ch-epsylan.fr/notre-offre-de-soins/accueil-familial-therapeutique/

28) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques vide. L'expertise statistiques plus publique en santé et social. Protection Direction de la recherche, des

études, de l'évaluation et des statistiques. L'expertise statistique plus publique en santé et sociale. Protection maternelle et infantile

29) Étude sur l'activité des CAMSP (2008-2010) Éliane Corbet, Christine Roux, Dans Contraste 2010/2 (N° 33), pages 41 à 60

30) https://www.onisep.fr/Formation-et-handicap/Mieux-vivre-sa-scolarite/Accompagnement-de-la-scolarite/Le-CMPP-centre-medico-psycho-pedagogique

31) Caractéristiques d'une cohorte d'enfants et d'adolescents De la liste de consultation d'un service universitaire sectorisé de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du CHU de Brest, Y. Richar, S. Saint-André, A. Lazartigues, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 56 (2008) 430-438

32) La famille contemporaine « fait »-elle de nouveaux enfants ? A. Lazartigues" Service de pédopsychiatrie, CHU de Brest, Neuropsychiatrie Enfance Adolesc 2001 ; 49 : 264-76 2001 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS, Pratique quotidienne pédopsychiatrie

33) La séparation parentale en clinique infanto-juvénile, B. Aabbassi, H. Nicolis, 29 dec 2015, www.sciencedirect.com

34) Blondon M, Périsse D, Unni SKE, Wilson A, Mazet P, Cohen D. L'accueil d'urgence en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : évolution sur 20 ans dans un site hospitalo-universitaire. Neuropsychiatrie de l'Enfance et Adolescence 2007; 55:23–30.

35) Mazet P, Giret G, Sender C, Sibertin-Blanc D, Duche DJ. Urgences en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Ann Med Interne (Paris) 1982; 133(7):619–24.

36) Les demandes de consultation en pédopsychiatrie : étude descriptive sur cinq années dans un service universitaire M. Le Galudec, Y. Richard, S. Saint-André, R. Garlantézec, A. Lazartigues, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 59 (2011) 1–7

(Conseil national de l'ordre des médecins)

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.
Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.
Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

CHIOSEA NICOLETA Signature

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

CHIOSEA NICOLETA Signature

Service de la formation
3ème cycle - Pôle 4

RESUME DE LA THESE

Objectif : Le Dispositif d'accueil de la demande du Service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de Vichy propose l'accueil, l'évaluation et l'orientation de toutes les demandes de consultation du service. Il s'organise autour d'un entretien en binôme, pensé selon l'analyse de groupe. L'objectif de notre étude est de décrire la population qui accède au Dispositif, afin d'optimiser nos réponses thérapeutiques. Nous interrogeons également pratiques et en particulier l'orientation des patients en fonction des facteurs socio-familiaux et sociodémographiques.

Méthode : Il s'agit d'une étude descriptive d'une cohorte de 149 patients évalués lors d'un entretien par le Dispositif d'Accueil de la Demande du Service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de Vichy entre novembre 2018 et juillet 2019. Les sources utilisées sont le dossier médical et médico-administratif du patient. Les analyses univariées sont complétées par une recherche d'association entre l'orientation du patient et les caractéristiques socio-démographiques, familiales et cliniques.

Résultats : Les demandes en consultation concernaient en majorité les garçons (60 %). Les principaux motifs de consultations étaient les troubles du comportement (37 %). La composition familiale était majoritairement des parents en couples (46%) ou séparés (43%). Les patients consultent spontanément (47%), ou sont orientés par l'école (25%) ou le médecin traitant (12%). La demande des soins concerne principalement le premier (38%) ou le deuxième enfant (38%) de la fratrie. Les garçons étaient significativement plus orientés vers une prise en charge psychiatrique que psychologique (66% versus 44%). Le type de suivi et le type d'orientation n'était pas significativement associé aux motifs de consultations.

Conclusion : Les troubles du comportement et les problématiques familiales viennent en tête des demandes de consultation, traduisant une complexification de la clinique de l'enfant. Les besoins de soins et les offres de soins en pédopsychiatrie doivent être régulièrement rediscutées à la vue de l'évolution de la clinique et de la demande. Le Dispositif d'accueil de la demande permet d'évaluer, de décrypter et de répondre de manière adaptée aux demandes de consultation.