

La pédopsychiatrie à l'hôpital général A l'heure de la Covid 19

Journée SRMMB 13mars 2021

Docteur Michèle Laurent, pédopsychiatre, chef de service de pédopsychiatrie
Aurélie Georges, psychologue en pédiatrie-service de pédopsychiatrie





Plan de l'exposé

- ▶ **La pédopsychiatrie à la Clinique Saint Pierre d'Ottignies**
 - ▶ Composition de l'équipe
 - ▶ Missions des pôles hospitalier et ambulatoire
 - ▶ Psychiatrie de liaison
 - ▶ Urgences pédopsychiatriques & lits post-urgence
 - ▶ Lits de crise
 - ▶ Bilans multidisciplinaires programmés
- ▶ **Travail d'une équipe pédopsychiatrique au sein d'un service de pédiatrie**
 - ▶ Atouts
 - ▶ Limites
- ▶ **La pédopsychiatrie à l'heure de la Covid 19**
 - ▶ Un ressenti
 - ▶ Quelques chiffres
 - ▶ Des hypothèses

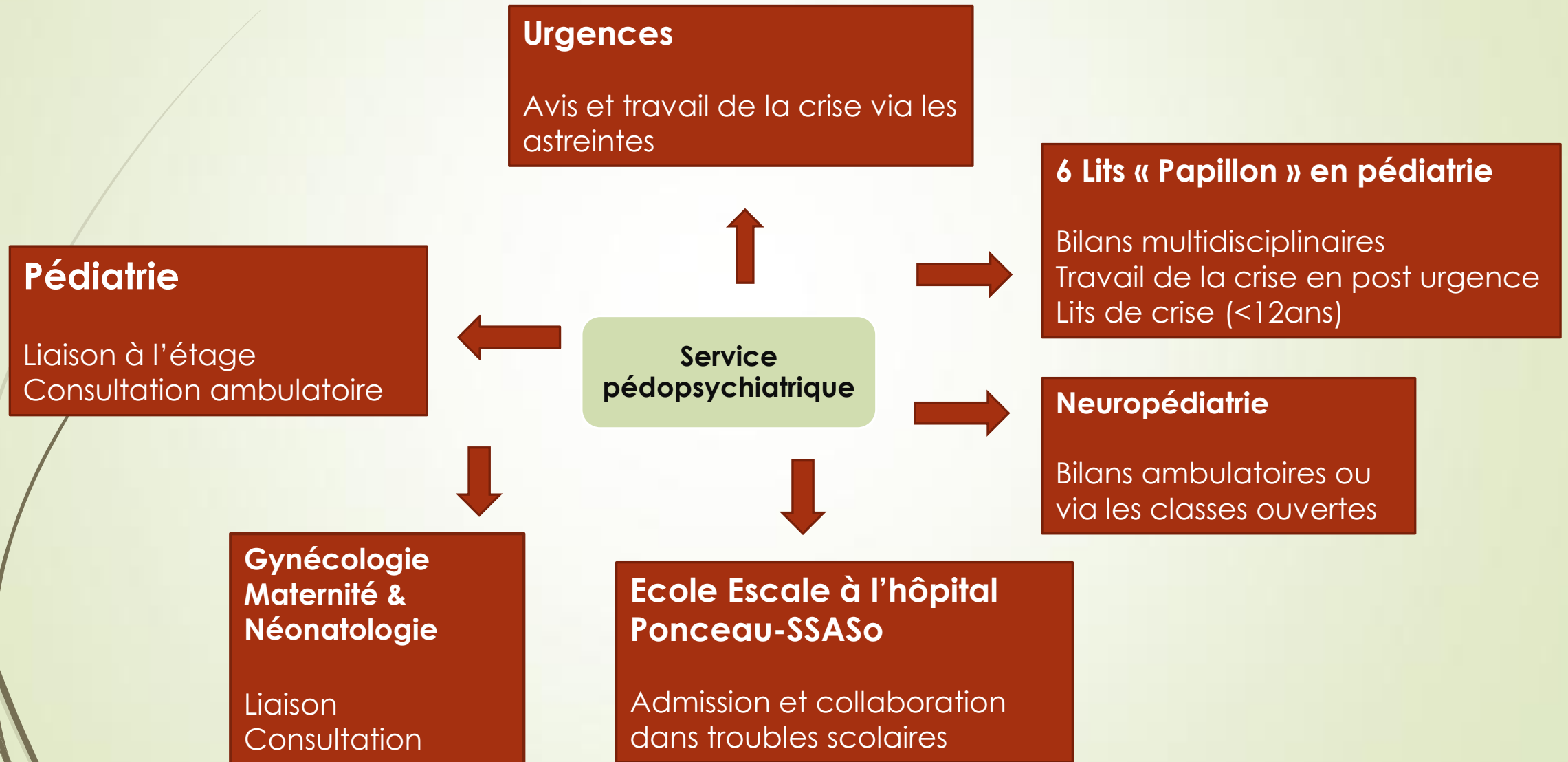
La pédopsychiatrie à la Clinique Saint Pierre d'Ottignies

1. Composition de l'équipe: pluridisciplinarité

- 3 pédopsychiatres
- 2 neuropédiatres
- 2 assistantes en pédopsychiatrie
- 6 psychologues et 3 neuropsychologues
- 2 assistantes sociales
- 2 secrétaires

- Collaboration étroite avec logopède et kinésithérapeute mais aussi enseignants de l'école Escale et éducateurs de pédiatrie


2. Missions de l'équipe de pédopsychiatrie





2.1. La psychiatrie de liaison

- ▶ Tisser du lien afin d'assurer une fonction contenante (Holding de Winnicott) pour les patients et les équipes soignantes.
- ▶ Accompagner la souffrance/l'angoisse de la maladie somatique.
- ▶ Aider l'équipe pédiatrique comme le jeune et sa famille à identifier les facteurs de stress ou symboliques qui amènent l'installation d'un symptôme somatique dans le respect des compétences de chacun et de la complexité des enjeux.



2.2. Les urgences pédopsychiatriques (1lit de post-urgence)

- Prendre un temps en lien avec l'urgence
- Expérimentation du travail psychique
- Fonction thérapeutique: déplacement de la scène privée et ouverture à un tiers
- Transition d'un passage de l'agir à la mentalisation
- Resituer l'acte dans un contexte relationnel et affectif pour inscrire la crise et sa rupture dans un processus narratif
- Tenter de faire émerger une demande de travail tant du côté du jeune que de la famille
- Articulation du réseau en amont et en aval de la situation de crise

2.3. Les lits de crise (2lits)

- ▶ Nouvelle politique fédérale intersectorielle de soins en santé mentale pour enfants et adolescents: création de lits de crise répartis dans chaque Province.
 - ▶ Objectif: offrir un lit de crise/répit pour 1 semaine (renouvelable 1x) dans les 48h après la demande
- ▶ 2 lits pour des patients < 12ans à la Clinique Saint Pierre avec comme critère spécifique que le patient respecte le cadre de la pédiatrie...
- ▶ Travail de la crise
- ▶ Lit de répit
- ▶ 1^{ère} pierres de la construction d'un projet de soins: travail avec le réseau



2.4. Les bilans programmés (3lits)



- Possibilité de réaliser dans un même lieu et avec une équipe pluridisciplinaire un bilan pédiatrique, neuropédiatrique et psycho-affectif du jeune.
- Etayage de la réflexion clinique en appui sur les expériences et les observations des autres intervenants: école, éducateurs, nursing, kinésithérapeute etc.
- Observation du jeune ou de l'enfant dans une dynamique de groupe et dans un cadre d'apprentissage (école à l'hôpital)



Dispositif d'un service de pédopsychiatrie au sein du service de pédiatrie:

➤ 1. Atouts:



- **Diagnostic différentiel:** richesse des regards croisés somatique/psychique sur certaines situations avec une présentation d'allure somatique ou avec une composante neurologique possible (hallucinations, changement de comportement, crise convulsive)
- **Prise en charge globale:** prise en compte du jeune dans sa santé globale physique et psychique avec la possibilité de s'appuyer sur nos collègues pédiatres pour un examen somatique d'un patient entré par la porte psychique (situation de négligence familiale ou troubles alimentaires décompensés)
- **Non stigmatisation:** accueil « moins psychiatrisé » pour des situations qui n'ont jamais eu de contact avec le monde de la psychiatrie avant leur passage aux urgences ou qui viennent d'un suivi ambulatoire

- 
- 
- **Richesse des observations:** les réflexions diagnostiques des bilans hospitaliers sont étayées par des observations du quotidien (autonomie, lien avec les pairs, gestion de la frustration), des observations de la relation parent/enfant etc.
 - **Cadre pédiatrique plus adapté à l'accueil des jeunes enfants:** il autorise en effet une présence plus grande des parents à leur côté.
 - **Possibilité d'hospitalisation « parent-enfant »** en cas de souffrance majeure du lien: observation et travail de la relation par une équipe pluridisciplinaire



➤ 2. Limites:

- **Nursing/Animation « non spécialisé »:** l'absence de financement lits K induit une certaine « fragilité du staff » autour de certaines situations qui mettent à mal le cadre ou l'anxiété de l'équipe.
- **Manque de vocabulaire commun:** difficultés de communication autour des patients pour apporter une contenance cohérente d'où l'importance des staffs communs.
- **Logique médicale:** les équipes médicales ont parfois le sentiment de ne pas avoir de balises claires qui iraient dans le sens d'une résolution du problème en fin d'hospitalisation et donc risque de désinvestissement des « situations psys ».
- **Risque de clivage patients psy/patients somatiques:** cela demande une grande énergie aux équipes psy de maintenir parfois une réflexion circulaire.

- 
- 
- **Mouvement « maternant » du nursing ou au contraire « jugeant »** qui a ses limites pour certaines situations.
 - **Peu d'alternatives à court terme pour les situations plus pathologiques:** la saturation du réseau pédopsychiatrique entraîne une prolongation du temps hospitalier en pédiatrie qui essouffle les équipes et empêche parfois ce travail d'accueil et d'orientation pour d'autres jeunes.
 - **Turn-over important:** ces hospitalisations « papillon » représentent un turn-over peu important au regard des hospitalisations pédiatriques mais très important pour une temporalité pédopsychiatrique avec la charge de travail que cela représente (entretiens individuels et familiaux, contacts réseaux et rapports) pour des lits qui ne sont pas financés comme des lits K...

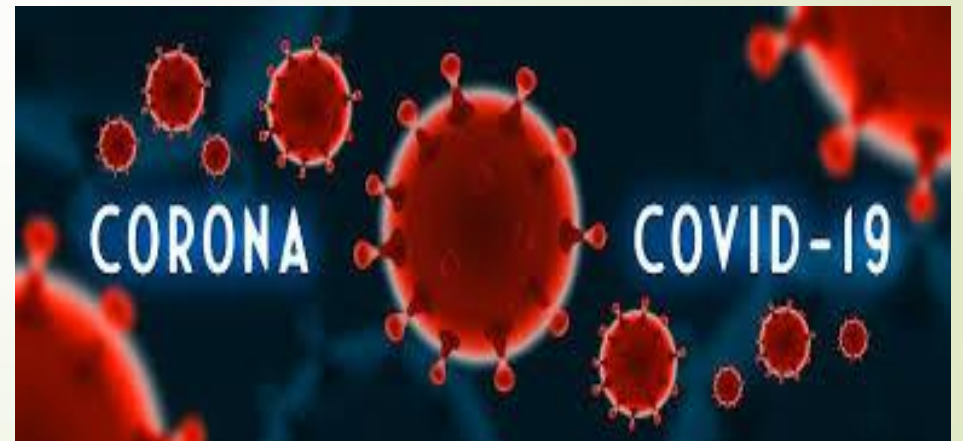


Nos attentes pour le futur...

- Conserver les lits pédiatriques pour tous leurs atouts...
- Obtenir quelques lits K aigus, mieux staffés pour les situations les plus complexes!

La pédopsychiatrie à l'heure de la Covid19

- Un ressenti
- Quelques chiffres
- Et des hypothèses



1. Un ressenti



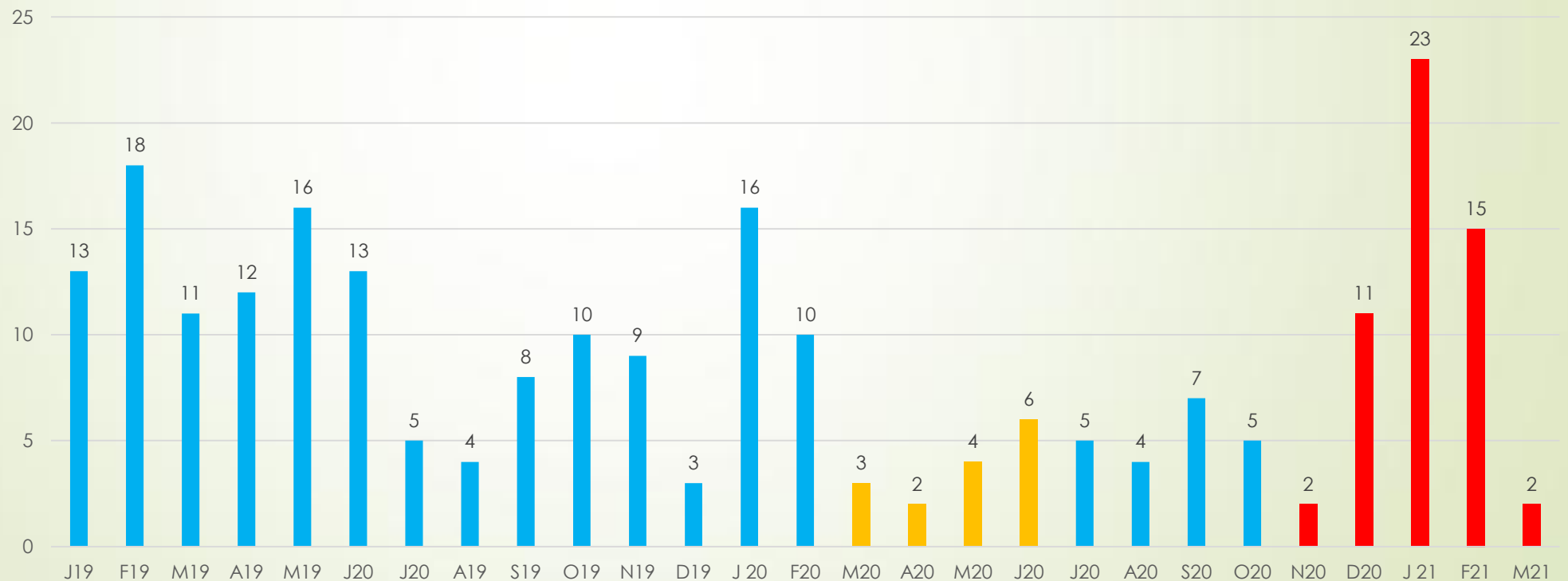
- **Contraste** entre le premier confinement strict et le second confinement moins strict pourtant
- Sentiment d'un immense **tsunami** qui pousse de plus en plus d'adolescents aux portes des urgences
- **Changement** du profil des patients qui se présentent aux urgences

2. Quelques chiffres

*! Chiffres de 2021
uniquement jusqu'au 5/3*

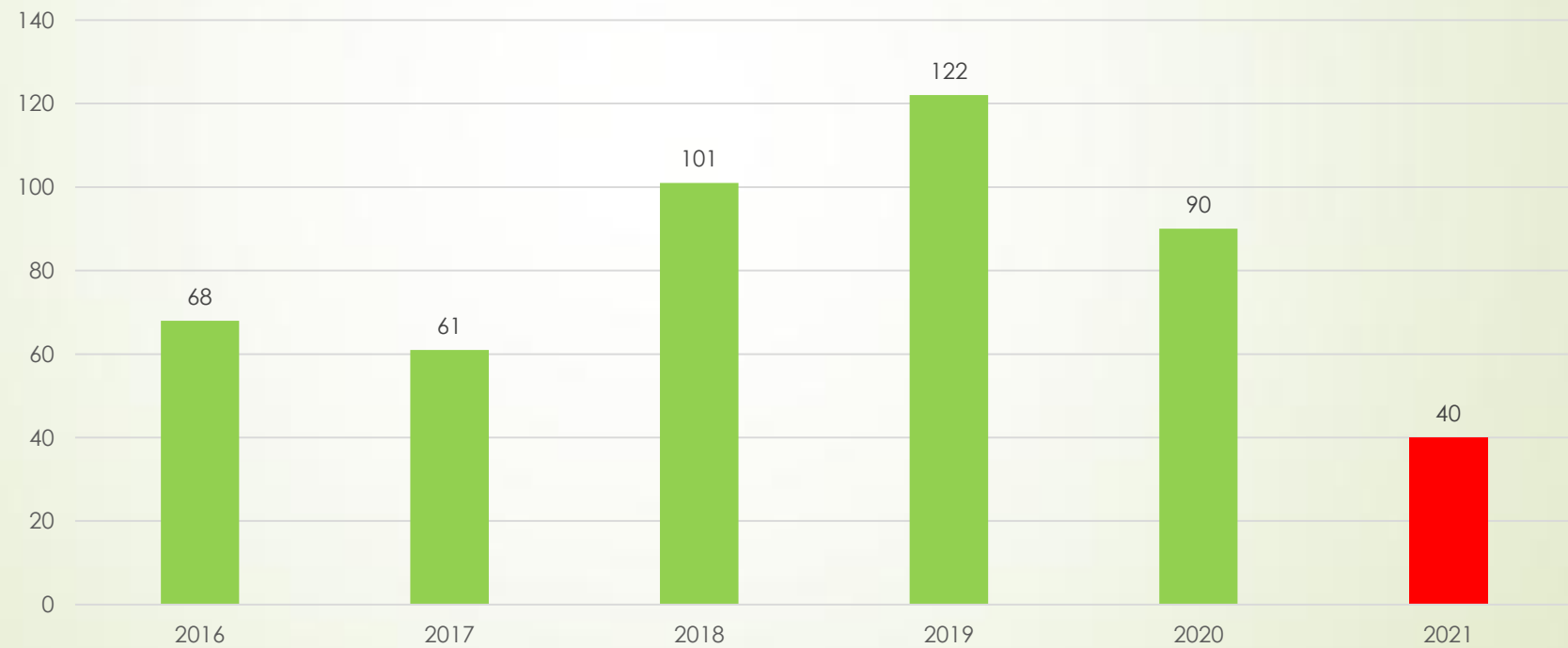
- 2.1. Concernant cette impression de **contraste** entre la première et la seconde vague Covid // confinement

Evolution du nombres de consultations aux urgences par mois depuis 2019

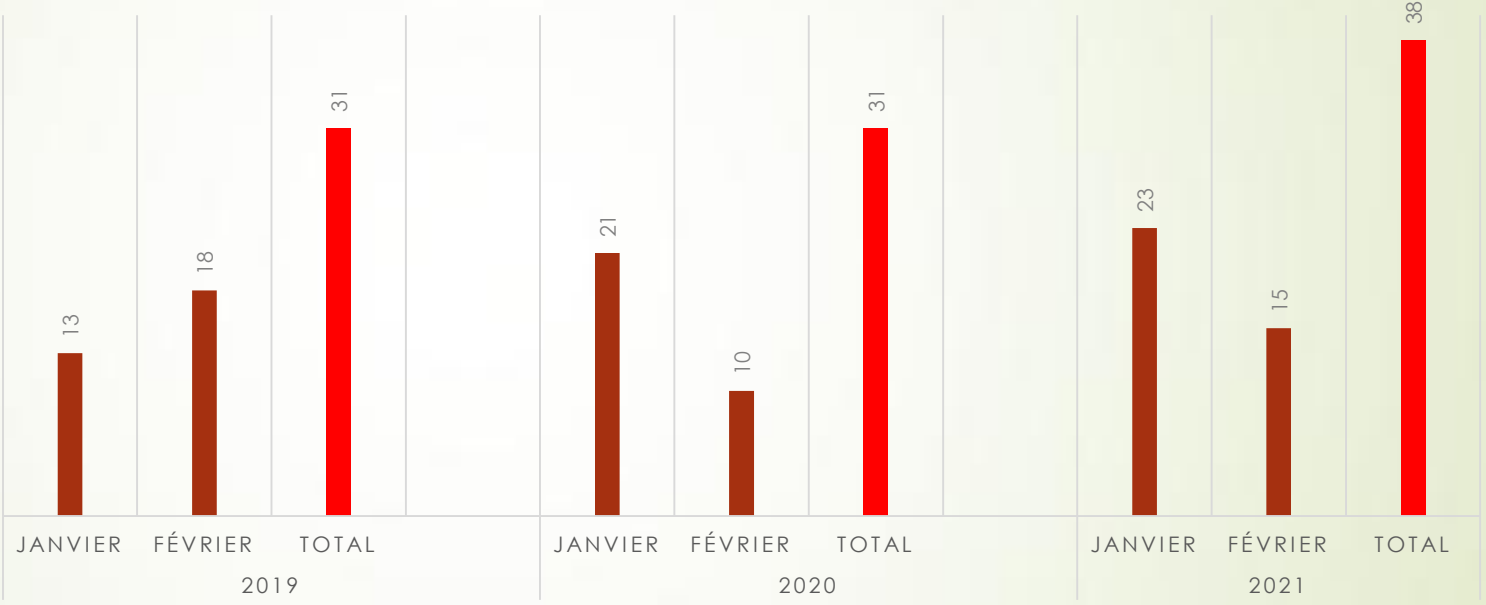


➤ 2.2. Concernant cette impression de **Tsunami** qui débarque aux urgences

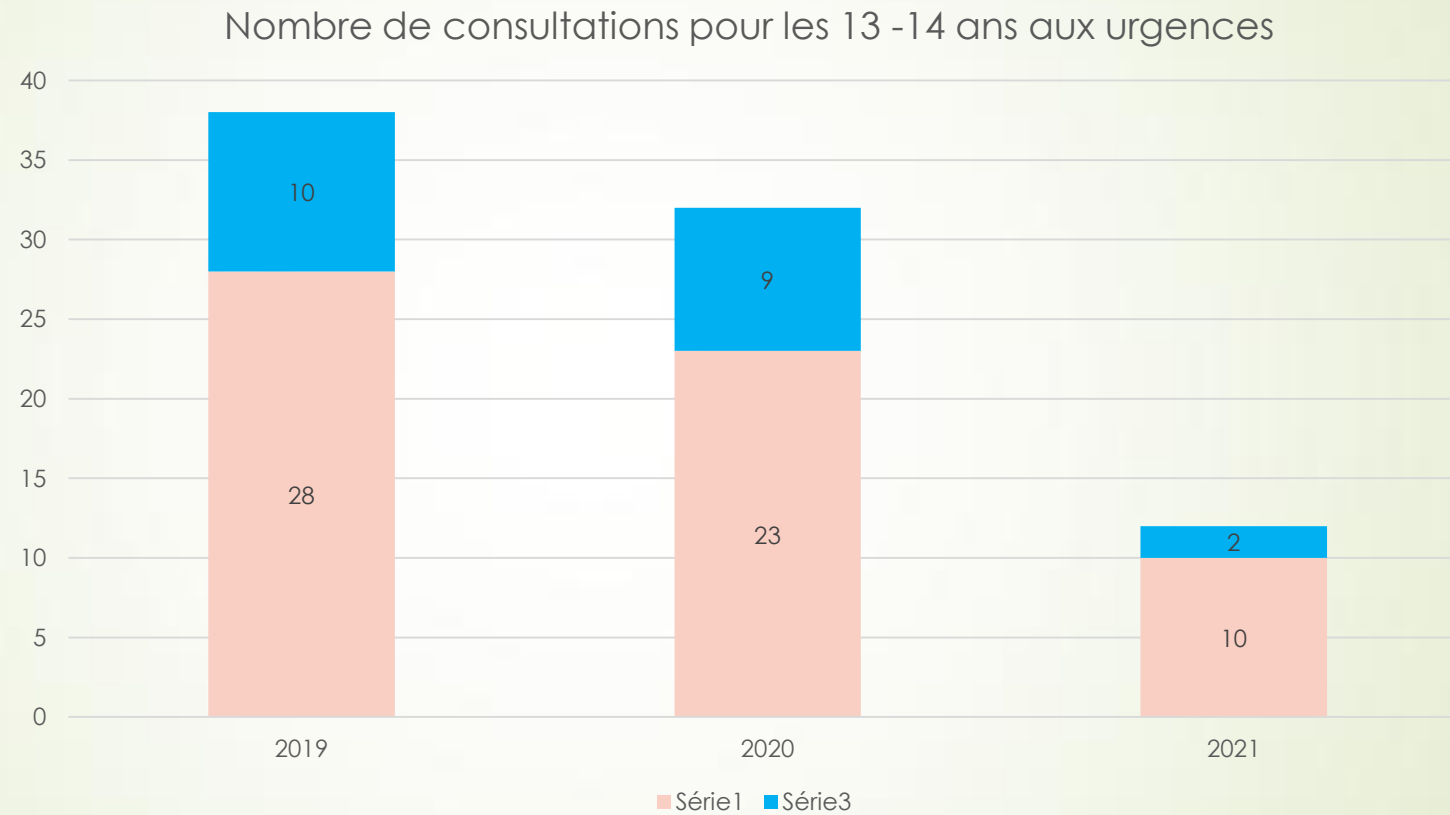
Nombres de consultations aux urgences



Nombre de consultations aux urgences: premiers trimestres



➤ 6.3. Concernant le **changement de profil** des patients:



7. Quelques hypothèses sur ces ressentis

➤ 7.1. Hypothèses sur la différence entre la première vague et la seconde vague:

➤ *1^{ère} vague entre mars et juin 2020:*

- Peur de l'hôpital, lieu de mort plutôt que lieu de soins
- Il faisait beau, confinement « comme un air de vacances »
- Parents en arrêt de travail et donc plus disponibles pour leurs enfants
- Beaucoup de familles ont pris ce confinement comme une chance de passer du temps ensemble; pousser à la créativité
- Les jeunes souffrant de harcèlement et d'angoisses liées à la scolarité ont été temporairement libérés du lieu de leur souffrance



Pour votre sécurité



- **2^{ème} vague arrive en octobre 2020:** augmentation des chiffres de consultations aux urgences



Les contacts avec les pairs amis se raréfient...
Le harcèlement, lui, ne s'arrête pas à la porte de la maison.

Le rythme des journées se casse... jusqu'à quand?
Le jeu isole...





La pression continue dans le chef des familles et des professeurs malgré les difficultés de l'enseignement à distance: l'anxiété monte même chez les bons élèves.

Ils ont déjà perdu 3 mois l'an dernier...

La rentrée en secondaire se fait en demi teinte...

Le plaisir d'être ensemble de la première vague s'évanouit... Et souvent l'appétit aussi!





Arrêt de toutes les alternatives à l'école et à la famille qui font normalement « du bien »: aller dormir chez un parrain, clubs de sport, scoutisme etc.

La détresse des familles:

- Peur du COVID et isolement
- culpabilisation des enfants si contacts
- Familles chaotiques ou trop enchevêtrées
- Pression scolaire sur résultat



La détresse des jeunes qui poussent la porte des urgences

- 14-16 ans
- filles>garçons
- Perte d'élan vital/de sens
- Automutilations-idées noires-TS
- Décrochage scolaire: apprentissages mais surtout socialisation
- Début trouble alimentaire...inappétence à la vie!

« Étouffement » à l'intérieur de la cellule familiale: l'hôpital devient le seul lieu autorisé hors des murs de la bulle car tous les lieux d'accueil traditionnels de cette souffrance sont fermés...

- Les structures sociales pour la jeunesse....fermées!
- L'AJ. et les AMO: peur de ces manifestations « psychiatriques »
- Les psychologues de première ligne : « pour des pathos légères » selon le SPF
- Les SSM de la province...listes d'attente de plusieurs mois
- Les pédopsychiatres en consultations : stop nouveaux patients jusqu'en juin...
- Les équipes mobiles des réseaux enfants pour Archipel : 12 nouvelles demandes par semaine...renforcement ETP programmés par le SPF...à voir
- Les lits de crise du réseau : capacité dépassée
- Les lits K hospitaliers : listes d'attente d'environ 2-3 mois dans toutes les structures de la province




➤ 7.2. Hypothèses sur cette impression de l'augmentation vertigineuse du nombre de consultations aux urgences: l'augmentation est réelle mais n'est pas passée du simple au double...

➤ 7.2.1. Fatigue des soignants:

- Fatigue physique et psychique de l'équipe confrontée de plein fouet aux souffrances des jeunes et de leur famille tout en ayant, nous-mêmes, moins d'espaces personnels pour souffler
- Difficulté de ne pas pouvoir proposer d'alternatives (réseau saturé, détente interdite, maisons de jeunes fermées etc.)

< peut donner aux soignants cette impression d'être dépositaire d'une souffrance sans aucun espace de ventilation





► **7.2.2. Diminution des situations de crises au profit de situations d'urgence: cela se traduit notamment pas le nombre de patients admis en hospitalisation suite à la consultation aux urgences:**

► Crise et urgence

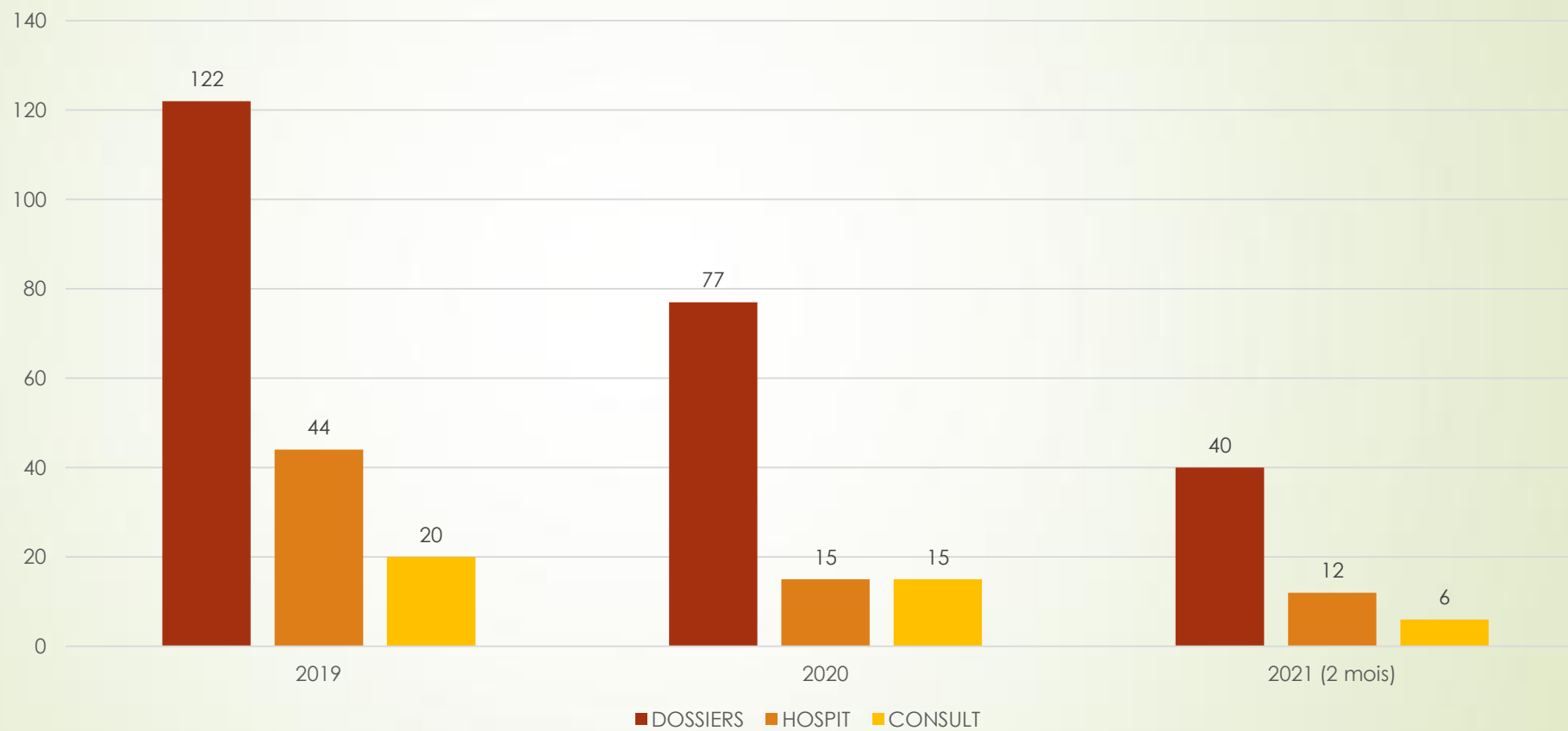
Urgence (situation de crise pathologique associé à une sentiment de danger imminent ou vital pour le jeune et/ou son entourage) VS Crise (rupture de l'équilibre relationnel d'un système confronté à un changement)

- Frontière non délimitée strictement; dénominateur commun est l'angoisse
- Urgence vraie (15%) / urgence ressentie (85%)

► Davantage de tentatives de suicide/idéations suicidaires

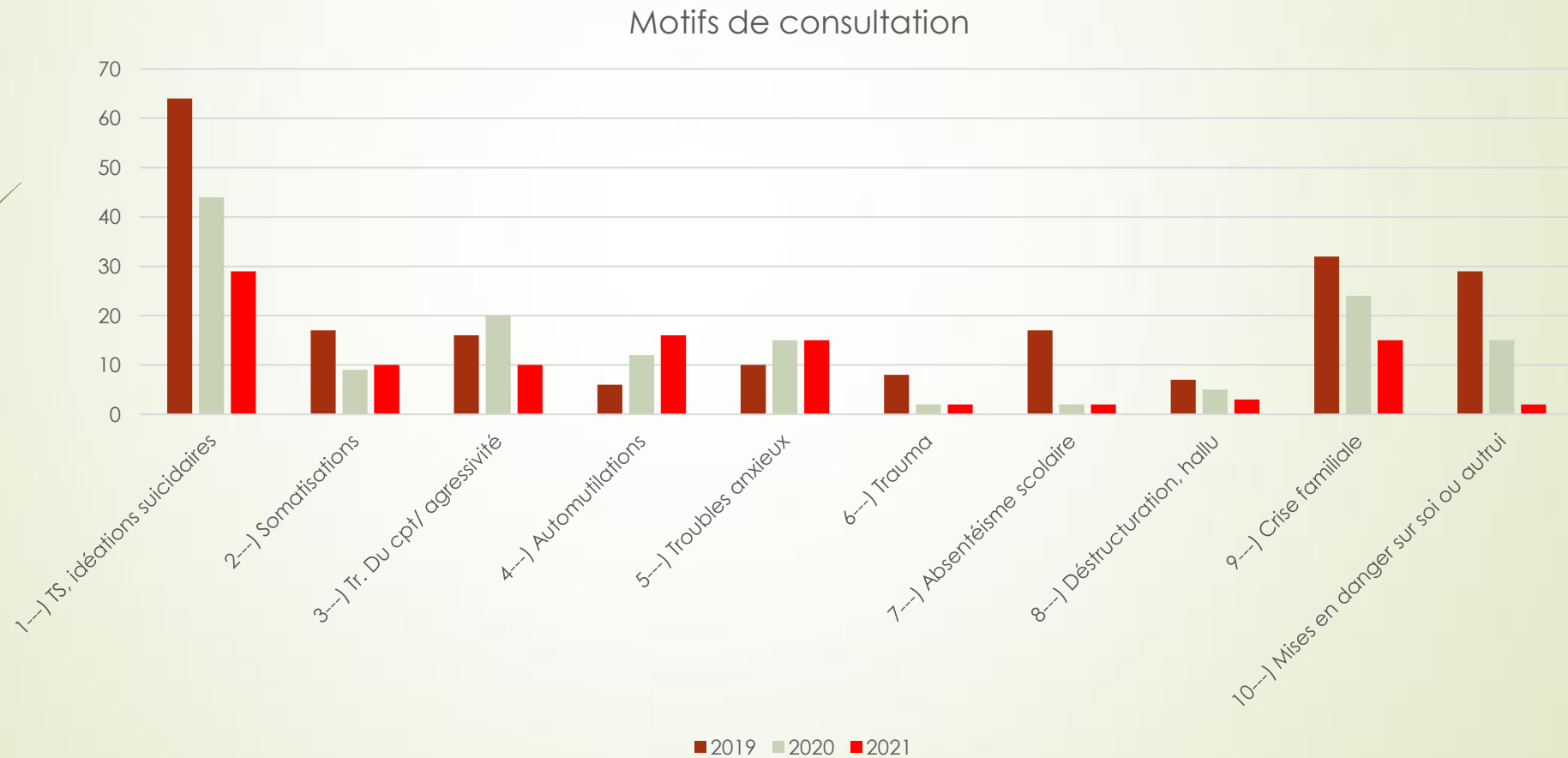
► Difficultés de contenance des familles elles-aussi à bout de souffle

Comparatifs consultation aux urgences vs hospits CSPO vs consult post crise CSPO



➤ 7.2.3. Changement de profil des patients:

- Motifs de consultation plus « somatiques »: troubles alimentaires, troubles anxieux avec crises tétanie/hyperventilation, scarifications, intoxication médicamenteuse.





► 7.2.4 Changement de notre réalité de terrain qui amenait une certaine ventilation:

- Arrêt de nos bilans programmés (3 lits habituellement) qui assuraient une réflexion anticipable et une logistique organisable; la liste d'attente s'allonge.
- Augmentation des demandes de lits de crise et d'entrée effective; depuis novembre, les deux lits sont utilisés en flux continu.
- Les 6 lits de pédopsychiatrie sont actuellement dédiés à la gestion de crise et de post-urgence.
- Augmentation de la lourdeur des situations de liaison: durée d'hospitalisation plus longue, augmentation du nombre de passages en chambre, suivi ambulatoire à mettre en place etc.



Conclusion

- ▶ Nous sommes au début d'une **vague de mal-être juvénile** qui dépassera temporellement de loin le confinement et la réouverture des écoles.
- ▶ Les jeunes ont besoin **d'accueils différenciés** selon la profondeur et l'étiologie de cette souffrance mais il faut éviter une psychiatisation abusive et les institutions hospitalières sont déjà à saturation...
- ▶ Cette vague bloque toutes les activités programmées et monopolise toutes les forces de l'équipe.
- ▶ **Importance de l'accueil en pédiatrie** pour donner sens à chaque crise et réorienter à bon escient. Le **risque de la saturation** de ce dispositif est
 - ▶ Le tri au risque de passer à côté d'une souffrance, décompensation et/ou chronification de la symptomatologie....
 - ▶ La psychiatisation de certains jeunes...

**Un tsunami a plusieurs vagues...
Préparons-nous!**





Merci pour votre attention