



**UNIVERSITÉ DE LILLE
DÉPARTEMENT FACULTAIRE DE MÉDECINE HENRI
WAREMBOURG
Année : 2023-2024**

**MÉMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER EN
PRATIQUE AVANCÉE**

MENTION : PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE

**Coordination du parcours de soins pour les adolescents en situation de
crise psychique : intérêts et limites d'une activité de liaison
pédopsychiatrique.**

Présenté et soutenu publiquement le 01/07/2024. À Lille (département
facultaire de médecine Henri Warembourg)

Par : Virginie TROJAN

JURY :

Président du jury : Monsieur le Docteur Paul CHAUVET

Enseignant infirmier : Madame Véronique KOZLOWSKI

Directeur de mémoire : Madame la Docteure Léa COUTIN

Le 01/07/2024

Département facultaire de médecine Henri Warembourg
Avenue Eugène Avinée
59120 LOOS

Table des matières

Remerciements

Sigles

I. Introduction générale	1
II. Introduction	4
1. <i>Les situations de crise psychiatrique chez l'adolescent</i>	4
a. La notion de crise au sens clinique	4
b. Implication environnementale dans la souffrance de l'adolescent.....	5
c. De la situation de crise à la situation urgente.....	6
2. <i>Les soins de santé mentale chez l'adolescent</i>	7
a. Les soins de première ligne	7
b. Les soins de deuxième ligne	8
c. Une offre de soins fragilisée	9
3. <i>L'articulation et la coordination du parcours de soins en pédopsychiatrie : les équipes de liaison pédopsychiatriques</i>	11
a. Histoire de la psychiatrie de liaison	11
b. L'organisation des équipes de liaison	11
c. Les missions des équipes de liaison	12
d. Expérience professionnelle au sein d'une équipe de liaison pédopsychiatrique	13
III. Méthode	15
IV. Récit	16
1. <i>Sollicitation de l'équipe de liaison par les urgences</i>	16
2. <i>Évaluation ambulatoire : situation d'un adolescent en état de crise psychique</i>	18
3. <i>L'évaluation au cours de l'hospitalisation en pédiatrie</i>	21
4. <i>Sortie définitive d'hospitalisation</i>	25
V. Résultats et analyse critique	26
1. <i>La sollicitation de l'ELU par les urgences : avis téléphonique et orientation</i>	26

a.	Une unité pensée pour pallier les manques de moyens.....	26
b.	L'intérêt d'une unité qui fait du lien.....	28
c.	Une limite majeure : des compromis permanents.....	28
2.	<i>Évaluation ambulatoire</i>	30
a.	La situation de crise en ambulatoire.....	30
b.	L'intérêt de l'évaluation spécialisée.....	30
c.	Des missions vastes et difficiles à délimiter.....	31
3.	<i>Évaluation et prise en charge hospitalière</i>	31
a.	Travail de l'alliance thérapeutique.....	31
b.	Observations cliniques sur plusieurs jours et nuits.....	32
c.	Sollicitation des partenaires.....	33
4.	<i>Coordination de la poursuite des soins</i>	33
a.	Concept et définition.....	33
b.	La coordination du parcours de soin de P.....	34
c.	Le devenir du patient après l'intervention de l'équipe de liaison.....	35
VI.	Discussion	36
1.	<i>Principaux résultats</i>	36
2.	<i>Discussion de la méthode</i>	38
3.	<i>Perspectives</i>	38
VII.	Conclusion	41

Bibliographie

« Tous les enfants, sous une forme ou sous une autre, ont du génie : le tout est de le faire apparaître »

Charlie Chaplin, *Histoire de ma vie* (1964)

Remerciements

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

Tout d'abord, je remercie chaleureusement ma Directrice de mémoire, le Docteur COUTIN, pour son encadrement, ses précieux conseils et son engagement dans ce projet. Son expertise, sa bienveillance inconditionnelle et ses encouragements ont été déterminants pour la réussite de ce travail. Ses qualités humaines et son engagement auprès des jeunes, que j'ai pu découvrir sur le terrain, transparaissent dans ce travail.

Je remercie les membres du jury pour leur présence et l'intérêt qu'ils ont accordé à ce travail.

Je souhaite également remercier le Professeur PUISIEUX ainsi que l'ensemble des membres de l'équipe pédagogique et administrative pour leur engagement et pour la qualité de leurs enseignements dans la formation des IPA.

Je souhaite également dire toute ma reconnaissance à l'ensemble des médecins qui ont soutenu ma candidature, à ceux qui m'ont donné l'envie de développer de nouvelles compétences et tout particulièrement au Docteur BLOND qui m'a fait confiance et a joué un rôle décisif dans cette aventure.

Merci à mes tutrices de stage, le Docteur VEILLON, et le Docteur BOONE, pour leur patience et la transmission de leurs savoirs.

Je tiens également à exprimer ma gratitude à mes amis de promotion pour leur soutien et les moments partagés.

Merci aux collègues qui m'ont soutenue, notamment Marie- Odile, Céline, Sabine, Chloé et à celles qui ont investi l'équipe de liaison durant mon absence, Émeline, Mathilde et Dalila.

Enfin, je remercie du fond du cœur ma famille pour leur amour et leur patience. Chacun à votre manière, vous avez contribué à ma réussite. Merci à toi mon fils pour cette trousse rose remplie de crayons, que tu m'as offert, persuadé que je serais sélectionnée pour entrer en formation. Ton sens des responsabilités et ta réussite dans ton parcours de lycéen, m'ont permis d'avancer sereinement dans l'aventure IPA.

À toutes et à tous, merci infiniment.

Sigles

ASE : aide sociale à l'enfance

CATTP : Centre d'activité thérapeutique à temps partiel

CFTMEA : classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent

CMP : Centre médico-psychologique

CMPP : Centre médico-psychologique pédagogique

COVID 19 : Corona virus disease 19

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

ELU : Équipe de liaison et d'urgence

ETP : Équivalent temps plein

HAS : Haute autorité de santé

HDJ : Hôpital de jour

IPA : Infirmier(ère) de pratique avancée

MDA : Maison des adolescents

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

NIMH: National Institute of Mental Health

OMS : Organisation mondiale de la santé

PAEJ : Point d'accueil et d'écoute Jeunes

I. Introduction générale

La psychiatrie est une spécialité médicale qui étudie et traite les troubles mentaux. La pédopsychiatrie est une branche de la psychiatrie, spécialisée dans les troubles psychiques de l'enfant et de l'adolescent. La pédopsychiatrie exerce des missions de prévention, de repérage, de diagnostic et de soins pour une population spécifique, qui présente des besoins multidimensionnels.

Historiquement, cette spécialité médicale s'est développée en France au travers de la circulaire de 1972 concernant la sectorisation de la psychiatrie. Dès cette période, les Centres Médico-Psychologiques (CMP) ont permis une répartition de l'offre de soins psychiatriques au sein du territoire. En 1987, naît la Classification des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA), sous l'impulsion de Roger Misès et Philippe Jeammet. Des précisions sémiologiques se dessinent alors, prenant en compte le stade développemental au moment du trouble rencontré.

Les spécificités de la pédopsychiatrie sont liées à un héritage scientifique dense et multidimensionnel, considérant à la fois les connaissances de la psychiatrie, de la neurologie, de la psychologie développementale, de la pédagogie et de l'éducation. En effet, toute prise en charge médicale d'un enfant, dépendant de l'adulte par définition, ne peut être envisagée sans considération de son environnement.

De même, les différents espaces dans lesquels évolue un patient mineur ont une place déterminante dans l'étude d'un trouble psychique.

Les soins pédopsychiatriques s'articulent donc avec l'entourage au sens large de l'enfant pris en charge, que cet entourage soit familial, social ou scolaire.

Cliniquement, la pédopsychiatrie est étroitement liée à l'aspect développemental de l'enfant, dont la plasticité cérébrale encore importante permet une évolutivité de la symptomatologie dans le temps.

Les troubles mentaux rencontrés chez l'enfant et l'adolescent sont variés et complexes étant donné leurs caractères non permanents et liés à un certain nombre de facteurs environnementaux, de mieux en mieux connus et étudiés. Ainsi, les actions de prévention, de repérage et de coordination apparaissent primordiales lorsque l'on s'intéresse à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.

L'enfance correspond à la période du développement humain qui s'étend de la naissance au début de l'adolescence. Cette période peut être divisée en plusieurs phases, caractérisées par des changements physiques, cognitifs, émotionnels et sociaux distincts. L'adolescence correspond à la période de développement située entre l'enfance et l'âge adulte. Selon l'OMS, l'adolescence se définit comme étant « *la période de la vie qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, c'est-à-dire entre 10 et 19 ans* ». C'est une étape unique du développement humain et un moment important pour poser les fondations d'une bonne santé.

L'HAS définit l'adolescence comme « *une période de transition marquée par de multiples transformations. Les équilibres sont fragiles concernant le rapport au corps, la construction de l'autonomie et de la subjectivité, ainsi que la socialisation.* »

L'adolescence est au cœur d'un processus de développement physiologique, sociologique, psychologique et cognitif.

Physiologiquement, la puberté inaugure ce processus de transformation, avec d'importants changements corporels. Neurologiquement, la myélinisation cérébrale ne se termine que vers l'âge de 25 ans. Les fonctions cognitives (mémoire, attention, habilités sociales entre autres) d'un individu ne sont donc pas complètement matures avant cet âge. L'adolescence est une période cruciale au cours du développement d'un individu. Le caractère normal ou pathologique du développement à cet âge est cependant influencé par un nombre important de facteurs extrinsèques.

Nous ne pouvons évoquer l'importance des facteurs environnementaux sans développer le contexte récent et actuel imposé par la pandémie de Covid19, conduisant la France et le monde vers une crise sanitaire sans précédent. Les mesures de confinement et de restrictions sociales visant à contenir la propagation du virus ont représenté un changement majeur dans le quotidien des populations. En France, la fermeture des écoles, mais également l'arrêt de toutes activités sociales, ont eu des répercussions significatives sur la santé mentale des enfants et des adolescents en plein développement. Plusieurs données épidémiologiques nous alertent sur une augmentation de la prévalence des troubles psychiques chez les jeunes. Nous pouvons notamment citer l'étude menée par la Drees et l'Inserm entre 2020 et 2021 (enquête EpiCov33) ayant permis de mettre en évidence une dégradation de la santé mentale des plus jeunes lors du premier confinement. L'enquête relève notamment la présence d'idées suicidaires chez 1 jeune sur 20 (5% des 15-24 ans interrogés).

En 2023, le rapport de la Cour des Comptes concernant l'offre de soin en pédopsychiatrie, alerte sur l'urgence des axes d'amélioration à mettre en œuvre au vu de la situation épidémiologique.

Le rapport souligne notamment une offre saturée et inadaptée aux besoins de la jeunesse, en lien avec un parcours de soin peu gradué.

Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins, la démographie médicale en France serait de 1,9 pédopsychiatre pour 100 000 habitants. A ce jour, les délais d'attente avant un premier rendez-vous en pédopsychiatrie varient en fonction du territoire, mais tendent à s'allonger d'année en année. Cette attente, qui se compte souvent en mois, impacte inévitablement l'état psychique des jeunes déjà en détresse.

Selon l'OMS, lorsque les troubles mentaux des adolescents ne sont pas pris en charge, les conséquences se font sentir jusqu'à l'âge adulte, ce qui nuit à la santé physique et mentale, compromettant la possibilité de mener une vie épanouissante à l'âge adulte.

Ainsi, la moitié des troubles mentaux se manifesteraient avant l'âge de 14 ans, 70% avant l'âge de 25 ans. Ces données mettent en lumière l'importance de pouvoir repérer les prémices des troubles de manière efficace ainsi que d'intervenir le plus précocement possible.

Sans interventions précoces, un trouble psychique initialement peu bruyant peut rapidement devenir une situation de crise et ainsi contribuer à la saturation de nos services d'urgences générales, peu formés au repérage et à l'orientation de ces troubles.

Toujours dans le même rapport de mars 2023, la Cour des Comptes, concernant la pédopsychiatrie en France, nous rappelle que le recours aux services d'urgences devrait être une exception et que l'impossibilité de consulter dans des délais courts un professionnel de ville ou d'avoir un entretien en CMP (Centre médico psychologique) conduit trop souvent à une dégradation de certaines situations et à un passage aux urgences.

En raison du manque de service d'hospitalisation complète pédopsychiatrique, lorsque des soins hospitaliers sont nécessaires, ils s'organisent majoritairement au sein des unités de pédiatries générales.

Afin d'évaluer les troubles pédopsychiatriques au cours de ce mode d'hospitalisation non spécialisé, des unités de liaisons pédopsychiatriques et des équipes mobiles se sont progressivement développées ces dernières années.

Les missions de ces équipes sont alors d'évaluer mais également de prodiguer les premiers soins face à l'état de crise psychique. L'enjeu de ce premier contact est également crucial sur le plan de l'alliance thérapeutique, afin de favoriser une adhésion à la poursuite des soins en ambulatoire et l'entrée dans un parcours de prise en soin adapté. La place de l'entourage y est primordiale, les patients mineurs étant dépendants de leurs représentants légaux pour poursuivre une indication thérapeutique. Les équipes de liaison amorcent également des

premiers contacts avec les partenaires adéquats, comme les écoles ou les professionnels liés à la protection de l'enfance lorsque cela est indiqué.

L'adolescence étant une période durant laquelle il existe à la fois un pic de plasticité cérébrale, mais également un pic d'émergence des troubles psychiatriques, il s'agit d'une population vulnérable sur plusieurs plans. La crise sanitaire récente s'est ajoutée à des difficultés d'offre de soins préexistantes en pédopsychiatrie, obligeant les différents acteurs à se réadapter de manière efficace. Les équipes de liaison pédopsychiatriques ont été pensées pour répondre en partie aux difficultés décrites.

Ce mémoire propose un questionnement autour des notions de pertinence et d'efficacité des soins pour cette population spécifique, dans un contexte socio-économique actuel ayant fortement évolué depuis les premières descriptions scientifiques des troubles mentaux. Mon expérience personnelle, mais également le contexte épidémiologique actuel, orientent plus spécifiquement ce questionnement autour de l'accompagnement des adolescents pris en soins pour des troubles psychiques dans un contexte de crise et d'urgence.

II. Introduction

1. Les situations de crise psychiatrique chez l'adolescent

a. La notion de crise au sens clinique

Selon Caplan, une crise peut être définie comme une période relativement courte de déséquilibre psychique chez une personne confrontée à une situation problématique pour elle, qu'elle ne peut résoudre avec ses stratégies et ressources habituelle. (Caplan, G. 1964)

On entend par ressources les différents types de stratégies d'adaptation dont une personne dispose pour diminuer la charge émotionnelle et la tension interne dans une situation d'adversité.

Ces stratégies d'adaptation (en anglais « de coping »), se construisent et s'enrichissent tout au long de la vie mais particulièrement au cours de deux périodes cruciales : la période périnatale (de 0 à 3 ans), puis au cours de l'adolescence.

En psychiatrie, nous pouvons distinguer plusieurs types de crises :

- La crise psychopathologique renvoie à l'apparition brutale de symptômes psychiatriques aigus. Elle est étroitement liée à des troubles mentaux sous-jacents.
- La crise psychosociale est une crise réactionnelle à divers facteurs, notamment des événements de vie stressants liés à l'environnement familial, des situations de violence, des difficultés relationnelles, des pressions académiques. Elle peut engendrer des symptômes que l'on retrouve dans la crise psychopathologique. La différence réside dans le fait que la résolution des éléments déclencheurs peut diminuer ou amender les troubles.
- La crise psycho-traumatique, dans laquelle le sujet confronté à un événement potentiellement traumatique passe directement d'un état d'équilibre à un état de crise
- La crise suicidaire, dans laquelle les stratégies d'adaptation dysfonctionnelles sont les idées suicidaires ou le passage à l'acte suicidaire.

La prise en charge d'une situation de crise comporte différents temps, mais ne peut s'opérer sans le premier d'entre eux : la création d'un lien de confiance entre le soignant et le patient. Cette étape cruciale requiert une présence qualitative du soignant auprès du patient et permettra par la suite les temps d'investigation clinique, la compréhension de la situation de crise et l'élaboration d'un plan d'action adéquat pour résoudre la situation de crise.

b. Implication environnementale dans la souffrance de l'adolescent

Les adolescents sont des individus en plein développement, lui-même étroitement lié à l'environnement dans lequel ils évoluent. À travers les différentes étapes de la croissance, le jeune individu développe des structures mentales complexes qui sont influencées par des normes et des valeurs sociétales. Le processus de socialisation, inhérent à la construction de l'individu, comprend l'acquisition des compétences sociales, la compréhension des normes et la construction de l'identité. Ce processus est influencé par les facteurs interpersonnels, biologiques, environnementaux et par les expériences vécues.

La prise en charge pédopsychiatrique doit s'articuler avec le parcours de vie de l'adolescent. En considérant son environnement, les professionnels de la pédopsychiatrie peuvent mieux comprendre les facteurs de risque et de protection du jeune sujet. Une approche holistique de l'adolescent favorise ainsi un accompagnement adapté, individualisé.

La famille d'un patient mineur représente à la fois le premier cercle social d'un enfant ou d'un adolescent, mais est également directement liée à la notion de représentants légaux, qui sont

dans la majorité des cas les parents biologiques. D'un point de vue règlementaire en France, tout soin doit systématiquement être autorisé par les représentants légaux. D'un point de vue thérapeutique, à court, moyen ou long terme, l'alliance et la collaboration avec ces derniers apparaît également indispensable.

Dans certaines situations, il arrive que les parents ne soient pas ou plus en capacité d'assurer la protection et la sécurité de leur enfant, socles fondamentaux permettant le bon développement vers l'âge adulte. Lorsqu'un enfant évolue auprès de représentant légaux dysfonctionnels voire maltraitants, un recours aux services de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) peut être sollicité, que cet appui soit alors à visée préventive, correctrice ou éducative.

De même, la scolarité est considérée comme un acteur central dans le développement des enfants et des adolescents. En effet, les établissements scolaires sont des lieux de socialisation importants et permettent également un accès à un certain nombre d'apprentissages. L'école apparaît comme une opportunité de développer des compétences non seulement académiques, mais également psychosociales, cognitives et émotionnelles. Cette même école peut devenir un lieu de souffrance et de sentiment d'échec (difficultés relationnelles, harcèlement scolaire, difficultés d'apprentissage), engendrant alors un grand risque de refus scolaire voire de déscolarisation.

Les acteurs de l'éducation nationale jouent un rôle majeur dans le repérage précoce des troubles psychologiques et des troubles affectant les apprentissages, du fait de leur proximité quotidienne et continue avec les jeunes.

c. De la situation de crise à la situation urgente

La circulaire relative à la prise en charge des urgences psychiatriques du 30 juillet 1992 définit « *L'urgence en psychiatrie est une demande dont la réponse ne peut être différée : il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question, qu'il s'agisse du patient, de l'entourage ou du médecin : elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique* »

La crise, si elle nécessite une intervention précoce, n'est pas systématiquement une urgence pédopsychiatrique au sens stricte du terme si on se réfère à la notion de risque vital. Par ailleurs, il existe un continuum entre la crise, l'urgence ressentie et l'urgence réelle. Or l'absence de réponse aux premières manifestations cliniques d'une crise psychologique peut entraîner une dégradation de la situation et mobiliser les services d'urgence.

Comme dans toute situation clinique, la détérioration rapide d'une condition médicale augmente le risque de recours aux services d'urgences.

D'après une étude menée sur 20 ans par Blondon et coll., entre 2016 et 2021, le nombre de passages aux urgences pour troubles psychiques chez les moins de 18 ans a augmenté de 65 %, contre 4 % pour l'ensemble des passages tous motifs confondus (Blondon et Coll., 2006).

L'augmentation de l'entrée dans les soins via les services d'urgence interroge l'organisation des différents acteurs de la santé mentale et leur rôle dans l'accompagnement des adolescents ainsi que le repérage précoce des signes de détresse psychologique.

2. Les soins de santé mentale chez l'adolescent

a. Les soins de première ligne

La notion de sectorisation en psychiatrie, incluant la pédopsychiatrie, apparaît avec la circulaire du 15 mars 1960 mais sera réellement effective qu'à partir des années 1970. La loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 officialise ce tournant dans l'organisation des soins psychiatriques en France. Cette réforme de l'organisation des soins psychiatriques prévoit que chaque département d'une région soit découpé en zones géographiques d'environ 70000 habitants. Ce maillage territorial avait pour objectif d'améliorer l'accès aux soins, leur coordination et la continuité tout en répondant aux besoins spécifiques des territoires.

En parallèle, la notion de graduation des soins, a pour vocation de fournir un niveau de soins approprié, adapté à la gravité et à la complexité des besoins des patients.

Les soins dits de première ligne font référence aux professionnels de santé de premier contact, qui interviennent de manière précoce puis orientent la prise en charge, parmi lesquels on réfère :

- Les médecins généralistes,
- Les pédiatres libéraux et hospitaliers,
- Les psychologues libéraux(ales),
- Les médecins, psychologues et infirmiers(ères) scolaires

Depuis les années 2000, de nouvelles structures de première ligne spécifiquement conçues pour la prise en soin de la population adolescente voient le jour.

Les Point d'Accueil et d'écoute Jeunes (PAEJ), créés en 2002, sont des petites structures de proximité permettant un accueil rapide, du conseil et de l'orientation autour de diverses problématiques liées à cet âge spécifique.

Les Maisons des Adolescents (MDA), créées au début des années 2000, se sont développées sur le territoire national, offrant divers services adaptés aux adolescents tel qu'un accueil rapide, une écoute, la dispensation de conseils et de soutien dans divers domaines.

b. Les soins de deuxième ligne

Les soins de deuxième ligne correspondent à des services spécialisés, intervenant lorsque les besoins en matière de santé mentale, dépassent les capacités de prise en charge de première ligne. Ces soins sont dispensés par des professionnels exerçant dans différents types de structures spécialisées en pédopsychiatrie,

S'agissant des structures publiques de deuxième ligne, la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent s'organise au travers des CMP (Centres médico- psychologiques) pour enfants et adolescents.

Les **CMP** enfants et adolescents sont rattachés au centre hospitalier du secteur de psychiatrie. Ils jouent un rôle pivot dans l'organisation des soins. En effet, ils sont une référence des soins pédopsychiatriques, offrant consultations d'évaluation et de suivi (psychologiques, médicales, infirmières, éducatives, orthophoniques, psychomotrices), orientation vers des accompagnements spécifiques tels que les hôpitaux de jour (HDJ), les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP) et les services d'hospitalisations.

L'hospitalisation de jour est une unité dans laquelle les patients bénéficient de soins uniquement durant la journée, avec un retour au domicile le soir. Ce type de service permet de proposer des interventions thérapeutiques optimisées (consultations individuelles, thérapies de groupe, activités thérapeutiques, guidance et soutien familial), tout en permettant aux adolescents de maintenir un lien avec leur environnement familial et scolaire.

Les CATTP sont des unités de soins ambulatoires en demi-journée, une ou plusieurs fois par semaine, permettant d'offrir des soins ciblés sur des problématiques particulières (ex : atelier estime de soi) sur des objectifs ciblés, tout en favorisant le maintien de la vie sociale et scolaire sur l'extérieur.

Au sein des CMP, différents professionnels de santé collaborent étroitement afin d'associer leur champ de compétences propre afin de proposer des prises en charge les plus complètes possibles :

- Les médecins pédopsychiatres, qui ont pour mission d'établir un diagnostic et de prescrire le parcours de soins nécessaires. Ils travaillent en collaboration avec les différents professionnels dont ils mobilisent les compétences spécifiques.
- Les psychologues cliniciens,
- Les neuropsychologues,
- Les orthophonistes,
- Les psychomotriciens,
- Les éducateurs spécialisés et éducateurs de jeunes enfants,

Au sein des CMP, les infirmiers interviennent dans la prise en charge de diverses manières. Le Code de la Santé Publique ainsi que les différents décrets relatifs à la profession définissent leurs missions comme tel :

- . Ils prodiguent les soins paramédicaux prescrits par le médecin et mettent en œuvre leur rôle propre, complémentaire des actes sur prescription,
- . Ils apportent un soutien psychologique et émotionnel aux enfants, adolescents et leur famille.
- . Ils jouent un rôle central dans la coordination des soins au sein de l'équipe soignante.
- .

Depuis 2018, la pratique avancée a fait son apparition en France. Elle concerne plusieurs professions paramédicales, notamment celle d'infirmier(ère).

Cette formation complémentaire au diplôme d'état infirmier permet d'étendre ses missions et son autonomie professionnelle, dans le cadre d'une activité coordonnée par un médecin. L'IPA est habilitée à exercer certaines missions jusque-là dévolues aux seuls médecins.

Le développement de la pratique avancée s'inscrit dans une dynamique d'évolution du système de santé, notamment pour répondre aux besoins complexes de la population dans un contexte de démographie médicale lacunaire.

c. Une offre de soins fragilisée

En France, l'offre de soins actuelle en pédopsychiatrie est en inadéquation avec les besoins de la population.

D'après une enquête menée par la DREES, on relève une diminution nette du nombre de pédopsychiatres en France depuis une quinzaine d'années (diminution de 52% entre 2007 et 2017.) Le conseil de l'Ordre des Médecins, dans sa publication de janvier 2023 concernant la démographie médicale montre que la densité moyenne est de 1,8 pédopsychiatre pour 100 000 habitants en France (métropole et les départements d'outre-mer) et 1,9 pédopsychiatre pour 100 000 habitants en France métropolitaine. Il montre également de fortes disparités sur le territoire (ex : densité d'actifs pédopsychiatres réguliers en Ariège : 0, hautes Alpes : 8,8) (Conseil de l'Ordre des Médecins, 2023)

La démographie médicale pédopsychiatrique s'appauvrit depuis de nombreuses années tandis que les besoins de soins pédopsychiatriques continuent à croître.

En effet, depuis les années 1990, on observe une croissance des demandes de soins pédopsychiatriques « *Une augmentation de 7 % des suivis en ambulatoire a été constatée entre la fin des années 1990 et le début de l'année 2000, avec un total de 464 000 enfants (soit 1 445 enfants par secteur) en file active (Coldefy, 2007). Vingt ans plus tard, les estimations montrent une augmentation de 60 % de patients dans le pôle infanto-juvénile en France* ». (Álvarez, J. 2023)

La crise sanitaire de la COVID 19 a eu un impact sur la santé mentale des enfants et des adolescents, accentuant la cinétique de la demande. L'enquête EpiCov montre une dégradation de la santé mentale chez les jeunes. La prévalence de syndrome dépressif « *est notamment plus forte chez les 15-24 ans (22,0 % en mai 2020, contre 10,1 % en 2019) et chez les femmes (15,8 % en 2020, contre 12,5 % en 2019).* » (DREES, 2020)

Alors que l'offre de soins diminue et que les besoins sont plus importants, on observe un retard dans l'accompagnement des jeunes dont l'état mental risque de se détériorer jusqu'à entraîner un passage aux urgences.

Par ailleurs, certains secteurs ne bénéficient pas de lits d'hospitalisation pédopsychiatrique. En effet, dans la dynamique du virage ambulatoire, selon le dernier bilan de la cour des comptes, le nombre de lits a diminué de 58% entre 1986 et 2013. En l'absence de lit pédopsychiatrique, les hospitalisations sont réalisées dans le service de pédiatrie du secteur. Les équipes de liaisons ont alors pris leur part dans ce fonctionnement.

Depuis le décret 2018- 629 du 18 juillet 2018, la pratique avancée se développe en France. Elle concerne notamment la profession infirmière.

Le champ d'intervention de l'Infirmier en Pratique Avancée (IPA) est caractérisé par un ensemble de compétences élargies et approfondies, ainsi qu'une capacité accrue à prendre des décisions cliniques complexes et à gérer des situations cliniques variées.

La formation est fondée sur un socle commun en première année. La deuxième année offre le choix entre cinq mentions, dont la mention Psychiatrie et Santé Mentale qui a vu le jour en 2019.

Comment ce nouveau métier peut- il intervenir dans l'accompagnement des adolescents en pédopsychiatrie ? Dans quelle mesure l'IPA, au regard de l'élargissement de son champ d'intervention, pourrait- elle intervenir auprès des adolescents en situation de crise ou présentant les prémices d'une crise psychologique ?

3. L'articulation et la coordination du parcours de soins en pédopsychiatrie : les équipes de liaison pédopsychiatriques

a. Histoire de la psychiatrie de liaison

Le travail de liaison est une activité spécifique en psychiatrie, connue comme psychiatrie consultative, sollicitée par les services somatiques pour donner un avis spécialisé.

Dans les pays francophones (notamment en Suisse) les premières équipes de liaison ont vu le jour dans les années 1960, inspirées par le modèle Anglo- saxon.

En France, il faudra encore attendre les années 1970 pour voir les premières équipes de liaison psychiatriques apparaître dans quelques hôpitaux parisiens et se développer progressivement sur l'ensemble du territoire.

Dans le contexte de la réforme du système de santé mentale français et de la création des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et de la sollicitation des services de pédiatrie, la liaison pédopsychiatrique connaît le même essor, reconnaissant ainsi l'intérêt de son expertise.

b. L'organisation des équipes de liaison

La liaison pédopsychiatrique est spécialisée dans le domaine de la santé mentale des enfants et des adolescents. Tous les hôpitaux n'en sont pas dotés. Leur composition et leur organisation diffèrent d'un établissement à un autre, allant de la simple activité de liaison à une

activité ambulatoire de post-crise et de première évaluation de situations nécessitant flexibilité et grande réactivité.

De manière générale, elle s'organise autour d'une petite équipe pluriprofessionnelle composée d'un (pédo)psychiatre responsable de l'unité (qui exerce souvent au sein d'un CMP), de psychologues, d'infirmier(ère)s et parfois d'éducateur(trice)s.

L'équipe peut intervenir sur sollicitation d'un avis spécialisé par les différents services hospitaliers. La liaison pédopsychiatrique intervient principalement au sein des services de pédiatrie et aux urgences.

Elles répondent également aux demandes d'évaluation urgentes, à la demande des familles et des urgences.

C'est une activité dont la charge de travail est aléatoire, très variée, supervisée par un médecin. Cependant, le manque de disponibilité médicale oblige l'équipe à développer son autonomie et des compétences d'évaluation clinique très fiables. En effet, le médecin doit pouvoir comprendre la situation et donner une conduite à tenir uniquement au travers des informations transmises par l'équipe paramédicale.

La spécificité de ces petites équipes demande un effort de communication auprès des autres services afin de clarifier ses missions et conditions d'intervention.

c. Les missions des équipes de liaison

Les équipes de liaison pédopsychiatriques sont destinées à intervenir dans les services de pédiatrie. Elles assurent généralement plusieurs fonctions clés :

- **Recevoir et guider les demandes.** Elles sont aussi amenées à sensibiliser d'autres professionnels et les familles sur la reconnaissance des signes précoces de détresse psychologique chez les adolescents et sur les mesures à prendre en cas de crise
- **Évaluation initiale :** Elles effectuent une évaluation de la situation psychiatrique et psychosociale du patient en crise. Elles apportent un soutien immédiat et des interventions thérapeutiques pour stabiliser l'état de l'adolescent en crise, en utilisant des approches médicamenteuses ou non, adaptées à son âge et son développement.
- **Coordination des soins :** Elles assurent la communication avec les services ambulatoires de santé mentale, les services sociaux, les établissements scolaires et

d'autres professionnels de la santé pour garantir une prise en charge continue et holistique de l'adolescent après sa sortie des urgences.

Les équipes de liaison pédopsychiatriques jouent donc un rôle stratégique dans l'organisation des soins pour les adolescents notamment en situation de crise psychique, en assurant une réponse rapide, coordonnée et adaptée à leurs besoins spécifiques en matière de santé mentale. Cette fonction est essentielle pour répondre aux besoins complexes des adolescents, afin de tenir compte de leur aspect multidimensionnel.

L'ouvrage, *La pédopsychiatrie de liaison. L'hôpital Necker au quotidien*, explore notamment les différentes dimensions du terme « liaison ». La pédopsychiatrie de liaison englobe différentes facettes du lien autour de l'enfant et de sa famille. Il s'agit à la fois de démêler les obstacles émotionnels qui entravent le patient et son entourage, de faciliter la compréhension des comportements complexes et de rétablir la communication entre les différents acteurs impliqués. Cette approche vise à favoriser une prise en charge holistique, intégrant le vécu de l'adolescent dans son parcours de vie et son histoire familiale.

d. Expérience professionnelle au sein d'une équipe de liaison pédopsychiatrique

Mon expérience au sein de l'équipe de liaison et d'urgences pédopsychiatriques (ELU) du Centre Hospitalier de Lens m'a permis d'explorer la richesse de cette activité, ses faiblesses et points forts.

Outre le fait qu'elle requiert des bases cliniques solides, elle demande de grandes capacités d'adaptation, de flexibilité et d'autonomie pour faire face :

- À la spécificité temporelle et clinique de la crise psychique chez l'adolescent, à laquelle il est nécessaire de répondre rapidement et efficacement (délai moyen de 48h),
- À la prise en compte de l'adolescent dans son système familial et de la globalité de son environnement,
- Au travail pluriprofessionnel et pluridisciplinaire qui tient compte du champ de compétences, des missions et limites de chacun afin de trouver un consensus pour répondre de manière efficace aux besoins de l'adolescent et de sa famille. Ce travail

mobilise les équipes de pédiatrie, les services sociaux et scolaires et tout autre professionnel intervenant auprès de l'adolescent,

- L'aspect organisationnel des soins non programmés et les aléas que cela engendre.

L'équipe de Liaison et d'Urgence (ELU) du Centre Hospitalier de Lens a été pensée et cocrée au sein du service de pédopsychiatrie dans le contexte de la crise sanitaire de la COVID19 avec l'objectif de répondre aux besoins du secteur. En effet, n'étant pas doté d'un service d'hospitalisation pédopsychiatrique, c'est en pédiatrie que les enfants et adolescents en crise psychique sont hospitalisés.

L'ÉLU se compose d'un pédopsychiatre, d'infirmiers(ères) et d'un(e) psychologue. Les équivalents temps plein (ETP) ont varié au cours de son évolution. Si ses missions et sa temporalité ont évolué et ont dû être ajustées au gré des besoins du secteur et des aléas institutionnels, elles ont toujours reposé sur trois grands objectifs :

- Évaluation hospitalière et amorce d'un travail psychique avec les adolescents en crise,
- Évaluation ambulatoire,
- Consultation post- crise sur 3 à 6 séances après la sortie de pédiatrie avec continuité de l'observation clinique, de la coordination et travail d'orientation des soins à plus long terme.

Entre 2020 et 2023, les champs d'intervention se sont rapidement multipliés pour faire face à une demande croissante, et cela, à effectif constant, laissant apparaître un essoufflement de l'équipe dont les effectifs ont été régulièrement déstabilisés.

Par ailleurs, pour observer de manière qualitative et quantitative l'évolution de l'activité, en collaboration avec l'équipe, j'ai mis en place un recensement statistique multicritères des jeunes pris en soins par le dispositif. Il nous a permis de visualiser l'augmentation des interventions de l'ELU, à savoir une hausse d'un peu plus de 100% de la file active ELU entre juin 2021 et juin 2022.

L'ensemble des missions, la variation de l'activité et des ressources humaines disponibles m'ont amenée à développer des compétences multiples dont la coordination, l'adaptabilité constante et une ouverture sur une pratique plus avancée du métier d'infirmière.

Mon expérience en qualité d'infirmière en équipe de liaison m'a offert la possibilité de questionner les soins pédopsychiatriques inhérents à la crise chez les adolescents.

Ainsi, dans ce travail de mémoire je propose d'interroger ma pratique au sein d'une telle équipe. Ce travail aura pour objectif de questionner les intérêts et les limites du cadre d'intervention d'une équipe de liaison de pédopsychiatrie et d'ouvrir la réflexion sur d'éventuelles perspectives dans le cadre d'une évolution professionnelle de type Infirmière en Pratique Avancée.

III. Méthode

Afin d'explorer les intérêts et les limites d'une activité de liaison pédopsychiatrique intervenant dans le parcours d'un adolescent en situation de crise, j'ai choisi de réaliser une analyse de pratique professionnelle. Cette analyse réflexive se fonde sur la méthode du récit d'une situation complexe et authentique (RSCA). En s'appuyant sur une expérience concrète, le RSCA permet d'examiner de près les pratiques professionnelles et les défis rencontrés sur le terrain. L'objectif principal est de montrer l'intérêt des missions d'une équipe de liaison dédiée aux adolescents en crise tout en tenant compte des limites de ce dispositif de soins et ce afin d'explorer d'autres perspectives d'interventions auprès de cette population.

Le récit proposé est une situation vécue lorsque j'étais infirmière en équipe de liaison et d'urgence. Elle retrace le parcours d'un adolescent arrivé aux urgences pour des idées suicidaires et accompagné par l'équipe de liaison et d'urgence jusqu'à sa sortie de pédiatrie et au relai dans le CMP de secteur.

Mon intervention auprès de ce jeune, en qualité d'infirmière, a fait l'objet d'une proposition d'évolution de la part de la pédopsychiatre responsable de l'unité. En effet, en débriefant sur la situation, elle m'a proposé de m'intéresser de plus près à la formation d'infirmière en pratique avancée que j'ai intégrée l'année suivante.

J'ai eu l'occasion de me servir de cette situation pour réaliser un travail de présentation de l'équipe de liaison et d'urgence lors d'une journée institutionnelle du service. C'est un travail qui a été réalisé la forme d'une vignette clinique retraçant toutes les étapes de la coordination et incluant les différents professionnels et institutions. Le parcours du jeune P a par ailleurs été présenté pour répondre au parcours traceur lors de la dernière certification de l'établissement.

Cet accompagnement est donc aussi le début d'un questionnement sur l'intérêt de la pratique avancée dans l'accompagnement des situations de crise des adolescents.

IV. Récit

1. Sollicitation de l'équipe de liaison par les urgences

P est un jeune patient de 12 ans, arrivé aux urgences pédiatriques à la suite de la verbalisation d'idées suicidaires et d'une symptomatologie hallucinatoire auditive, dans un contexte de conflit au collège. C'est l'infirmière du collège qui a prévenu ses parents et l'a orienté vers les services d'urgence.

Après une évaluation somatique qui s'avère sans particularité notamment sur le plan cardio-pulmonaire et neurologique, la pédiatre de garde contacte le service de pédopsychiatrie afin de solliciter un avis spécialisé.

La pédiatre est alors orientée vers l'équipe de liaison et d'urgence afin d'échanger sur la situation qui lui apparaît tout de même complexe au vu de la symptomatologie rapportée.

En ma qualité d'infirmière de l'ELU, j'échange téléphoniquement avec la pédiatre qui m'explique le motif d'entrée du jeune P et se questionne sur l'indication d'une hospitalisation en pédiatrie. La pédiatre m'explique par ailleurs que le service de pédiatrie est d'ores et déjà sous tension avec un nombre de places disponibles restreint.

D'après les transmissions de la pédiatre, il apparaît que :

- Le risque de passage à l'acte suicidaire de P est modéré. A distance du collège, il critique ses idées suicidaires. Il n'y a pas de scénario envisagé, ni de temporalité.

- L'entourage familial du jeune s'engage à rester disponible pour mettre le jeune en sécurité les 24 prochaines heures sans retour au collège.

- l'ELU est en mesure de proposer une évaluation infirmière en ambulatoire dans 24h.

Dans les antécédents du jeune P, la pédiatrie relève notamment un suivi pédopsychiatrique dans le CMP de son secteur.

Après cet échange, il est donc convenu entre le médecin des urgences et notre équipe de liaison, la conduite à tenir suivante :

- Retour à domicile,
- Consultation ambulatoire dans les 24h, dont le rendez-vous est transmis à la famille avant la sortie des urgences)

- Je négocie avec la pédiatre la possibilité de le réorienter vers une hospitalisation, avec une entrée directe en pédiatrie, à la suite de mon évaluation ambulatoire.

Je transmets à la pédiatre la conduite à tenir et les consignes de sécurité concernant la surveillance du risque suicidaire afin qu'elle en informe la mère. Ces consignes sont notamment la mise à l'écart des moyens létaux facilement accessibles, favoriser une présence continue auprès du jeune et l'indication de revenir aux urgences si son état se dégrade.

Au total, dans un contexte de tension sur les lits de pédiatrie, et dans la mesure où le risque suicidaire est modéré, que la mère a la capacité de sécuriser son enfant, nous prenons conjointement la décision d'un retour à domicile avec la programmation d'une évaluation pédopsychiatrique ambulatoire rapide.

P et sa mère sont invités à se présenter dans le service de pédopsychiatrie, où se trouve le bureau de l'ELU, afin de me rencontrer dès le lendemain en début d'après-midi pour une première évaluation infirmière. Cette situation de crise nécessitait en effet une grande réactivité de la pédopsychiatrie en raison du caractère aigu de la situation avec risque vital.

Avant la rencontre, je recherche les informations concernant le suivi de ce jeune dans notre service. Ces informations me seront utiles pour mieux appréhender la situation et pour amorcer la reprise du suivi à la suite de l'accompagnement en ELU.

En effet, P a déjà bénéficié d'un suivi psychologique au CMP de son secteur. Mais je constate, d'après les informations retrouvées par la secrétaire, que le suivi s'est arrêté depuis quelques mois. Les derniers rendez-vous semblent ne pas avoir été honorés ni excusés. Je ne retrouve aucune transmission informatisée concernant le suivi psychologique.

Je contacte le CMP dans lequel il était suivi afin d'entrer en contact avec la psychologue référente de P. Cette dernière m'explique avoir rencontré le jeune P à l'occasion de quelques consultations. Elle a pris le relai d'une autre psychologue du fait de la restructuration des unités du service. Initialement, P est suivi depuis ses 8 ans pour des troubles du comportement. Le traitement médicamenteux avait été initié par un psychiatre qui était seul sur l'ensemble du service de pédopsychiatrie et qui n'est plus présent depuis. Le suivi médical n'était pas régulier, les renouvellements du traitement plus ou moins effectués par le médecin traitant.

Sa psychologue fait l'hypothèse d'une alliance thérapeutique brisée. De plus, elle a pu percevoir des difficultés de la famille à se mobiliser dans le suivi. Son parcours de soins en pédopsychiatrie a donc été interrompu.

Cette rencontre apparaît comme une opportunité pour P de réintégrer un parcours de soins pédopsychiatrique adapté à ses besoins et ceux de sa famille.

2. *Évaluation ambulatoire : situation d'un adolescent en état de crise psychique*

Je reçois le jeune P le lendemain, sur un créneau dédié aux consultations post- crise et aux premières évaluations. P est reçu en entretien infirmier individuel au sein des bureaux du CMP de pédopsychiatrie, rattachés au centre hospitalier.

L'entretien infirmier, que je conduis seule, a pour objectif d'évaluer la situation et d'orienter vers une prise en charge adaptée. Les éléments recueillis au cours de cet entretien sont les suivants :

- Les antécédents psychiatriques du jeune et les antécédents familiaux,
- Le mode de vie,
- L'histoire récente de la maladie,
- Mes observations cliniques au cours de l'entretien.

Antécédents

P a été suivi dans le service dès l'âge de 8 ans pour ses troubles du comportement de type crises clastiques :

- Suivi hebdomadaire avec une psychologue,
- Suivi pédopsychiatrique irrégulier,
- Traitement par neuroleptique (rispéridone) matin et soir afin de réguler ses émotions.

Je ne note aucun antécédent familial.

Mode de vie

P est l'aîné d'une fratrie de deux enfants. Il a une petite sœur de 9 ans. Ses parents sont en cours de divorce et ne vivent plus ensemble depuis peu. La garde principale a été attribuée à sa mère, avec un week-end sur deux chez son père et la moitié des vacances scolaires. Cependant, les hébergements chez son père sont irréguliers au regard de la situation professionnelle et en lien, selon la mère, avec des conflits intra- familiaux encore nombreux. La famille semble plutôt isolée socialement.

P est scolarisé en 5^{ème} dans son collège de secteur. Il ne bénéficie d'aucun aménagement particulier. Il n'a jamais redoublé ni sauté de classe.

La scolarité a toujours été vécue difficilement pour P, avec des disparités importantes dans les notes (18 en histoire, 2 en français). Il ne fait pas ses devoirs car il n'arrive pas à les faire seul. La scolarité est difficilement investie, il présente des difficultés de concentration et un défaut d'inhibition qui l'amène à avoir des comportements « perturbateurs », avec plusieurs épisodes d'exclusion de classe et des moqueries de la part de ses pairs. Lui, se décrit comme étant « la tête de turc » de la classe.

Il ne se projette pas vers un métier car l'image de lui-même est effondrée (« je n'arriverai à rien, je suis nul »)

Il n'a pas d'entourage amical, ni à l'école, ni en dehors et ne pratique aucune activité extra-scolaire. Il aime jouer aux jeux vidéo, aime la nature et les animaux. Il reste souvent seul à son domicile car sa mère travaille.

Histoire de la maladie

P est arrivé aux urgences à la suite de la verbalisation d'idées suicidaires au sein de son collègue, avec notion d'hallucinations acoustico-verbales. Dans un contexte de conflit avec un camarade de classe et le professeur, P a verbalisé des idées suicidaires. Il a été rencontré par l'infirmière scolaire qui l'a orienté vers les urgences après avoir contacté sa famille.

Observation clinique

Lors de notre rencontre, P présente un contact facile et une présentation correcte, il se montre coopérant, il ne semble pas présenter de trouble de la compréhension orale, le regard est fuyant. Je relève des signes physiques d'anxiété tel qu'une tachyphémie, un détournement du regard, une légère agitation psychomotrice. Il souhaite que sa mère soit présente dès le début de l'entretien.

P entre facilement dans les échanges. Cependant, lors des premiers instants de l'entretien, P présente de fortes angoisses se manifestant par une agitation motrice. Son discours est mais cohérent et compréhensible.

P et sa mère évoquent rapidement la sphère scolaire comme étant à l'origine de son mal-être. P est en souffrance à l'école car il est en difficulté relationnelle avec ses pairs. Il présente des

troubles du comportement avec hétéro et auto- agressivité. P montre des épisodes de violence physique et verbale envers ses camarades de classe.

Au domicile, on note des crises clastiques avec principalement de l'hétéro-agressivité, des violences verbales et des destructions de son environnement.

A ce jour, P présente toujours des idées suicidaires, sans scénario et dont le facteur déclencheur est en lien avec la scolarité.

Sa mère le décrit comme impulsif et sujet à de fortes crises clastiques.

De plus, P présente :

- Des troubles du sommeil : retard à l'endormissement, réveils nocturnes et cauchemars morbides.
- Une thymie basse,
- Un appétit fluctuant avec grignotages et tendance au remplissage alimentaire,
- Des angoisses quotidiennes à type de ruminations et de l'anxiété anticipatoire avant d'aller à l'école,
- Le jeune rapporte des hallucinations acoustico- verbales, avec injonction à se faire du mal.

Après l'analyse des premiers éléments cliniques, de la situation socio-familiale et scolaire, une prise en charge hospitalière me semble nécessaire au vu des éléments suivants :

- La persistance des idées suicidaires,
- L'impulsivité,
- Perturbation des fonctions instinctuelles,
- Les hallucinations acoustico- verbales à explorer,
- La tristesse de l'humeur.

Au total, devant les idées suicidaires, le tableau clinique et l'impulsivité qui majore le risque de passage à l'acte, l'indication à une hospitalisation semble nécessaire pour le sécuriser. C'est aussi un temps qui nous permettra une observation clinique approfondie.

P et sa mère apparaissent tous les deux en demande d'aide et de soin. Ils acceptent l'indication de l'hospitalisation.

Je contacte donc la pédopsychiatre responsable de l'ELU, qui après synthèse de la situation, valide une indication d'hospitalisation en pédiatrie car nous ne disposons pas de lits pédopsychiatriques sur le secteur.

Je contacte le(a) pédiatre de garde et obtiens un accord d'entrée directe dans le service de pédiatrie. Sa mère ne peut pas rester avec lui car elle doit s'occuper de sa petite sœur.

J'y accompagne le jeune adolescent et sa mère afin d'assurer la continuité de la consultation et faire des transmissions aux collègues de pédiatrie.

Nous mobilisons rapidement les compétences de l'assistante sociale de pédiatrie afin qu'elle puisse faire un point sur la situation socio-éducative de la famille.

3. L'évaluation au cours de l'hospitalisation en pédiatrie

J1 de l'hospitalisation.

P est alors hospitalisé en pédiatrie à la suite de mon évaluation infirmière. Il décrit immédiatement un soulagement car il s'est senti écouté et entendu.

J'informe P et sa mère que je passerai en pédiatrie pour poursuivre mon évaluation et m'assurer du bon déroulé de l'hospitalisation.

De J2 à J4 de l'hospitalisation.

J2 de l'hospitalisation.

Avant de continuer l'évaluation de P en pédiatrie, avec l'accord de la mère de P, je contacte la directrice pédagogique de notre service afin de lui faire part des difficultés de ce jeune au sein de son collège. Elle contactera à son tour le collègue afin de recueillir leurs observations, leur point de vue et de réfléchir à des aménagements qui faciliteraient la scolarité du jeune. C'est également l'opportunité de leur amener des éléments de compréhension des difficultés du jeune, d'appréhender son fonctionnement dans le but de mettre en place des stratégies d'adaptation et de pouvoir le maintenir dans une posture d'élève. Ces éléments seront transmis à l'équipe du CMP ou s'effectuera le relai après la sortie d'hospitalisation.

Je me rends en pédiatrie et commence par rencontrer l'équipe. Ils me transmettent quelques informations concernant l'alimentation, le sommeil et le comportement de P. Depuis son arrivée, P ne semble pas avoir présenté de trouble du comportement particulier. Ils notent des éléments laissant penser à de l'hypervigilance, que je constaterai également. En effet, P est très attentif aux bruits, surveille par le hublot de sa chambre.

Je propose de rencontrer P sans sa mère. Sécurisé par l'hospitalisation, P est plus calme. Je note une amélioration de son sommeil, sans réveil nocturne, sans cauchemar, ni réveil précoce. L'endormissement est encore compliqué mais moins long qu'au domicile.

Sa pensée et son discours sont mieux organisés. Le débit verbal reste rapide. L'agitation psychomotrice est toujours présente mais moins intense que la veille. Il est à l'aise, ce qui me permet de poursuivre l'exploration clinique et d'amorcer l'alliance thérapeutique.

Je l'informe que nous allons contacter son collègue afin de chercher des solutions adaptées et qu'il puisse continuer sa scolarité dans de meilleures conditions.

P semble me faire confiance. Il verbalise avoir été exposé à des violences intra- familiales et avoir été lui- même victime de violences physiques et verbales de son père. Il explique que son père détient des armes et qu'il lui a appris à s'en servir. Je comprends donc que P a accès à un moyen létal violent quand il est chez son père.

Ces révélations de violence sont confirmées par la mère. Cette dernière me dira également se sentir en difficulté dans son rôle de parent, elle apparaît très inquiète et dépassée par la situation, peu disponible psychologiquement. Elle craint la violence de son ex- compagnon. Elle n'a jamais engagé de procédure concernant les violences.

Au regard de ces révélations préoccupantes, avec un potentiel danger à court terme, je réalise un signalement judiciaire à destination du procureur, en collaboration avec l'assistante sociale de pédiatrie.

Nous informons la mère de notre démarche. Elle est en accord avec cela. Elle manifeste cependant de fortes inquiétudes par rapport au risque de réaction violente de son ex-conjoint. Lorsqu'un professionnel de santé réalise un signalement, il a l'obligation d'en informer les représentants légaux, à quelques exceptions près.

Si ce n'est pas dans nos pratiques habituelles, après concertation pluri- professionnelle, nous prenons la décision de ne pas le communiquer à son père. Par ailleurs, dans ces circonstances, la loi ne nous impose pas de le faire si cette démarche permet de protéger le mineur concerné.

Le parcours de vie de ce jeune patient nous apporte des éléments laissant entrevoir d'autres pistes diagnostiques, comme l'existence possible d'un trouble de stress post traumatique développemental au regard des violences intra familiales répétées. Durant la poursuite de l'hospitalisation, je garderai ce point en tête afin de relever des signes cliniques qui pourraient être évocateurs d'un trouble de stress post- traumatique (hypervigilance, cauchemars traumatique, flashbacks, trouble des fonctions instinctuelles, difficultés de concentration, humeur dépressive, dysrégulation émotionnelle)

J3 de l'hospitalisation

Je vois P en pédiatrie. Je reviens sur les démarches entreprises pour le protéger et m'assure qu'il ait bien compris l'intérêt.

Les idées suicidaires se sont amendées. L'amélioration de son humeur est significative. Il commence à se projeter sur une sortie. J'aborde avec lui des stratégies alternatives simples qu'il pourrait mettre en place quand il sent que ses émotions le débordent. Je lui propose d'y réfléchir tranquillement, en partenariat avec sa mère.

J'aborde également la notion des hallucinations acoustico- verbales. Depuis qu'il est hospitalisé, P n'en a pas eu. En explorant la chronologie, le contexte et la forme qu'elles prennent (d'allure intra psychique), elles semblent associées à des épisodes d'angoisses. P les critique. Cela reste cependant un point à surveiller à long terme.

Ensuite, je prends un temps avec P pour explorer les raisons du refus de son traitement, évoqué lors de la première évaluation ambulatoire, par sa mère. Mon objectif est de comprendre pourquoi il a arrêté de prendre son neuroleptique. Et dans un second temps, après avoir identifié les causes, je pourrai rechercher avec lui des leviers à la reprise.

Je comprends rapidement qu'il n'a pas cerné l'utilité du traitement et qu'il ne se sent pas « malade ». De plus, il se sent fatigué la journée, après la prise du matin. Il met également en avant qu'il n'a aucun effet sur son sommeil, notamment sur les difficultés d'endormissement, ce qui est un problème pour lui.

Je lui explique pourquoi le pédopsychiatre lui avait prescrit ce traitement, son indication et les effets recherchés, à savoir une régulation de ses émotions et une diminution de son impulsivité. Je lui en explique l'intérêt dans son quotidien, notamment par rapport aux accès de violence au collègue.

En effet, P vit très mal les épisodes d'hétéro- agressivité qui lui portent préjudice dans sa scolarité. En effet, il se bat régulièrement à l'école. Il exprime ses gestes comme impulsifs, incontrôlables puis il ressent une culpabilité très forte juste après.

Afin de réguler ces épisodes de violence, P accepte de reprendre un traitement car il y voit un intérêt concret. Nous lui évoquons aussi la possibilité d'avoir un autre traitement ponctuel qu'il pourrait prendre en cas de crise clastique. Je recherche le soutien de sa mère dans cette proposition. Elle nous donne également son accord et soutient également la reprise du suivi avec la psychologue.

En collaboration avec la pédopsychiatre, la posologie est adaptée, notamment celle du matin qui sera diminuée au regard de la fatigue verbalisée et celle du soir augmentée afin d'apaiser les angoisses et ainsi faciliter l'endormissement. Elle prescrit également un neuroleptique à action rapide à prendre uniquement en cas de crise.

Avant de réinstaurer les traitements, je demande à la pédiatre de réaliser un bilan pré-thérapeutique afin d'éliminer une contre-indication au traitement, à savoir un électrocardiogramme et un bilan biologique selon les recommandations.

Ce sont les équipes de pédiatrie qui dispensent le traitement, évaluent la bonne observance et sa tolérance. Durant l'hospitalisation, P acceptera de prendre son traitement sans la moindre opposition.

Concernant le suivi psychologique, P n'est pas en refus de s'y rendre. Avec l'aide de sa mère, je comprends que P doit s'y rendre souvent seul car sa mère travaille, a la charge de ses deux enfants et ils habitent à deux pas du CMP. Cependant, P semble avoir du mal à s'orienter dans le temps et sa mère le décrit comme « distrait ». Malgré les multiples rappels de sa mère, P oublie de se rendre à ses rendez-vous. Je n'ai pas de réponse immédiate à ce problème mais j'informe madame que ça sera un point à évoquer lors de l'évaluation de l'aide sociale à l'enfance (ASE).

Une synthèse ELU a lieu ce jour-là avec la pédopsychiatre. Au regard des idées suicidaires qui se sont amendées, de l'amélioration thymique et de la reprise du traitement, on peut proposer une sortie dès le lendemain. Les éléments d'inquiétudes ont été transmis aux services concernés, l'école sera contactée et une reprise du suivi avec sa psychologue est possible.

Je contacte cette dernière afin de lui faire une synthèse des derniers éléments relatifs à ce temps d'hospitalisation : les éléments médicaux, les observations cliniques et les actions socio-judiciaires et scolaires engagées. Elle accepte de reprendre le suivi et s'engage à proposer un rendez-vous rapide dès la sortie de pédiatrie. Par ailleurs, elle me transmet un créneau pour recevoir P et sa mère dans les 48h suivant la sortie.

J4 de l'hospitalisation

Une dernière rencontre en pédiatrie aura lieu ce jour. Ce temps va permettre de m'assurer de la stabilité clinique de P. Une nouvelle évaluation du risque suicidaire sera réalisée. Elle montre que les idées suicidaires se sont amendées.

Nous revenons sur le travail des stratégies alternatives. P y a réfléchi avec sa mère. Ses solutions sont : s'isoler un moment, jouer à un jeu vidéo, taper dans un coussin.

Je donne à la mère de P un carton de rendez- vous prévu avec sa psychologue en lui précisant l'importance de sa présence.

Je lui donne à nouveau les consignes de sécurité à la maison et les indications à un retour aux urgences. Je m'assure qu'ils aient bien tout compris en faisant une synthèse des éléments de l'hospitalisation.

Je fais des transmissions à l'équipe de pédiatrie concernant l'avis pédopsychiatrique du médecin qui ne contre indique plus la sortie. Je donne les conditions de sortie, à savoir, le rendez- vous avec la psychologue pour la reprise du suivi et qui fera office de consultation post- crise. Je m'assure également que ses traitements seront prescrits à la sortie

4. Sortie définitive d'hospitalisation

Après quatre jours d'hospitalisation ayant permis un apaisement psychique, une amélioration du sommeil, une reprise du traitement de fond, une amorce pour une reprise du suivi ambulatoire et une mise à distance des idées suicidaires, la sortie est organisée.

P reprendra son suivi ambulatoire. Afin de faciliter la continuité des soins, l'équipe de liaison prévoit :

- Une synthèse des éléments de l'hospitalisation et des éléments socio- judiciaires est transmise à l'équipe du CMP de secteur,
- Le médecin référent du CMP de son secteur est mobilisé pour organiser le suivi médical du jeune, notamment pour évaluer le traitement neuroleptique réintroduit en hospitalisation,
- Un rendez- vous rapproché avec sa psychologue (P ne bénéficiera pas des consultations post- crise habituellement proposées aux jeunes hospitalisés pour motif psychiatrique et n'ayant pas encore de suivi psychologique ou psychiatrique).
- La psychologue référente de P se charge de programmer une réunion de synthèse pluri- professionnelle au CMP de son secteur. La présence de différents professionnels (pédopsychiatre, psychologue, psychomotricien(enne), éducateur(rice), infirmier(ère), assistant(e) social(e) permet une lecture plus large de la situation afin de trouver de nouvelles pistes d'accompagnement pour le jeune.

D'un point de vue socio-éducatif et judiciaire, une enquête est en cours au niveau judiciaire et une évaluation de la situation sociale a été ordonnée par le procureur de la république, par suite de mon signalement. Devant la situation sociale et familiale préoccupante avec révélation de violence, épuisement parental et conflits familiaux, une assistante sociale de la Maison du Département Solidarité (MDS) a prévu un premier passage dans les jours qui suivent la sortie.

V. Résultats et analyse critique

J'ai choisi cette situation clinique car elle souligne à mon sens la nécessité d'adaptation et la souplesse d'organisation que l'accompagnement d'un adolescent en souffrance requiert afin de proposer des soins les mieux adaptés, avec une alliance efficace, dans un contexte professionnel avec très peu de moyens humains. La situation de P met en évidence la complexité des interventions des équipes de liaison et d'urgence.

Dans ce chapitre, une réflexion sur les apports de l'infirmier(ère) en pratique avancée sera discutée au travers des différentes étapes abordées dans le récit de la situation authentique.

Je propose une analyse chronologique de ma pratique au cours de la situation, afin de répondre aux questions suivantes :

**Quels sont les intérêts et les limites du travail de l'équipe de liaison pédopsychiatriques ?
Quelles sont les pistes d'amélioration pour la prise en charge des adolescents en situation de crise psychique ?**

1. La sollicitation de l'ELU par les urgences : avis téléphonique et orientation

a. Une unité pensée pour pallier les manques de moyens

Ce premier point d'analyse concerne une des missions principales du service de liaison, à savoir la prise d'informations téléphoniques afin d'orienter les équipes des services non psychiatriques sur les prises en charge des patients qui semblent présenter un trouble pédopsychiatrique.

Ici, la situation est celle d'une crise suicidaire chez un adolescent de 12 ans présentant des antécédents de troubles du comportement. Il s'agit en effet d'une indication de prise en charge pédopsychiatrique.

Je rencontre une première difficulté dans ma mission : l'évaluation médicale de la pédiatre sous-entend qu'une hospitalisation apparaît indiquée, mais elle m'explique qu'il n'y a pas beaucoup de lits disponibles en pédiatrie. Pour rappel, le secteur n'est pas doté de service d'hospitalisation pédopsychiatrique.

La pédiatre, au travers de cet appel, souhaite s'assurer que l'hospitalisation de ce jeune patient est bien justifiée sur le plan pédopsychiatrique. En effet, les services d'urgence et de pédiatrie étant sous tension, la pédiatre de garde est parfois amenée à prioriser ses prises en charge, par manque de lits et de moyens humains.

Je suis en première ligne de cet avis téléphonique, la pédiatre attend une conduite à tenir rapide et claire.

Les actions que j'entreprends sont les suivantes :

- Au cours de l'échange téléphonique avec la pédiatre, je recherche des facteurs de risque et des facteurs protecteurs liés à la situation afin de transmettre le plus d'informations pertinentes possibles au pédopsychiatre,
- Je transmets de manière synthétique les éléments cliniques permettant au pédopsychiatre de donner une conduite à tenir médicale.

Parmi les informations que je cherche à obtenir, certaines seront déterminantes pour la prise en charge du jeune dans l'urgence. Il apparaît notamment que :

- La mère de P se montre disponible pour son fils et s'engage à rester auprès de lui de manière à le sécuriser au domicile pendant 24h,
- Elle souhaite la reprise d'un suivi pédopsychiatrique,
- L'évaluation du risque suicidaire (RUD) ne relève pas de critère de dangerosité.

Au vu de ces informations, que je soumetts à un avis médical pédopsychiatrique, je recontacte les urgences pédiatriques pour transmettre la conduite à tenir suggérée :

- Retour à domicile avec la mère, avec rappel des consignes de sécurité de surveillance, rappel des coordonnées d'urgences (SAMU 15),
- Remise d'un carton de rendez-vous dans les locaux du CMP de pédopsychiatrie avec moi pour une évaluation pédopsychiatrique ambulatoire avec garantie d'une possibilité d'hospitalisation en pédiatrie si nécessaire.

b. L'intérêt d'une unité qui fait du lien

Il apparaît que la collaboration étroite pédiatrie- pédopsychiatrie était nécessaire pour répondre à la situation d'urgence de P afin de trouver un plan de soins acceptable, sécurisant et ajusté à l'offre de soin limitée. La mise en commun des informations et des moyens conduit à la proposition d'une prise en charge ambulatoire dans un premier temps.

Ce type de situation est fréquent dans ma pratique. Les recommandations nationales sur ce sujet (HAS, *Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : Prévention, repérage, évaluation, prise en charge – Urgences*) vont dans le sens d'une stratégie ambulatoire pour la prise en charge de cette patientèle. Les soins ambulatoires, en opposition à ce que sont les soins en hospitalisation, regroupent l'ensemble des soins et consultations de ville, les consultations extra- hospitalières et tout autre soin (préventif, curatif ou diagnostic) qui ne nécessitent pas d'être hospitalisé. Les soins ambulatoires favorisent donc les soins hors de l'hôpital, visant à réduire les coûts, améliorer l'accès aux soins et offrir au patient la possibilité de rester dans son milieu de vie habituel.

Cependant, trancher entre des soins hospitaliers et ambulatoires, relève de compétences médicales. En tant qu'infirmière de l'ELU, mon rôle est ici de chercher et d'apporter les éléments nécessaires à la prise de cette décision, en faisant le lien entre le médecin pédiatre et le médecin pédopsychiatre.

c. Une limite majeure : des compromis permanents

Faire du lien entre deux services sous tension, en manque de moyens humains et matériels, c'est également multiplier les contraintes de prise en charge liées au fonctionnement propre de chacune des unités fonctionnelles. Le travail de liaison permet de cataboliser les diverses pistes et options de soins, qui s'avèrent nécessairement urgents.

Dans le cadre de la crise suicidaire, les soins ambulatoires sont une alternative envisageable aux soins hospitaliers. Quelle que soit la décision médicale prise, cet aspect du travail relève un caractère parfois inconfortable, malgré une connaissance théorique et pratique développée sur le terrain. En effet, il n'est pas possible de prédire scientifiquement, médicalement, le risque exact d'un passage à l'acte suicidaire. Que la prise en charge de crise soit ambulatoire ou hospitalière, les professionnels doivent accepter de travailler dans une forme d'incertitude. Le

risque de cette incertitude peut se traduire en escalade de soins non adaptés, par exemple en indiquant une hospitalisation ou en prolongeant celle-ci sans que cela soit nécessaire ou bénéfique. Ces prises de décisions se font dans des contextes de tensions sanitaires et j'ai pu dans cette situation percevoir une forme d'anxiété liée aux moyens restreints.

Il m'est apparu au cours de cette situation, que la pédiatre ayant sollicité l'avis de l'ELU pour le jeune P, cherchait avant tout un appui à sa décision, car il s'agit en effet de décisions difficiles lorsque nous parlons de risques vitaux chez un jeune. Je fais ici l'hypothèse que mon rôle aurait été différent à cette étape de la prise en charge s'il y avait eu par exemple, un grand nombre de lits d'hospitalisation disponibles et un effectif médical plus fourni. La pédiatre aurait pu indiquer une hospitalisation, puis dans un second temps faire appel à notre passage dans son service.

J'ai, à titre personnel, pu ressentir une forme de frustration au sein de ce type de prise en charge, car il me faut alors assumer des décisions médicales qui m'apparaissent être prises face à des contraintes particulières et non pas uniquement basées sur des données cliniques.

Aux contraintes institutionnelles (ressources humaines et matérielles limitées) s'ajoutent des contraintes de prise en charge spécifiques à la crise. Parmi ces contraintes, nous pouvons relever les points suivants :

- La temporalité de la crise exige une intervention rapide,
- L'évaluation psychopathologique est limitée au vu de la fluctuation des symptômes et de leur intensité,
- L'état de stress aigu peut faire émerger des signes et des symptômes qui orienteraient vers des pistes de diagnostic erronée,
- La limite entre une crise psychosociale et une crise psychopathologique n'est pas toujours bien définie et les deux peuvent co-exister.

Le travail de liaison s'articule dans la mise en commun d'informations cliniques optimisées, entre plusieurs services et professionnels, en tenant compte d'un nombre important de contraintes. Bien que mon rôle d'infirmière ici n'est pas décisionnel à proprement parlé, j'ai pour mission de délivrer les informations décisionnelles, que j'ai moi-même orientées puisque les décisions découlent de mes observations.

2. *Évaluation ambulatoire*

a. La situation de crise en ambulatoire

Une fois la décision prise de retour à domicile du patient, j'ai en charge d'approfondir l'évaluation pédopsychiatrique au cours d'une consultation ambulatoire dans les 24h suivant le retour à domicile.

Je rencontre le jeune le lendemain de son passage aux urgences, il est accompagné par sa mère. Comme nous l'avons vu, cette première rencontre apparaît comme une forme de compromis face à une potentielle indication d'hospitalisation.

Lors de mon évaluation ambulatoire, plusieurs éléments m'amènent à penser que la situation est en effet complexe. Une situation est dite complexe lorsque coexistent plusieurs facteurs bio-psycho-sociaux susceptibles de perturber la prise en charge d'un patient, voire d'aggraver son état de santé (*HAS*). Lors de mon évaluation, il s'avère que :

- Sur le plan médical, il persiste un risque suicidaire modéré, un trouble de l'humeur, une perturbation des fonctions instinctuelles, des hallucinations acoustico-verbales. Par ailleurs, il existe une rupture avec les soins mis en place initialement depuis plusieurs mois.
- Sur le plan environnemental, je recherche généralement des facteurs protecteurs tels que des parents présents et aidants, un étayage amical solide, une relation amoureuse importante pour le jeune, un animal de compagnie etc. Il s'avère que dans la situation de P, je ne retrouve aucun facteur environnemental protecteur.

Il s'agit à ce stade d'arguments forts pour indiquer une hospitalisation, indication qui existait déjà la veille, aux urgences. Je me demande alors quels ont été les intérêts de mon intervention ?

b. L'intérêt de l'évaluation spécialisée

Travailler dans une équipe de liaison pédopsychiatrique requiert une bonne connaissance de ce qu'est la crise chez les adolescents. Cela nécessite des compétences en termes d'évaluation et d'observation clinique, une aisance relationnelle et la capacité à travailler de manière coordonnée avec les autres professionnels. En effet, la crise chez l'adolescent est

multidimensionnelle car elle est le résultat d'une variété de facteurs qui interagissent entre eux. Ainsi, l'évaluation de crise ne repose pas ici que sur le RUD (risque, urgence, dangerosité). La notion de vulnérabilité est activement recherchée et exige une expérience clinique plus fine, des connaissances en psychopathologie et une bonne connaissance des différents acteurs à mobiliser.

Je ressens lors de cet entretien ambulatoire que la possibilité d'offrir une écoute active aussi rapidement à ce jeune, mais finalement, également à cette mère qui m'apparaît en détresse, va permettre de réamorcer les soins en partant sur un terrain de confiance. Il est en effet délicat d'offrir ce type d'entretien au sein des urgences, milieu particulièrement anxiogène. Ce rendez-vous proposé en ambulatoire permet de proposer un cadre soignant différent, plus confortable pour le patient. Cependant, cette situation illustre un cas au cours duquel il m'a été possible de recevoir le jeune très rapidement. Ce n'est pas toujours réalisable, ce qui me questionne sur la responsabilité de notre service, car en effet, lorsque je suis absente, il n'y a pas de prise en charge alternatives pour ce type de situation. Sans l'intervention de la liaison, le patient serait soit resté hospitalisé mais sans prise en charge psychiatrique, soit il serait retourné à domicile sans évaluation.

c. Des missions vastes et difficiles à délimiter

Au sein de cette analyse de pratique, je souhaite particulièrement mettre en lumière la façon dont mon rôle en tant qu'infirmière a profondément été questionné, au vu de la réadaptation permanente des missions de l'unité, que je portais très souvent seule et m'invitant à développer certaines compétences. Elle illustre bien un cadre d'intervention peu défini avec des missions complexes qui mobilisent des compétences dépassant le champ d'intervention infirmier.

3. *Évaluation et prise en charge hospitalière*

a. Travail de l'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique définit la collaboration mutuelle entre un patient et un soignant. Freud aborde cette notion dès 1913, comme un élément favorisant la thérapie. M-C. MATEO expose l'alliance thérapeutique de manière très concrète : « *Utilisation du concept dans la pratique professionnelle- Exemple : le psychiatre demande à l'infirmière un suivi à domicile d'une*

personne qui sort de l'hôpital. La première démarche consiste à se présenter et à faire un recueil de données le plus exhaustif possible. Il s'agit d'apprendre à se connaître, à se faire confiance afin de contractualiser avec elle la suite des soins en s'appuyant sur son projet personnel. C'est le début de l'alliance thérapeutique. » (Formarier, M. & Jovic, L. 2012)

Pour tendre vers cette relation thérapeutique d'alliance, la première étape était d'entendre le patient et de considérer chacune de ses plaintes. La considération de ce que le patient verbalise permet une meilleure compréhension de sa situation dans sa dimension bio-psycho-sociale. Au cours de la prise en charge de P, le travail d'alliance s'opère en réalité dès les premiers échanges avec la pédiatre, puis s'est développée au premier entretien d'évaluation infirmière, pendant toute la durée du séjour hospitalier, jusqu'à la préparation de la sortie et la reprise du suivi ambulatoire au CMP.

Cette partie du travail requiert de bonnes compétences relationnelles, d'analyse et d'expérience de l'urgence pédopsychiatrique. L'alliance thérapeutique doit permettre la continuité des soins psychiatriques quand ils sont nécessaires ou l'orientation vers les professionnels adéquats aux spécificités de la situation.

b. Observations cliniques sur plusieurs jours et nuits

Dans la situation de P, on retrouve les caractéristiques d'une situation complexe. Son accompagnement hospitalier nécessite l'intervention coordonnée des services de soins (pédiatrie, pédopsychiatrie), des services sociaux, de la justice et de l'éducation nationale. Les facteurs de risque sont nombreux et interdépendants.

Un facteur de risque est défini comme un élément, une variable qui augmente la probabilité que survienne un événement non attendu, indésirable. La coexistence de plusieurs facteurs de risque multiplie le risque que cet événement se produise.

Au cours de la prise en charge hospitalière de P, je relève les points suivants :

- Une situation familiale conflictuelle,
- Des antécédents de violences intra familiales,
- Des conflits au sein de l'établissement scolaire, notamment entre P et ses pairs.

Ces facteurs de risque, d'évolution défavorable, mobilisent chacune des institutions ou des personnes différentes (le milieu familial, les services sociaux, la justice, l'éducation nationale).

Dans la temporalité de la crise, ces institutions ont été interpellées pour mobiliser leurs compétences respectives.

c. Sollicitation des partenaires

Au cours de la prise en charge hospitalière de P, je suis amenée à communiquer avec divers intervenants : pédiatre, pédopsychiatre, directrice pédagogique, infirmiers, assistante sociale, psychologue, secrétaires. Le travail pluriprofessionnel est constitué des liens entre les différents professionnels ouvrant sur un espace d'interactions plus ou moins étroites qui les amène à coopérer ou collaborer. Ma mission au cours de cette prise en charge est alors de coordonner les différents niveaux de collaboration.

La collaboration entre la pédiatrie, intégrant le champ social et la pédopsychiatrie tend vers l'interdisciplinarité, définie par M. Formarier (2012) dans "*Les concepts en sciences infirmières*", comme une approche qui favorise les interactions entre les savoirs et les connaissances théoriques de chaque discipline, permet de confronter des approches et de les intégrer dans un projet commun, favorisant ainsi la résolution de questions complexes. P. Canaoui, dans son ouvrage sur la liaison pédopsychiatrique, suggère d'ailleurs que le travail de ces équipes nécessite d'aller vers une collaboration interdisciplinaire (Canaoui, P., Golse, B. & Séguret, S. 2012).

Mon travail au sein de l'équipe de liaison m'a permis de mettre en pratique ces notions, en ayant pour rôle une mise en commun et une optimisation de l'offre de soins, mais également en mobilisant des réponses au sens large à apporter dans l'environnement du jeune patient. La diversité des partenaires mobilisés pour adapter l'environnement du jeune P apparaît à la mesure de la complexité des situations des adolescents en crise psychique.

4. *Coordination de la poursuite des soins*

Alors qu'il s'agit d'aborder la question de la diversité des professionnels et d'intégrer différentes disciplines dans l'accompagnement de la crise chez les adolescents, il paraît nécessaire d'aborder comment tendre vers un travail collaboratif et organisé.

a. Concept et définition

La coordination est un concept qui s'est développée en parallèle de la métamorphose des modèles de soins et du système de santé français.

L'évolution du modèle paternaliste vers le modèle biopsychosocial de George Engel a modifié progressivement la vision de l'organisation des soins qui s'est intégrée au parcours de santé et de vie (Siksou, M. 2008). La coordination joue un rôle clef en intégrant aux soins les autres dimensions de la vie du patient.

La Direction Générale de l'Offre de Soins définit la coordination comme « *une action conjointe des professionnels de santé et des structures de soins en vue d'organiser la meilleure prise en charge des patients en situation complexe, en termes d'orientation dans le système, de programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques et d'organisation du suivi. Elle s'intègre dans la coordination du parcours de santé* »

La stratégie nationale de santé 2013-2017 a amorcé le sujet puis l'article 1 de la loi de santé 2016 a défini l'organisation de parcours de santé à travers la notion de coordination. Le plan « Ma santé 2022 » favorise l'intégration de parcours de soins.

b. La coordination du parcours de soin de P

Dans la situation du jeune P, on peut constater que la dimension sanitaire s'intrique dans un processus bien plus complexe qui admet la dimension sociale comme intrinsèque à la résolution de la crise. Cette approche est d'autant plus pertinente si l'on prend en considération les facteurs de risque et les facteurs protecteurs inhérents à la crise suicidaire chez les adolescents. Cette situation a donc nécessité un travail de coordination efficace et constant afin de mettre en lien les acteurs essentiels à la résolution de crise.

Je propose une synthèse visuelle sous forme de schéma (figure 1) afin de représenter les différentes étapes du parcours coordonné de P.

Ce schéma me permet de mettre en lumière la notion de coordination, représentée par des flèches jaunes, comme moteur essentiel entre les différentes interventions des professionnels concernés par l'accompagnement de P.

Parmi ces partenaires, indispensables dans cette situation, on retrouve l'éducation nationale représentée par le collège d'où part la crise, les services sociaux pour accompagner le jeune et sa famille dans leurs difficultés et en parallèle, la justice pour évaluer la dangerosité de la situation sur le plan des violences rapportées.

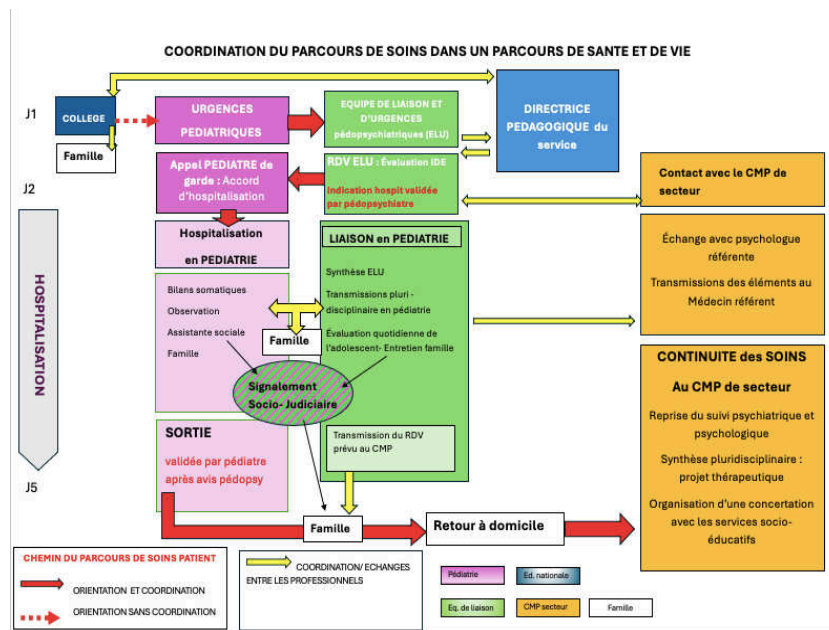


Figure 1 : schéma représentant la coordination du parcours de soins pour un patient pris en charge par la liaison pédopsychiatrique

Si la coordination est essentielle aux situations complexes, elle favorise aussi la continuité des soins. Par ailleurs, le parcours de P en pédopsychiatrie était déjà teinté d'une rupture qui pouvait s'expliquer par :

- Une organisation des soins peu lisible dans un contexte de réorganisation des unités fonctionnelles et au vu du manque de moyens médicaux,
- Les difficultés liées à l'environnement (conflit intrafamilial, épuisement parental),
- Les difficultés individuelles du patient, notamment pour s'orienter dans le temps (oublis fréquents).

Ces hypothèses mettent en lumière la nécessité d'une évaluation efficace, d'une communication interdisciplinaire pertinente et d'une cohérence continue dans le parcours de soin.

c. Le devenir du patient après l'intervention de l'équipe de liaison

Mon intervention dans la situation de P a pris fin après sa sortie d'hospitalisation, car je me suis assurée pendant le temps hospitalier que la suite des soins serait organisée comme suit :

- Sortie avec une ordonnance des traitements instaurés,
- Rendez- vous avec la psychologue dans les 48h,
- Sollicitation d'une consultation avec le médecin du CMP pour évaluer les traitements instaurés en hospitalisation,
- Mise à disposition téléphonique de l'ELU.

VI. Discussion

1. Principaux résultats

La prise en soin des adolescents en situation de crise psychique est un travail spécifique de la pédopsychiatrie. Il nécessite l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire formée à la clinique de la crise et à l'analyse des besoins bio-psycho- sociaux des adolescents. Ce type d'intervention est largement dédié aux équipes de liaison pédopsychiatriques.

L'analyse de pratique professionnelle que je présente dans ce mémoire m'a permis de réaliser un travail réflexif d'auto-évaluation, en me questionnant sur les intérêts et les limites d'une telle activité. Ce travail m'a notamment permis de considérer des perspectives nouvelles, dans le cadre de mon évolution professionnelle

A travers la situation de P, le travail d'analyse a permis de suivre le parcours d'un adolescent en situation de crise, de son arrivée aux urgences pédiatriques jusqu'à son orientation après sa sortie.

Au cours de mon analyse, il m'est apparu notamment que la coordination d'un tel parcours est d'un grand intérêt pour la continuité et la cohérence d'une prise en charge complexe. Cette coordination est le cœur d'un travail de liaison.

Au- delà d'assurer une interface entre la pédiatrie et la pédopsychiatrie, le travail de liaison favorise les liens entre les différents professionnels qui gravitent autour du jeune et convoquent ceux qui pourraient jouer un rôle dans la résolution de crise. Elle inclue alors coopération, collaboration pluriprofessionnelle et un travail pluridisciplinaire inhérent à la collaboration entre la pédiatrie et la pédopsychiatrie.

Comme nous l'avons vu dans le chapitre V, le travail de coordination favorise largement la continuité des soins et évite ainsi les ruptures thérapeutiques.

Mon expérience professionnelle au sein d'une équipe de liaison m'a fortement incitée à développer des compétences, des connaissances et un savoir- faire, spécifiques à la crise. En pédopsychiatrie, l'expertise clinique est essentielle pour les missions d'évaluation de la crise

suicidaire et dans le repérage des troubles nécessitant un suivi psychiatrique. Elle permet également de mieux orienter les jeunes après le temps de la crise. En effet, la crise ne nécessite pas toujours proposer un suivi dans un service hospitalier de pédopsychiatrie. L'orientation vers les acteurs de première ligne pourrait permettre un désengorgement de la pédopsychiatrie, comme le souligne le rapport de juin 2023 de la cour des comptes.

Au cours de mon analyse de pratique il m'est par ailleurs apparu qu'une limite importante à ce type de travail était de maintenir un cadre d'intervention clair, qui tienne dans le temps, face à une sollicitation très importante et multiple.

En effet, si l'offre de soin pédopsychiatrique est insuffisante sur un secteur, les équipes de liaison peuvent être sur-sollicitées pour leur flexibilité, leur réactivité et leur expertise de l'adolescent en crise. L'amplitude de leur activité pouvant se limiter à la liaison ou selon certains établissements, s'étendre à de l'évaluation ambulatoire, au travail post- crise, à l'évaluation de crise psycho-traumatique. Cette richesse de pratique a donc à mon sens aussi un aspect délétère et limitant, en sur-adaptant parfois l'offre de soins au risque de ne plus pouvoir fournir un travail qualitatif et d'épuiser les ressources.

Une autre limite au travail de liaison me semble être l'état de crise en soi, frein à une évaluation psychiatrique optimale, avec un risque de mauvaise orientation ou précipitation des décisions. De part une démographie médicale lacunaire, les évaluations s'appuient fortement sur les équipes paramédicales, notamment sur les infirmiers. Cela leur demande alors une grande autonomie et de bonnes capacités d'évaluation clinique. Cependant, leur champ de compétences et d'autonomie limite leur intervention et mobilise encore beaucoup de temps médical. Ce que j'analyse dans ma pratique, c'est que je peux pallier partiellement et temporairement à cette carence médicale mais qu'il n'est pas possible d'y répondre entièrement.

Comme déjà évoqué plus haut, la collaboration avec les équipes de pédiatrie est inhérente à la liaison pédopsychiatrique et d'autant plus quand le secteur n'est pas doté de lits d'hospitalisation pédopsychiatriques.

Les urgences pédiatriques sont de plus en plus sollicitées dans la gestion de la crise des adolescents. Si la tendance est constatée et documentée, il semble important de se questionner sur quelles solutions pourraient être engagées pour agir auprès des adolescents, en amont de la crise.

Dans un contexte de prise de conscience de la part des pouvoirs publics concernant les difficultés d'accès aux soins psychiques des jeunes, ce questionnement concerne l'organisation des services de pédopsychiatrie mais aussi les professionnels de première ligne. Ces derniers

ont un rôle primordial à jouer dans le repérage précoce et l'orientation des adolescents en difficulté psychique.

La pédopsychiatrie tient un rôle évident dans la gestion des situations de crise des adolescents. Pourtant le paysage médical montre un manque crucial de pédopsychiatres qui ne facilite pas une organisation optimale de la pédopsychiatrie.

La restructuration du système de santé a permis de voir éclore de nouvelles stratégies et de nouvelles professions. On peut citer la création de la pratique avancée, notamment l'infirmier(ère) en pratique avancée (IPA).

2. Discussion de la méthode

En s'appuyant sur un récit d'une situation complexe et authentique, cette analyse des pratiques professionnelles, étayée par des références théoriques, a permis de mettre en avant l'intérêt de l'intervention des équipes de liaison, notamment leurs spécificités en termes de gestion de la crise chez les adolescents et de travail collaboratif dans les situations complexes. Le travail s'est développé autour de l'intervention infirmière et a permis une projection en qualité d'infirmière en pratique avancée.

Les limites ont pu être explorées de manière concrète à travers la situation vécue au sein d'une équipe de liaison.

L'organisation spécifique de l'équipe de liaison citée dans le récit et la sur-sollicitation des services d'urgence amorcent une réflexion sur l'intérêt de créer un dispositif d'évaluation ambulatoire en amont de la crise.

Cependant, ce travail montre aussi ses limites. En premier lieu, le niveau de preuves scientifiques est faible, ne permettant pas de répondre à une question de recherche.

L'analyse critique a tenu compte de la spécificité des missions de l'équipe de liaison dans laquelle je suis intervenue. Ses points forts comme ses faiblesses lui sont spécifiques et ne permettent pas de l'étendre à tous les dispositifs existants.

3. Perspectives

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé français a instauré dans son article 119 un exercice de la pratique avancée pour les paramédicaux. La profession infirmière a été directement concernée par ce texte.

La pratique avancée a été définie en 2018 par le décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018.

Le texte relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée apparaît à l'article R. 4301-1 :

« L'infirmier exerçant en pratique avancée dispose de compétences élargies, par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'État, validées par le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée délivré par les universités dans les conditions définies aux articles D. 636-73 à D. 636-81 du code de l'éducation. « Il participe à la prise en charge globale des patients dont le suivi lui est confié par un médecin, conformément aux dispositions de l'article L. 4301-1 du présent code. La conduite diagnostique et les choix thérapeutiques sont définis par ce médecin et mis en œuvre dans les conditions définies au présent article ainsi qu'aux articles R. 4301-2 à R. 4301-7 et D. 4301-8. »

Le décret n° 2019-836 du 12 août 2019 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée étendra la pratique avancée au domaine de la psychiatrie et la santé mentale.

Ann Hamric a permis de conceptualiser la pratique avancée en y plaçant l'activité clinique au centre de la pratique et autour de laquelle se déclinent six autres compétences (Richard, F. 2022) :

- L'expertise et l'accompagnement du patient,
- La collaboration,
- La prise de décision éthique,
- La consultation,
- Le leadership,
- La recherche.

L'intégration des IPA en équipe de liaison est encore peu explorée à ce jour. Pourtant, leur champ de compétences rejoint les besoins spécifiques d'une équipe de liaison. La coordination et la prise de décision éthique dans les situations complexes, l'expertise clinique, l'accompagnement du patient et le leadership pourraient être explorés dans ce type d'exercice et en collaboration rapprochée avec le pédopsychiatre.

D'autres missions comme les consultations post-crise, les premières évaluations ambulatoires et les consultations dédiées aux adolescents ayant besoin d'un suivi psychiatrique pourraient être assez largement assurées par l'IPA au regard de son référentiel d'activités et de son autonomie.

Ce dernier point amène à une réflexion sur l'intégration des compétences de l'IPA dans la gestion des demandes pour les adolescents qui présentent les prémices d'une crise et ce afin d'éviter que leur situation ne se dégrade jusqu'à un passage aux urgences.

Les perspectives issues de ce travail s'appuient sur l'intérêt de la coordination et de l'expertise clinique en équipe de liaison et en tenant compte des limites explorées.

Le champ de compétences de l'IPA pourrait être introduit dans le travail auprès des adolescents en crise et compléter une équipe de liaison déjà bien organisée :

- Dans un travail de collaboration avec les infirmiers(ère)s de l'équipe, l'IPA pourrait mettre à profit son expertise clinique en matière d'évaluation du risque suicidaire et psychopathologique,
- L'IPA pourrait sensibiliser à l'amélioration des pratiques,
- Selon le référentiel d'activités élargi, l'IPA pourrait réaliser des actes autrefois réservés au médecin, afin de fluidifier le parcours de soins des jeunes (évaluation et renouvellement de thérapeutiques, prescription des bilans pré- thérapeutiques) favorisant également une optimisation des temps médicaux.
- Ses compétences en matière de coordination pourraient être mobilisées dans les situations complexes, favorisant le parcours de soins, de santé et de vie.

Dans une autre mesure, la création d'une première consultation pour les adolescents présentant les prémices de la crise pourrait être proposé par l'IPA. Ces consultations pourraient répondre aux passages par les urgences n'ayant pas nécessité d'hospitalisation, aux appels des familles dont l'adolescent présente des premiers signes de la crise.

En plus d'œuvrer pour le repérage précoce et de faciliter l'accès aux soins pédopsychiatriques, ce type de consultation permettrait de mieux identifier les besoins et de réorienter le jeune et sa famille vers d'autres types de structures ou vers les institutions adéquates.

Une dernière perspective concernant l'accompagnement des adolescents se situe après la crise. Le manque cruel de pédopsychiatres entraîne une irrégularité des consultations. En collaboration avec le médecin, l'autonomie de l'IPA permettrait de proposer un suivi plus régulier aux adolescents ayant besoin de soins psychiatriques, notamment les jeunes dont la crise a mis en relief les prodromes d'une pathologie psychiatrique.

VII. Conclusion

Le travail réalisé pour la rédaction de ce mémoire a été motivé par un goût particulier pour la pédopsychiatrie et encore plus pour la crise dans la population adolescente.

Mon expérience dans une équipe de liaison et d'urgence m'a permis la rédaction et l'analyse critique d'une situation vécue en qualité d'infirmière. Par ailleurs, elle a été le point de départ à la formation d'infirmière en pratique avancée.

J'ai choisi de m'appuyer sur une situation concrète pour réaliser une analyse de pratique professionnelle afin d'explorer tout l'intérêt du travail de liaison dans l'accompagnement de la crise chez les adolescents. Le choix de la méthode RSCA me semblait la plus judicieuse pour amorcer une réflexion sur les missions de ces équipes tout en considérant la spécificité de la crise chez un jeune patient. Ce travail m'a donc permis de souligner les besoins en termes d'expertise clinique et de coordination pour travailler auprès de cette population. En prolongeant l'investigation jusqu'aux limites des équipes de liaison, cet écrit amorce une réflexion sur leur organisation et sur l'intérêt de développer des dispositifs qui répondent aux besoins de réactivité, d'expertise clinique et de coordination que sollicite la crise chez les adolescents.

Avec le recul des deux années de formation, l'analyse s'est enrichie des apports théoriques et le fil conducteur de la pratique avancée, en filigrane, m'a donné l'opportunité de me projeter dans mes futures fonctions d'infirmière en pratique avancée en psychiatrie et santé mentale, auprès des jeunes en crise.

Les limites du fonctionnement des équipes de liaison questionnent l'intérêt d'explorer, dans un travail de recherche, l'intégration des compétences de l'infirmier(ère) en pratique avancée dans l'organisation des soins pédopsychiatriques concernant la gestion de la crise chez les adolescents.

Bibliographie

Documents en ligne :

Amiel.M (2017). Rapport d'information. Situation de la psychiatrie des mineurs en France, *Les difficultés d'accès aux soins psychiatriques*. 4 avril 2017

<https://www.senat.fr/rap/r16-494/r16-49410.html#toc248>

Conseil de l'ordre des médecins (2023). Atlas de la démographie médicale, *Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales*. Situation au 1^{er} janvier 2023.

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/egnnt2/cnom_atlas_demographie_2023_approche_territoriale_des_specialites.pdf

Cour des Comptes. La pédopsychiatrie (2023, Mars 21)

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-pedopsychiatrie>

DGOS. Extrait de la fiche pratique 01, L'appui à la coordination (Guide- réseaux- de- santé. Pdf)

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf

DREES (2020). Une dégradation de la santé mentale chez les jeunes en 2020 *Résultats issus de la 2e vague de l'enquête EpiCov*.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-10/ER1210.pdf>

Haute Autorité de Santé (HAS) Recommandation de bonne pratique. *Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours*.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1782013/fr/manifestations-depressives-a-l-adolescence-reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-en-soins-de-premier-recours

Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022. *Améliorer la transversalité et la continuité des parcours en santé mentale* p.48 ; *Assurer la continuité des parcours avec une offre transversale entre acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux* p.50
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab2000f04b9476d7a8ea89fb2d6a5a4540d0ebbbcb67be3f67046c2733a9552bb0347708416a465b143000fe9bff91ef4e8e81da2260a03a720cf71fd5dca4a7b508f59f4d5817a273b86b3d8e2ab04c716461c8f79d6e9fae7106

La Revue du praticien (2020). *La pédopsychiatrie : plébiscitée mais menacée de disparition*.
<https://www.larevuedupraticien.fr/article/pedopsychiatrie-plebiscitee-mais-menacee-de-disparition>

Organisation Mondiale de la Santé, (2021) *Santé mentale des adolescents*.
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Organisation Mondiale de la Santé, *Santé des adolescents*
https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

<https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/jdp.260.0052>

Société Française de Médecine d'Urgence – SFMU (2022). *Actualités de l'Urgence- APM*
https://www.sfmou.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/la-hausse-des-jeunes-allant-aux-urgences-pour-des-motifs-psychiatriques-depuis-le-covid-se-poursuit/new_id/68746#

https://www.sfmou.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/la-pandemie-de-covid-19-a-des-effets-persistants-sur-la-sante-mentale-des-enfants-et-adolescents-trois-ans-apres/new_id/69487

Articles :

Chatagner. A· Raynaud. J-P (2013) Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence
Pages 8-16. *Adolescents et urgences pédopsychiatriques : revue de la littérature et réflexion*.

Baux Cazal Lucie (2015). *Les conduites suicidaires et leur prévention chez l'enfant de moins de 13 ans : une revue de la littérature internationale*. Médecine humaine et pathologie.
dumas-01166257

Blondon et coll., (2007) « *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 de l'adolescence*.

Gill, P. J., Saunders, N., Gandhi, S., Gonzalez, A., Kurdyak, P., Vigod, S., & Guttman, A. (2017). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry Emergency Department as a First Contact for Mental Health Problems in Children and Youth*.

Guédeney, A. & Dugravier, R. (2006). La psychiatrie de l'enfant, 49, 227-278. *Les facteurs de risque familiaux et environnementaux des troubles du comportement chez le jeune enfant : une revue de la littérature scientifique anglo-saxonne*.

Richard, F. (2022). Infirmier en pratique avancée, nouvel acteur de santé. *Nouvelle Revue de l'Enfance et de l'Adolescence*, 7, 147-152

Siksou, M. (2008). Georges Libman Engel (1913-1999) : Le modèle biopsychosocial et la critique du réductionnisme biomédical. *Le Journal des psychologues*, 260, 52-55

Ouvrages :

Canouï, P., Golse, B. & Séguret, S. (2012). *La pédopsychiatrie de liaison : L'hôpital Necker au quotidien*. Érès.

Chapitre d'ouvrage :

Caplan, G. 1964. *Principles of Preventive Psychiatry*, P53. Edité par Basic BooksInc

Formarier, M. (2012). Interdisciplinarité. Dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières : 2ème édition* (pp. 210-211). Toulouse : Association de Recherche en Soins Infirmiers.

Vulser, H. & Lanvin, V. (2018). Chapitre 1. Aspects historiques. Dans : Cédric Lemogne éd., *Psychiatrie de liaison* (pp. 1-9). Cachan : Lavoisier.

Textes législatifs :

Circulaire n°39-92 DH PE/DGS du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques

<https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/article/priorite-4>

Référentiel d'activités. Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée,

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037218463>

Code de la Santé Publique, Exercice en pratique avancée, section 1.

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000038549827/

Auteure : Virginie TROJAN

Soutenance le 01/07/2024

Titre du mémoire : Coordination du parcours pour les adolescents en crise psychique : Intérêts et limites d'une activité de liaison pédopsychiatrique.

Title: *Coordinating the Care of Adolescents in Psychic Crisis: Advantages and Limitations of a Child Psychiatric Liaison Unit.*

Mots- clés : Pédopsychiatrie- Adolescent- Crise Psychologique- Équipe de Liaison- Coordination

Key words : Child psychiatric- Adolescent- Psychological Crisis- Liaison Unit- Coordination

Résumé :

Contexte : Les équipes de liaison pédopsychiatriques sont amenées à accompagner les adolescents faisant face à une crise psychique. Ce type d'accompagnement nécessite une expertise de la crise et des compétences de coordination afin de s'articuler avec les différents acteurs qui gravitent autour du jeune. L'objet de cette analyse de pratique professionnelle est d'étudier l'intérêt et les limites de leur intervention.

Méthode : L'analyse de pratique professionnelle s'appuie sur un récit de situation complexe et authentique d'un adolescent hospitalisé en pédiatrie au centre hospitalier de Lens lors d'une crise psychologique et qui est en rupture de soin.

Résultats : L'intervention spécifique des équipes de liaison est nécessaire. Les besoins des adolescents en situation de crise psychique nécessitent une intervention précoce et l'expertise des équipes de liaison. Cependant, elles montrent aussi des limites qui amènent à questionner leur organisation.

Discussion :

Dans un contexte de démographie médicale lacunaire, alors que la demande de soins psychiques pour les adolescents a considérablement augmenté, les infirmiers sont amenés à développer leur autonomie pour y répondre. Le champ de compétences élargi de l'IPA pourrait prendre une place dans l'organisation de ces équipes et répondre à certains besoins.

Conclusion : Les équipes de liaison pédopsychiatriques sont nécessaires dans l'accompagnement des adolescents en crise. Introduire les compétences de l'IPA est une piste d'amélioration de leur organisation.

Abstract:

Background: Child psychiatric liaison teams are called upon to provide support for adolescents experiencing a psychological crisis. This type of support requires crisis expertise and coordination skills, to work with the various players involved in the young person's life. The aim of this analysis of professional practice is to study the benefits and limits of their intervention.

Method: The analysis of professional practice is based on a complex and authentic situation account of an adolescent hospitalized in pediatrics during a psychological crisis and who interrupted his psychological care.

Expected results: Specific intervention by liaison unit is necessary. The needs of adolescents in psychic crisis require early care and the expertise of liaison teams. However, they also have limitations that call into question their organization.

Discussion: Against a backdrop of insufficient medical demographics, and at a time when the demand for psychological care for adolescents has risen considerably, nurses are having to develop their autonomy in order to meet this need. The expanded scope of APN skills could play a role in the organization of these teams and meet certain needs.

Conclusion: Child psychiatric liaison units are essential to support adolescents in crisis. Introducing APN skills is one way of improving their organization.

Directeur de mémoire :

Dr COUTIN Léa, Pédopsychiatre.