Revues générales

À propos de la pédopsychiatrie de liaison

RÉSUMÉ : Les sollicitations du corps médical pour des interventions de pédopsychiatrie de liaison à l'hôpital général et pédiatrique connaissent un net accroissement de nos jours, nécessitant ainsi de repenser la question de définition des modalités, du cadre et des objectifs de ces interventions. Les activités de l'équipe de pédopsychiatrie de liaison sont extrêmement diversifiées, et sont orientées en direction du patient, son entourage ainsi que de l'équipe soignante. Une certaine concordance des pratiques est nécessaire entre attentes d'un côté et réponses de l'autre.

B. AABBASSI
Service universitaire de Pédopsychiatrie, hôpital Ibn Nafis, CHU Mohamed VI.
Laboratoire de recherche "Enfance, santé et développement", faculté de Médecine et de Pharmacie, MARRAKECH, MAROC.

Selon R. Zumbrunnen, la pédopsychiatrie de liaison est "*la partie de la psychiatrie et de la psychologie clinique qui s'occupe des troubles psychiatriques se manifestant chez les patients atteints de pathologies somatiques*". Une définition qui a le mérite de la simplicité mais qui ne semble pas recouvrir tout le champ de cette discipline. Pour S.-M. Consoli, "*la psychiatrie de liaison consiste à mettre à la disposition des services de médecine, de chirurgie et d'obstétrique d'un hôpital général, les compétences de professionnels, experts dans le domaine de la souffrance psychique et de la santé mentale, pour répondre aux besoins des patients, de leur entourage ou des soignants qui en ont la charge*", incluant ainsi l'ensemble des prestations cliniques, thérapeutiques, préventives et de recherche données par l'équipe pédopsychiatrique dans les autres sections de l'hôpital pédiatrique. Il est capital de noter que le praticien pédopsychiatre opère ses missions dans la transversalité, autour du corps et de la psyché.

Les missions

Les activités de l'équipe de pédopsychiatrie de liaison sont extrêmement diversifiées, et sont orientées en direction du patient, son entourage et de l'équipe soignante. On individualise six types d'interventions :

1. Des interventions à caractère diagnostique :

>>> Pour établir un diagnostic psychiatrique chez un patient souffrant d'une affection organique.

>>> Ou contribuer au diagnostic différentiel entre troubles somatiques liés à une affection organique et troubles somatoformes sans organicité sous-jacente.

2. Des interventions à caractère thérapeutique :

>>> La prescription d'un traitement psychotrope.

>>> La discussion d'une indication de psychothérapie.

>>> La médiation entre l'équipe médicochirurgicale et les structures psychiatriques déjà engagées dans la prise en charge d'un patient.

3. Des interventions à caractère multidisciplinaire :

>>> Consultations conjointes associant un psychiatre et un somaticien.

>>> La préparation à une intervention chirurgicale majeure (exemple une greffe d'organe).

>>> La participation au staff médical au cours duquel le cas d'un patient difficile est discuté.

4. Des interventions à caractère pragmatique, afin d'orienter un patient vers une structure de soins psychiatriques.

5. Des interventions à caractère pédagogique à travers l'animation de groupes de paroles de soignants, soutien aux équipes soignantes en difficulté ou en souffrance, exposé synthétique sur un thème effectué à visée didactique.

6. Des interventions à caractère scientifique par la participation à des publications scientifiques et des travaux de recherche.

Le cadre et l'organisation des activités

Il s'agit bien de la mission d'être au service "du malade de l'autre". Le pédopsychiatre est appelé à intervenir dans un autre cadre que son cadre de travail habituel. Il va généralement se déplacer vers un autre service, voire une autre institution que la sienne pour rencontrer le malade du service demandeur. C'est une situation de rencontre, avec l'enfant et ses parents mais aussi avec des collègues d'autres disciplines où l'organique est roi et le corps occupe une place centrale. Il y a là toute la dimension de la "clinique du réel". Cette fascination de la position médico-technique reconquise ne doit pas dissimuler l'identité du pédopsychiatre qui, à la base, vient recueillir le récit subjectif de l'enfant hospitalisé et symboliser le réel de la maladie ou du traumatisme. Force est de constater que le pédopsychiatre de liaison se situe dans une position intermédiaire, au carrefour de la psychiatrie et de la médecine. Il se démarque de la psychiatrie générale, par l'intérêt qu'il accorde systématiquement aux dimensions biologiques et physiques ; et il se distingue des somaticiens par la prise en compte des aspects psychologiques et sociaux. Néanmoins, certaines conditions préalables permettent d'assurer l'ancrage du travail de pédopsychiatrie de liaison. D'abord, l'intervention du pédopsychiatre doit faire l'objet d'une reconnaissance officielle au sein du centre hospitalier qui en bénéficie. Ceci mérite d'être discuté longuement en réunion où siègent tous les intervenants hospitaliers. C'est un "cérémonial" qui aura pour objectif de définir le cadre, la nature de l'alliance du travail. Plusieurs modèles d'organisation peuvent être distingués :
– **le modèle 1 :** le pédopsychiatre est attaché à un service pédiatrique dans lequel il intervient sans coordination pédopsychiatrique au sein de l'hôpital ;
– **le modèle 2 :** les pédopsychiatres et pédiatres de services différents travaillent dans le même lieu. Le pédopsychiatre participe à la visite, aux réunions d'équipe et aux prises de décision de la pédiatrie ;
– **le modèle 3 :** le dispositif de pédopsychiatrie de liaison est organisé en unité autonome qui répond aux besoins de l'ensemble de l'hôpital pédiatrique ;
– **le modèle 4 :** qui est un modèle pédiatrique pur où l'équipe pédiatrique est formée aux concepts psychopathologiques de l'enfance et reste alors seule à poser les indications de la prise en charge et de la sortie.

Ces activités vont s'effectuer dans le cadre d'une liaison périnatale avec l'équipe de la maternité et des services de pédiatrie concernant le bébé et le très jeune enfant, le post-partum à la maternité, l'unité de développement et le service des bébés âgés de moins de 1 an. Ou encore, la liaison "enfants et adolescents" qui concerne d'une part la liaison avec le service de pédiatrie générale, mais également la prise en charge globale des enfants présentant des maladies chroniques, une atteinte oncologique, des greffes, etc.

Vers quelle articulation entre le pédiatre et le pédopsychiatre ?

À l'hôpital pédiatrique, deux positions s'opposent classiquement : d'un côté la démarche médicale, pédiatrique ; une médecine scopique où la maladie pousse à voir, parfois sans entendre. Par exemple, l'ophtalmologiste opère un œil et non un regard. Et de l'autre côté, la pédopsychiatrie, médecine psychique qui pourrait avoir tendance à entendre sans voir et pour qui le corps n'est pas l'enjeu central. Ces cultures différentes entre les deux praticiens peut amener à des fausses routes aussi fréquentes que dangereuses. Par exemple, quand la consultation psychiatrique devient un examen complémentaire, systématique, au même titre qu'une glycémie ou une radiographie. Ou plutôt, lorsque la consultation psychiatrique est définie comme une exclusion, quand les troubles psychologiques apparaissent comme des phénomènes parasites à résoudre et à effacer. Autant de situations capables de générer des déceptions du côté du pédiatre, en attente d'explications de causes à effets.

La question de la demande

L'analyse de la demande est un préalable incontournable avant toute rencontre avec un enfant. Pour le psychiatre, la vraie demande n'est pas tant : quand faire appel au psychiatre ? Mais : Qui demande quoi ? Pour qui ? Pourquoi ?". Elle va conditionner ses modalités de réponses, sa position à l'égard de l'enfant (et de ses parents) et sa place auprès de l'équipe soignante de pédiatrie. Un contact direct ou écrit garantit un bon ajustement de la réponse en termes d'évaluation, de traitement symptomatique ou de prise en charge spécialisée.

Revues générales

Il faudra donc :
– identifier le demandeur, ce qui détermine le moment de cette demande, le(s) motif(s) de la consultation et les questions posées. Le demandeur est, en principe, le médecin référent du cas. Cette précaution évite les demandes prématurées, non concertées et surtout les conflits de responsabilité médico-administrative ;
– préciser le degré d'urgence de la consultation (immédiate/dans la journée/programmée) ;
– informer le patient et sa famille de la consultation pédopsychiatrique.

Chaque pédiatre a une vision du recours à la pédopsychiatrie. Certains sollicitent rarement une consultation ou ne réagissent qu'à une problématique. D'autres ont des demandes fréquentes en fonction de leur sensibilité à la souffrance de l'enfant ou une difficulté à y faire face. Parfois, ces sollicitations témoignent d'une surestimation des possibilités de la pédopsychiatrie, de la sous-estimation des interventions déjà en place ou simplement du désir de passer le relais devant un cas difficile.

Vignette clinique : Jalil est un garçon de 6 ans qui, à la suite de troubles de conscience, est hospitalisé en service de pédiatrie. Un diagnostic de diabète insulino-dépendant est porté depuis 2 ans, l'enfant, refusant les injections d'insuline, le régime alimentaire et la restriction des activités, se retrouve en état d'acidocétose. Le pédiatre désemparé par l'attitude opposante de Jalil, fait appel au pédopsychiatre de liaison. Jalil est un garçon attachant, au discours spontanément cohérent, explique ne pas comprendre pourquoi il doit se faire piquer plusieurs fois par jour. Il aime jouer au football mais n'en joue plus comme avant, il aime les bonbons "mais on lui interdit d'y toucher". La maman, qui semble impliquée lors de l'entretien, ne comprend pas les consignes du pédiatre. Quant au papa, il n'est pas convaincu du diagnostic de diabète chez un garçon de 6 ans : "*le diabète, c'est pour les vieux !*" L'entretien pédopsychiatrique ne relève pas de trouble psychiatrique caractérisé, mais l'éducation à la maladie et l'annonce diagnostique semblent être faites "à la hâte" aux parents, l'enfant n'y était pas activement associé. Une psychoéducation sur plusieurs séances a été programmée avec le médecin référent.

La question de l'urgence en liaison

Le pédopsychiatre n'aime pas l'urgence. Il a un rapport au temps différent de celui du pédiatre. L'urgence subjective existe bien, elle est à prendre en compte. Mais la réponse se déroulera et s'inscrira dans le temps, dans une relation qui s'instaurera progressivement. C'est tout le sens des "soins intensifs psychiques", avec des consultations quotidiennes. Le consultant de psychiatrie de liaison devrait pouvoir intervenir de façon rapide, efficace et souple. Ce qui semble capital, c'est que cette urgence soit entendue et que les moyens soient mis en place pour accueillir et entendre cette souffrance. Ce qui ne veut pas dire que la solution soit trouvée en urgence.

Vignette clinique : Laila est hospitalisée depuis 2 mois en service de chirurgie réparatrice suite à un accident domestique occasionnant des brûlures de 3e degré sur 60 % de la surface de son corps. L'urgence pour l'équipe de la chirurgie réparatrice est une reprise de poids qui conditionnera son pronostic vital. Mais Laila rapporte une perte d'appétit avec une fatigabilité générale et une humeur manifestement triste. Il s'agit d'une dépression dans un contexte post-traumatique aigu. Les tentatives de réalimentation par sonde gastrique échouent et les désordres métaboliques compliquent la prescription de médicaments psychotropes. Nous nous interrogeons sur l'abord psychothérapeutique au chevet du malade. Quel effet ? À quelle rapidité d'effet s'attendre ? Le médecin réanimateur exige un regain de poids de 2 kg afin de passer à l'abord chirurgical des surfaces cutanées atteintes. L'avis du pédopsychiatre se réduit à la réalimentation et la reprise de poids, à la fin d'une série de tentatives échouées pour sauver une situation clinique complexe.

Dans le cadre de la liaison, il existe divers types de situations d'urgence :

- Les urgences vraies regroupent les situations de détresse, de danger, de gravité, d'imminence de complications, imposant une intervention rapide : tentatives de suicide, états dépressifs caractérisés, épisodes psychotiques aigus, troubles du comportement, troubles des conduites alimentaires avec menace physiologique et/ou stress post-traumatique, détresse liée à l'environnement, sévices et aggravation du comportement dans le cadre de troubles du neurodéveloppement.

- Les interventions sans délai répondant à des demandes pour avis diagnostique ou thérapeutique pour une décision à prendre : sortie de l'hôpital, indication d'examens complémentaires, orientation. Elles réclament une intervention dans la journée.

- Et les "nouvelles" urgences accompagnant les progrès de la pédiatrie : aide à l'évaluation diagnostique ou thérapeutique, à la prévention des conséquences de situations à risques (naissance prématurée avec complications, naissance d'enfants malformés, naissances multiples avec décès d'un ou plusieurs enfants, mort subite du nourrisson).

Le symptôme

Le symptôme initialement rapporté est somatique. Il a conduit à une hospitalisation dans un service de médecine ou de chirurgie. Le symptôme psychique se révèle durant l'hospitalisation, rapporté aux soignants ou perçu par ceux-ci comme pathologique pour générer une demande auprès de l'équipe de liaison. Les motifs regroupent habituellement les

troubles psychosomatiques et fonctionnels, les problèmes médicosociaux et les symptômes psychiatriques proprement dits. La première difficulté rencontrée par les équipes de psychiatrie de liaison est donc l'élaboration de ce symptôme psychique.

Vignette clinique : Zahira a 13 ans, elle est reçue en service de chirurgie pédiatrique pour un polytraumatisme à multiples points de fracture à la suite d'une chute accidentelle du deuxième étage de sa maison. De J1 à J5 postopératoire, elle est accompagnée par sa mère. Zahira est silencieuse, apathique et en retrait relationnel vis-à-vis de l'équipe soignante. La mère paraît plutôt omniprésente dans le service, occupant le couloir et les salles d'examen, très sociable, ceci contrastant avec une distance relationnelle et un détachement vis-à-vis de l'état de santé critique de sa fille.

Lors d'une évaluation par son chirurgien, sans la présence de la mère, Zahira rapporte qu'il ne s'agit pas d'un accident : sa mère l'aurait poussée du balcon intentionnellement ! La condition médicolégale s'impose devant ce contexte de maltraitance. Le médecin légiste et le pédopsychiatre s'associent à la situation. Le signalement est fait aux autorités judiciaires compétentes et la procédure judiciaire est entamée avec la mise en place de mesures de protection de la fille. Le suivi psychothérapeutique est proposé à l'adolescente.

Les troubles chez l'enfant hospitalisé

L'examen pédopsychiatrique est multidimensionnel : évaluation du malade, évaluation des liens malade-soignants, évaluation des réactions et du vécu parental. Les troubles relèvent de trois registres : comportemental, affectif et relationnel, et psychosomatique.

Entrer à l'hôpital serait déjà un évènement de vie agressif pour l'enfant. Et l'hospitalisation aurait une dimension traumatique, quel que soit son motif. L'appareil psychique de l'enfant est soumis brusquement à une surcharge d'excitation non maîtrisable et se retrouve en état de détresse. Ce traumatisme induit une effraction dans l'espace psychique interne, une certaine béance psychique qui a pour effet de bouleverser les repères et induire une incontinuité temporelle. Le rôle du pédopsychiatre est de permettre à l'enfant d'évoquer son vécu, ses souvenirs, et de reconstruire une histoire psychique interrompue.

Vignette clinique : Fatima est une adolescente de 16 ans, hospitalisée en service de néphrologie depuis 3 semaines pour insuffisance rénale chronique terminale en décompensation métabolique. Elle est suivie par l'équipe de néphrologie depuis l'âge de 13 ans et fréquente le service régulièrement pour ses séances hebdomadaires d'hémodialyse (à un rythme de trois séances par semaine). Elle est décrite comme très proche de l'équipe soignante, coopérante pour les soins mais depuis le début de cette dernière hospitalisation, Fatima refuse les prises de sang, devient agressive par moment, difficilement consolable. Elle s'agite principalement le soir, la tension s'installe dans la relation avec les soignants. Le pédopsychiatre est appelé pour évaluer la situation. Il y a là un changement de repères imposé par l'hospitalisation mais pas que ! Fatima réussit brillamment à l'école malgré l'absentéisme causé par les soins. Elle aime bien les rencontres familiales chaque dimanche. Elle perçoit donc son hospitalisation comme "une rupture" d'un vécu "serein" qu'elle a su se construire malgré sa maladie assez invalidante. Elle avait noué des relations d'amitié avec deux malades au service de néphrologie durant ce moment d'hospitalisation, une ado de 15 ans et un enfant de 8 ans, les deux ayant décédé la même semaine, pourtant "si motivés à guérir", dit-elle. Avec la réalisation de la dimension "fatale" de sa maladie, le double deuil et l'identification, Fatima sombre dans l'angoisse mortifère.

D'après Lewis et Leebens, certains facteurs de risque sont incriminés dans la genèse des troubles :

1. Ceux relatifs à l'enfant et à son environnement

- L'âge de l'enfant et son niveau de développement. Certains soins viennent raisonner avec des problématiques développementales activant le réel des angoisses archaïques de morcellement ou de dévoration, de vidage, de castration. Deux groupes d'âge, notamment en chirurgie, méritent une attention particulière : le nourrisson, chez qui la chirurgie et les soins de suites peuvent venir troubler le schéma corporel et entraver l'établissement de relations précoces, et l'adolescent dont la vulnérabilité narcissique, la crainte de la soumission et de la passivité s'accommodent mal avec les soins.

- Antécédents de troubles psychopathologiques chez l'enfant.

- Perturbations des relations parents-enfant dépendant de la personnalité parentale, du fonctionnement du couple et de la famille, la place de la maladie dans l'histoire familiale et les modes relationnels parents-enfant. L'enfant est investi sur un mode narcissique de culpabilité inconsciente envers cet enfant insatisfaisant car malformé ou malade avec des tendances tantôt à la surprotection, tantôt à la négligence et la maltraitance.

- Trouble psychiatrique chez l'un ou l'autre des parents.

- Diagnostic ambigu ou pronostic sévère (vital ou fonctionnel).

- Maladie chronique (durée de la maladie et la répétition des soins) et hospitalisations multiples.

- Préparation psychologique à l'hospitalisation insuffisante et procédures invasives.

Revues générales

● Compréhension de la maladie par les parents insuffisante ou inadéquate (attentes irréalistes, réactions inappropriées, sentiments d'impuissance ou d'abandon, pessimisme).

● Interventions d'autres acteurs non médicaux (services sociaux, police, justice) impliqués dans la protection de l'enfant.

Vignette clinique : Mohamed est un garçon de 4 ans, opéré en urgence pour un tableau d'appendicite aiguë. Le geste chirurgical était ordinaire et habituel, l'état postchirurgical de la cicatrice et de l'abdomen sans particularités inquiétantes. Mais Mohamed se plaint de douleurs au ventre diffuses, intermittentes, s'accentuant la nuit mais sans pour autant l'empêcher de dormir. Après la réalisation d'un bilan échographique, le pédopsychiatre est appelé pour évaluer l'enfant. Mohamed est un garçon au tempérament anxieux, fils unique d'un jeune couple qui vit seul et assez isolé socialement. La maman décrit chez lui une angoisse de séparation à l'entrée en garderie, "qu'il est arrivé à dépasser" mais qui ressurgit à chaque situation de séparation d'avec elle. Les symptômes relèvent majoritairement du registre digestif : vomissements, douleurs abdominales diffuses et pleurs. Il est à noter que les pathologies qui relèvent de la chirurgie viscérale touchent à des fonctions du corps qui sont souvent une voie d'expression privilégiée de symptômes psychiques (anorexie, encoprésie, troubles fonctionnels intestinaux…). L'enfant est orienté à sa sortie vers un suivi psychothérapeutique.

2. Ceux relatifs à l'équipe soignante

● Intervention de multiples consultants (avec parfois des opinions divergentes) sans référent fiable, disponible et/ou clairement désigné.

● Compréhension ou réponse de l'équipe soignante au vécu psychologique de la maladie et/ou de l'hospitalisation de l'enfant et sa famille, insuffisante ou inadéquate.

POINTS FORTS

- Les activités de l'équipe de pédopsychiatrie de liaison sont extrêmement diversifiées, et orientées en direction du patient, son entourage et de l'équipe soignante.
- L'analyse de la demande est un préalable incontournable avant toute rencontre avec un enfant.
- Le symptôme initialement rapporté est somatique, le symptôme psychique se révèle, quant à lui, durant l'hospitalisation. Les motifs regroupent habituellement les troubles psychosomatiques fonctionnels, les problèmes médicosociaux et les symptômes psychiatriques proprement dits.
- Les troubles de l'enfant hospitalisé relèvent de trois registres : comportemental, affectif et relationnel, et psychosomatique.
- La restitution de l'information est une fin légitime de l'intervention de liaison.

Le soutien aux équipes soignantes

En effet, les infirmiers, les aides-soignants, les éducateurs et les médecins sont souvent pris, consciemment et inconsciemment, dans des mouvements affectifs parfois intenses mais aussi dans des processus d'identification et de projection. Le pédopsychiatre de liaison assure à travers des réunions de supervision un espace de protection des intervenants qui se trouvent exposés à des situations très prenantes sur le plan psychique sans y être préparés, ni reconnus dans ce rôle. Cette mission aurait pour but de :
– permettre une pluralité des regards sur une situation ;
– soutenir les compétences interpersonnelles des soignants ;
– favoriser une attitude réflexive ;
– offrir un cadre sécurisant et contenant ;
– sortir d'un certain isolement.

La consultation de liaison auprès des parents

Le pédopsychiatre est amené à rencontrer les parents à chaque fois qu'il évalue un enfant. Dans l'activité de liaison, les parents ne sont généralement pas demandeurs de cette rencontre. Le respect de leur attitude face à la visite inopinée du psychiatre doit être pris avec beaucoup de conscience et d'empathie. Leurs attitudes varient de la révolte, au déni, à l'agressivité. Leurs comportements du retrait, à l'inhibition ou au découragement. L'écoute empathique des parents crée un espace de parole et un climat de confiance. Les repères familiaux sont souvent chamboulés par un événement traumatique ou simplement par la décision de l'hospitalisation de l'enfant. L'imprévisibilité, la culpabilité face à une responsabilité "manquée" auprès de l'enfant, l'impuissance ressentie par rapport au milieu savant qu'est l'institution hospitalière sont autant de facteurs qui peuvent interférer avec l'adaptation que nécessitent la maladie et le contexte de soin. Les parents peuvent aussi faire face à des obligations personnelles qui

les empêchent de rester auprès de leur enfant (travail, rendez-vous, vie familiale, appréhension, lieu d'habitation éloigné de l'hôpital, etc.).

Vignette clinique : Hind est âgée de 8 ans, hospitalisée depuis 2 mois en service de réanimation pédiatrique à la suite d'un traumatisme pancréatique. La décision de l'indication chirurgicale est en cours de discussion entre les réanimateurs et les chirurgiens ; les soins d'accompagnement sont mis en place mais les somaticiens n'ont pas encore de visibilité pour la suite. L'enfant devient triste, irritable. L'équipe appelle le pédopsychiatre pour une suspicion de syndrome dépressif. L'évaluation pédopsychiatrique est à l'encontre de la demande formulée. L'enfant s'ennuie, anticipe sa sortie mais sans présenter un tableau dépressif caractérisé. La culpabilité par rapport à l'accident (chute de son vélo) est fort présente dans les propos de Hind, reproduisant les dires d'une maman fatiguée, détachée de ses repères et qui projette sa propre culpabilité sur sa fille malade.

Quoi après l'évaluation pédopsychiatrique ?

À la fin de son évaluation, le pédopsychiatre conclut généralement à :
– un diagnostic psychiatrique caractérisé (dépression, trouble anxieux, trouble adaptatif, trouble dissociatif ou bien troubles de comportement dans le cadre d'un désordre neurodéveloppemental…) ;
– l'absence de symptôme psychiatrique chez le patient, excluant ainsi la thèse psychiatrique dans la démarche de diagnostic positif ou différentiel chez l'enfant ;
– l'impossibilité de distinguer une pathologie psychiatrique d'une pathologie somatique. Une situation compliquée où chaque équipe doit s'adapter à une symptomatologie atypique et apportera ses soins dans le cadre d'un travail conjoint.

Dans tous les cas, la restitution de l'information est une fin légitime de l'intervention de liaison. Les pédiatres s'interrogent : qu'en est-il de la suite ? Dans le meilleur des cas, ils reçoivent un simple accusé de réception. Dans le pire des cas, aucune réponse. En cause, les veilles habitudes, l'éloignement géographique ou le rapport au temps. Le pédopsychiatre, que peut-il en restituer au pédiatre et à l'équipe soignante ? Jusqu'où le psychiatre doit-il informer le pédiatre de ce qu'il a pu comprendre ? Tout ne peut être divulgué. La vérité d'un sujet et de son intimité ne peut être étalée, ni confiée. Dans la majorité des cas, certains éléments peuvent être transmis, comme la confirmation de l'accueil de l'enfant, le choix (ou non) d'un projet de soins, la mise en place d'un cadre de soins ou bien encore un traitement psychotrope.

L'une des thématiques notamment récurrentes est celle du sens de la prise en soins. Quand les pédiatres se questionnent : est-il pertinent de garder ce patient chez nous ? Et pour le pédopsychiatre : quel circuit de soins de santé mentale choisir pour le relais ? L'ambulatoire ou l'hospitalier ?

Pour un certain nombre de jeunes patients hospitalisés en pédiatrie et relevant d'une prise en charge conjointe, la part de la pédopsychiatrie est prépondérante pour :
– les tentatives de suicide ;
– les situations de maltraitance ;
– l'anorexie mentale en présence de signes de gravité engageant le pronostic vital ;
– les somatisations ;
– la complexité du tableau clinique et ou de la situation socio-environnementale (contexte familial explosif ou précaire).

Quand le patient relève de soins de santé mentale, il est judicieux de faire le relais après sa sortie avec l'équipe pédopsychiatrique compétente pour en assurer le suivi.

Conclusion

Apley disait : "*La psychiatrie de l'enfant et la pédiatrie prennent plaisir depuis longtemps à flirter ensemble. Il est grand temps qu'elles se marient, à condition toutefois que cela se fasse dans l'intérêt des enfants*". Il s'agit bien dans la pédopsychiatrie de liaison d'un travail de collaboration et d'articulation entre le corps et la psyché pour assurer une approche globale de l'enfant malade en milieu hospitalier. Cette articulation est souvent difficile à opérer sans une sorte de concordance parfaite entre attentes d'un côté et réponses de l'autre.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Raucher-Chéné D. Le symptôme en psychiatrie de liaison. *La lettre du Psychiatre*, 2012 Vol VIII N°1:38-40.
- Podlipski.ma, Gayet C, Gerardin P. Pédiatre et pédopsychiatre : un duo bien tempéré. *Adolescence*, 2012;30:359-367.
- Koener B, Laurent M, Jousselme C. *Liaison en pédiatrie*, Lavoisier. 2018,510-520.
- Canoui P, Golse B, Séguret S. La pédopsychiatrie de liaison. Édition Érès, 2014.
- Leblanc A, Duverger P. Collaboration entre pédiatres et psychiatres d'enfants en hôpital général. *Enfances & Psy*, 2006;30 :79-91.
- Canouï P. Éthique en pédopsychiatrie de liaison. *La vie de l'enfant*, 2012;37:344.
- Blanc S, Rothenburger S, Kabuth B. La psychiatrie de liaison : une pratique de la transdisciplinarité, une éthique de la rencontre. *Perspectives Psy*, 2005 ;2:96-101.
- Lenoir P, Maloy J, Desombre H *et al.* La psychiatrie de liaison en pédiatrie : ressources et contraintes d'une collaboration interdisciplinaire. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2009;57:75-84.
- Duverger P, Lebreuilly-Paillard A, Legras M *et al.* Le pédopsychiatre de liaison, un praticien de l'inattendu. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2009;57:505-509.
- Berney A, Dorogi Y. Supervision des équipes de soins en psychiatrie de liaison : quelques points de repère. *Rev Med Suisse*, 2019;15:344-346.

L'auteure a déclaré ne pas avoir de liens d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.