

P-102

Enjeux de la liste d'attente en PEA: Apport de la thérapie multifamiliale



Droulin H, Tan C, Pommeupuy N.
Pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent 93I05, EPS Ville-Evrard, 93332 Neuilly-sur-Marne cedex

Contexte

Comme les rapports successifs le montrent, la démographie médicale des pédopsychiatres est en baisse (-34% entre 2010 et 2022). Par ailleurs, depuis la crise sanitaire, les tensions dans les recrutements se sont majorées, 98% des établissements de santé rapportant des difficultés RH en 2023. Ce sont désormais l'ensemble des professionnels de santé qui ne sont plus attirés par les métiers hospitaliers, et les fermetures d'unités touchent désormais 58% des établissements psychiatriques contre 20% en 2020.

De l'autre côté, la demande ne cesse de croître. Une méta-analyse de 2022 estime à 13% la prévalence des troubles psychiques chez les enfants de 6 à 11 ans. Ainsi, la file active des 7 CMP de notre secteur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent a progressé de 10% en 5 ans et les actes de 34% (pour une population de 110 000 Enfants).

Ces deux éléments conduisent à un allongement des délais d'attente en CMP, facteur d'aggravation des troubles et de durée de soins plus longues. La situation est particulièrement préoccupante pour les troubles externalisés des enfants d'âge élémentaire (groupe le plus représenté dans l'étude ENABEE) avec des conséquences sur l'inclusion scolaire et les relations sociales intra et extra familiales. Les troubles externalisés de l'enfance auraient tendance, dans leur grande majorité, à rester présents, voire à s'aggraver à l'adolescence. La sévérité initiale des troubles, les comorbidités et les facteurs familiaux sont des modérateurs majeurs de cette évolution. Ces troubles externalisés représentent 22% de notre file active.



Un parcours d'obstacles en relais : coopérer et communiquer



Le dessin-téléphone arabe : travailler l'attention

La thérapie multifamiliale

La thérapie Multifamiliale (TMF) est une modalité thérapeutique qui rassemble entre 6 et 10 familles dans un même dispositif thérapeutique. Elle permet aux familles de partager leurs difficultés, de comparer les expériences et d'apprendre les unes des autres, de se soutenir mutuellement, d'observer et modifier les patterns interactionnels bloqués, de développer et partager de nouvelles stratégies. Elle s'appuie sur des outils thérapeutiques systémiques, cognitivo-comportementaux, psychodramatiques et basés sur la mentalisation. C'est une approche complémentaire des autres soins de patient.

La thérapie multifamiliale a montré son efficacité sur les symptômes du patient, risque de réhospitalisation, l'estime de soi du patient et des membres de la familles, les relations intrafamiliales et sociales. Elle a en outre un faible nombre de drop-outs et elle améliore l'adhésion aux autres soins du patient. Elle est développée dans de nombreuses indications pour l'enfant et l'adolescent : TSA, TDAH, TCA, 1ers épisodes psychotiques, difficultés en milieu scolaire...

Notre service s'est engagé en 2018 dans la mise en œuvre de dispositifs de ce type pour une dizaine de problématiques diverses. Plus de 31 programmes ont été menés (230 familles concernées).

Objectif : Dans le contexte d'accroissement des demandes et de limitation des moyens en CMPEA, expérimenter la pertinence et l'acceptabilité de la TMF comme modalité de prise en charge initiale des demandes CMP pour des troubles externalisés des enfants d'âge élémentaire.

Matériel et méthode

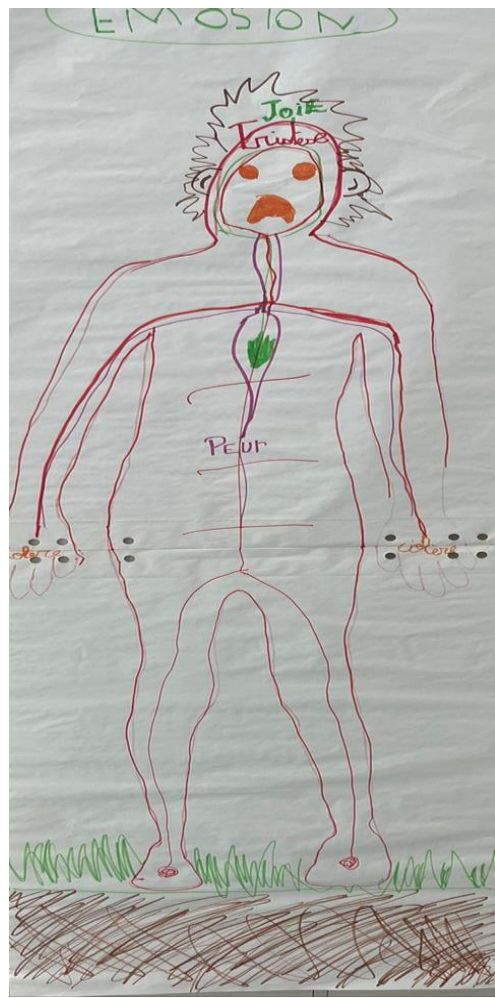
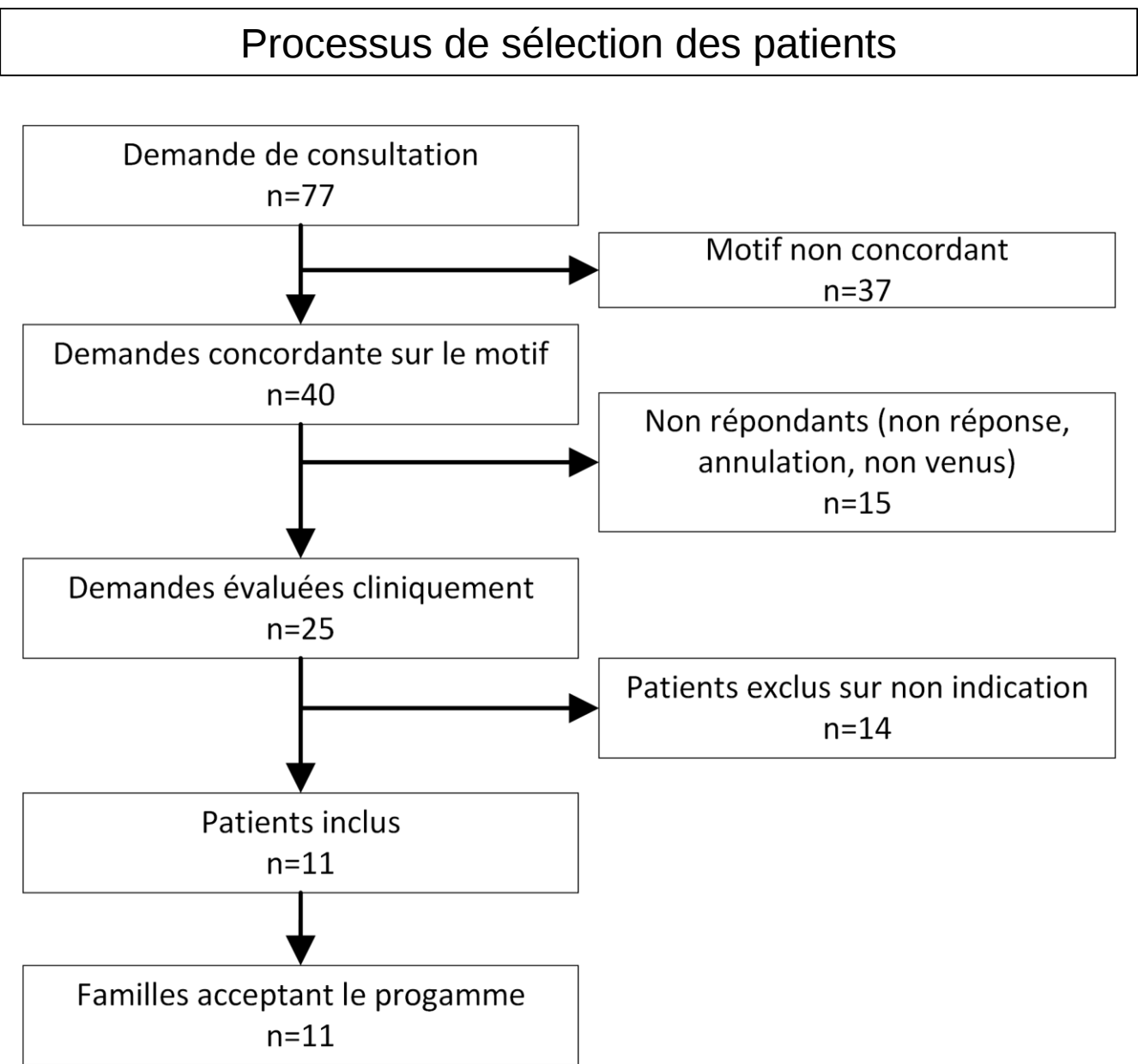
Le CMP cible du secteur est pilote pour la déclinaison du cahier des charges des CMPEA. En 2022, il accueillait 560 patients, dont 135 admis au cours de l'année (24,1%). En dehors des enfants au profil TSA (44% des diagnostics principaux), la population des enfants avec un diagnostic de trouble externalisé (TC, TOP, TDAH) arrivait en 2^e position des diagnostics (18%).

Les demandes initiales ont été étudiées selon le motif, avant de proposer un entretien d'accueil et d'évaluation par un professionnel si la demande était concordante au sujet de l'étude. La problématique était alors évaluée cliniquement et la thérapie multifamiliale proposée comme soin initiale si l'indication était confirmée.

Les critères d'inclusion étaient : enfant de 8 à 13 ans, présentant un diagnostic de trouble externalisé et dont les parents acceptent de participer à la TMF avec leur enfant. La présence d'au moins 1 parent était requise ; les familles pouvaient venir également avec un membre de la famille élargie ou de la fratrie. L'enfant pouvait bénéficier d'un traitement médicamenteux

Le programme de soin expérimental comprenait 8 séances hebdomadaires de thérapie multifamiliale, sur une période d'environ 10 semaines. Des ateliers thématiques expérientiels, assortis de temps réflexifs portaient sur les problématiques identifiées dans les troubles externalisés : interactions sociales et inclusion scolaire, attention et apprentissages, gestion du quotidien et des troubles du comportement.

L'évaluation de ce premier groupe pilote s'est appuyée sur des entretiens qualitatifs individuels avec chacune des familles incluses, menés par les consultants du CMP, à l'issue du programme. Les critères d'évaluation portaient sur l'évolution générale des relations intrafamiliales et du sentiment de compétence parentale.



Body Feelings

Résultats

Les 11 enfants inclus avaient en moyenne 10,4 ±1,93 ans, étaient scolarisés de la classe de CE2 à 5ème. 54% d'entre eux présentaient des comorbidités dont la majorité étaient un trouble spécifique des apprentissages (66%), et leurs troubles évoluaient depuis 3,6 ± 1,34 ans. Le couple parental était uni (36%) ou séparé (64%). L'âge moyen des parents était de 39 ± 6,7 ans, 72% d'entre eux avaient une activité professionnelle.

Participation aux séances : 100%, drop-out 0%. A la fin du programme, 8 patients se sont vus proposer un suivi CMP ; 3 autres ont été orientés vers un soutien psychologique familial ou individuel libéral. A 6 mois de la fin du programme, la moitié des patients avaient interrompu le suivi

A l'issue de la TMF, l'analyse qualitative a permis de relever chez les participants une amélioration du sentiment de compétence parentale, une diminution des tensions intrafamiliales, une meilleure adhésion au traitement par méthylphénidate quand il était prescrit, la création d'un réseau social d'entre aide entre familles participants.

	Age	Niveau scolaire	Diag	Durée d'évolution des troubles	Comorbidités	MPH À l'admission	Situation couple parental	Age du parent présent	Activité professionnelle du parent
#1	8	CE2	TDAH/TOP	3 ans	Trouble des apprentissages	oui	unis	32 (père)	Educateur
#2	8	CE2	TDAH/TOP	3 ans	/	oui	mariés	34 (mère)	Sans emploi
#3	9	CE2	TDAH/TOP	3 ans	/	non	séparés	45 (mère)	Enseignant
#4	9	CE2	TDAH	3 ans	Grand prématuré 24SA, troubles des apprentissages ;	non	séparés	38 (mère)	Aide-soignante
#5	10	CE2	TDA	3 ans	Inhibition, troubles des apprentissages	non	mariés	49 (mère)	Agent administratif
#6	10	CM1	TOP	2 ans	Dyspraxie, trouble attentionnel	non	mariés	37 (mère)	Agent administratif
#7	10	CM1	TDA	4 ans	Retard dans les apprentissages	non	mariés	30 (mère)	Employée
#8	12	6e	TDAH/TOP	4 ans	/	oui	parents séparés	41 (mère)	Cadre
9	13	5e	TDAH/TOP	3 ans	Retard dans les apprentissages	non	mariés	51 (père)	Sans emploi
10	13	5e	TOP	3 ans	/	non	séparés	44 (mère)	Technicienne
11	13	5e	TDAH/TOP	7 ans	/	oui	séparés	42 (mère)	Sans emploi

Discussion et conclusion

La TMF semble être une approche thérapeutique prometteuse dans la prise en charge de 1^e ligne dans les troubles externalisés des enfants d'âge scolaire. A notre connaissance, si certains dispositifs ont été pensés pour venir en aide aux parents d'enfants en attente de soins CMP, la TMF n'a pas été testée comme modalité de réduction de la liste d'attente.

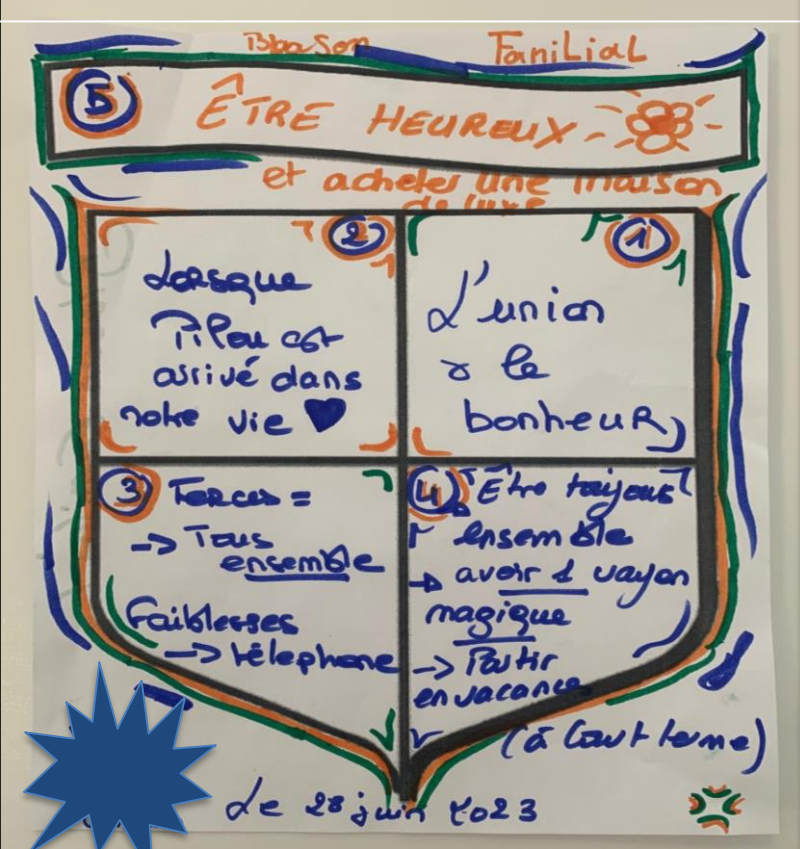
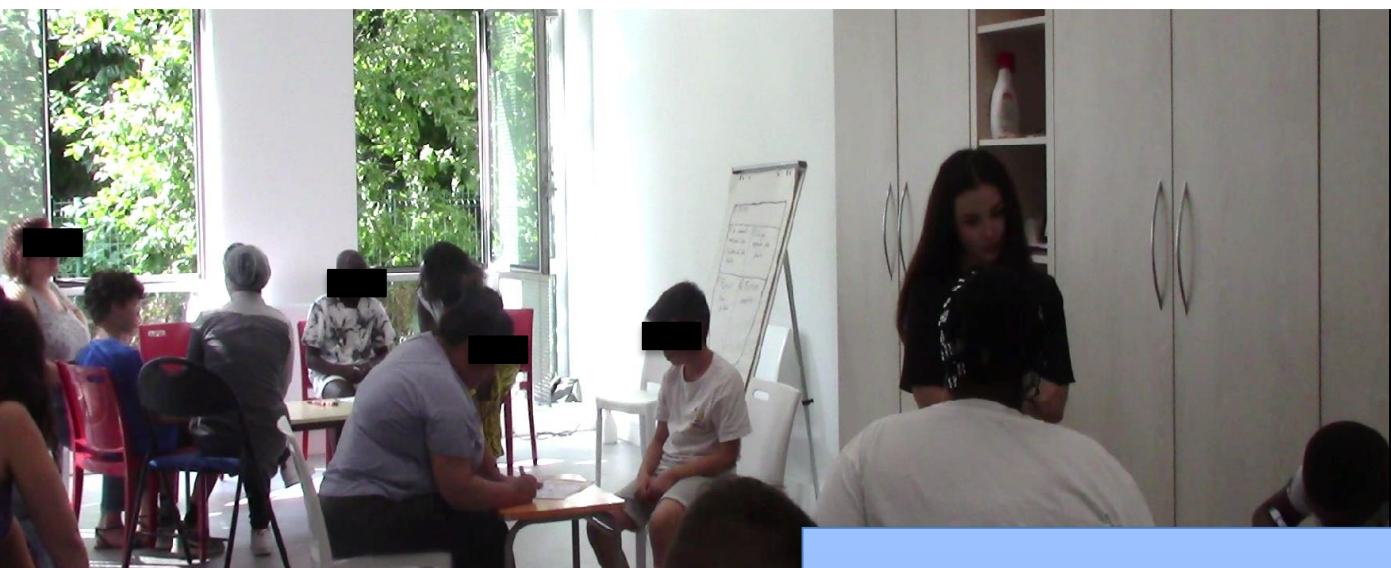
Son acceptabilité par les familles est satisfaisante dans ce contexte et les parents rapportent des effets positifs sur le sentiment de compétence parentale et sur les relations intrafamiliales. Elle pourrait être proposée comme parcours de soin initial dans le cadre d'une réorganisation des soins en CMP selon le cahier des charges de la FFP avec le schéma suivant : 1/évaluation initiale => 2/ TMF => suivi si nécessaire. Son aspect dynamique et concret permet d'envisager une évaluation continue des problématiques de l'enfant et de sa famille en « milieu naturel » pour déterminer de la pertinence de bilans complémentaires et de traitement, tout en maximisant le temps professionnel (3 thérapeutes pour 11 familles sur une plage de 2h).

Les arrêts de soins à 6 mois du programme nécessitent encore d'être analysés (drop-outs tardifs? Absence d'adhésion ou de pertinence des indications de soin de suite?)

Une réplication avec des évaluations qualitatives pré- et post-traitement est nécessaire, ainsi que l'évaluation quantitative de son impact sur les symptômes de l'enfant.

REFERENCES

- Rapport de la Cour des Comptes sur la PEA ; mars 2023
- FHF – Conférence de presse – sept 2023
- Résultats préliminaires de l'étude ENABEE ; sept 23
- Données DIM, EPSVE, 2022
- Lahey BB et al. Adolescent Outcomes of Childhood Conduct Disorder
- Among Clinic-Referred Boys: Predictors of Improvement. Journal of Abnormal Child Psychology 2002; 30; 333–348
- Gelin, Cook-Darzens & Hendrick, The evidence base for Multiple Family Therapy in psychiatric disorders: a review (part 1). Journal of Family Therapy 2017
- Fédération Française de Psychiatrie. Collège de Pédopsychiatrie. Cahier des charges des CMP, fév 2021
- Law M et al. Family-Centered Strategies for Waiting Lists. CanChild Centre for Childhood Disability Research, McMaster University, 2003;



L'exercice du blason en famille : valeurs et communication