

4. Améliorer l'accès aux soins spécialisés – Organiser les urgences pédopsychiatriques



Les urgences pédopsychiatriques: Articulation pédiatrie-pédopsychiatrie au CHU de Reims



Dr Cécile Delahaigue-Tharin, Pédopsychiatre

Charlotte Dumoulin, Infirmière en Pratique
Avancée (IPA)

Urgence, Liaison Pédopsychiatrie, SUP'ADO -
CHU Reims

Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant,
Santé psychique de l'enfant et de l'adolescent
5 Décembre 2025-Reims, Centre des Congrès





Urgence vs Crise en pédopsychiatrie

La crise

Rupture de l'équilibre d'un système (jeune – famille – environnement)

L'urgence

Crise pathologique associée à un danger imminent ou un risque vital
→ Dépend du fonctionnement psychique du jeune ET de la dynamique

Urgence ressentie = urgence réelle : le vécu de danger est un critère clinique majeur

OBJECTIF URGENCE:

évaluer la gravité et la mobilisation possible, réduire le danger,
restaurer la continuité et organiser la suite du parcours

3



Organisation des urgences pédopsychiatriques – CHU de Reims

Accès unique : urgences pédiatriques

- Examen somatique systématique par les pédiatres
- Signalement immédiat à la pédopsychiatrie



Équipe pédopsychiatrique 24h/24

- équipe de liaison pédopsychiatrique (journée)
- astreinte pédopsychiatrique PH (soir, nuit et week-end), interne de garde en pédopsychiatrie

SUP'ADQ (ouverte en 2022)

- 4 lits sécurisés
- Hospitalisation courte < 72h
- Stabilisation + orientation rapide

Équipe de liaison pédopsychiatrique

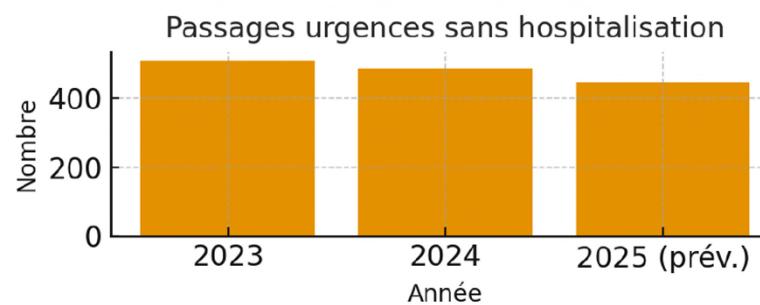
- Intervient dans tous les services de pédiatrie
- Rappels systématiques post-urgence

4



Passages aux urgences sans hospitalisation : 2023–2025

2023 : 512 passages
 2024 : 490 passages
 2025 (janv–oct) : 373 passages
 Prévision 2025 : ~450 passages



5

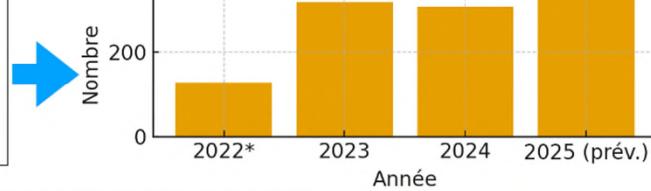


Hospitalisations SUP'ADO : 2022–2025

Durée moyenne d'hospitalisation : 4 jours (stable depuis 2022)

Activité annuelle SUP'ADO :

2022* : 128 (ouverture mai)
 2023 : 316
 2024 : 304
 2025 (janv–oct) : 257 → Prévision ~330



Origine hospitalisations 2025 (janv–oct)

160 depuis les urgences
 46 depuis l'UHT
 Total via urgences/UHT : 206

⚠ Le différentiel (206 → 257) s'explique par des admissions directes : UPHA et hôpitaux périphériques (Épernay, Châlons...)

6



Orientation clinique aux urgences: SUP'ADO ou pédiatrie?

SUP'ADO dispose de 4 lits sécurisés, destinés aux hospitalisations de crise courtes ($\leq 72h$)

L'orientation SUP'ADO est une décision pédopsychiatrique :
le pédopsychiatre évalue la pertinence d'une hospitalisation courte et sécurisée

Si orientation en unité pédiatrique:Décision conjointe pédiatre-pédopsychiatre
privilégiée si besoin somatique// pas de risque immédiat de passage à l'acte
Cette décision est toujours prise en lien avec l'équipe pédiatrique, en fonction des besoins cliniques du jeune et des capacités d'accueil.

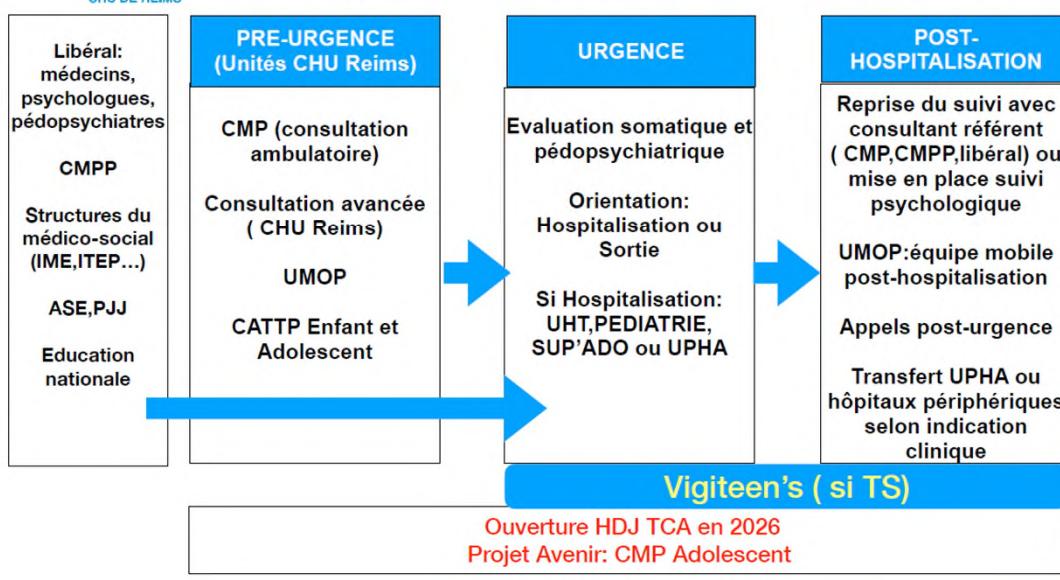


En 2025 (janv-oct) :
257 hospitalisations à SUP'ADO
34 hospitalisations en pédiatrie pour motif pédopsychiatrique

7



Parcours de santé CHU Reims Pré-Urgence → Urgence → Post-Hospitalisation



8



Situations complexes et points de tension

Situations complexes :

Troubles psychiques + fragilités familiales / sociales / scolaires
 Crises dépassant le cadre strict de l'urgence
 Besoin d'une évaluation globale (psy / social / scolaire)

Séjours plus longs à SUP'ADO ou
 en pédiatrie
 Occupation des lits au-delà des 72 h

Moins de disponibilité pour accueillir
 les crises aiguës

→ Pression accrue sur l'ensemble du parcours

9



Conclusion: une collaboration Essentielle

Collaboration essentielle et quotidienne avec les pédiatres

Service de Psychothérapie de l'Enfant et de l'Adolescent est intégré au Pôle FPE

Unité de Liaison et SUP'ADO sont situées au sein de l'AMH2: fluidité des échanges

Une organisation fondée sur la confiance, la proximité et la collaboration

Un parcours des Urgences pédopsychiatriques rendu **cohérent, réactif et sécurisé**

Cette collaboration renforcée est la condition essentielle à la qualité, la fluidité et la sécurité du parcours des patients

10



Merci de votre attention

11



Expérience du CHRU de Nancy

Organiser les urgences pédopsychiatriques

Dr Anne Borsa Dorion
Urgences pédiatriques

Pr Fabienne Ligier
CPN



12

Historique



- Urgences pédopsychiatriques gérées par le Centre psychothérapique
- Evolution :
 - Accueil des urgences pédopsychiatriques sur l'HE aux urgences pédiatriques dans les années 90
 - Depuis 1995 environ, un PH/CCU-AH mobilisable première ligne jour et nuit
 - Depuis 2015 :
 - ✓ Création d'un secteur de 6 puis 8 lits d'hospitalisation puis 10 lits dans l'HE mais sous responsabilité du CPN (interne, séniors et ide)
 - ✓ Un interne rapidement mobilisable par tel de 8h30 à 18h30, supervisé par un PH, en semaine et le samedi matin
 - ✓ Un PH de nuit mobilisé en première ligne sous forme d'astreinte de 18h30 à 8h30, weekend et jour fériés pdt 24 h

=> une « formule » qui fonctionnait mais qui a connu des limites face à l'augmentation des consultations



13

Historique



- Cette augmentation au fil des années a généré :
 - En journée : **interne « débordé »** avec un **délai de réponse** parfois trop long (risque agitation en salle d'attente, occupation d'une salle de soins...)
 - De nuit : de **multiples allers et retours** voire 6h de suite sur place pour un praticien qui reprend le lendemain à 8h30 son service => **plusieurs PH ont quitté le pôle universitaire** de psychiatrie en invoquant la lourdeur des astreintes



14

Organisation Pratique



- Accueil commun des urgences de 0 à 18 ans
- Filiarisation dès l'accueil si motif initial déclaré
- Sinon prise en charge standard filière longue et avis spécialisé si besoin
- Tous les enfants bénéficient d'une prise en charge en binôme
 - Examen somatique , constantes , +/- ECG
 - Evaluation pédopsychiatrique , organisation des suites
 - Cs post urgences
 - CMP...
 - Relai avec libéraux



15

Si nécessité d'une hospitalisation



- **Dans le service dédié de pédopsychiatrie** : les 10 lits sont majoritairement toujours occupés
- **Au centre psychothérapeutique section horizon adolescent** : places limitées et âge > 13/14 ans ...
- **En pédiatrie, en uhcd+++**
 - A la fois pour surveillance médicale mais le plus souvent pour une réévaluation dans les 24 ou 48H, pour proposer du répit dans certaines situations (hébergement officieux)
 - Patient sous responsabilité pédiatrique
 - Et visite de l'équipe de pédopsy (équipe de liaison dédiée ≠ urgences) ou soins thérapeutiques si besoin , décision de sortie et traitement proposés par l'équipe de pédopsy
 - Conditions d'accueil parfois pas facile chambre doubles , ou au milieu de bébés ,ou dans un service d'onco ...



16

Réorganisation des prises en charge pour urgences pédo psychiatriques

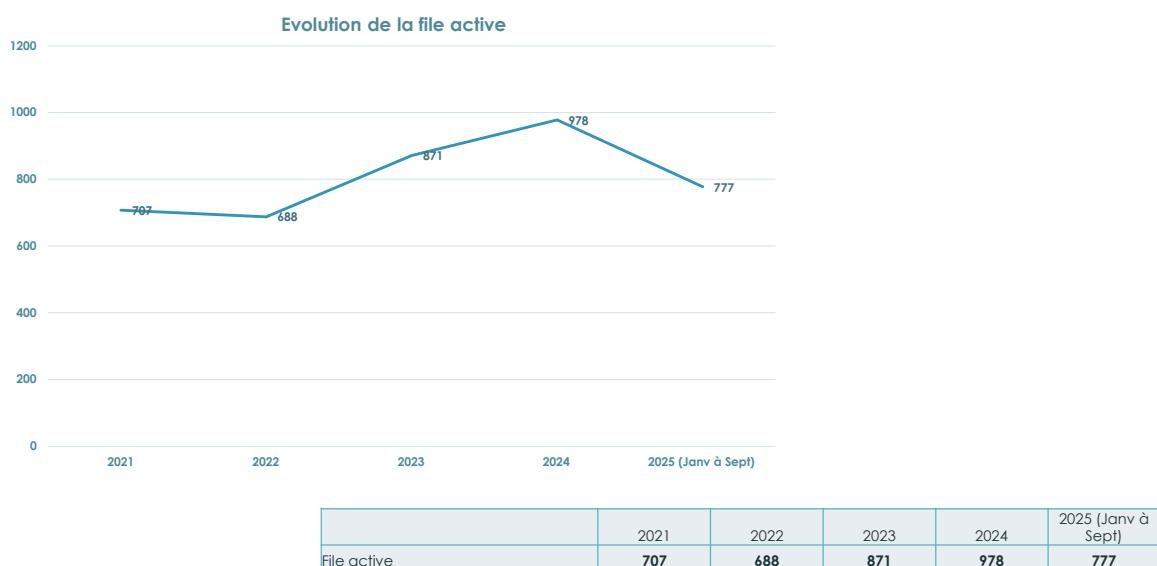


- Ajout de 2 IDE en février 2023 qui en semaine, faisaient des entretiens d'urgence, seules ou en binôme avec l'interne
 - => Cela restait insuffisant et épuisant pour les professionnelles
- Appel à projet 2023 pour la constitution en 2024 d'une équipe d'urgence « en tant que telle », avec :
 - Une IPA (actuellement en formation, sera présente en juillet 2026)
 - 2 IDE en journée de 11h à 23h en première ligne, y compris le WE et les jours fériés
 - Un interne, maintenant secondé par un interne « dédié » aux urgences, 8h30-18h30
 - Un PH pour superviser en journée, un autre pour la nuit (qui se retrouve en 2^{ème} ligne dorénavant)
- ⇒ Amélioration de la rapidité de réponse, fluidification du parcours avec proposition de consultations rapprochées post urgences
- ⇒ Cependant, cela reste encore insuffisant, ce qui peut se comprendre à la lecture des chiffres



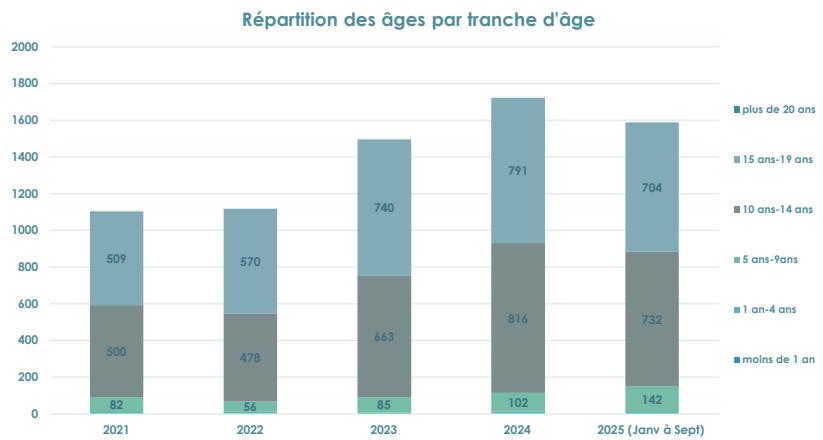
17

Evolution des urgences psy au CHRU de Nancy : file active



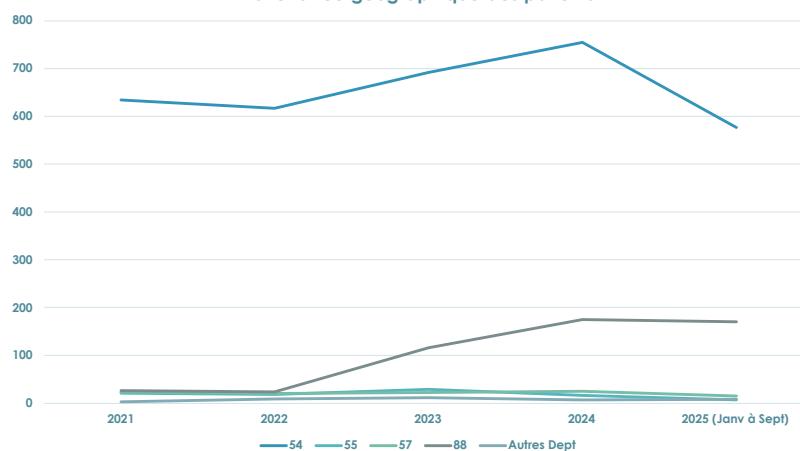
18

Evolution des urgences psy au CHRU de Nancy : âge moyen



19

Evolution des urgences psy au CHRU de Nancy : lieu de résidence Provenance géographique des patients



répartition géographique des patients					
	54	55	57	88	Autres Dept
2021	634	21	23	26	3
2022	617	18	20	24	9
2023	692	29	22	116	12
2024	755	16	25	175	7
2025 (Janv à Sept)	577	7	15	170	8

20

Difficultés



- Modification du profil des patients
 - jeune âge
 - Violence et agressivité
 - Problèmes psychosociaux qui ne sont pas purement psy
- Qui les gère , les prend en charge quand la famille ou les structures d'accueils sont épuisées ?
- Notamment si violence , polytoxicomanies , agressions y compris sexuelles



21

Avantages et difficultés



- Dispositif reconnu et organisé
- Répond aux problématiques de l'urgence locale pédopsychiatrique
- Mais aussi tente de répondre:
 - Au manque de professionnel libéraux ou de structures accessibles (délais de rdv parfois 6 à 12 mois)
 - Bilan diagnostic (autisme????, troubles comportement,...)
 - Echec thérapeutique
 - Avis psy de psycho libéraux sans référents
 - Famille sans ressource le soir ou le weekend
 - Et à la pénurie dans certains département Vosges
 - +++ et une partie de la Meuse



22

Assises de la pédiatrie, « Santé psychique de l'enfant et de l'adolescent » - Reims – 5 Décembre 2025

L'Unité de crise en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent



Dr Elisa DUSSARD, PH

Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent
Pôle Psychiatrie, Santé Mentale et Addictologie
Hôpitaux Universitaires de Strasbourg



23

L'Unité de crise

- Ouverture avril 2024
- Unité de **8 lits** :
 - 6 lits pour les patients adultes
 - **2 lits pour les adolescents (12-18 ans)**
- Délais **d'admission rapides**
- Durée d'hospitalisation **d'une semaine** maximum
- **Rendez-vous de suivi « post-crise »** deux semaines après la sortie



24

L'Unité de crise : pour qui ?

- **Accueil rapide et sécurisant lors de situations de crise aiguë**
- Rupture soudaine de l'équilibre antérieur
 - crise suicidaire
 - conduites auto-agressives
 - décompensations émotionnelles ou thymiques
 - ou ruptures soudaines de l'équilibre familial ou scolaire



25

L'Unité de crise : les missions

- **Stabiliser rapidement la situation clinique :**
 - Observation rapprochée, identification des facteurs déclencheurs de la crise
 - Densité de soins et liens avec tous les environnements (familial, scolaire, ...)
 - Mobilisation des ressources (internes et externes)
 - Mise en place de premières interventions thérapeutiques
- **Prévenir les passages à l'acte, ou récidive de passage à l'acte** en sécurisant l'adolescent dans un environnement structuré et contenant.
- **Travailler l'orientation vers la prise en charge la plus adaptée** : suivi ambulatoire, thérapie familiale, hospitalisation plus longue si nécessaire, ou dispositifs sociaux.
- **La contrainte temporelle permet la réintégration rapide dans le milieu de vie.** Cela évite les hospitalisations prolongées qui peuvent désinsérer l'adolescent et parfois être comme stigmatisantes.

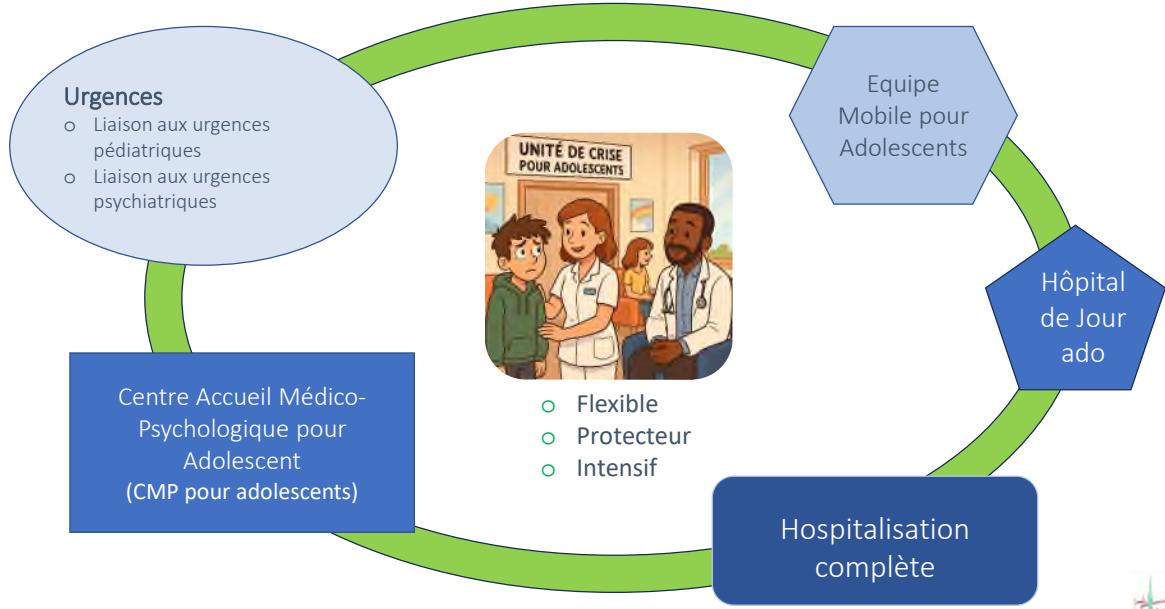


Modèle Bio-Psycho-Social



26

L'Unité de crise : un maillon dans le parcours de soin



27

Le Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SPEA)



28