# ETUDE PORTANT SUR LES PRINCIPALES FILIÈRES DE SANTÉ MENTALE CHEZ LES ADOLESCENTS DANS LE DEPARTEMENT DE L'HERAULT

Rapport final

*Mars 2013*

**Inca RUIZ, Conseillère technique CREAI-ORS LR**

**François CLERGET, Directeur général CREAI-ORS LR**

***Etude commanditée et financée par l'ARS Languedoc-Roussillon***

**CREAI-ORS Languedoc-Roussillon**
**BP 35567 – ZAC de Tournezy – 135 allée Sacha Guitry – 34072 MONTPELLIER Cedex 3**
**☎ 04 67 69 25 03 – Fax : 04 67 47 12 49 – Email : creaiorslr@creaiorslr.fr – Site : www.creaiorslr.fr**

# SOMMAIRE


**I. CONTEXTE DE L'ÉTUDE** ..... **5**

**II. OBJECTIFS** ..... **7**

**III. METHODOLOGIE** ..... **7**

**IV. CALENDRIER** ..... **8**

**V. RESULTATS** ..... **9**

***V.1 Revue de la littérature*** ..... ***11***

V.1.1 Quelques définitions ..... 13

a) Psychiatrie et Santé mentale ..... 13

b) Troubles psychiatriques chez les adolescents ..... 14

c) La classification diagnostique ..... 15

V.1.2 Quelques données épidémiologiques ..... 16

V.1.3 Organisation des soins ..... 18

a) Evolution du secteur de la psychiatrie : principaux repères historiques (Cour des comptes 2001) ..... 18

b) Situation de la France par rapport à d'autres pays européens ..... 21

c) Des secteurs différents autour des adolescents souffrant de troubles psychiques ..... 22

d) Les différents modes de prises en charge en psychiatrie infanto-juvénile ..... 23

V.1.4 Continuité et coordination de soins ..... 28

a) Les grands principes ..... 28

b) Les différents partenariats nécessaires dans la fluidité des parcours ..... 29

c) Les principaux constats sur la continuité et la coordination des soins ..... 30

V.1.5 Les alternatives à l'hospitalisation : quatre exemples ..... 32

a) Des équipes mobiles pour aller vers les adolescents ..... 32

b) Des permanences « hors les murs » ..... 33

c) Des services hospitaliers mieux adaptés aux besoins des adolescents ..... 34

V.1.6 La santé mentale dans le département de l'Hérault ..... 35

***V.2 Résultats de l'enquête*** ..... ***43***

V.2.1 Caractéristiques des structures ayant participé à l'enquête ..... 45

a) Taux de participation ..... 45

b) La file active ..... 47

c) Personnels en équivalent temps plein en CMP et CMPP ..... 48
d) Les horaires d'ouverture ..... 49
e) Existence d'un référent du processus d'admission ..... 51
f) Mise en place d'une même personne qui assure toujours la première consultation d'évaluation ..... 52
g) Mise en place d'un coordonnateur de l'accompagnement ou de la prise en charge dans la structure ..... 54
h) Délais d'attente au sein des CMP et CMPP ..... 55
V.2.2 Caractéristiques des jeunes inclus dans l'étude ..... 56
a) Les jeunes inclus selon la structure ayant répondu ..... 56
b) Les jeunes inclus selon leur âge et leur sexe ..... 57
c) Les jeunes inclus selon le trouble psychiatrique déclaré ..... 57
d) Stade du diagnostic « avéré » ou « en attente de confirmation » et nombre d'année du diagnostic « avéré » ..... 60
e) Notification prononcée par la MDPH ..... 63
f) Durée de prise en charge par la structure ayant inclus les jeunes ..... 64
g) Type de professionnels ayant orienté les jeunes vers la structure ayant inclus ces jeunes 66
h) Type de prise en charge actuelle des jeunes inclus ..... 68
V.2.3 Parcours des jeunes ..... 68
a) Parcours des jeunes pris en charge actuellement par un CMP ..... 68
b) Parcours des jeunes pris en charge actuellement par un CMPP ..... 71
c) Parcours des jeunes scolarisés actuellement ..... 73

***V.3 Résultats des concertations : déroulement des rencontres et production ..... 77***
V.3.1 Objectifs et méthode retenue ..... 79
V.3.2 Constitution du groupe ..... 80
V.3.3 Des échanges animés et riches ..... 81
V.3.4 Propositions d'action du groupe de concertation ..... 87
V.3.5 Pré-projets du pôle psychiatrie de Montpellier ..... 115
**VI. ANNEXES ..... 117**
**VII. TABLE DES ILLUSTRATIONS ..... 131**
**VIII. BIBLIOGRAPHIE ..... 133**

# I. CONTEXTE DE L'ÉTUDE

L'adolescence est souvent perçue comme complexe et parfois difficile mais pour les adolescents les plus fragiles cette période peut-être « *dérangeante, inquiétante et parfois imprévisible* ». Le constat suivant est souvent posé : quelle attention portent les adultes et les professionnels qui entourent au quotidien ces adolescents ? Quelles réponses sont mises en œuvre ? A partir de quand faut-il s'inquiéter ? Quelles sont les préoccupations des différents professionnels ? Comment sont-elles partagées ? Et quand il semble nécessaire de mettre en place une prise en charge dans le domaine du sanitaire, quel type de soins faut-il préconiser ? Un soin psychologique ? Psychiatrie pour enfants ou psychiatrie pour adultes ? A qui s'adresser en premier ? Et comment ? Quel parcours de soins initier ? Comment articuler les différents acteurs ?

Ces situations d'adolescents atteints de troubles psychiques imposent à l'ensemble des acteurs de travailler en pluridisciplinarité en « inter-dispositifs » et d'avoir des projets cohérents d'organisation et de continuité de soins.

Lors de la 10ème journée nationale « Adolescents en souffrance : parcours de soins » [41] ayant eu lieu à Angers en décembre 2008 organisée par la Société française pour la santé de l'Adolescent, plusieurs pistes ont été évoquées. La cohérence dans les projets d'organisation et de continuité de soins passe par :

- « *une meilleure connaissance des ressources et réseaux de soins* » ;
- « *une reconnaissance mutuelle entre professionnels et des représentations partagées ».* Chaque acteur « *Infirmières, assistantes sociales, éducateurs, psychologues, médecins généralistes, médecins scolaires, médecins de PMI, pédiatres, psychiatres, juges..* » doit avoir repéré « *ce qu'il en est des compétences (et des limites) professionnelles de l'autre… » ;*
- une qualité de soins s'appuyant sur une articulation efficace entre les différents acteurs.

Ces recommandations ont été reprises dans différents rapports publiés, relatifs à la psychiatrie des adolescents et rejoignent certaines propositions effectuées par le groupe de travail mis en place dans le cadre de cette étude.

En Languedoc-Roussillon, le parcours des adolescents atteints de pathologies psychiatriques est un enjeu considérable, en termes d'accès aux soins, d'insertion sociale et de qualité de vie. Cet enjeu fait partie des priorités inscrites dans le Plan Stratégique Régional de Santé et dans le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC 2012-2016).

Depuis ses origines, le CREAI, devenu CREAI-ORS Languedoc-Roussillon, s'est toujours investi dans des travaux d'analyse et de construction de réponses aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques et en situation de handicap, du fait de ces troubles. Les commanditaires et destinataires de ces travaux ont été dans le passé la DGAS, la DREES, l'ARH et la DRASS Languedoc-Roussillon, ou différentes DDASS de la région.

Depuis quelques années, le CREAI-ORS LR anime un groupe régional sur le handicap psychique constitué d'usagers de la psychiatrie, de représentants des familles, d'acteurs professionnels du dispositif sanitaire (public et privé) et médicosocial.

Un récent travail mené en 2010 [8] par le CREAI-ORS LR à la demande de l'ARS a permis de construire à partir de groupes de concertation menés dans un territoire de santé, celui des Pyrénées-Orientales, des indicateurs de santé pertinents permettant de rendre compte de l'accès aux soins des personnes présentant des besoins de santé mentale, de leur parcours de vie et de la question des aidants.

Une journée régionale d'étude [20] organisée par le CREAI-ORS LR en octobre 2012 a porté sur la prise en charge croisée d'enfants âgés de moins de 12 ans présentant des troubles psychiques sévères. Elle a réuni de nombreux acteurs dans le domaine.

L'ARS Languedoc-Roussillon a confié au CREAI-ORS LR la poursuite des travaux déjà engagés dans le domaine de la santé mentale mais en s'intéressant plus particulièrement aux adolescents âgés de 11 à 18 ans et sur un territoire bien particulier, le territoire de santé du département de l'Hérault.

L'étude présentée ici se décompose en trois parties :

- une revue de la littérature ;
- une enquête auprès des dispositifs concernés par la problématique ;
- des propositions d'action élaborées par un groupe d'experts réunis en concertations.

# II. OBJECTIFS

Les objectifs principaux de l'étude sont :

- Identifier et analyser les principales filières de santé mentale chez les adolescents (11-18 ans) en y intégrant le parcours complet (prévention, sanitaire et médicosocial) ;
- Repérer les leviers et les freins dans le fonctionnement des parcours.

Cette étude doit également permettre de mieux visualiser l'organisation dynamique et les inter-relations entre les différents acteurs et d'analyser des indicateurs pertinents de fluidité des parcours, en particulier les délais d'attente.

# III. MÉTHODOLOGIE

La méthodologie de l'étude s'appuie sur la participation des acteurs du champ de la psychiatrie chez les adolescents dans le département de l'Hérault.

Elle concerne les adolescents (11-18 ans) atteints de pathologies psychiatriques avérées ou en cours de révélation et pris en charge dans un des dispositifs héraultais (CMP, CMPP, Maison des adolescents, ITEP, IME et SESSAD). Ne sont pas concernés par cette étude, les jeunes porteurs d'un trouble envahissant du développement (TED) ou en souffrance psychique.

Cette étude comprend trois phases de travail :

- la première phase de travail consiste, à partir d'une revue de la littérature, de faire un repérage et une analyse des différents travaux effectués en France sur la prise en charge des adolescents porteurs de pathologies psychiatriques ;
- la deuxième phase de cette étude consiste en un recueil d'informations objectivées sur les trajectoires de chaque jeune de la population cible accueilli dans les dispositifs concernés (CMP, CMPP, Maison des adolescents, ITEP, IME et SESSAD) et implantés dans le département de l'Hérault. Cette enquête par questionnaire a permis d'alimenter la dernière phase de l'étude, les concertations auprès de l'ensemble des acteurs ;
- la troisième et dernière phase de cette étude s'est appuyée sur quatre concertations avec les acteurs du champ de la psychiatrie des adolescents. Elle a permis de réaliser un bilan partagé et d'élaborer des pistes d'améliorations.

# IV. CALENDRIER

| | |
|---|---|
| ***Septembre 2012*** | Réunion Plénière : 28/09. Présentation de lancement de l'étude auprès des acteurs du champ de la psychiatrie des adolescents |
| ***Octobre 2012*** | - Revue de la littérature<br>- Elaboration du questionnaire<br>- Comité technique : 17/10<br>- Elaboration de l'outil de saisie en ligne<br>- Lancement des questionnaires pour l'enquête : 26/10 |
| ***Novembre 2012*** | - Inclusion des adolescents suivis entre le 12/11 et le 17/11<br>- Retour des questionnaires de l'enquête : 30/11 (avec relance et délai prolongé jusqu'à mi-décembre) |
| ***Décembre 2012*** | - Nettoyage des informations et validation des saisies par téléphone<br>- Rédaction du rapport intermédiaire avec une analyse provisoire des premiers éléments recueillis |
| ***Janvier 2013*** | - Concertations : 10/01 et 24/01 |
| ***Février 2013*** | - Concertations : 7/02 et 21/02<br>- Copil avec l'ARS : 05/02<br>- Analyse des données de l'enquête<br>- Rédaction rapport final |
| ***Mars 2013*** | - Finalisation du rapport final et envoi du rapport<br>- Restitution des résultats |

# V. RESULTATS

# *V.1 Revue de la littérature*

### V.1.1 Quelques définitions

#### *a) Psychiatrie et Santé mentale*

Hier, on disait « la psychiatrie », aujourd'hui on parle de « santé mentale ». Une confusion perdure entre ces deux terminologies. La circulaire ministérielle du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale a fait évoluer les missions de la psychiatrie. Elle « *donne à la psychiatrie la mission non seulement de traiter les maladies mentales mais encore de promouvoir la santé mentale* » [33].

Cette évolution est observée dans de nombreux rapports ministériels, notamment dans les plans : « Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008 [32] et 2011-2015 [34] », où apparaît la notion de passage du concept de psychiatrie basée seulement sur les pathologies à un concept plus large en termes de santé mentale, où sont inclues la prévention et la promotion. Les pratiques de la psychiatrie publique et les orientations en matière de santé publique sont donc tournées davantage vers une santé mentale positive, vers laquelle la personne doit tendre (santé mentale positive au sens de la définition énoncée par l'Organisation Mondiale de la Santé OMS) [29].

Pour l'OMS, la santé mentale positive se conçoit comme *« un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté »* [19].

On retrouve une définition du champ de la santé mentale dans le dernier plan : « Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015 » [34] qui décrit la santé mentale comme étant composée de trois dimensions :

- la santé mentale positive (OMS) « *discipline qui s'intéresse à l'ensemble des déterminants de santé mentale conduisant à améliorer l'épanouissement personnel* » ;
- la détresse psychologique réactionnelle (ou la souffrance psychique) « *qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles* ». Cette souffrance psychique est liée à des déterminants socio-économiques comme l'emploi, le logement,… ;
- les troubles psychiatriques « *qui se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères, à des actions thérapeutiques ciblées et qui correspondent à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants* ».

Parallèlement, la psychiatrie est définie comme étant *« une discipline médicale qui prend en charge les affections psychiatriques caractérisées et les aspects pathologiques de la souffrance psychique. Elle comporte des spécificités lorsqu'elle s'adresse à certains âges de la vie. Ainsi, pour la psychiatrie infanto-juvénile, les dimensions de repérage et de prévention sont essentielles ».*

La loi de 2005 [7] « *pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* » a reconnu de façon officielle les troubles psychiques comme pouvant être à l'origine d'un handicap. « *De façon indirecte, elle fait exister une nouvelle catégorie de personnes autrefois confondue sous la catégorie du handicap mental. Cette reconnaissance invite l'ensemble des professionnels du handicap et de la mise en œuvre des politiques sociales à reconsidérer leurs dispositifs et leurs actions au regard de la problématique singulière de ce handicap* ». [1]

En résumé, la santé mentale est un champ étendu. Elle recouvre autant la psychiatrie basée sur les pathologies elles-mêmes, que la souffrance psychique, et la prévention et la promotion de la santé mentale. Elle « *concerne autant les problèmes généraux de la vie sociale que les problèmes particuliers que sont les maladies mentales* ». [25]

Elle n'est plus concentrée sur l'individu, mais tient compte également de son environnement.

### *b) Troubles psychiatriques chez les adolescents*

Chez les adolescents, il est important de distinguer la souffrance psychique due à un ensemble de problèmes sociaux en relation directe avec la période adolescente, des troubles psychiatriques qui peuvent venir perturber au quotidien la vie d'un adolescent atteint. « *Lorsqu'un jeune souffre d'une pathologie psychiatrique, l'ensemble de sa vie est perturbé, notamment son rapport aux autres et parfois sa possibilité de suivre un parcours scolaire classique. En parallèle, les troubles psychiatriques se traduisent fréquemment par une mise en danger du jeune lui-même ou de son entourage. La gravité des troubles nécessite toujours une aide extérieure, aide au jeune lui-même mais aussi à sa famille* ». [11]

Selon une enquête menée par un groupe d'experts sur les troubles mentaux de l'Inserm en 2002 [26], les principaux troubles psychiatriques dont souffrent les adolescents sont :

- les troubles anxieux névrotiques dont les troubles obsessionnels compulsifs (Toc) ;
- la dépression : les troubles du comportement et l'hyperactivité, les troubles bipolaires ou la dysthymie ou la cyclothymie ;
- l'hyperactivité : l'hyperactivité motrice, les troubles de l'attention et les impulsivités ;
- la schizophrénie ;
- les troubles bipolaires ;
- les troubles du comportement alimentaire : anorexie et boulimie ;
- les troubles envahissants du développement : autisme.

### *c) La classification diagnostique*

Les troubles psychiatriques sont parfois difficiles à nommer sous forme de catégories. Pour faciliter la reconnaissance commune des troubles mentaux et avoir un langage commun dans le monde entier, il a été nécessaire de mettre en place une classification des troubles mentaux.

Les principales classifications utilisées en psychiatrie pour enfants et adolescents sont les suivantes :

- le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (également désigné par le sigle DSM, abréviation de l'anglais Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), publié par la Société américaine de psychiatrie (APA). Ce manuel classifie et catégorise des critères diagnostiques et des recherches statistiques de troubles mentaux spécifiques. Une cinquième édition est attendue pour 2013. Il fait souvent l'objet de critiques portant sur certains troubles mentaux désignés dans ce manuel qui seraient issus de réactions normales « *comme le chagrin lié au deuil* ».
- le cinquième chapitre (chapitre F) de la Classification internationale CIM 10 développée par l'Organisation mondiale de la santé en 1992. Ce chapitre est couramment utilisé surtout en Europe mais aussi dans d'autres pays dans le monde. Le système de codage inclus dans la version 4 du DSM correspond aux codes utilisés dans le cinquième chapitre de la CIM-10, à l'exception de certains codages. Elle fait également souvent l'objet de critiques sur « *la partie des diagnostics pédopsychiatrique (enfants et adolescents) qui est insuffisante, ce qui*

*a tendance à confondre pédopsychiatrie et psychiatrie de l'adulte dans une vision adultomorphe* ».

- la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent ou CFTMEA est un système de classification psychopathologique établi sous la direction du Pr Roger Misès pour pallier les manques et lacunes des systèmes internationaux (CIM-10) et américains (DSM) qui ne comportent que quelques petites rubriques sur la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Aujourd'hui, comme il est souvent nécessaire de se référer à la CIM 10 pour des comparaisons inter-régions ou inter-pays, un important travail de correspondance avec la CIM 10 a été élaboré dans la cinquième édition de la CFTMEA. Ce travail a abouti à un tableau facile à utiliser pour passer de la CFTMEA-2012 à la CIM 10. [35]

Dans l'étude qui nous concerne ici, la classification retenue est le cinquième chapitre de la CIM 10 pour des raisons de comparabilité et de reproductibilité par rapport à l'ensemble des études publiées.

### V.1.2 Quelques données épidémiologiques

L'OMS a retenu cinq pathologies mentales (schizophrénie, trouble bipolaire, addiction, dépression et trouble obsessionnel compulsif) parmi les dix pathologies les plus préoccupantes aujourd'hui et dans les années à venir. Elle estime que d'ici 2020, les maladies mentales vont fortement contribuer à la montée en charge de la morbidité due à l'ensemble des maladies, si rien n'est fait. [19]

Lorsque la France est comparée à plusieurs pays européens dans différentes études épidémiologiques, la prévalence des différentes pathologies psychiatriques est relativement élevée sur le territoire national. [19]

Dans les informations communiquées à la Cour des comptes, la Direction générale de la santé estime qu'environ 30 % des patients de médecine générale souffriraient de troubles psychiatriques ou relatifs à leur santé mentale.

Les données épidémiologiques en France dans le champ des troubles psychiatriques chez les adolescents restent insuffisantes. Dans un rapport du Conseil économique, social et environnemental paru en 2010 [11], ont été estimées des prévalences[1] de troubles psychiatriques les plus fréquents chez les adolescents âgés entre 15 et 19 ans.

[1] Nombre de cas d'une maladie enregistré dans une population déterminée à un moment donné

**Tableau 1. Estimation du nombre d'adolescents de 15 à 19 ans souffrant d'un trouble mental en France en 2009 (Population des 15-19 ans : 4 millions)**

| Troubles psychiatriques chez les 15-19 ans | Prévalence estimée chez les 15-19 ans | Estimation en nombre d'adolescents de 15-19 ans |
|---|---|---|
| Troubles anxieux dont TOC | 6,0 % | 238 062 |
| Dépression | 3,2 % | 127 703 |
| Hyperactivité | 1,0 % | 39 677 |
| Schizophrénie et troubles bipolaires | 0,5 % | 19 839 |
| Anorexie et boulimie | 0,4 % | 15 789 |
| Autisme et autres troubles envahissants du développement | 0,3 % | 10 832 |

*Source : Inserm 2003, enquête collective, Insee RP 2009*

Selon une expertise collective de l'Inserm rendue en 2003, un enfant sur huit en France souffrirait de troubles psychiques et seulement une minorité d'entre eux aurait été dépistée et repérée par des services spécialisés. Ce constat souligne l'importance de mettre l'accent sur le dépistage précoce et la prévention des troubles psychiques chez l'enfant [25].

### V.1.3 Organisation des soins

***a) Evolution du secteur de la psychiatrie : principaux repères historiques (Cour des comptes 2001)***

**30 juin 1838** : Première loi organisant la prise en charge des personnes atteintes de « *maladies mentales* » en préconisant la création d'« *asiles* », établissements publics spécialisés réservés au traitement des « *maladies mentales* ». Aucune distinction entre les majeurs et les mineurs n'était faite.

**13 oct. 1937** : Circulaire créant les dispensaires d'hygiène mentale et les services d'observation et de traitement en milieu ouvert. A ce moment-là, « *l'asile devient officiellement l'hôpital psychiatrique* ».

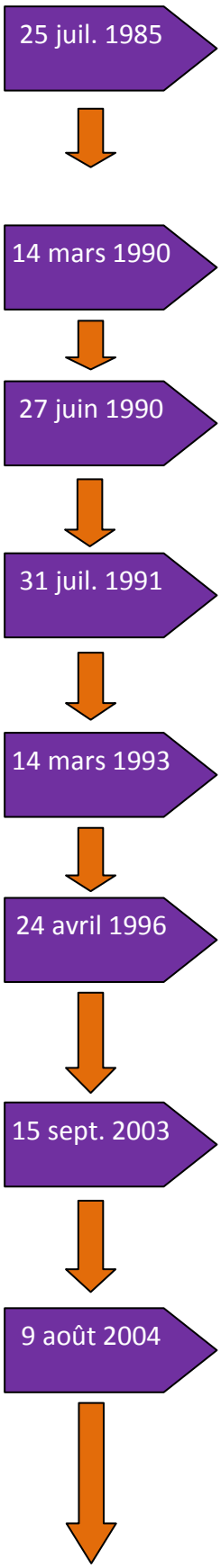
Création d'hôpitaux psychiatriques par département

**Années 1950** : Découverte des neuroleptiques « *qui décuplent les possibilités thérapeutiques* », permettant d'envisager la sortie d'un certain nombre de personnes atteintes de « *maladies mentales* » d'établissements spécialisés.

Libération de la pensée des psychiatres coexistant avec un « *système asilaire isolé du champ social* »

**15 mars 1960** : Circulaire du 15 mars 1960, relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les pathologies psychiatriques. Celle-ci met en place la politique de la sectorisation en psychiatrie et en pédopsychiatrie. L'objectif principal de cette circulaire est de « *développer le dispositif de prévention de soins et de réinsertion en dehors de l'hôpital* » et de « *développer la coopération entre secteurs* ».

**31 déc. 1970** : Loi sur la réforme hospitalière rattachant les hôpitaux psychiatriques à des centres hospitaliers généraux devenant des centres hospitaliers spécialisés (CHS).




Circulaire préconisant le développement d'alternatives à l'hospitalisation complète (hôpital de jour, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel CATTP, hôpital de nuit…) et posant comme règle d'avoir au moins un centre médico-psychologique (CMP) par secteur de psychiatrie générale.

Loi sur la sectorisation qui intègre la psychiatrie dans le cadre général de la carte sanitaire. Elle préconise la coopération entre les secteurs.

Loi qui « *redéfinit les droits des malades mentaux et les modalités de l'hospitalisation sans consentement. Cette loi abroge définitivement la loi du 30 juin 1838* ». Disparition définitive d'un système asilaire.

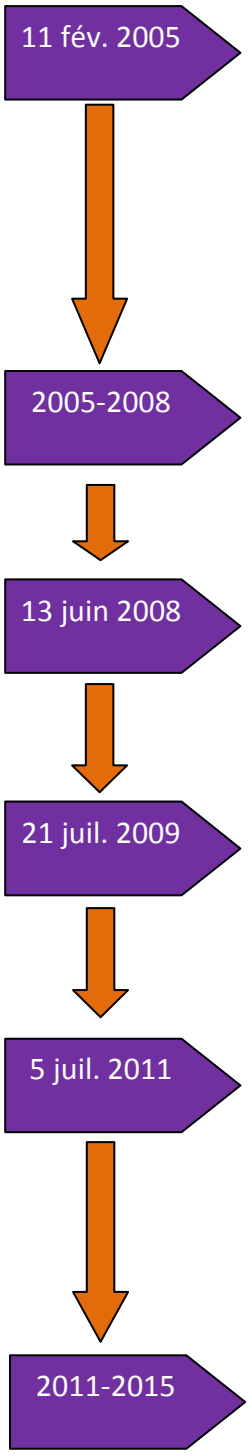
Réforme hospitalière instaurant une planification régionale (carte sanitaire et schéma régional d'organisation sanitaire SROS). La psychiatrie doit également s'articuler avec le schéma départemental d'organisation (SDO).

Circulaire faisant le développement d'unités intersectorielles une des priorités des SROS de psychiatrie.

Ordonnance qui permet de formaliser des collaborations de travail entre le secteur de la psychiatrie et d'autres dispositifs du domaine sanitaire, médicosocial et social. A titre expérimental, pour une durée de cinq ans, des réseaux de soins sont mis en place permettant une prise en charge globale des patients.

Ordonnance sur la simplification sanitaire modifiant « *l'organisation des soins en psychiatrie en la soumettant aux mêmes principes de planification que l'offre générale de soins. Le secteur psychiatrique est maintenu dans sa dimension fonctionnelle, mais doit s'intégrer au territoire de santé ».* [15].

Loi de santé publique [24] qui « *reprend la notion de prévention définie par la loi du 4 mars 2002 mais la replace dans un cadre plus large de santé publique. Elle définit des objectifs nationaux de santé publique, exprimés en résultats sur l'état de santé de la population. Pour les atteindre, elle détermine des plans et des programmes nationaux de santé publique, donne à la Nation les instruments d'action dont elle a besoin pour mener une politique de santé publique et organise le partenariat des acteurs de santé ».*




La loi Handicap du 11 février 2005 pour *« l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées »* permet aux personnes atteintes de certains troubles psychiques d'être reconnues comme personnes en situation de handicap psychique [7]. Cette loi apporte une réponse à un certain nombre d'attentes du monde associatif qui souhaitait depuis longtemps que les conséquences de certains troubles psychiques puissent être reconnues comme étant à l'origine d'une situation de handicap.

Premier « Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 » [32] garantissant « *à chaque habitant le recours à une équipe psychiatrique de référence et l'accès à une première palette de prises en charge adaptées allant du suivi ambulatoire au sein de structures de proximité à l'hospitalisation complète* ».

Pacte européen pour la santé mentale auquel la France a souscrit, préconisant un meilleur équilibre entre prise en charge ambulatoire et hospitalière et le développement des services de proximité [42].

Loi HPST [6] affirmant l'organisation territoriale dans tous les champs de la santé en renforçant l'articulation entre le sanitaire et le médico-social particulièrement présent en psychiatrie et créant une gouvernance régionale : les Agences régionales de santé (ARS).

Loi relative aux droits et à la protection des personnes [5] faisant l'objet de soins psychiatriques, mettant l'ambulatoire comme prioritaire dans la prise en charge de personnes ayant des troubles psychiques et l'hospitalisation restant de préférence une exception. Elle requiert « *l'intervention systématique du juge des libertés et de la détention dans toutes les procédures de soins psychiatriques sans consentement* ».

Deuxième « Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 » [34]. Ce plan s'inscrit dans le cadre du Pacte Européen reconnaissant notamment la santé mentale comme un droit de l'homme. Deux objectifs principaux ont été fixés : « *Donner à tous les français une juste compréhension des enjeux d'une politique ambitieuse de santé mentale* » et « *Offrir un cadre commun d'action à l'ensemble des acteurs engagés dans la lutte contre les troubles psychiques et la constitution de réponses permettant d'envisager la vie avec et malgré ces troubles* ».

L'offre de soins en psychiatrie se répartit en trois types de prises en charge : les hospitalisations complètes en services aigus, les alternatives à ces hospitalisations, les prises en charge ambulatoires institutionnelles auxquelles s'ajoutent les consultations en médecine de ville.

*« Les établissements de santé, publics ou privés d'intérêt collectif, assurent de façon très majoritaire ces prises en charge, notamment la quasi-totalité de l'offre de soins alternative à l'hospitalisation complète, ainsi que la plus grande partie des consultations et visites, dites Institutionnelles, à partir de structures extrahospitalières installées en ville* » [17].

### *b) Situation de la France par rapport à d'autres pays européens*

Dans un de ces derniers numéros « Question d'économie de la santé » paru en octobre 2012 [14], l'IRDES met en évidence un « *certain retard* » de la France qui peut être relié à des contextes politiques et sociaux différents selon les pays analysés (Allemagne, Angleterre, France et Italie), à des différences culturelles mais aussi à des modes de financement de la santé et de ses différentes composantes (ambulatoire, hospitalier, sanitaire, social). Des écarts ont été repérés en matière :

- « *d'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général mais aussi et surtout en matière de développement des structures d'hébergement et services d'accompagnement de la personne souffrant de troubles psychiques dans sa vie quotidienne » ;*
- *« d'articulation avec le secteur social et l'approche globale de la prise en charge avec les autres acteurs du champ sanitaire et social (médecine de ville, établissements de santé privés, services d'accompagnement social et médicosocial) qui y restent insuffisamment développée » ;*
- *« d'implication des usagers et de leurs proches dans le projet thérapeutique, à travers notamment les concepts de rétablissement et d'empowerment*[2] *ou de responsabilisation, comme dans l'exemple anglais, qui demeure embryonnaire en France ».*
- *« de développement des alternatives à la prise en charge hospitalière à temps plein qui reste encore insuffisant malgré des avancées observées ».*

[2] Concept né au début du XX[e] siècle aux États-Unis dans un contexte de lutte, il est aujourd'hui repris dans différentes politiques de lutte contre la pauvreté et de développement, notamment dans le cadre de politiques urbaines. L'*empowerment* ou « développement du pouvoir d'agir » est le processus par lequel des personnes, des organisations et des communautés peuvent acquérir la maîtrise des événements qui les concernent.

### *c) Des secteurs différents autour des adolescents souffrant de troubles psychiques*

La prise en charge des adolescents en difficultés dans la dimension « santé mentale » s'est organisée selon cinq secteurs différents : sanitaire, social, justice, éducation et médicosocial. Ces secteurs s'appuient sur différentes ordonnances, lois et décrets qui restent encore des références aujourd'hui comme par exemple l'ordonnance de 1945 relative à la délinquance des mineurs et la loi de 1975 en faveur des personnes en situation de handicap.

- L'action dans le champ sanitaire sous l'aspect « santé mentale » : ce secteur repose sur différentes circulaires et lois présentées amplement dans le premier paragraphe de cette partie consacrée à l'organisation des soins.
- L'action sociale : « *Depuis la décentralisation (loi n° 86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétence en matière d'aide sociale et de santé), les conseils généraux sont les principaux financeurs de la prévention, soit directement, par l'action de leurs services sociaux, protection maternelle et infantile (PMI), aide sociale à l'enfance (ASE), prévention spécialisée, soit par le biais des associations qu'ils habilitent et qui mettent en œuvre comme les actions éducatives en milieu ouvert (AEMO) et les placements* » [23].
- L'action judiciaire : *« Cette filière est organisée autour de la figure du juge des enfants, en matière civile comme pénale. Ce dernier est investi de quatre rôles différents : il juge les mineurs délinquants pour les délits qu'ils ont commis, il protège les mineurs en danger, il assure la protection des jeunes majeurs entre 18 et 21 ans et peut prendre des mesures à l'égard de la famille »* [23].
- L'action dans le cadre scolaire : *« il existe une diversité de dispositifs progressivement constitués. Quatre axes différents peuvent être distingués : services de santé scolaire ; actions d'intégration des jeunes handicapés ; classes relais ; actions de prévention et de lutte contre la violence »* [23].
- L'action dans le médicosocial : ce secteur est composé d'une diversité d'établissements et de services dans l'accompagnement des enfants et adolescents handicapés et notamment en situation de handicap psychique.

Ces différents secteurs, tous œuvrant dans l'intérêt de l'adolescent en souffrance, sont amenés à travailler ensemble et de façon transversale.

### *d) Les différents modes de prises en charge en psychiatrie infanto-juvénile*

Tout comme la psychiatrie générale, la psychiatrie infanto-juvénile s'est organisée selon la sectorisation du territoire. Les enfants et adolescents sont pris en charge au sein de zones « géo-démographiques » déterminées, appelées secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Ce dispositif de soins et de prévention en santé mentale, à destination des enfants et des adolescents et de leur entourage, est constitué d'une équipe pluridisciplinaire de professionnels rattachés à un centre hospitalier. Il est décliné selon les territoires en plusieurs structures diversifiées et articulées entre elles : structures d'accueil, de consultations et de traitement ambulatoire (CMP), ainsi que des structures de soins institutionnalisés (hospitalisation temporaire ou complète…).

Depuis les années deux mille, des dispositifs intersectoriels se sont développés avec des équipes spécialisées dans certaines pathologies et pour des populations spécifiques (notamment à destination des adolescents). L'organisation des soins en psychiatrie a subi une réforme importante depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003 et de la loi HPST sur la notion de sectorisation : « *les secteurs n'ont plus d'existence géographique, puisqu'ils exercent leurs missions dans le cadre des territoires de santé ».* La loi HPST inscrit « *dans les missions de tous les établissements de santé la coordination entre acteurs des soins dans le cadre défini par l'Agence régionale de santé et en concertation avec les Conseils généraux* » [25]. Mais cette notion de secteur reste une référence pour la plupart des acteurs.

⇒ **Les CMP, structures pivots de la prise en charge des adolescents souffrant de troubles psychiques**

L'organisation de soins en psychiatrie infanto-juvénile s'appuie sur une structure pivot, les centres médico-psychologiques (CMP). Les CMP sont définis comme « *des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert qui organisent des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile »* auprès de la population habitant le secteur [32].

Le cadre juridique des centres médico-psychologiques (CMP) est défini par l'article premier de l'arrêté du 14 mars 1986 venant en application de l'article 3 de la loi du 31 décembre 1985 [39].

La circulaire du 14 mars 1990 confirme le rôle essentiel des centres médico-psychologiques (CMP) dans le dispositif des soins en psychiatrie : « *le secteur doit se centrer sur les CMP afin d'offrir des soins de santé primaire près de la population, et faire contrepoids à l'hospitalo-centrisme* » [39]. Les CMP sont ainsi placés comme « *pivot du secteur psychiatrique* » qui coordonnent toutes les actions extra hospitalières en articulation avec l'hospitalisation temps plein sur un secteur bien défini au préalable.

Etant considérés comme le premier interlocuteur pour la population, ils doivent être connus de tous les acteurs du secteur et de la population elle-même, « *répondre ou orienter toute demande de soins en psychiatrie et santé mentale* » et « *élaborer tous les projets de prises en charge alternatives pour éviter l'hospitalisation, réduire sa durée et réinsérer l'adolescent* » [39].

Le Plan Psychiatrie et Santé mentale vient renforcer ce rôle de pivot aux CMP en précisant que les CMP « doivent constituer *la structure extrahospitalière la plus représentée (une au moins pour chacun des secteurs) garantissant un maillage territorial de qualité »* [32].

Les CMP sont ainsi *« impliqués dans des réseaux de partenaires institutionnels multiples : autres établissements de santé mais aussi établissements de l'Éducation nationale, médico éducatifs, crèches, PMI, services du Conseil général, Protection judiciaire de la jeunesse, sous forme de conventions »* [27].

Le suivi des enfants et des adolescents en psychiatrie est essentiellement effectué par une prise en charge ambulatoire réalisée par les centres médico-psychologiques (CMP) : 97 % des jeunes patients sont suivis en ambulatoire et essentiellement en CMP.

Dans certains cas, en complément des consultations en CMP, peuvent être proposées des prises en charge plus intensives et des aides spécialisées allant des alternatives à l'hospitalisation à l'hospitalisation complète :

⇒ **Les prises en charge à temps partiel** [28] :

- l'accueil thérapeutique à temps partiel : *« il vise à maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien, de réadaptation sociale et de thérapie de groupe. Cette formule de soins, effectuée par des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), s'adresse à des adolescents ayant des difficultés à s'insérer dans le tissu social (par détresses psychologiques ou sociales). La prise en charge est généralement plus ponctuelle que dans un hôpital de jour » ;*
- l'hospitalisation de jour : *« elle vise à prodiguer des soins polyvalents, individualisés et intensifs au cours de toute ou une partie de la journée »* ;
- l'hospitalisation de nuit : *« elle vise à assurer des prises en charge thérapeutiques de fin de journée et une surveillance médicale de nuit. Ce type de prise en charge à temps partiel s'adresse à des adolescents qui ont acquis une certaine autonomie dans la journée, mais qui ont besoin d'être pris en charge la nuit, voire le week-end »* ;

◣ l'accueil en atelier thérapeutique : *« il vise le réentraînement à l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale. Les ateliers thérapeutiques utilisent des techniques de soins particulières, notamment des groupes ergothérapiques : pratiques d'activités artisanales, artistiques ou sportives….. ».*

⇒ **Les prises en charge à temps complet** [28] :

◣ l'hospitalisation à temps plein (ou hospitalisation complète) : *« elle est en principe réservée aux situations aiguës et aux malades les plus difficiles et doit permettre des soins intensifs et permanents autour des patients, mis à distance de leur environnement » ;*

◣ l'hospitalisation en centre de postcure : c'est une prise en charge à temps complet dans une *« unité de moyen séjour destinée à assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins et traitements nécessaires à la réadaptation à une vie autonome »* ;

◣ l'hospitalisation en centre de crise : c'est une prise en charge à temps complet dans une unité destinée à répondre aux situations d'urgence et de détresse aiguës. Elle doit mettre en place la possibilité d'un accueil 24h sur 24 et de prises en charge intensives et de courte durée ;

◣ l'accueil familial thérapeutique : *« il permet le traitement de patients de tous âges, placés dans des familles d'accueil, pour lesquels le maintien ou le retour à leur domicile ou dans leur famille naturelle ne paraît pas souhaitable ou possible. Il peut être envisagé à moyen et long terme et généralement proposé en complément avec un autre dispositif de soins »*.

⇒ **Le recours aux urgences psychiatriques :**

Le recours aux urgences psychiatriques est une « *demande dont la réponse ne peut être différée, nécessitant une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique* » (Commission des Maladies Mentales de l'Urgence en Psychiatrie 1991).

Deux types de recours aux urgences psychiatriques pour les adolescents coexistent :

- les enfants et adolescents âgés de 16 ans au plus suivent le plus souvent la filière des urgences pédiatriques où est proposé un accueil sur la double compétence pédiatrique et pédopsychiatrique. « *Dans ces unités d'accueil d'urgences pédiatriques, le travail est essentiellement centré sur une évaluation de la crise avec la recherche d'une orientation »* [38].

- les adolescents de plus de 16 ans : selon les flux, les ressources et les organisations au sein de chaque centre hospitalier, ces adolescents suivent le plus souvent la filière des urgences psychiatriques des adultes. Cependant, ils peuvent faire l'objet d'une prise en charge distincte en pédopsychiatrie mais en restant en lien avec la psychiatrie des adultes *»* [38].

Selon une étude récente publiée par les services de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent du Centre hospitalier de Rodez et du Centre hospitalier universitaire de Toulouse [12], le recours aux urgences en pédopsychiatrie pour les 0 à 16 ans semble connaître une augmentation importante en 20 ans. « *L'accueil en urgence représente pour un grand nombre d'adolescents le premier contact avec le soin psychiatrique*. *C'est également, pour certains, un recours qui se répète comme une modalité ordinaire d'accès au soin* ».

Ce constat est également fait dans un article publié par le Centre hospitalier universitaire de Montpellier qui cite une augmentation de plus de 30 % de recours aux urgences pédiatriques par des adolescents suicidants entre 2008 et 2010 [16].

Par ailleurs, de nombreux établissements du secteur médicosocial accueillent également un certain nombre d'adolescents souffrant de troubles psychiques ou d'un handicap psychique : les centres médico psychopédagogiques (CMPP), les Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP), les Instituts médico-éducatifs (IME) et les Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD).

Ainsi, l'offre de soins en psychiatrie est très diversifiée et selon un rapport du Sénat encore trop « morcelée » [31].

*Source : Haut Conseil de la Santé publique – Présentation à l'OPEPS et à la commission des affaires sociales du sénat le 27 février 2009*

**Il est ici intéressant de constater que les CMPP et les autres établissements et services du secteur médicosocial ne sont pas nomenclaturés dans le système tel que défini. Ceci indique bien (s'il en était nécessaire) le niveau de cloisonnement entre le champ sanitaire et le champ médicosocial. De fait, l'étude commandée trouve son sens ne serait-ce qu'à la lecture de ce schéma : quelle porosité entre les divers dispositifs ? Quelle cohérence ? Quels partenariats ?**

### V.1.4 Continuité et coordination de soins

#### *a) Les grands principes*

Dans le Plan psychiatrie et santé mentale de 2005, cinq axes de travail avaient été énoncés visant à l'amélioration de la prise en charge dans sa continuité et dans sa coordination : continuité indispensable entre l'hospitalisation classique, prise en charge sanitaire ambulatoire, prise en charge médicosociale, l'accompagnement et l'insertion sociale des personnes présentant des troubles psychiatriques. Parmi ces cinq axes de travail, deux d'entre eux visaient à un décloisonnement de la prise en charge et à la mise en place d'actions en faveur des personnes accompagnées, de leur entourage et des professionnels. Ce plan rappelle également qu'il est important de travailler également sur la continuité de la prise en charge dans le temps. « *Deux moments de la vie sont particulièrement sujets à des ruptures (lieux et équipe de prise en charge, statut de la personne…). Il s'agit du passage de l'adolescence à l'âge adulte, d'une part, et du vieillissement, d'autre part. Il est nécessaire de les anticiper et de les organiser* » [25].

*« Le plan psychiatrie et santé mentale de 2011-2015 intègre pleinement les enjeux de participation sociale et de citoyenneté dont elle est porteuse pour toutes les personnes qui subissent un handicap du fait des retentissements dans leur vie et leur autonomie d'un trouble de santé. Il affirme ainsi tout à la fois le besoin de soins de qualité pour tous et la nécessité de dépasser la dimension sanitaire pour s'intéresser aux champs de l'inclusion sociale. Logement, emploi sont ainsi des parties intégrantes du plan ; objectif des soins, la participation à la vie sociale contribue à son efficacité et dans une certaine mesure à la prévention des troubles »* [34].

La diversité des problèmes (social, familial, scolaire, judiciaire…) que rencontrent les adolescents ayant des troubles psychiatriques, fait qu'« *ils échappent au champ d'une seule organisation et/ou profession* » [23].

La continuité et la coordination des soins en psychiatrie, chez les adolescents, est un enjeu majeur de santé publique, car elle doit impliquer l'ensemble des acteurs du champ, la population elle-même, les adolescents en difficultés et leur entourage. La prise en charge des adolescents ayant des troubles psychiatriques est difficile si les différentes institutions concernées (Education nationale, Conseil général, ARS, Justice, Missions locales d'insertion…) sont prises individuellement. De nouveaux dispositifs « *décloisonnés avec des équipes pluridisciplinaires composées de psychiatres, psychologues, d'infirmières, de travailleurs sociaux* » ont été ainsi mis en place.

L'équipe pluridisciplinaire du secteur de psychiatrie infanto-juvénile se doit de travailler en partenariat avec de nombreux professionnels « *participant activement à l'environnement des enfants et des adolescents* » dans les champs de l'éducatif, du social, du médicosocial et parfois du judiciaire.

### *b) Les différents partenariats nécessaires dans la fluidité des parcours*

⇒ **Partenariat entre le secteur sanitaire et les autres secteurs (social, protection judiciaire de la jeunesse, éducatif et médicosocial) sous forme de réseaux repérés**

Deux types de partenariats se distinguent [40] :

- un travail de liaison avec le sanitaire (établissements et professionnels de santé et tout particulièrement avec l'hôpital) s'appuyant sur de la psychiatrie de liaison et un travail clinique ;
- un travail de coordination et de concertation avec d'autres partenaires du champ social (PMI, aide sociale à l'enfance…), médicosocial, éducatif ou de la justice.

Ces différents types de partenariats sont souvent *« institutionnalisés et formalisés dans des conventions définissant des réseaux repérés ».*

⇒ **Partenariat entre le secteur sanitaire et l'Education nationale**

Un rapport de la DHOS [21] rappelait l'importance de la mise en place d'un travail commun entre l'école et le secteur psychiatrique infanto-juvénile sur les aspects de repérage précoce, dépistage, évaluation, intégration et relais : « *l'école et le secteur doivent s'organiser, pour donner des réponses collectives, au-delà des situations individuelles »* dans l'objectif d'améliorer l'état de santé mentale de l'enfant.

Les collaborations entre les équipes éducatives de l'Education nationale et CMP/CMPP ont été renforcées par la Circulaire du 11 décembre 2003 de l'Education nationale, où elle préconisait que l'école soit « *le principal agent de repérage des troubles psychiques, de prescription de soins, de contrôle des suivis, le tout selon les standards de la santé internationale* » [9].

⇒ **Partenariat entre le secteur sanitaire et les médecins généralistes**

Les médecins généralistes ont un rôle important également *« dans l'accès et la continuité des soins par sa proximité, son accessibilité non stigmatisante et par ses relations avec l'entourage »* [25]. Ils doivent participer pleinement *« dans le repérage, l'orientation et le suivi de la prise en charge psychiatrique ».*

Dans un de ces rapports de la Mission Nationale d'Appui en Santé mentale (MNASM) publié en juin 2011 [37], est rappelé le rôle important donné au médecin traitant, dans la coordination des soins dans le cadre du « parcours de soins coordonnés » mis en place depuis la réforme de l'Assurance maladie, suite à la loi du 13 août 2004. Mais en pratique, « *le médecin traitant est encore très peu intégré dans le recours à la psychiatrie* ».

⇒ **Partenariat entre le secteur sanitaire et celui du médicosocial**

Le repérage précoce nécessite également la participation des acteurs du champ social et médicosocial qui sont également concernés dans l'amélioration de la prise en charge. « *L'articulation entre la prise en charge psychiatrique et le secteur du médicosocial est un objectif de politique publique depuis la loi de 2005 qui a reconnu l'existence du handicap psychique* ».

⇒ **Partenariat entre le secteur sanitaire et les maisons des adolescents**

Afin de permettre un travail en commun des différents professionnels autour de l'adolescent, d'assurer la transition et la continuité des soins, le Plan psychiatrie et santé mentale de 2005 préconisait la mise en place de maisons des adolescents (une par département) suite à la conférence de la famille de 2004. Ces nouveaux dispositifs « *hors les murs de l'hôpital* » doivent travailler à la mise en réseau des acteurs autour du jeune. La mise en place de ces maisons des adolescents a été ainsi soutenue par un programme national lancé sur la période 2005-2010. « *L'objectif visé était de faire bénéficier les adolescents d'une écoute spécialisée rapide, à proximité de chez eux, d'un abord croisé de leurs problématiques, et de les orienter éventuellement vers des prises en charge plus spécialisées »* [22].

### *c) Les principaux constats sur la continuité et la coordination des soins*

L'évaluation de 2011 [25] a relevé différents points de dysfonctionnement dans l'articulation entre les différents acteurs de la prise en charge :

- une absence de connaissances exactes tant sur la prévalence des troubles relevant de la psychiatrie que sur l'activité des équipes et des structures ;
- un cloisonnement persistant des soins à toutes les étapes de la prise en charge et spécialement entre psychiatrie et médecine générale : des orientations plus faibles vers un psychiatre ou psychologue de la part des médecins généralistes français par rapport à celles de leurs homologues européens (Enquête ESEMED) (20 % des patients souffrant de troubles mentaux orientés vers un psychiatre par leur généraliste contre 80 % aux Pays-Bas). Or, ils prescrivent 85 % des psychotropes consommés en France ;

- une implication moins importante des professionnels paramédicaux (psychologues en particulier) dans la prise en charge de troubles en santé mentale que dans d'autres pays européens. Ces professions sont moins reconnues en France : non remboursement des consultations par l'Assurance maladie ;
- un repérage des CMP encore difficile par la population ;
- une sollicitation parfois inappropriée du système de soins ;
- un déficit dans l'offre de soins sur de nombreux territoires ;
- une inégalité de la qualité des soins dispensée en hospitalisation complète ;
- une insuffisance de places créées dans le cadre d'alternatives à l'hospitalisation complète et notamment dans les structures d'accueil dans le secteur médicosocial (Rapport Sénat 2012) ;
- un nombre de maisons des adolescents créées insuffisant ;
- une absence d'une politique d'innovation et d'amélioration des soins.

Selon le rapport du Conseil Economique, Social et Environnemental [11], le dépistage des maladies mentales est souvent réalisé tard. La formation des médecins généralistes, des médecins et infirmiers scolaires et des pédiatres aux problèmes de pédopsychiatrie est encore insuffisante.

Des pistes d'améliorations avaient été évoquées dans ce Plan 2005-2008 : la formation et la coordination des professionnels, le renforcement des moyens humains des dispositifs ambulatoires ou alternatifs à l'hospitalisation, l'adaptation de l'hospitalisation complète par la mutualisation et la coopération des structures, en particulier dans les situations de crise et d'urgence, et en lien avec le secteur médicosocial.

Dans le rapport d'information fait par la Commission des affaires sociales au Sénat en décembre 2012, rapport relatif à la prise en charge psychiatrique des personnes atteintes de troubles mentaux [30], deux autres freins ont été cités : « *absence de consensus entre les acteurs très divers de la prise en charge des troubles mentaux* » et « *manque de moyens dans la réinsertion sociale, dans le secteur du médicosocial* ».

En revanche, un levier important à garder à l'esprit a été cité dans ce même rapport « *la psychiatrie française, longtemps stigmatisée parmi les disciplines médicales, est en mesure aujourd'hui de devenir une médecine de pointe. C'est ce projet ambitieux et porteur d'avenir qu'il convient de présenter aux professionnels de santé, aux patients et à leurs familles* ».

**Enfin, le très récent rapport rédigé conjointement par l'Inspection générale des finances et l'Inspection générale des affaires sociales, en date d'octobre 2012 et intitulé « Etablissements et services pour personnes handicapées : offre et besoins, modalités de financement » [43] pointe clairement les difficultés d'articulation entre *« les champs sanitaire, médicosocial et social »* dans le domaine du handicap psychique.**

### V.1.5 Les alternatives à l'hospitalisation : quatre exemples

#### *a) Des équipes mobiles pour aller vers les adolescents*

**<u>Exemple 1</u>** : **Des consultations mobiles à Rennes [27]**

Le service de psychiatrie de l'enfant du Centre hospitalier universitaire de Rennes a transformé son hôpital de jour en une mission mobile. Sur un budget « pièces jaunes », un camion mobil-home a été transformé en consultation mobile qui se déplace sur les lieux de vie des adolescents et de leurs familles. Il offre une salle d'attente et un espace d'entretien individuel, tout en étant banalisé de l'extérieur. Les adolescents reçus par l'équipe mobile sont des adolescents qui « *n'ont pas conscience d'aller mal, ne connaissent pas de lieux auxquels s'adresser, ne sont pas prêts à respecter un suivi* ». « *L'équipe mobile, une fois sollicitée, prend contact avec le jeune et ses parents. Un rendez-vous est fixé qui peut avoir lieu au collège, au domicile ou même dans la rue. L'équipe d'intervenants est pluridisciplinaire (psychiatres, psychologue, infirmier, éducateurs, travailleurs sociaux) qui interviennent en binôme. Le repérage des jeunes en souffrance est réalisé grâce à un travail en réseau multipartenaires : Éducation nationale, travailleurs sociaux, protection judiciaire de la jeunesse, médecins et les familles elles-mêmes. Des correspondants médiateurs servent de relais dans chacune des institutions.*

*Une permanence téléphonique fonctionne de 9h à 20h du lundi au vendredi que peuvent appeler les médiateurs et les familles ; un rendez-vous est fixé dans les 48h, assuré par une équipe en binôme* ».

*« Une deuxième équipe mobile est en train de se mettre en place à Rennes pour aller à domicile rencontrer des jeunes totalement déscolarisés. Ces « actions mobiles » servent de base à la Maison des adolescents de Rennes ».*

**<u>Exemple 2</u>** : **Une équipe mobile à Lille [27]**

*« L'établissement public de santé mentale de Lille métropole a mis en place en 2003 une équipe mobile qui s'engage à intervenir dans les 24h auprès d'adolescents de 12 à 18 ans pour toute situation qui lui est signalée par les services de médecine scolaire, de pédiatrie, les familles, les médecins traitants ou encore les institutions d'accueil des adolescents. L'équipe, un binôme pluridisciplinaire, se rend là où se trouve l'adolescent : chez un médecin, dans un centre de santé mentale ou même à domicile. Son principe étant de ne pas « lâcher » l'adolescent qui va mal, la rencontre avec lui et avec son entourage ayant pour but de l'aider à entamer une démarche personnelle de soins.*

*L'équipe a également des contacts avec les professionnels concernés par la situation de l'adolescent : les établissements médicosociaux, et surtout, les 35 établissements scolaires du secteur à la suite d'une convention signée avec le service médical de l'inspection académique ».*

***b) Des permanences « hors les murs »***

**<u>Exemple 3</u> : Permanences dans des collèges de quartiers sensibles dans l'Aulnay (93) [27]**

*« Les permanences mises en place par le service de pédopsychiatrie de l'hôpital général d'Aulnay (93), dans quatre collèges d'Aulnay, constituent une démarche active en direction des adolescents, par une organisation à double entrée qui établit des passerelles entre « l'espace accueil adolescent » qui existe à l'hôpital René Ballanger et quatre collèges du quartier « la Rose des Vents » qui bénéficie d'une attention particulière dans le cadre de l'opération quartiers sensibles ».* Ces permanences ont pu être mises en place en partie sur un financement de la politique de la ville et dans le cadre du programme de réussite éducative.

### *c) Des services hospitaliers mieux adaptés aux besoins des adolescents*

**<u>Exemple 4</u> : Unités d'adolescents en milieu hospitalier**

*« Ces unités constituent un espace spécifique adolescent et réunissent généralement une antenne de consultations (permettant d'obtenir rapidement un premier rendez-vous), un hôpital de jour et une unité d'hospitalisation complète d'une dizaine de lits. Ces unités ont constitué un réseau efficace de partenaires : structures scolaires, généralistes, pédiatres établissant des contacts réguliers entre les membres de l'équipe de l'unité médicale et les lieux de vie des adolescents qui peuvent alerter sur une situation individuelle ou encore de mener une action d'information et de prévention collective ».*

Ces unités se présentent sous différentes formes selon les régions :

- Pôle de l'adolescence appelé Centre Abadie à Bordeaux : ce centre se présente comme une « Maison des adolescents régionale ». Il propose quatre unités : tentative de suicide-idées suicidaires, anorexie grave, troubles mentaux et la dernière étant des consultations polyvalentes [27].
- Centre d'Accueil et de Soins pour la santé des Adolescents (CASA) à Metz, qui comprend une unité d'adolescents permettant une hospitalisation complète et un centre de consultations de proximité en ville [27].
- Unité universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du CHU de Nantes qui accueille pour des consultations et des prises en charges ambulatoires des enfants et adolescents jusqu'à 18 ans. Même si toutes les pathologies psychiatriques sont prises en charge dans cette unité, celle-ci s'est spécialisée notamment dans la schizophrénie à début précoce, les aspects du développement de l'empathie et de la relation à l'autre et les troubles d'apprentissage [13].

### V.1.6 La santé mentale dans le département de l'Hérault

- **Près de 2 800 nouvelles personnes héraultaises prises en charge en affections de longue durée pour des troubles mentaux en 2010**

Dans le département de l'Hérault, on dénombre près de 2 800 nouvelles prises en charge à « 100 % » pour des soins liés à des troubles mentaux en 2010, soit 11,4 % de l'ensemble des admissions en affection de longue durée (ALD) (tableau 2).

Chez les héraultais âgés entre 15 et 34 ans, les troubles mentaux représentent le premier motif d'admission en ALD, soit 41,7 % de l'ensemble des ALD pour cette tranche d'âge. Loin derrière, les tumeurs représentent le deuxième motif (10,6 %).

**Tableau 2. Les admissions en affections de longue durée en 2010 pour troubles mentaux**

| 2010 | Languedoc-Roussillon | Aude | Gard | Hérault | Lozère | PO | France métropolitaine en 2009 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| En nombre | 6 589 | 659 | 1 800 | 2 783 | 206 | 1 141 | 110 058 |
| *Dont :* | | | | | | | |
| *Schizophrénie* | *11,6 %* | *14,3 %* | *8,5 %* | *12,6 %* | *16,0 %* | *11,3 %* | *14,8%* |
| *Troubles névrotiques* | *5,3 %* | *6,5 %* | *9,6 %* | *3,3 %* | *S* | *3,2 %* | *3,8 %* |
| *Troubles du comportement* | *11,2 %* | *S* | *S* | *16,2 %* | *S* | *S* | *13,3 %* |
| *Troubles de l'humeur* | *46,5 %* | *43,4 %* | *46,7 %* | *52,5 %* | *39,3 %* | *34,5 %* | *44,4 %* |
| Part des moins de 20 ans | 13,4 | 13,5 | 12,5 | 13,4 | S | 15,4 | 13,1 |
| Part parmi l'ensemble des ALD | 10,3 | 7,6 | 10,0 | 11,4 | 9,9 | 10,3 | 8,0 % |
| Taux standardisé[1] 2008-2010 (taux pour 100 000) | 254* | 191 | 262* | 256 * | 251* | 289* | 175[2] |

* Différence significative entre la région ou le département et la France métropolitaine

S : secret statistique – effectifs en dessous de 5 individus

[1] taux standardisé lissé sur 3 ans
[2] taux standardisé en 2007-2009

*Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee, Exploitation Fnors*

Les troubles de l'humeur sont à l'origine de plus de la moitié (52,5 %) des nouvelles admissions d'ALD pour troubles mentaux en 2010 dans le département de l'Hérault. Dans 16,2 % des cas, ce sont des nouvelles admissions pour des troubles de comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence et dans 12,6 % pour de la schizophrénie, trouble schizotypique ou troubles délirants (tableau 2).

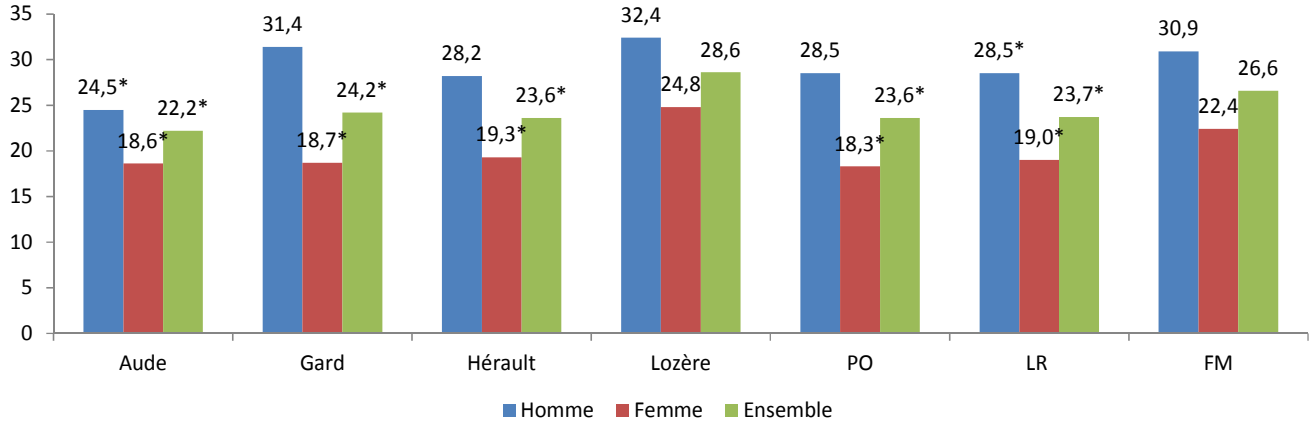
Le taux standardisé[3] pour troubles mentaux apparaît dans le département de l'Hérault de 256 pour 100 000 habitants sur la période 2008-2010, soit nettement au-dessus de la moyenne nationale (175 pour 100 000) (tableau 2).

- **266 décès en moyenne par an pour troubles mentaux dans le département de l'Hérault sur la période 2007-2009**

Dans le département de l'Hérault, les troubles mentaux représentent 3,0 % de l'ensemble des décès héraultais (2,9 % en Languedoc-Roussillon et 3,3 % en France métropolitaine).

Le département de l'Hérault a une mortalité par troubles mentaux inférieure à la moyenne nationale de 11,3 %. En effet, le taux standardisé de mortalité par troubles mentaux est de 23,6 pour 100 000 habitants contre 26,6 en France métropolitaine (figure 1).

**Figure 1. Taux standardisé de mortalité par troubles mentaux selon le sexe et les départements en 2007-2009 (en moyenne annuelle)**




*Différence significative entre la région ou le département et la France métropolitaine

*Source : Inserm CépiDC, exploitation Fnors*

- **Plus de 5 000 séjours hospitaliers pour troubles mentaux enregistrés dans le département de l'Hérault en 2009**

Près de 5 400 séjours hospitaliers en court séjour pour troubles mentaux, ont été enregistrés en 2009 pour des habitants de l'Hérault, dont 12,3 % concernent des jeunes âgés entre 15 et 24 ans (tableau 3).

[3] Le taux standardisé est le taux que l'on observerait dans la région ou le département si elle avait la même structure par âge que la population française recensée en 2006.

**Tableau 3. Séjours hospitaliers en court séjour pour troubles mentaux en diagnostic principal en 2009**

| 2009 | Languedoc-Roussillon | Aude | Gard | Hérault | Lozère | PO | France métropolitaine |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre de séjours | 13 140 | 2 025 | 3 858 | 5 423 | 354 | 1 480 | 343 073 |
| Part des 15-24 ans en % | 9,3 % | 8,6 % | 5,4 % | 12,3 % | 10,2 % | 9,6 % | 10,5 % |
| Taux standardisé d'hospitalisation | 4,5 | 5,3 | 4,6 | 5,0 | 4,2 | 3,0 | 5,1 |

*Source : PMSI MCO – Exploitation Fnors*

- **Un taux d'équipement en places ou en lits dans le secteur psychiatrie infanto-juvénile dans le département de l'Hérault inférieur à la moyenne nationale**

On dénombre 124 places ou lits en psychiatrie infanto juvénile dans l'Hérault. Cela correspond à un taux d'équipement (pour 1 000 enfants de moins de 17 ans) inférieur à la moyenne régionale qui est lui-même inférieur à la moyenne nationale (France métropolitaine) (tableau 4).

Par contre, pour les adultes, le taux d'équipement global en psychiatrie est identique au taux régional et légèrement supérieur au taux observé en France métropolitaine.

**Tableau 4. Equipement en psychiatrie infanto juvénile et en psychiatrie adultes : nombre de places et taux**

| 2011 | Languedoc-Roussillon | Aude | Gard | Hérault | Lozère | PO | France métropolitaine |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ***Nombres de places ou de lits installés en psychiatrie infanto-juvénile*** | | | | | | | |
| Hospitalisation complète | 62 | 5 | 16 | 23 | 10 | 8 | 2 188 |
| Hospitalisation de jour, nuit | 332 | 48 | 93 | 96 | 33 | 65 | 8 555 |
| Placement familial thérapeutique | 32 | 3 | 11 | 5 | 5 | 8 | 806 |
| **Total** | **429** | **56** | **120** | **124** | **48** | **81** | **12 157** |
| ***Taux d'équipement en psychiatrie infanto-juvénile pour 1 000 enfants de 0 à 16 ans inclus*** | | | | | | | |
| Hospitalisation complète | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,7 | 0,1 | 0,2 |
| Equipement global | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,6 | 3,5 | 1,0 | 0,9 |
| ***Taux d'équipement en psychiatrie adultes pour 1 000 personnes de 17 ans et plus*** | | | | | | | |
| Hospitalisation complète | 1,4 | 1,0 | 1,6 | 1,3 | 2,0 | 1,3 | 1,1 |
| Equipement global | 1,8 | 1,2 | 2,0 | 1,8 | 2,8 | 1,8 | 1,5 |

*Source : Drees Statiss 2011*

- **Une organisation de la prise en charge des adolescents en grande difficulté psychique à renforcer dans le département de l'Hérault**

Dans un rapport de la MNASM publié en 2011 [36] sur la prise en charge des adolescents en grande difficulté psychique dans le territoire de santé de l'Hérault, un état des lieux du dispositif a été réalisé et a mis en évidence les principales caractéristiques suivantes :

- en termes de population bénéficiaire du dispositif : sont à prendre en compte dans l'organisation des prises en charges un essor démographique important sur le département de l'Hérault ainsi qu'au sein des grandes agglomérations, une composante sociale de précarité importante et des zones éloignées des grandes agglomérations dispersées et isolées ;

- en termes de découpage territorial : le secteur et les intersecteurs de pédopsychiatrie sont l'unité de découpage le plus souvent citée spontanément par les différents acteurs ;
- en termes de pédopsychiatrie à Sète : son organisation s'appuie sur l'ensemble des dispositifs existants (hospitalisation possible en pédiatrie si nécessaire, suivi possible jusqu'à 17 ans en pédopsychiatrie si la pathologie relève de l'adolescence sinon c'est en psychiatrie adulte, pédopsychiatrie de liaison, CMPEA, lien avec la périnatalité et la Fédération mère-enfant, hôpital de jour avec des séjours thérapeutiques, travail de partenariat avec les autres acteurs de la prise en charge (PJJ, Education nationale et Réseau Philado)…)
- en termes de pédopsychiatrie à Béziers : la pédopsychiatrie de Béziers est « *rattachée à un pôle de psychiatrie regroupant trois secteurs adultes et un intersecteur de psychiatrie générale regroupant plusieurs activités (UCSA, unité de patients en H.S.C ou S.S.C, psychiatrie de liaison-urgence, placement familial thérapeutique)* ». Elle s'articule avec un « *réseau dont l'efficacité est régulièrement évaluée et qui rend d'indéniables services : RésAdos a comme objectif d'améliorer la qualité, la cohérence et la continuité des prises en charge sanitaires et sociales des adolescents en grande difficulté par la mise en œuvre d'une collaboration et d'une coordination étroite interprofessionnelle »* sur des situations complexes. Deux projets avaient été conçus en 2011 : un projet médical de centre de crise (10 lits pour des patients adolescents de plus de 12 ans et adultes sur des temps d'évaluation de 72 heures) et un centre d'accueil en hospitalisation complète pour adolescents.
- en termes de pédopsychiatrie à Montpellier : la pédopsychiatrie de Montpellier est rattachée à un pôle psychiatrique composé de sept secteurs de psychiatrie générale, plusieurs unités intersectorielles (urgences psychogériatrie et pathologies cibles) et deux secteurs de pédopsychiatrie. Elle s'appuie sur le réseau Philado, réseau dédié aux adolescents à trajectoire complexe.

  Un partenariat entre le CHU de Montpellier et l'Association Adages, avec le soutien de l'ARS, a permis d'aboutir à la mise en place début 2012 d'une Maison des Adolescents de l'Hérault sur Montpellier. Pour compléter le dispositif de prise en charge des adolescents atteints de troubles ou de maladie psychique, le CHU disposait en 2011 de deux unités localisées en service adulte : une accueillant les adolescents de 15 ans et demi à 25 ans présentant des troubles du comportement et des conduites dans un contexte de crise familiale et l'autre accueillant des jeunes de 16-25 ans pour des pathologies psychiatriques débutantes identifiées.

Toute cette organisation de la pédopsychiatrie sur Montpellier s'articule en amont avec les urgences pédiatriques organisées de façon à accueillir des enfants et jeunes adolescents de 16 ans ou plus, atteints de troubles ou de maladies psychiques.

Plusieurs projets concernant l'hospitalisation des enfants et des adolescents avaient été conçus au moment de l'état des lieux réalisé par la MNASM en 2011 :

- augmenter le nombre de lits de l'unité d'adolescents Intersecteur 1 pour accueillir des adolescents confiés à l'ASE traversant une période de crise avec des troubles du comportement sévères,
- créer une MAS dont l'ouverture était programmée en 2012 pour patients autistes couvrant le passage à l'adulte,
- mettre en place un lit spécifique de pédopsychiatrie pour accueillir l'urgence suicidaire,
- étendre des pôles de consultation à Lunel et à Gignac avec création d'unités de soins coordonnés, associant les activités des CMP/CMPP/CAMSP,

- en termes de pédopsychiatrie dans le privé : une clinique, la clinique La Lironde disposait en 2011 d'une capacité d'accueil de 12 lits pour les jeunes de 12 à 18 ans. Selon la MNASM, cette capacité était sous-utilisée,
- en termes de dispositif médicosocial, la mission MNASM avait relevé une « certaine distance » entre le sanitaire et le médicosocial.

Des atouts avaient été mis en avant par la MNASM du département de l'Hérault (en comparaison à d'autres départements visités par la MNASM) :

- un système d'information efficace mis en place par la MDPH de l'Hérault permettant d'assurer un suivi de l'efficacité des décisions de la CDAPH,
- un CREAI LR, devenu depuis CREAI-ORS LR, « de ressources de grande qualité »,
- un schéma départemental Enfance-Famille 2008-2012 « complet » multipliant les approches par zones géographiques par filière d'âge, par type de prise en charge.

La MNASM a défini à partir de l'état des lieux réalisé sur le département de l'Hérault six axes de travail :

1. réinvestir le bon périmètre de l'action en termes de projets et/ou de schémas,
2. clarifier les structures hospitalières en tirant parti de la réglementation,
3. définir la régulation comme axe de la mise en synergie des moyens,
4. affirmer des choix de pratique soignante et les défendre,
5. miser sur l'efficacité des structures légères et réversibles produisant des services,

6. définir et suivre des indicateurs de prise en charge des populations à la marge de l'accès aux soins.

   - **L'organisation actuelle de la prise en charge des adolescents atteints de troubles psychiques renforcée par des moyens supplémentaires énoncés dans le PRIAC 2012-2016.**

Le PRIAC 2012-2016 [2], programme déclinant la mise en œuvre des objectifs du Schéma régional d'organisation médicosociale (SROMS) prévoit :

- un déploiement d'une antenne de CMPP en Pays Cœur d'Hérault,
- une augmentation des places en SESSAD.

# *V.2 Résultats de l'enquête*

Dans les résultats présentés ci-après, ont été considérées comme « structure répondante » toutes les structures qui ont répondu à l'enquête quel que soit leur statut (siège ou antenne).

### V.2.1 Caractéristiques des structures ayant participé à l'enquête

#### *a) Taux de participation*

**⇨ 54 % des structures sollicitées pour l'enquête y ont participé.**

Au 31 décembre 2012, 26 structures ont participé à l'enquête sur 48 sollicitées (y compris antennes), soit un taux de participation de 54 % (tableau 5). Il convient cependant de décliner cette participation par type de dispositif.

Les IME sont les structures qui ont le moins participé à l'enquête avec un taux de participation inférieur à une réponse sur cinq. Les autres structures ont globalement bien répondu. Mais il faut garder à l'esprit qu'au niveau des CMP, une structure (et son antenne) n'a pas répondu, couvrant une part non négligeable de l'offre d'accompagnement de jeunes souffrant de handicap psychique.

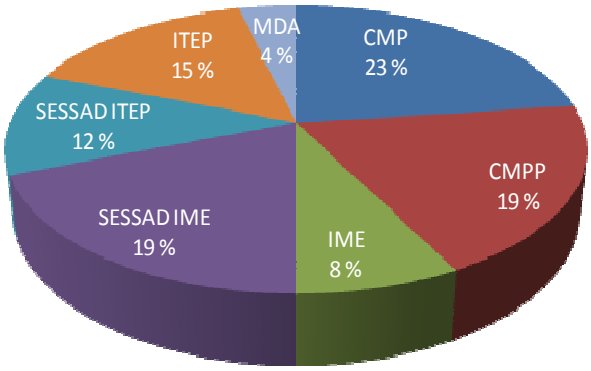
**Tableau 5. Taux de participation par type de structure – Département de l'Hérault**

| Type de structure | Nombre de structures ciblées (antennes comprises) | Nombre de structures participantes (antennes comprises) | Taux de participation |
|---|---|---|---|
| CMP infanto-juvénile | 8 | 6 | 75 % |
| CMPP | 6 | 5 | 83 % |
| MDA | 1 | 1 | 100 % |
| IME | 12 | 2 | 17 % |
| SESSAD | 16 | 8 | 50 % |
| *SESSAD IME* | *9* | *5* | *55 %* |
| *SESSAD ITEP* | *4* | *3* | *75 %* |
| *SESSAD SEUL* | *3* | *0* | *0 %* |
| ITEP | 5 | 4 | 80 % |
| **Ensemble** | **48** | **26** | **54 %** |

*Source : Enquête Parcours Santé mentale des Adolescents Novembre 2012 ARS – Exploitation CREAI-ORS LR*

Six CMP infanto-juvéniles sur huit (antennes inclues) ont participé à l'enquête représentant 23 % de l'ensemble des structures ayant participé (figure 2).

**Figure 2. Répartition des structures ayant participé à l'enquête – Département de l'Hérault (en %)**




*Source : Enquête Parcours Santé mentale des Adolescents Novembre 2012 ARS – Exploitation CREAI-ORS LR*

### *b) La file active*

**⇨Près de 2 000 jeunes âgés entre 11 et 18 ans ont été pris en charge en 2011 par les 23 structures ayant répondu à l'item dont 70 % pris en charge par les CMP.**

Parmi la file active déclarée par les CMP au 31 décembre 2011, 40 % sont des jeunes âgés de 11 à 18 ans (tableau 6). Dans les CMPP, les jeunes de 11 à 18 ans représentent une part plus faible (24 %) des personnes suivies au sein de ce type de structure.

La Maison des adolescents ayant ouvert ses portes en 2012 n'a pu déclarer de file active au 31 décembre 2011.

**Tableau 6. File active déclarée au 31 décembre 2011 selon la structure ayant répondu – Département de l'Hérault**

| | CMP | CMPP | MDA | IME | ITEP | SESSAD IME | SESSAD ITEP | Ensemble |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Effectif total de la file active | 3 389 | 1 133 | -- | 168 | 162 | 65 | 130 | 5 047 |
| Effectif des jeunes pris en charge et âgés de 11 à 18 ans | 1 366 | 267 | -- | 94 | 95 | 26 | 71 | 1 919 |
| Part des jeunes de 11-18 ans parmi l'ensemble de la file active | 40,3 % | 23,6 % | -- | 55,9 % | 58,6 % | 40,0 % | 54,6 % | 38,0 % |
| Effectif des jeunes 11-18 ans présentant des troubles psychiques inclus dans l'étude | 284 | 72 | 10 | 66 | 49 | 22 | 40 | 543 |
| Part dans la file active | 8,4 % | 6,3 % | -- | 39,3 % | 30,2 % | 33,8 % | 30,8 % | 10,8 % |

*Source : Enquête Parcours Santé mentale des Adolescents Novembre 2012 ARS – Exploitation CREAI-ORS LR*

### *c) Personnels en équivalent temps plein en CMP et CMPP*

Le nombre d'équivalent temps plein déclaré correspond à l'activité globale d'un CMP ou d'un CMPP. Or, les CMP semblent suivre davantage des jeunes âgés entre 11 et 18 ans et les CMPP apparaissent plus centrés sur les 5-11 ans. La proportion de jeunes suivis âgés entre 11 et 18 ans déclarée en CMP (40,3 %) est supérieure à celle déclarée en CMPP (23,6 %) (tableau 6).

Afin de se rapprocher au mieux des organisations mises en place sur le terrain, il est apparu nécessaire d'ajuster le nombre d'équivalent temps plein en fonction de la part réelle de jeunes âgés entre 11 et 18 ans suivis. Les résultats présentés ci-après sont d'une part en valeur brute en tenant compte des éléments déclarés, et d'autre part en valeur ajustée (valeur recalculée en tenant compte pour chaque structure de la part des 11-18 ans dans leur file active totale).

En valeur ajustée, il n'apparaît pas de réelle différence entre les CMP et les CMPP en termes d'équivalent temps plein de médecin d'une part, de psychologue d'autre part. Un ETP de médecin en CMP semble suivre à peu près le même nombre de jeunes âgés entre 11 et 18 ans qu'un ETP de médecin en CMPP (tableau 7). Le même constat peut être formulé pour un ETP de psychologue.

En revanche, il semble exister des différences au niveau du personnel paramédical et d'accueil. Un ETP paramédical en CMP semble suivre un plus grand nombre de jeunes âgés entre 11 et 18 ans (quasiment deux fois plus en nombre médian) qu'un ETP de paramédical en CMPP (tableau 7).

**Tableau 7. Nombre de jeunes âgés entre 11 et 18 ans suivis en 2011 pour un équivalent temps plein selon le type de professionnel (Brut : Nombre déclaré et ajusté : Nombre ajusté) – Département de l'Hérault**

| | 1 ETP Médecin | 1 ETP Paramédical | 1 ETP Psychologue | 1 ETP Educatif | 1 ETP Personnel d'accueil |
|---|---|---|---|---|---|
| **CMP Infanto-juvéniles : 6 structures ayant répondu** | | | | | |
| Nombre médian de jeunes âgés entre 11 et 18 ans suivis en 2011 pour un ETP (en Brut/**Ajusté**) | *160*/**372** | *93*/**215** | *84*/**196** | *71*/**165** | *203*/**470** |
| Minimum pour un ETP | *47* | *27* | *53* | *40* | *79* |
| Maximum pour un ETP | *771* | *782* | *586* | *1 234* | *1 234* |
| **CMPP : 5 structures ayant répondu** | | | | | |
| Nombre médian de jeunes âgés entre 11 et 18 ans suivis en 2011 pour un ETP (en Brut/**Ajusté**) | *86*/**338** | *28*/***125*** | *31*/***135*** | - | *43*/***230*** |
| Minimum pour un ETP | *56* | *20* | *28* | - | *42* |
| Maximum pour un ETP | *118* | *32* | *38* | - | *80* |

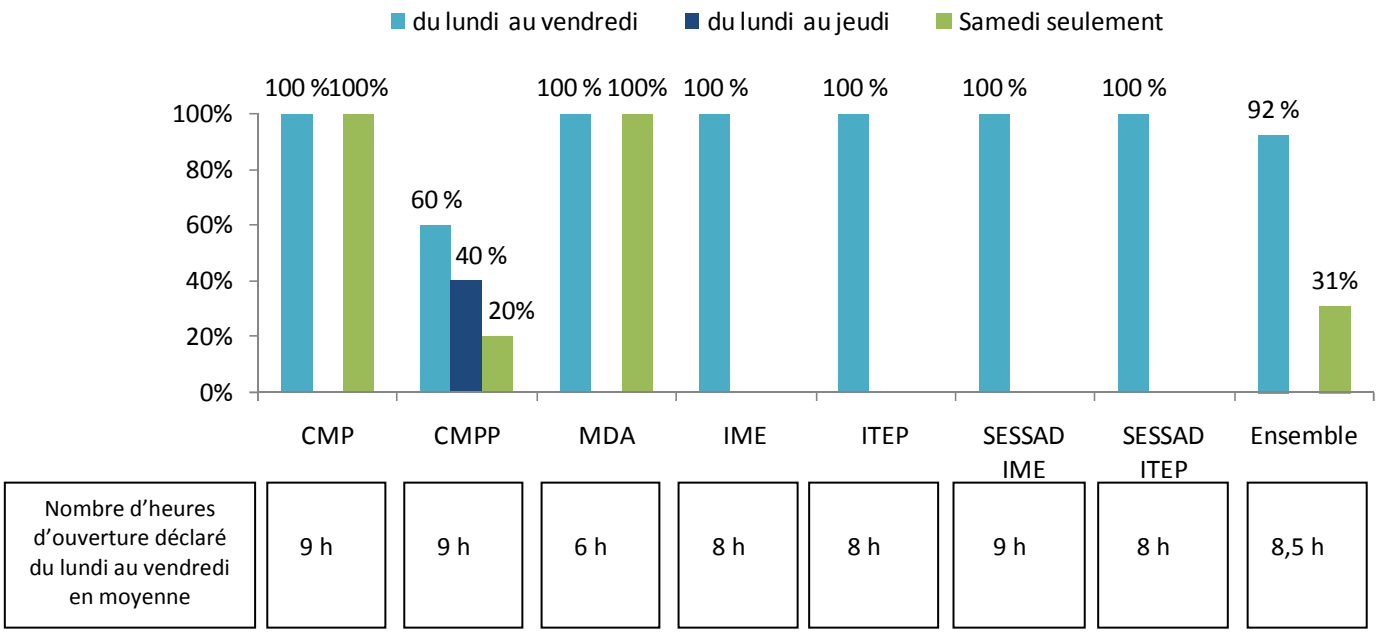
*Source : Enquête Parcours Santé mentale des Adolescents Novembre 2012 ARS – Exploitation CREAI-ORS LR*

### *d) Les horaires d'ouverture*

**⇨La majorité des structures ayant participé à l'enquête propose des horaires d'ouverture du lundi au vendredi.**

La majorité des structures ayant participé à l'enquête propose un accueil du lundi au vendredi (figure 3). A l'opposé, très peu ont déclaré des horaires d'ouverture le samedi (31 % des structures ayant répondu dont les 6 CMP) et aucune ouverture n'a été déclarée sur le dimanche.

**Figure 3. Ouverture hebdomadaire déclarée selon la structure ayant participé à l'enquête – Département de l'Hérault (en %)**




*Note de lecture* : Pour les 5 CMPP ayant participé à l'enquête, trois CMPP sur cinq (60 %) sont ouverts du lundi au vendredi et deux sur cinq (40 %) du lundi au jeudi.

*Source : Enquête Parcours Santé mentale des Adolescents Novembre 2012 ARS – Exploitation CREAI-ORS LR*

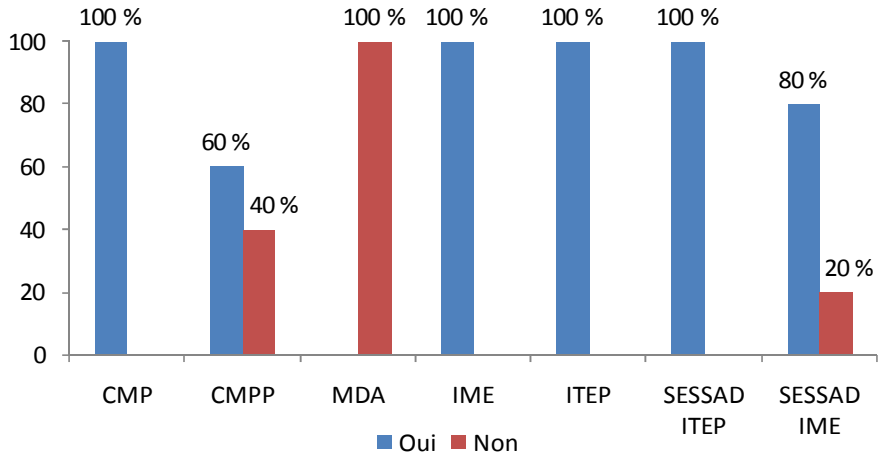
Au cours de l'année, la plupart des structures ayant participé à l'enquête ont déclaré des périodes de fermeture pendant les périodes de vacances scolaires ou pendant les vacances estivales : 20 structures sur 26 (77 %). Les 6 autres (6 CMP) n'ont déclaré aucune période longue de fermeture au cours de l'année.

### *e) Existence d'un référent du processus d'admission*

**⇨La majorité des structures ayant participé à l'enquête ont déclaré l'existence d'un professionnel, référent du processus d'admission.**

Parmi les 26 structures ayant participé à l'enquête, 22 ont déclaré l'existence d'un professionnel référent du processus d'admission dont six CMP héraultais ayant participé à l'enquête. Les quatre autres structures (MDA, 2 CMPP et 1 SESSAD d'IME) ont déclaré ne pas en avoir un (figure 4).

**Figure 4. Existence d'un référent du processus d'admission – Département de l'Hérault (en %)**

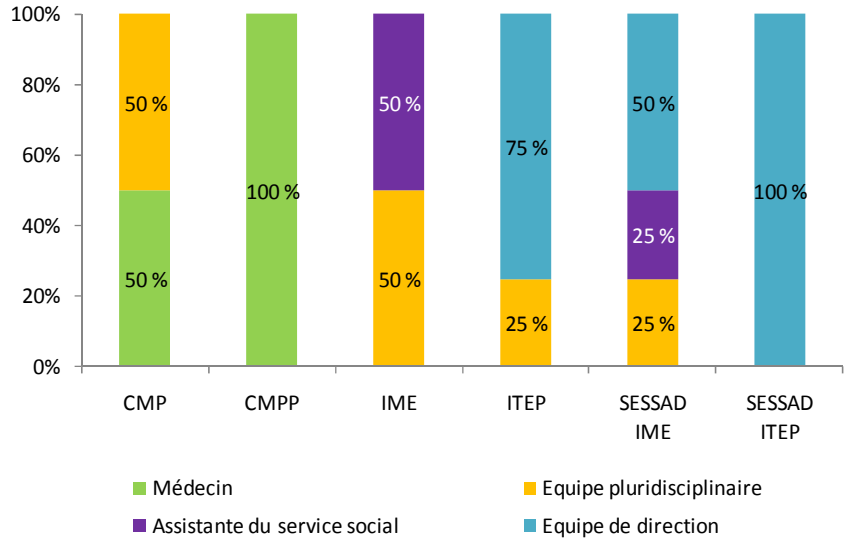



*Source : Enquête Parcours Santé mentale des Adolescents Novembre 2012 ARS – Exploitation CREAI-ORS LR*

Parmi les structures ayant déclaré l'existence d'un référent du processus de l'admission, ce référent est le plus souvent (figure 5) :

- un médecin ou une équipe pluridisciplinaire pour les CMP ayant répondu ;
- un médecin pour les CMPP ayant répondu ;
- une équipe pluridisciplinaire ou l'assistante du service social pour les IME ayant répondu ;
- un membre de l'équipe de direction pour les ITEP, les SESSAD d'ITEP et les SESSAD d'IME.

**Figure 5. Type de professionnel déclaré comme référent du processus d'admission – Département de l'Hérault (en %)**




*Source : Enquête Parcours Santé mentale des Adolescents Novembre 2012 ARS – Exploitation CREAI-ORS LR*

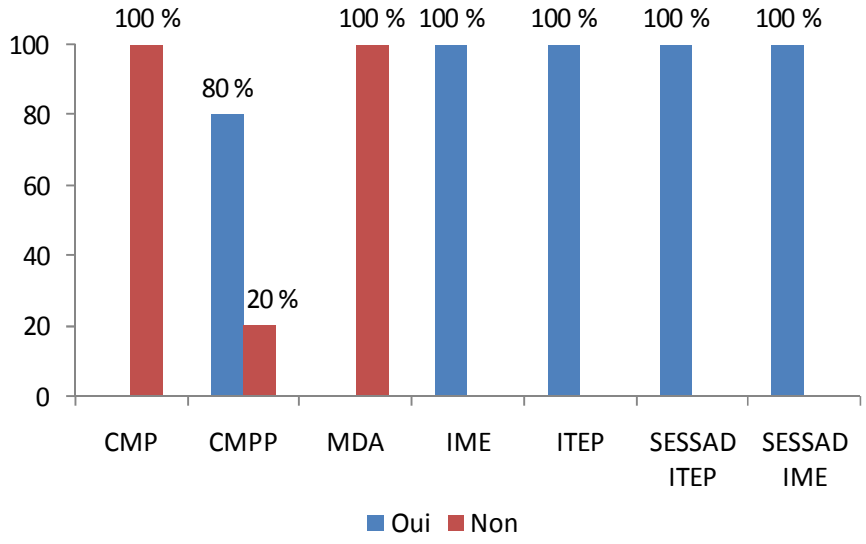
### *f) Mise en place d'une même personne qui assure toujours la première consultation d'évaluation*

**⇨La première consultation d'évaluation est toujours assurée par la même personne dans les IME, les SESSAD, les ITEP et la majorité des CMPP ayant répondu à l'enquête.**

L'ensemble des CMP, la Maison des adolescents et un CMPP ont déclaré que la première consultation d'évaluation n'est pas toujours assurée par la même personne. Les autres structures ont une même personne qui assure ces consultations (figure 6).

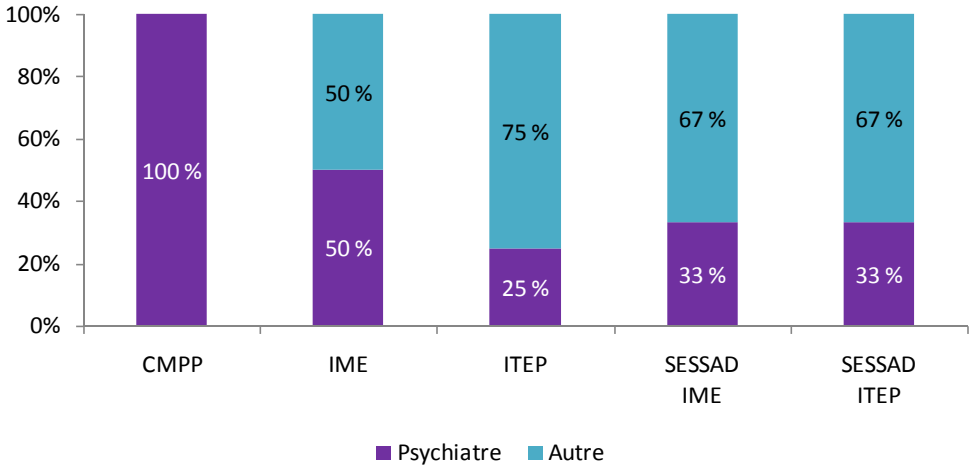
Au sein des CMPP, c'est un psychiatre qui assure ces consultations. En revanche, au sein des IME, ITEP et des SESSAD, la première consultation d'évaluation est le plus souvent assurée par un autre professionnel (figure 7).

**Figure 6. Mise en place d'une même personne qui assure toujours la première consultation d'évaluation – Département de l'Hérault (en %)**




*Source : Enquête Parcours Santé mentale des Adolescents Novembre 2012 ARS – Exploitation CREAI-ORS LR*

**Figure 7. Type de professionnel déclaré comme même personne assurant la première consultation d'évaluation – Département de l'Hérault (en %)**




*Source : Enquête Parcours Santé mentale des Adolescents Novembre 2012 ARS – Exploitation CREAI-ORS LR*

### *g) Mise en place d'un coordonnateur de l'accompagnement ou de la prise en charge dans la structure*

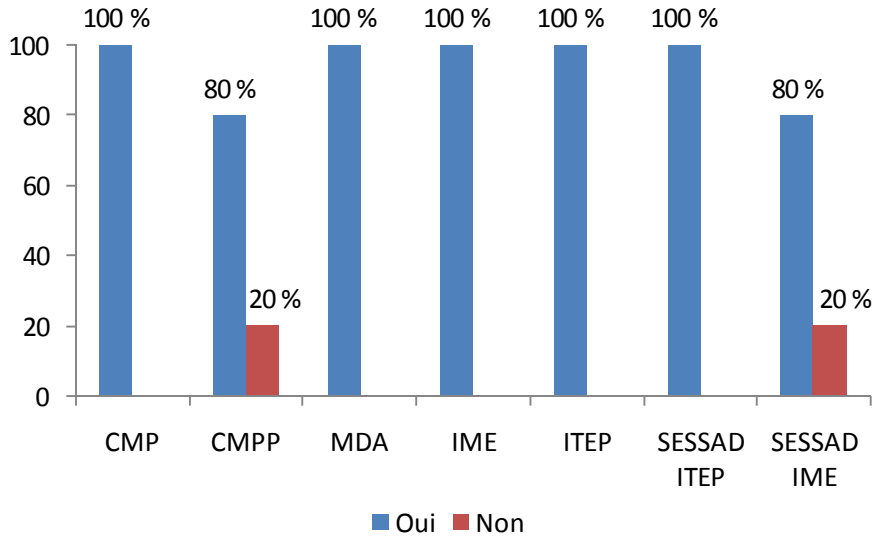
**⇨Un coordonnateur de l'accompagnement ou de la prise en charge est mis en place dans la majorité des structures ayant participé à l'enquête à l'exception de deux structures.**

La plupart des structures ayant répondu à l'enquête à l'exception d'un CMPP et d'un SESSAD d'IME ont déclaré l'existence d'un coordonnateur de l'accompagnement ou de la prise en charge du jeune, au sein même de leur structure (figure 8).

Parmi les structures ayant déclaré l'existence d'un coordonnateur, ce professionnel est le plus souvent (figure 9) :

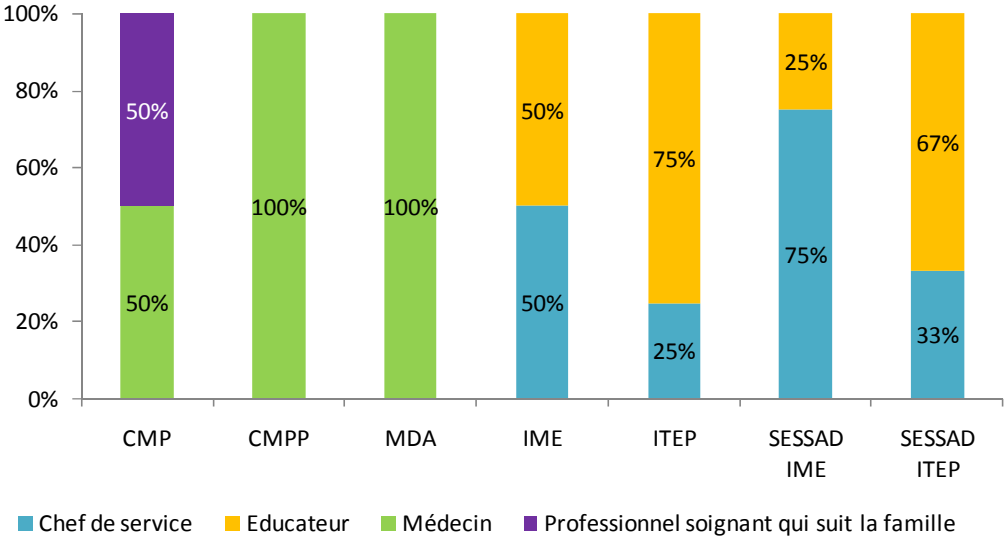
- un médecin ou un professionnel soignant qui suit la famille pour les CMP ayant répondu ;
- un médecin pour les CMPP ayant répondu et la MDA ;
- le chef de service ou un éducateur pour les IME ayant répondu ;
- un éducateur pour les ITEP et les SESSAD d'ITEP ayant répondu ;
- le chef de service pour les SESSAD d'IME ayant répondu.

**Figure 8. Mise en place d'un coordonnateur de l'accompagnement ou de la prise en charge dans la structure ayant participé à l'enquête – Département de l'Hérault (en %)**




*Source : Enquête Parcours Santé mentale des Adolescents Novembre 2012 ARS – Exploitation CREAI-ORS LR*

**Figure 9. Type de professionnel déclaré comme coordonnateur de l'accompagnement ou de la prise en charge dans la structure ayant répondu – Département de l'Hérault (en %)**

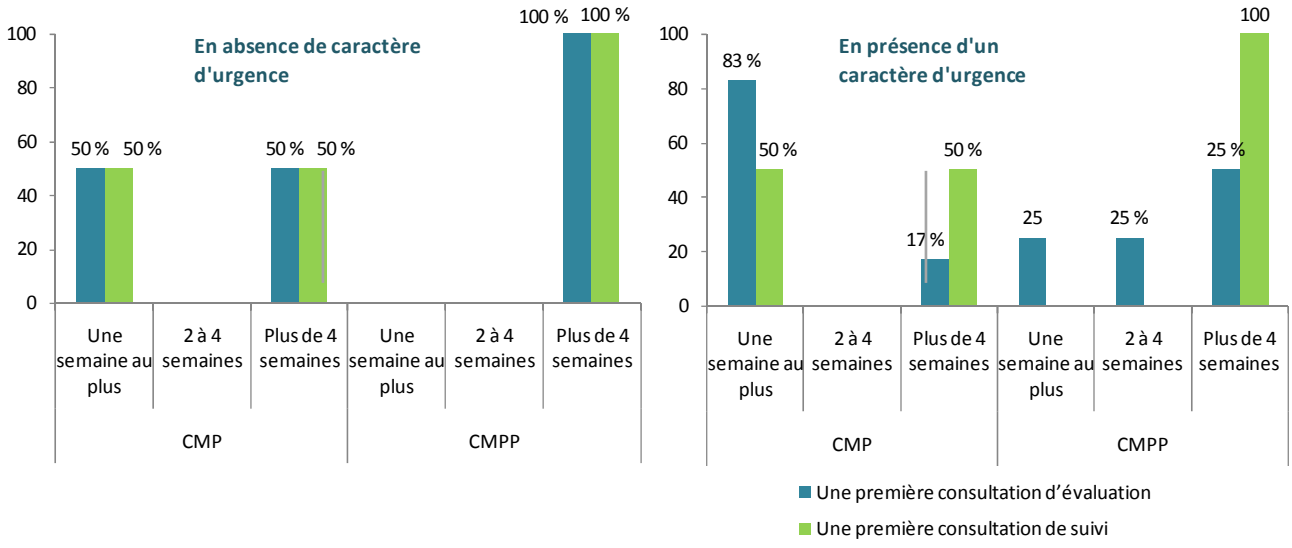



*Source : Enquête Parcours Santé mentale des Adolescents Novembre 2012 ARS*
*Exploitation CREAI-ORS LR*

### *h) Délais d'attente au sein des CMP et CMPP*

Des différences de délais d'attente sont observées entre CMP et CMPP. Ces délais semblent être davantage plus longs au sein des CMPP qu'au sein des CMP, que la situation ait un caractère d'urgence ou non (figure 10). **La définition de chacun, de la notion d'urgence, constitue une limite dans l'exploitation de cette question.**

**Figure 10. Délai d'attente dans les CMP infanto-juvénile et CMPP du département de l'Hérault ayant répondu à l'item (en %)**




*Source : Enquête Parcours Santé mentale des Adolescents Novembre 2012 ARS – Exploitation CREAI-ORS LR*

L'influence de certains critères comme les horaires d'ouverture, l'existence d'un référent dans le processus d'admission sur les délais d'attente n'ont pu être mis en évidence statistiquement au vu des faibles effectifs concernés.

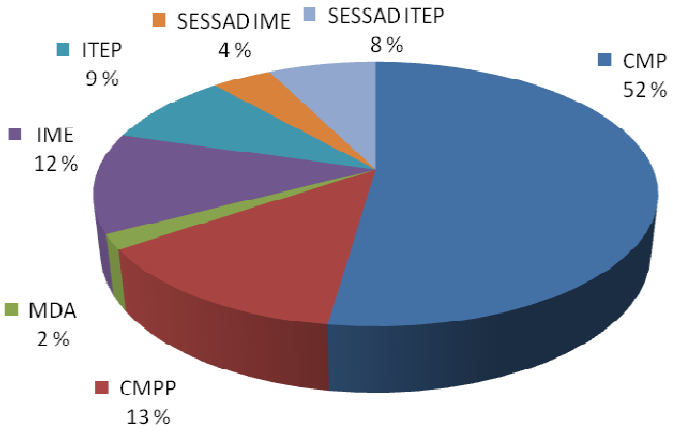
### V.2.2 Caractéristiques des jeunes inclus dans l'étude

#### *a) Les jeunes inclus selon la structure ayant répondu*

Entre le 12 et le 17 novembre 2012, 543 jeunes âgés entre 11 et 18 ans et ayant des troubles psychiatriques ont été inclus dans l'étude par les structures y ayant participé. Ces jeunes sont accompagnés par les 26 structures héraultaises ayant participé à l'enquête, dont 52 % sont pris en charge par une structure du champ du sanitaire (CMP infanto-juvénile) et le reste par une structure médicosociale (46 %) ou par la MDA (2 %) (figure 11).

**Figure 11. Part des jeunes inclus dans l'étude selon les structures ayant participé – Département de l'Hérault (en %)**

| Structures ayant participé | Nombre de jeunes inclus |
|---|---|
| CMP | 284 |
| CMPP | 72 |
| MDA | 10 |
| IME | 66 |
| ITEP | 49 |
| SESSAD IME | 22 |
| SESSAD ITEP | 40 |
| Ensemble | 543 |



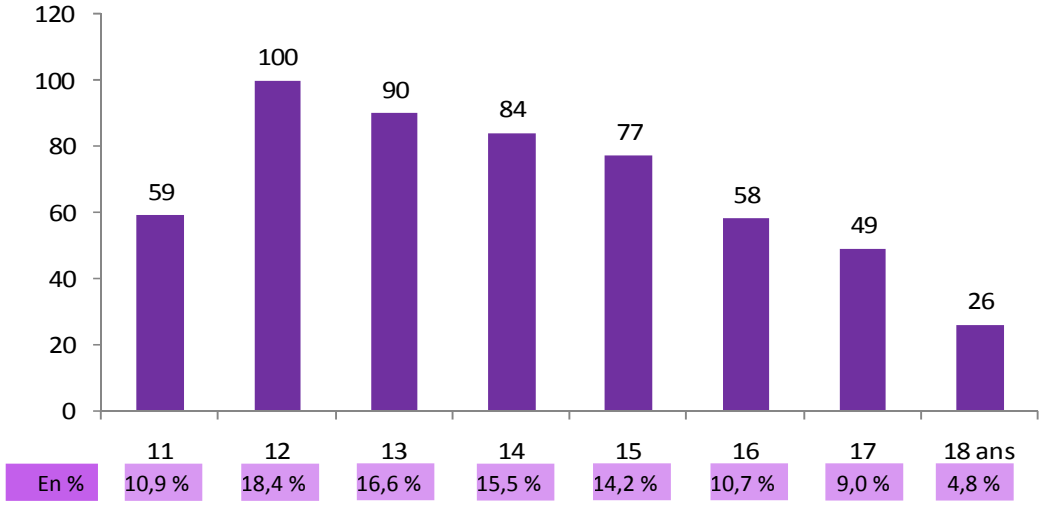

*Source : Enquête Parcours Santé mentale des Adolescents Novembre 2012 ARS – Exploitation CREAI-ORS LR*

### *b) Les jeunes inclus selon leur âge et leur sexe*

Dans le département de l'Hérault, les garçons inclus dans l'étude sont 1,7 fois plus nombreux que les filles : 338 garçons (63 %) et 200 filles (37 %).

L'âge moyen des jeunes inclus dans l'étude est de 14 ans (± 2 ans). L'âge médian est identique à l'âge moyen. Les enfants de 12 ans sont les plus nombreux, représentant 18,4 % de l'ensemble des jeunes inclus (figure 12). A partir de 12 ans, le nombre de jeunes inclus dans l'étude diminue avec l'âge, pour atteindre 26 jeunes âgés de 18 ans.

**Figure 12. Jeunes inclus dans l'étude par âge – Département de l'Hérault (en effectifs)**




*Source : Enquête Principales filières de santé mentale chez les adolescents 2012 – ARS, CREAI-ORS LR - Exploitation CREAI-ORS LR*

### *c) Les jeunes inclus selon le trouble psychiatrique déclaré*

Les résultats présentés ci-après semblent refléter une hétérogénéité dans le codage des pathologies en CIM10 dans chaque structure, la mise en œuvre du codage semblant différer d'un médecin à un autre de chaque structure.

Parmi les jeunes inclus dans l'enquête, 86 % ont un diagnostic principal déclaré par la structure ayant participé et 14 % ont uniquement un diagnostic associé dont sont concernés la quasi-totalité des jeunes inclus par un IME. Au regard de la population suivie en IME, il apparaît tout à fait cohérent d'avoir uniquement des diagnostics associés déclarés pour les jeunes inclus par ce type de structure.

Nous avons pris la décision d'agréger ces deux groupes de jeunes (ceux ayant un diagnostic principal d'une part et d'autre part, ceux inclus par un IME ayant

uniquement un diagnostic associé). La résultante de cette agrégation est un diagnostic global, sachant que pour les jeunes inclus par un IME c'est un diagnostic associé.

Il existe des différences entre les CMP et les CMPP en termes de diagnostic global. Les CMP se distinguent des CMPP par une part plus importante de jeunes qui souffrent de troubles du comportement et troubles émotionnels habituellement durant l'enfance et l'adolescence : 59 % des jeunes inclus par un CMP contre 24 % par un CMPP. A l'opposé, les jeunes inclus par les CMPP souffrent plutôt d'autres troubles névrotiques que ceux inclus par les CMP : 49 % des jeunes inclus par un CMPP contre 21 % des jeunes inclus par un CMP (figure 13).

Les ITEP sont les seules structures à avoir déclaré que des jeunes qu'ils accompagnent souffrent de schizophrénie, de trouble schizotypique ou troubles délirants : 18 % des jeunes inclus par les ITEP ayant participé à l'enquête contre aucun jeune pour les autres structures (figure 13). **Ces résultats montrent l'évolution des problématiques développées par les jeunes en ITEP. Cependant, ils nous indiquent combien il serait nécessaire de s'accorder dans le champ des codages diagnostiques.**

Pour les IME (deux structures), la quasi-totalité des jeunes inclus (95,5 %) souffrent de troubles du comportement et troubles émotionnels habituellement durant l'enfance et l'adolescence (figure 13). Parmi eux, une vingtaine de jeunes souffrant de troubles du comportement et troubles émotionnels présente également une autre pathologie associée (figure 13).

**Figure 13. Répartition des jeunes inclus dans l'enquête selon le trouble psychiatrique en diagnostic global (basé sur du déclaratif) et selon la structure dans laquelle il est pris en charge lors de l'enquête – Département de l'Hérault (en %)**

| 543 jeunes concernés | n=284 | n=72 | n=10 | n=66 | n=49 | n=40 | n=22 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

*Source : Enquête Principales filières de santé mentale chez les adolescents 2012 – ARS, CREAI-ORS LR - Exploitation CREAI-ORS LR*

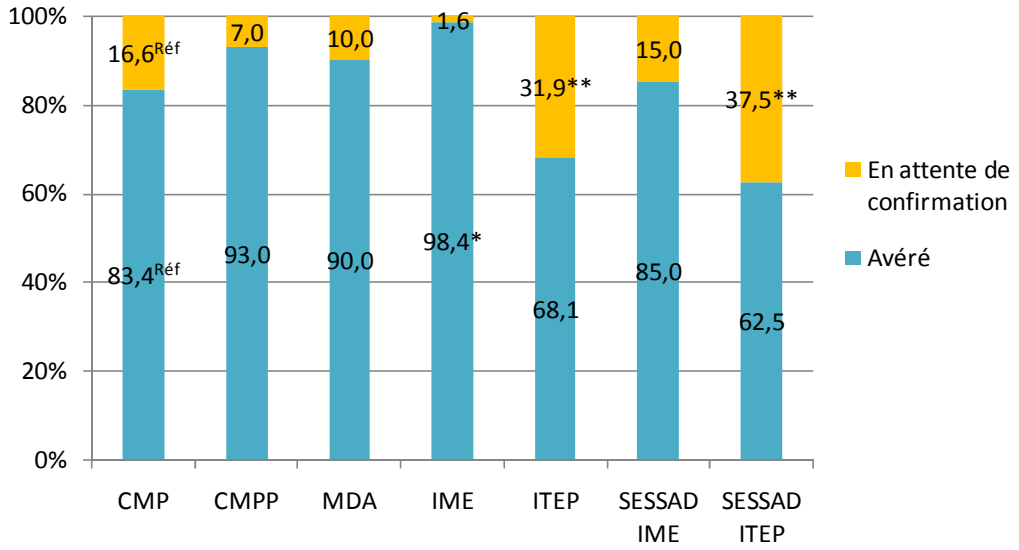
### *d) Stade du diagnostic « avéré » ou « en attente de confirmation » et nombre d'année du diagnostic « avéré »*

Le diagnostic de la pathologie de l'adolescent inclus dans l'enquête est avéré dans plus de huit cas sur dix. Il est en attente de confirmation dans moins de deux cas sur dix. La proportion de jeunes ayant un diagnostic avéré est plus élevée en IME que dans les autres structures : 98,4 % contre 83,4 % en moyenne (figure 14).

En revanche, les SESSAD d'ITEP et les ITEP ont déclaré une proportion importante de jeunes inclus dans l'enquête dont le diagnostic est en attente de confirmation : respectivement 37,5 % et 31,9 % contre 16,6 % en moyenne pour les autres structures. En ITEP, cela concerne 15 jeunes qui sont majoritairement des garçons (13 jeunes/15), âgés entre 15 et 18 ans (11 jeunes/15) et souffrant de schizophrénie (6 jeunes/15) ou de troubles du comportement (5 jeunes/15). En SESSAD d'ITEP, quinze jeunes sont concernés par une attente de confirmation de diagnostic. Ce sont majoritairement des garçons (12 jeunes/15), âgés entre 12 et 14 ans (9 jeunes/15) et souffrant de troubles du comportement (12 jeunes/15).

Globalement, certaines pathologies déclarées en diagnostic global influencent fortement le stade du diagnostic « avéré ». La proportion de jeunes ayant un diagnostic avéré est plus faible pour des jeunes souffrant de schizophrénie (33,3 %) que pour des jeunes souffrant de troubles de comportement (82,5 %). En revanche, cette proportion est plus élevée pour des jeunes souffrant d'« autres troubles névrotiques » (91,2 %) que pour des jeunes souffrant de troubles du comportement (82,5 %).

**Figure 14. Répartition des jeunes inclus dans l'enquête selon le stade de leur diagnostic – Département de l'Hérault (en %)**




* : il existe une différence significative au niveau p<0,05 entre les jeunes inclus par un IME ayant un diagnostic avéré et les jeunes pris comme référence au même stade de leur diagnostic c'est-à-dire les jeunes inclus par un CMP.

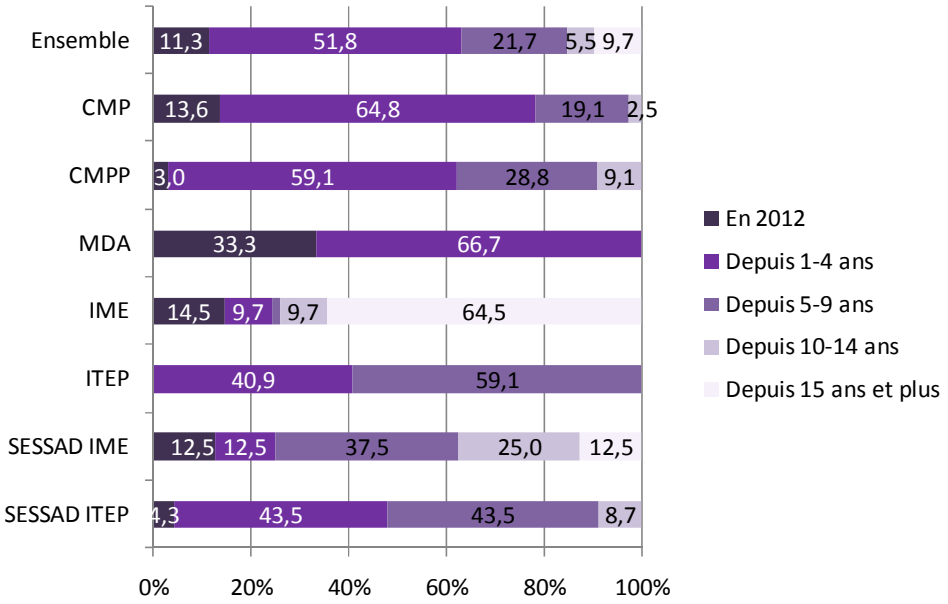
** : il existe une différence significative au niveau p<0,01 entre les jeunes inclus par un ITEP ayant un diagnostic en attente de confirmation et les jeunes pris comme référence au même stade de leur diagnostic c'est-à-dire les jeunes inclus par un CMP.

*Source : Enquête Principales filières de santé mentale chez les adolescents 2012 – ARS, CREAI-ORS LR - Exploitation CREAI-ORS LR*

Pour la majorité des jeunes dont le diagnostic est avéré, celui-ci a été posé récemment, depuis moins de cinq ans. En effet, pour 63 % des jeunes inclus dans l'enquête (ayant donc entre 11 et 18 ans), le diagnostic a été posé entre 2008 et 2012 c'est-à-dire pour ces jeunes entre 6 et 13 ans. Pour le reste (37 %), le diagnostic a été posé il y a cinq ans ou plus (figure 15).

Les jeunes inclus par les CMP, CMPP et MDA se distinguent des autres jeunes par un diagnostic qui a été posé depuis moins de cinq ans. Pour les autres jeunes, jeunes inclus par les IME, ITEP, SESSAD d'IME et SESSAD d'ITEP, le diagnostic a été posé depuis de nombreuses années (figure 15 et tableau 8).

**Figure 15. Répartition des jeunes inclus dans l'enquête ayant un diagnostic avéré selon le nombre d'années de diagnostic – Département de l'Hérault (en %)**




*Source : Enquête Principales filières de santé mentale chez les adolescents 2012 – ARS, CREAI-ORS LR - Exploitation CREAI-ORS LR*

**Tableau 8. Nombre d'années que le diagnostic a été posé – Département de l'Hérault**

| | CMP | CMPP | MDA | IME | ITEP | SESSAD-IME | SESSAD-ITEP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre de jeunes dont le diagnostic est avéré | 236 | 66 | 9 | 62 | 22 | 16 | 23 |
| Nombre médian d'années que le diagnostic est avéré | 2 | 3 | 1 | 15 | 5 | 9 | 5 |
| Minimum d'années | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Maximum d'années | 11 | 11 | 2 | 18 | 9 | 15 | 10 |

*Note de lecture : la moitié des jeunes inclus par un CMP a un diagnostic posé depuis moins de deux ans et l'autre moitié en a un depuis deux ans et plus.*

*Source : Enquête Principales filières de santé mentale chez les adolescents 2012 – ARS, CREAI-ORS LR - Exploitation CREAI-ORS LR*

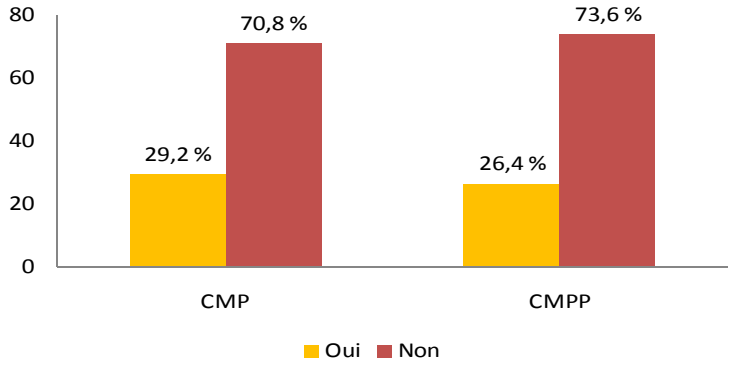
### *e) Notification prononcée par la MDPH*

Du fait du fonctionnement des établissements et services du secteur médicosocial (à l'exception des CMPP), l'accueil des jeunes au sein de ces structures n'est rendu possible que suite à une notification prononcée par la MDPH, à l'exception de quelques situations spécifiques.

Par conséquent, les résultats présentés ci-après ne concernent que les jeunes inclus par les structures CMP et CMPP pour lesquels l'accompagnement ou la prise en charge ne requiert pas une notification MDPH.

**Parmi l'ensemble des jeunes inclus par un CMP ou un CMPP, près de sept jeunes sur dix n'ont pas de notification MDPH**. Ceci est aussi fréquent en CMP et en CMPP (figure 16). Il serait intéressant d'investiguer et d'approfondir cette information : pour quelles raisons près des trois quarts des jeunes inclus dans l'étude ne sont pas connus des services de la MDPH ? Rappelons que sont exclus de cette étude, les jeunes en souffrance psychique. En conséquence, il s'agit là de jeunes porteurs de troubles psychiques relevant potentiellement d'un accompagnement dans le champ du handicap.

**Figure 16. Répartition des jeunes inclus par un CMP ou un CMPP et bénéficiant ou pas d'une notification prononcée par la MDPH – Département de l'Hérault (en %)**



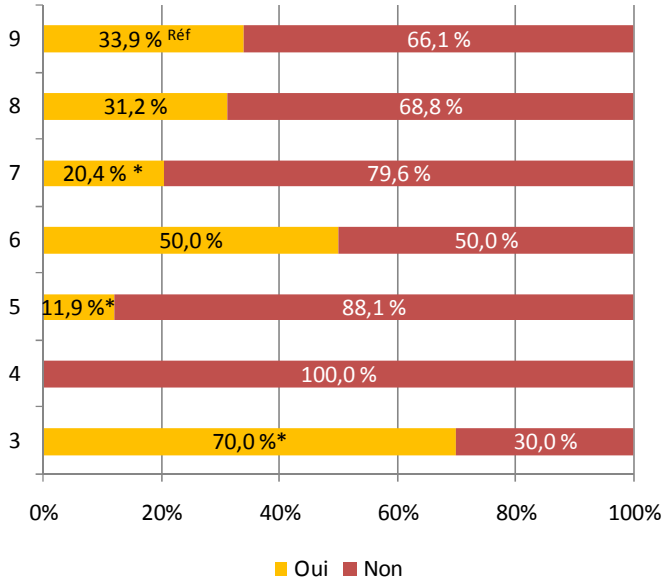

*Source : Enquête Principales filières de santé mentale chez les adolescents 2012 – ARS, CREAI-ORS LR - Exploitation CREAI-ORS LR*

En termes de troubles psychiatriques, les jeunes inclus dans l'enquête par un CMP ou un CMPP souffrant d'autres troubles psychotiques non organiques bénéficient davantage d'une notification prononcée par la MDPH que ceux souffrant de troubles du comportement et troubles émotionnels habituellement durant l'enfance et l'adolescence (70,0 % contre 33,9 %) (figure 17).

A l'opposé, les jeunes inclus par un CMP ou un CMPP dans l'enquête souffrant d'autres troubles dépressifs et de l'humeur ou d'autres troubles névrotiques bénéficient moins souvent d'une notification prononcée par la MDPH que ceux souffrant de troubles du

comportement et troubles émotionnels habituellement durant l'enfance et l'adolescence (respectivement 11,9 % et 20,4 % contre 33,9 %) (figure 17).

**Figure 17. Répartition des jeunes inclus par un CMP ou un CMPP bénéficiant d'une notification prononcée par la MDPH ou pas, selon le trouble psychiatrique repéré en diagnostic global – Département de l'Hérault (en %)**




| | |
|---|---|
| 9 | Troubles du comportement et troubles émotionnels habituellement durant l'enfance et l'adolescence *(F90 à F98)* |
| 8 | Troubles de l'alimentation : anorexie mentale et boulimie (F50) |
| 7 | Autres troubles névrotiques *(F40, F41, F43 à F48)* |
| 6 | Trouble obsessionnel compulsif *(F42)* |
| 5 | Autres troubles dépressifs et de l'humeur *(F32 à F39)* |
| 4 | Trouble affectif bipolaire et trouble maniaque *(F30 et F31)* |
| 3 | Autres troubles psychotiques non organiques *(F28)* |

*Note de lecture* : * il existe une différence significative au niveau p<0,05 entre les jeunes souffrant d'autres troubles dépressifs et de l'humeur et les jeunes pris comme référence c'est-à-dire jeunes souffrant de troubles du comportement et troubles émotionnels habituellement durant l'enfance et l'adolescence

*Source : Enquête Principales filières de santé mentale chez les adolescents 2012 – ARS, CREAI-ORS LR - Exploitation CREAI-ORS LR*

### *f) Durée de prise en charge par la structure ayant inclus les jeunes*

Pour les jeunes suivis actuellement par une des 26 structures ayant participé à l'enquête, la moitié est prise en charge par cette structure depuis 2 ans ou plus. Un quart l'est depuis moins de un an et 23,4 % depuis un an (figure 18).

La durée moyenne de prise en charge d'un jeune au sein d'une même structure varie selon le type de structure. En effet, les jeunes inclus par un CMP sont en moyenne moins longtemps pris en charge par ce même type de structure que les jeunes inclus par un CMPP (tableau 9).

**Tableau 9. Durée de prise en charge dans la même structure ayant participé**

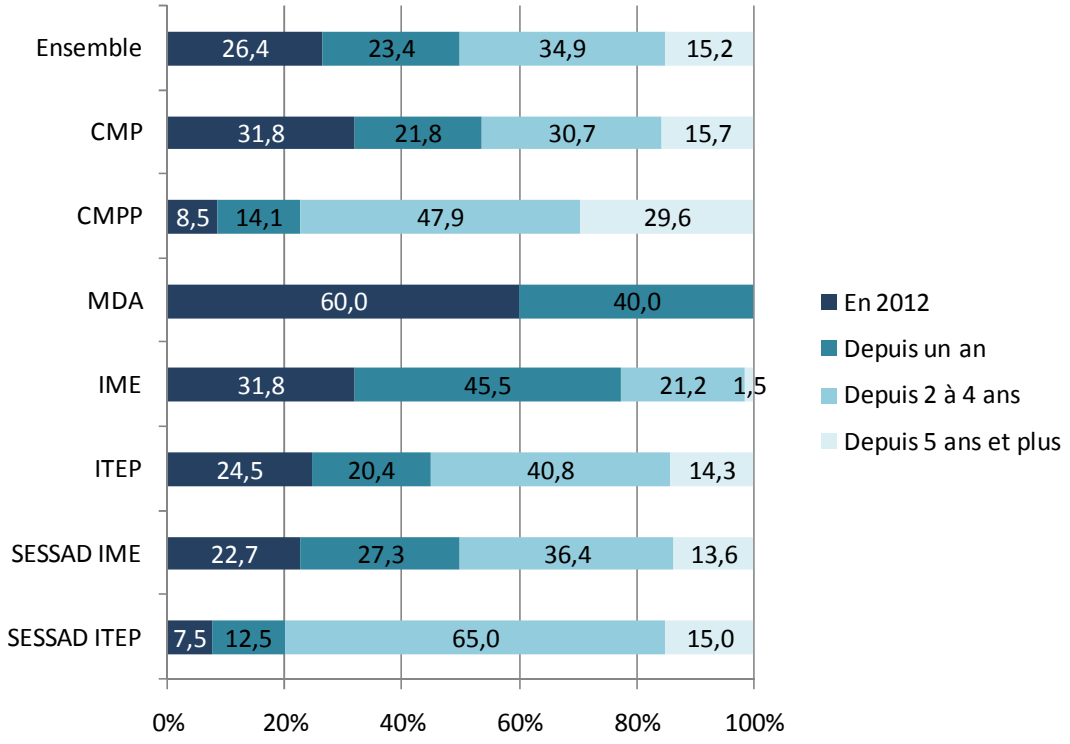
| | CMP | CMPP | MDA | IME | ITEP | SESSAD-IME | SESSAD-ITEP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre de jeunes inclus par la structure ayant participé | 280 | 71 | 10 | 66 | 49 | 22 | 40 |
| Durée moyenne de prise en charge (années) | 2,3 Réf | 3,5** | 0,4 | 1,2** | 2,3 | 1,9 | 2,9 |
| Ecart-type | ± 2,7 | ± 2,5 | ± 0,5 | ± 1,3 | ± 2,3 | ± 1,7 | ± 1,7 |
| Minimum d'années | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Maximum d'années | 16 | 10 | 1 | 7 | 11 | 6 | 7 |

** : la différence des moyennes entre les jeunes inclus par un CMP pris comme référence et ceux inclus par un CMPP (resp IME) est significative au niveau p<0,01

*Source : Enquête Principales filières de santé mentale chez les adolescents 2012 – ARS, CREAI-ORS LR - Exploitation CREAI-ORS LR*

Ainsi, une grande partie des jeunes inclus par un CMPP est suivie par ce même type de structure depuis deux ans ou plus : cette proportion est plus élevée en CMPP qu'en CMP (77,5 % contre 46,4 %) (figure 18).

**Figure 18. Répartition des jeunes inclus dans l'enquête selon la durée de prise en charge par la structure ayant participé à l'enquête – Département de l'Hérault (en %)**




*Source : Enquête Principales filières de santé mentale chez les adolescents 2012 – ARS, CREAI-ORS LR - Exploitation CREAI-ORS LR*

### *g) Type de professionnels ayant orienté les jeunes vers la structure ayant inclus ces jeunes*

Des liens semblent exister entre différentes structures facilitant les orientations des jeunes souffrant de troubles psychiatriques (tableau 10) :

- **CMPP et Education nationale**

Les jeunes en CMPP ont plus souvent été orientés par l'Education nationale que ceux en CMP (44,4 % des jeunes inclus par un CMPP contre 17,3 % par un CMP).

- **Psychiatrie hospitalière et ITEP, SESSAD d'ITEP**

Les jeunes en ITEP et en SESSAD-ITEP ont plus souvent été orientés par la psychiatrie hospitalière que ceux inclus par les autres structures ayant participé à l'enquête (respectivement 44,9 % et 86,4 % contre en moyenne 8 % des jeunes inclus par les autres structures).

- **Services sociaux de la protection de l'enfance et CMPP ou CMP**

Les jeunes en CMPP ou en CMP ont plus souvent été orientés par les services sociaux de la protection de l'enfance que ceux inclus par les autres structures ayant participé à l'enquête (respectivement 11,1 % et 9,9 % contre en moyenne 3,4 % des jeunes inclus par les autres structures).

- **CMP et population**

Les jeunes en CMP se sont rendus plus souvent au sein de ce type de structures, de leur propre initiative ou par l'initiative d'un membre de leur famille, que les jeunes inclus par les autres structures ayant participé à l'enquête. En effet, quatre jeunes sur dix inclus dans l'étude et suivis actuellement par un CMP se sont rendus au sein de ce type de structures, de leur propre initiative ou par l'initiative d'un membre de leur famille, contre 13 % en moyenne pour les jeunes inclus par les autres structures.

- **CMP et médecins généralistes ou pédiatres**

Les jeunes en CMP sembleraient avoir été plus souvent orientés par les médecins généralistes ou pédiatres libéraux que ceux en CMPP. Mais ce constat n'a pu être mis en évidence statistiquement en raison de faibles effectifs inclus pour les CMPP.

**Tableau 10. Répartition des jeunes inclus dans l'étude selon le type de professionnels qui les a orientés vers la structure ayant répondu – Département de l'Hérault (en %) (Plusieurs types de professionnels possibles)**

| | CMP | CMPP | MDA | IME | ITEP | SESSAD IME | SESSAD ITEP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Famille-Entourage-Adolescent lui-même | 41,5 | 19,4 | 20,0 | | 26,5 | | 18,2 |
| Education nationale | 17,3 | 44,4 | 10,0 | 9,1 | 24,5 | 10,0 | 31,8 |
| Médecin généraliste ou pédiatre | 10,2 | 4,2 | 20,0 | 3,0 | | | 9,1 |
| ASE-Protection de l'enfance | 9,9 | 11,1 | 20,0 | 4,5 | 4,1 | 2,5 | |
| Services hospitaliers de pédiatrie - Urgences pédiatriques - CAMSP | 8,8 | 6,9 | | | 2,0 | 2,5 | |
| Psychiatrie hospitalière | 7,0 | 4,2 | 10,0 | 9,1 | 44,9 | 15,0 | 86,4 |
| Psychiatrie libérale | 4,9 | 2,8 | | | | 5,0 | 4,5 |
| Autres services hospitaliers | 3,9 | 1,4 | | | | | |
| Autres libéraux | 2,5 | 1,4 | | | | | |
| Autres ESMS (IME-ITEP-SESSAD) | 1,8 | | | 31,8 | 8,2 | 27,5 | 9,1 |
| CMPP | 1,8 | 2,8 | | | 2,0 | | 4,5 |
| MDA | 0,7 | | 10,0 | | | | |
| PJJ | 0,4 | | 10,0 | | | | |
| CMP-MPEA | 0,4 | 1,4 | | 1,5 | 4,1 | 12,5 | 22,7 |
| Réseaux | 0,4 | | | | | | |
| MDPH | | | | | | | 4,5 |

*Note de lecture : 41,5 % des jeunes inclus par un CMP ont été orientés vers ce type de structure par la propre initiative de la famille ou de l'entourage ou de l'adolescent lui-même.*

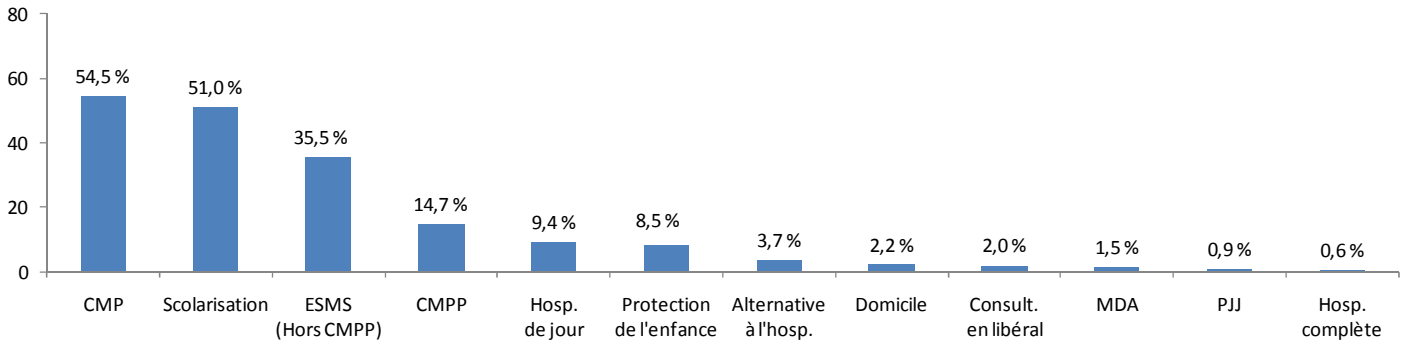
*Source : Enquête Principales filières de santé mentale chez les adolescents 2012 – ARS, CREAI-ORS LR - Exploitation CREAI-ORS LR*

### *h) Type de prise en charge actuelle des jeunes inclus*

Au moment de l'enquête, plus de la moitié des jeunes inclus sont accompagnés par un CMP (54,5 %). La moitié est scolarisée, le plus souvent en milieu ordinaire (figure 19).

Plus d'un tiers des jeunes inclus (35,5 %) sont pris en charge par un établissement ou un service du médicosocial (hors CMPP) et 15 % par un CMPP (figure 19).

**Figure 19. Répartition des jeunes inclus dans l'enquête selon leur prise en charge actuelle – Département de l'Hérault (en %) (Plusieurs prises en charge possibles)**




*Source : Enquête Principales filières de santé mentale chez les adolescents 2012 – ARS, CREAI-ORS LR - Exploitation CREAI-ORS LR*

## V.2.3 Parcours des jeunes

### *a) Parcours des jeunes pris en charge actuellement par un CMP*

Cette partie concerne aussi bien les jeunes inclus par un CMP que ceux inclus par une autre structure mais déclarant une prise en charge actuelle par un CMP : cela concerne 296 jeunes au total.

Entre les prises en charge déclarées antérieurement et celles déclarées actuellement, des évolutions significatives sont observées.

Des hausses significatives sont observées :

- dans la scolarisation de ces jeunes (40,9 % contre 62,8 %) ;
- dans la prise en charge par un CMP (64,9% contre 100,0 %) ;
- dans la prise en charge par un établissement ou un service du médicosocial (hors CMPP) (2,0 % contre 8,1 %) ;
- dans la mise en place d'alternatives à l'hospitalisation (Accueil familial thérapeutique ou CATTP) (1,4 % contre 5,7 %).

A l'inverse, des baisses sont observées :

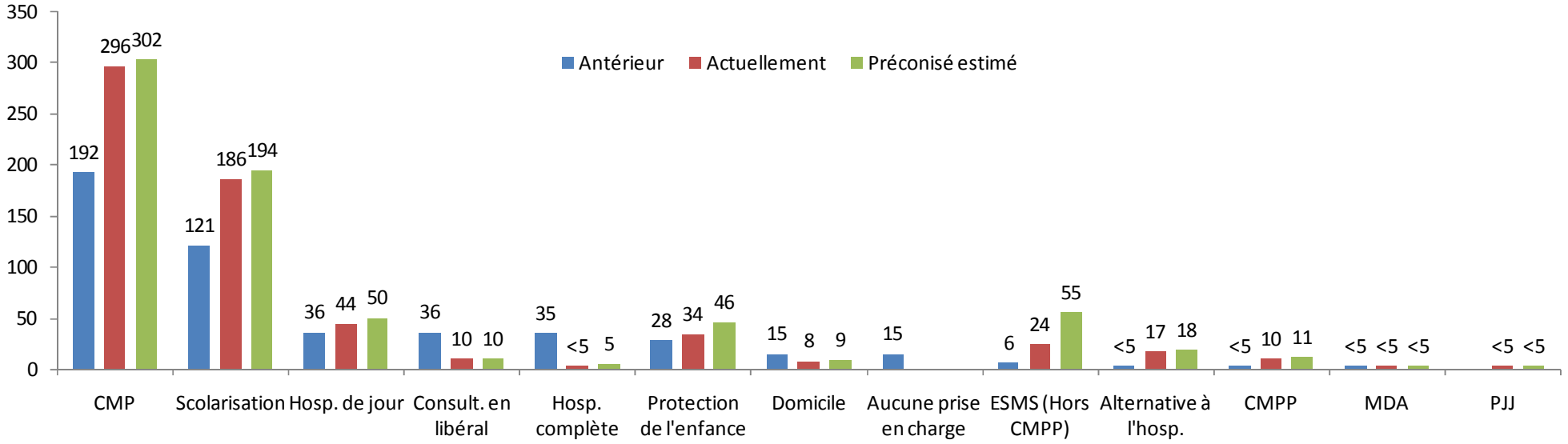
- dans les consultations en libéral (12,2 % contre 3,4 %) ;
- dans les hospitalisations complètes (11,8 % contre 1,0 %) ;
- dans les hospitalisations ou interventions à domicile (5,1 % contre 2,7 %).

Les passages de relais semblent se faire facilement du libéral et de l'hospitalisation complète au secteur sanitaire représenté ici par les CMP.

Une prise en charge par un CMP semble favoriser la scolarisation et la mise en place d'alternatives à l'hospitalisation ou d'un accompagnement par un ESMS (hors CMPP).

**Au regard de la figure 20, un élément apparaît préoccupant : si l'on calcule le ratio entre la prise en charge préconisée, et celle actuellement mise en œuvre, l'orientation vers un ESMS est, de très loin le besoin le plus repéré (le ratio est de plus du double). Ceci milite et démontre la nécessaire porosité à organiser, à développer, entre les lieux de consultations relevant du champ sanitaire et les établissements médicosociaux.**

**Figure 20. Parcours des jeunes pris en charge actuellement en CMP selon les prises en charge déclarées actuellement et celles préconisées « réajustées »[1] – Département de l'Hérault (en effectifs) (Plusieurs prises en charge possibles)**




< 5 : effectif inférieur à 5 non diffusable pour des raisons de secret statistique

[1] : les prises en charge déclarées en préconisation ont été recalculées en faisant l'hypothèse que les prises en charge actuelles étaient automatiquement poursuivies et se rajoutaient pour des nouveaux jeunes ne bénéficiant pas de telles prises en charge actuellement.

*Source : Enquête Principales filières de santé mentale chez les adolescents 2012 – ARS, CREAI-ORS LR - Exploitation CREAI-ORS LR*

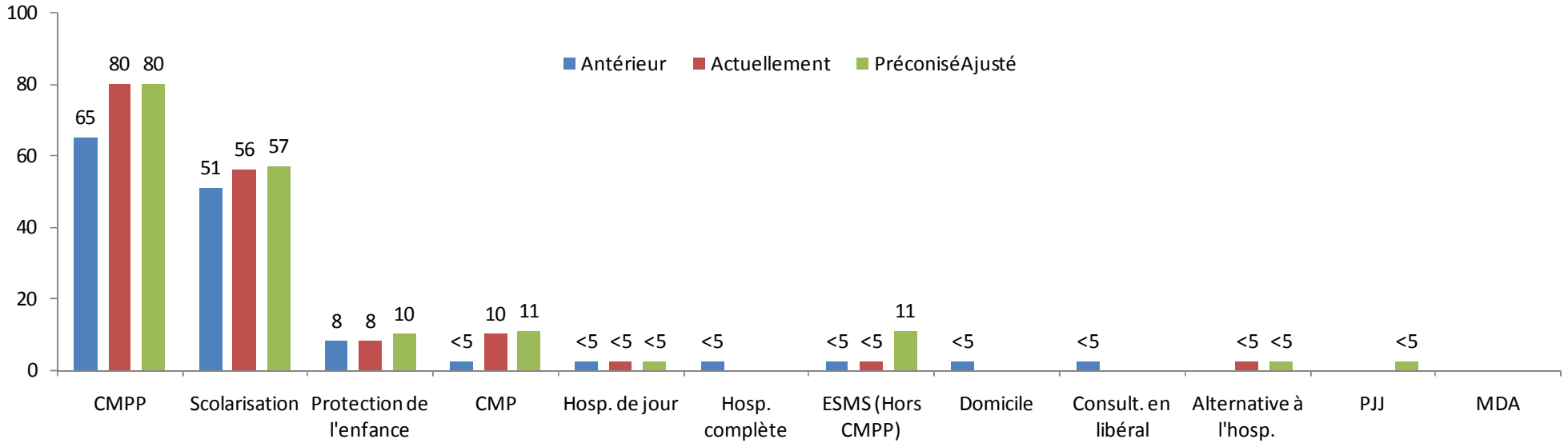
### *b) Parcours des jeunes pris en charge actuellement par un CMPP*

Cette partie concerne aussi bien les jeunes inclus par un CMPP que ceux inclus par une autre structure mais déclarant une prise en charge actuelle par un CMPP : cela concerne 80 jeunes au total.

Entre les prises en charge déclarées antérieurement et celles déclarées actuellement, aucune différence (hors CMPP) n'a pu être mise en évidence en raison d'effectifs trop faibles (figure 21).

**Comme observé au niveau des CMP, mais de façon encore plus marquée, l'élément saillant de la figure 21, nous indique l'impérieuse nécessité d'organiser des accompagnements sous la forme de partenariats entre dispositifs. Les orientations/relais/« co-prises en charges » partenariales mettant en jeu le secteur médicosocial sont hautement nécessaires, à condition qu'il y ait des places disponibles…**

**Figure 21. Parcours des jeunes pris en charge actuellement en CMPP selon les prises en charge déclarées actuellement et celles préconisées « réajustées »[1] – Département de l'Hérault (en effectifs) (Plusieurs prises en charge possibles)**




< 5 : effectif inférieur à 5 non diffusable pour des raisons de secret statistique

[1] : les prises en charge déclarées en préconisation ont été recalculées en faisant l'hypothèse que les prises en charge actuelles étaient automatiquement poursuivies et se rajoutaient pour des nouveaux jeunes ne bénéficiant pas de telles prises en charge actuellement.

*Source : Enquête Principales filières de santé mentale chez les adolescents 2012 – ARS, CREAI-ORS LR - Exploitation CREAI-ORS LR*

### *c) Parcours des jeunes scolarisés actuellement*

Les jeunes inclus dans l'enquête sont scolarisés majoritairement en milieu ordinaire : 277 jeunes scolarisés actuellement. Ils semblent avoir bénéficié de certaines évolutions dans leur accompagnement entre les prises en charge déclarées antérieures et actuelles.

Des hausses significatives sont observées :

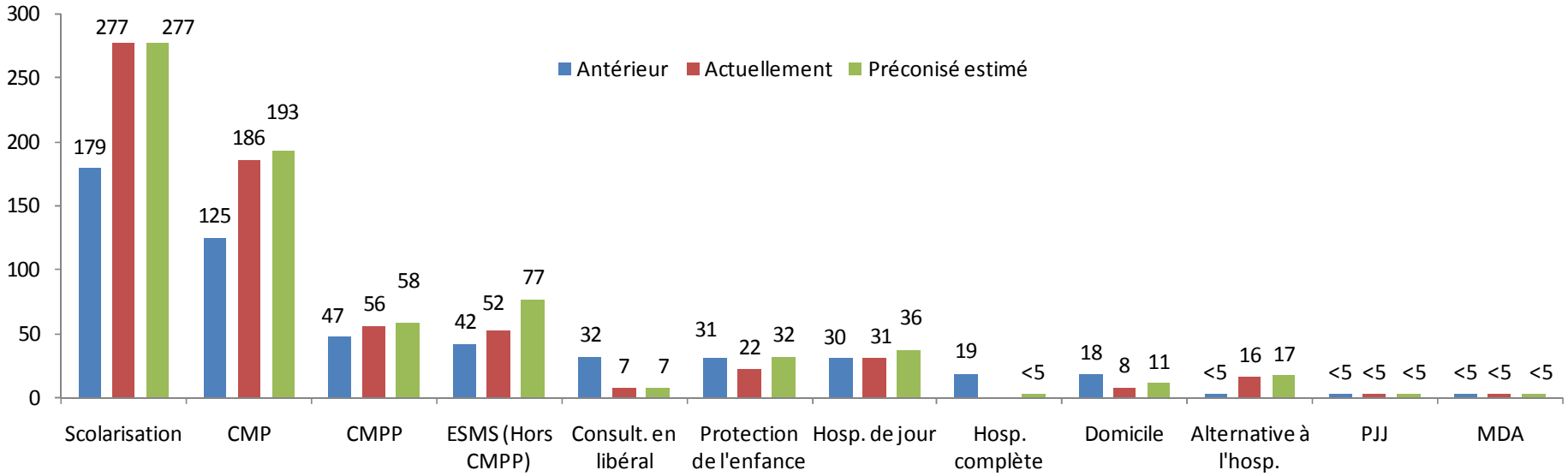
- dans la scolarisation de ces jeunes (64,6 % contre 100,0 %),
- dans la prise en charge par un CMP (45,1 % contre 67,1 %),
- dans la mise en place d'alternatives à l'hospitalisation (Accueil familial thérapeutique ou CATTP) (1,4 % contre 5,8 %).

A l'inverse, des baisses sont observées :

- dans les consultations en libéral (11,6 % contre 2,5 %),
- dans les hospitalisations complètes (6,9 % contre 0,0 %),
- dans les hospitalisations ou interventions à domicile (6,5 % contre 2,9 %).

On retrouve un constat déjà effectué auparavant, que la prise en charge par un CMP ou CMPP favorise la scolarisation.

**Figure 22. Parcours des jeunes scolarisés selon les prises en charge déclarées actuellement et celles préconisées « réajustées »[1] – Département de l'Hérault (en effectifs) (Plusieurs prises en charge possibles)**




< 5 : effectif inférieur à 5 non diffusable pour des raisons de secret statistique

[1] : les prises en charge déclarées en préconisation ont été recalculées en faisant l'hypothèse que les prises en charge actuelles étaient automatiquement poursuivies et se rajoutaient pour des nouveaux jeunes ne bénéficiant pas de telles prises en charge actuellement.

*Source : Enquête Principales filières de santé mentale chez les adolescents 2012 – ARS, CREAI-ORS LR - Exploitation CREAI-ORS LR*

⇒ ***Profil des jeunes scolarisés***

Au moment de l'enquête, parmi l'ensemble des jeunes inclus, la moitié (51 %) était scolarisée dont 83 % en milieu ordinaire. Le taux de scolarisation varie selon les caractéristiques de ces jeunes.

**Cette scolarisation est plus fréquente** :

- **chez les plus jeunes :** la proportion de jeunes scolarisés actuellement est plus élevée chez les 11-14 ans (60 %) que chez les plus âgés, de 15 ans et plus (37 %) ;
- **chez les jeunes souffrant de troubles du comportement que chez ceux souffrant d'autres troubles dépressifs et de l'humeur :** la proportion de jeunes scolarisés actuellement est plus élevée chez les jeunes souffrant en diagnostic global de troubles du comportement (57 %) que chez les jeunes souffrant d'autres troubles dépressifs et de l'humeur (40 %) ;
- **chez les jeunes souffrant de troubles de l'alimentation que chez ceux souffrant de troubles du comportement :** la proportion de jeunes scolarisés actuellement est plus élevée chez les jeunes souffrant en diagnostic global de troubles de l'alimentation (83 %) que chez les jeunes souffrant de troubles du comportement (57 %) ;
- **chez les jeunes déjà scolarisés auparavant :** la proportion de jeunes scolarisés actuellement est plus élevée chez les jeunes scolarisés auparavant (75 %) que chez ceux ne l'étant pas (34 %) ;
- **chez les jeunes accompagnés par un CMP auparavant :** la proportion de jeunes scolarisés actuellement est plus élevée chez les jeunes déjà accompagnés auparavant par un CMP (65 %) que chez ceux ne l'étant pas (43 %) ;
- **chez les jeunes n'ayant pas eu d'hospitalisation complète auparavant** : la proportion de jeunes scolarisés actuellement est plus élevée chez les jeunes non hospitalisés auparavant à temps complet (52 %) que chez ceux l'ayant été (37 %) ;
- **chez les jeunes suivis en CMPP auparavant** : les trois quart des jeunes suivis en CMPP auparavant suivent une scolarisation aujourd'hui ;
- **chez les jeunes n'ayant pas de notification prononcée par la MDPH :** la proportion de jeunes scolarisés actuellement est plus élevée chez les jeunes n'ayant pas de notification prononcée par la MDPH (59 %) que ceux qui en ont une (45 %) ;
- **chez les jeunes ayant eu un diagnostic avéré :** la proportion de jeunes scolarisés actuellement est plus élevée chez les jeunes ayant un diagnostic

avéré (54 %) que ceux qui ont un diagnostic en attente de confirmation (37 %) ;

- **chez les jeunes ayant eu une prise en charge depuis deux ans ou plus dans la même structure ayant participé à l'enquête :** la proportion de jeunes scolarisés actuellement est plus élevée chez les jeunes ayant une prise en charge de deux ans et plus par la même structure, structure ayant participé à l'enquête (59 %) que ceux qui le sont depuis peu (42 %).

# *V.3 Résultats des concertations : déroulement des rencontres et production*

### V.3.1 Objectifs et méthode retenue

Dans la démarche choisie par le CREAI-ORS LR, une démarche participative a été privilégiée, rassemblant les acteurs professionnels venant de différents secteurs : sanitaire, éducatif, protection judiciaire de la jeunesse, social, médicosocial et réseaux existants (RésAdos et Philado).

La présence d'acteurs différents et pluri-dispositifs qui accompagnent quotidiennement des adolescents souffrant de troubles psychiques, et leur participation active, a permis d'avoir des échanges de bonne qualité et constructifs tout au long des concertations, pour en arriver aux propositions de pistes d'actions possibles et souhaitables à conduire sur le département de l'Hérault.

En l'état, les propositions d'actions constituent une photographie des attentes des acteurs de terrain visant à fluidifier des parcours en santé mentale chez les adolescents dans le département de l'Hérault.

Le découpage des temps de travail en concertations s'est effectué en séances assez resserrées et décomposées en quatre demi-journées. Cette démarche contrainte a été testée plusieurs fois par le CREAI-ORS LR dans le cadre de démarches pour l'action (fiches-projets). Elle a été appliquée dans cette étude.

- La première demi-journée a été consacrée au débat : tour de table, présentation des premiers éléments issue de la revue de la littérature et de l'enquête, exploration des interactions qui existent entre les acteurs et des principales difficultés dans les articulations entre les acteurs, affrontement des idées et des approches etc...
- La deuxième demi-journée a permis de poursuivre le débat amorcé en première séance et d'évoquer des premières pistes d'améliorations.
- La troisième demi-journée a été consacrée aux premières propositions : séquence de *brain-storming*, exploration de pistes, valorisation de l'expertise des participations etc...

  Suite à cette séance, nous avons réalisé un récapitulatif des propositions sous la forme de fiches-actions qui ont été adressées aux membres du groupe de concertation. L'objectif était de permettre à chacun de proposer des ajustements, des amendements.
- Dans la quatrième et dernière demi-journée, en présence de représentants de l'ARS, un nouveau débat rapide sur l'état de formalisation des travaux a été conduit. Il a débouché sur le réajustement de certaines propositions et l'ajout de nouvelles. Un dernier débat de validation finale par le groupe a suivi, permettant d'aboutir aux propositions présentées ici. Cette dernière séance s'est terminée par une présentation de quatre projets impulsés par le pôle psychiatrie de Montpellier.

### V.3.2 Constitution du groupe

Le groupe a été animé par le CREAI-ORS LR. Il a été constitué avec l'aide et le soutien de l'ARS et complété, suite aux propositions émises par les participants, à la plénière d'ouverture de cette étude. Ce groupe s'est réuni à quatre reprises sur une demi-journée, à chaque fois dans les locaux du CREAI-ORS LR.

La composition du groupe a été arrêtée lors de la réunion plénière d'ouverture de cette étude en septembre, d'un commun accord entre le CREAI-ORS LR, l'ARS et les acteurs présents autour de la table. Les divers acteurs ont été invités à rejoindre le groupe par un courrier électronique du Directeur général du CREAI-ORS LR.

Nous avons veillé à l'équilibre entre les différents participants : représentants des dispositifs sanitaires, sociaux et médicosociaux, représentants des organismes et services publics (Education nationale, MDPH, Conseil général, protection judiciaire de la jeunesse), maison des adolescents, réseaux.

Ont donc été invités les acteurs suivants :

- les dispositifs sanitaires : CMP, psychiatrie hospitalière infanto-juvénile, psychiatrie hospitalière adultes, psychiatrie libérale avec des représentants œuvrant auprès des adolescents et un établissement privé de santé « la Clinique la Lironde » ;
- les dispositifs sociaux : Direction Enfance et Famille (y compris PMI) du Conseil général ;
- les dispositifs médicosociaux : CMPP, IME, ITEP et SESSAD ;
- les représentants des organismes et services publics : pôle santé et pôle pédagogique de l'Education nationale, MDPH et Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) ;
- la maison des adolescents ;
- les deux réseaux Philado et RésAdos.

Quoiqu'invités, les représentants de la psychiatrie adultes, la psychiatrie libérale, la clinique la Lironde et le réseau Philado n'ont pas participé aux travaux. La Direction Enfance-Famille du Conseil général n'a participé qu'à la dernière séance du groupe.

L'adhésion à la démarche proposée et explicitée par le CREAI-ORS LR a été très bonne. La participation et l'assiduité aux travaux a été forte : 15 personnes en moyenne présentes à chaque séance.

Ce groupe constitué a permis de mettre en présence certains acteurs et de mieux se connaître.

### V.3.3 Des échanges animés et riches

Les échanges et les débats ont été vifs, animés, riches et très attentifs aux places et postures de chacun. La volonté de faire évoluer les problématiques de fluidité et de continuité des parcours de soins des adolescents souffrant de troubles psychiques sur le territoire héraultais était patente, d'où la tonalité constructive des échanges.

Les échanges ont été recueillis sous la forme d'un *verbatim* avec prise de notes en séance. Celui-ci a été rendu anonyme de façon à permettre et garantir une liberté de parole des différents locuteurs, y compris par rapport à leurs appartenances institutionnelles ou associatives. Une synthèse de ces échanges recueillis sur les deux premières séances figure en documents annexes (Cf. Annexes).

De fait, les participants semblaient satisfaits de se trouver un temps et un lieu pour échanger sur les problématiques concernant les adolescents souffrant de troubles psychiques. De longs échanges entre différents partenaires se sont même poursuivis après chaque fin de séance.

**L'exploration et la proposition de pistes d'action ont fait apparaître que certaines préoccupations étaient récurrentes et transverses avec d'autres recommandations effectuées dans de nombreux rapports publiés récemment. Ces propositions doivent donc être examinées avec attention car elles constituent un point de convergence des différents acteurs locaux au niveau du diagnostic et des attentes de changement avec d'autres constats effectués sur le plan national**.

Préalablement à la présentation des fiches-actions issues du groupe de concertation, il nous semble utile et éclairant de faire ici un état de deux situations rapportées par des membres du groupe. Ces situations posent à elles seules la problématique de façon limpide.

Bien entendu, il ne s'agit nullement de juger tel ou tel partenaire, mais bien de montrer comment certains leviers ont favorisé un accompagnement de qualité, ou comment certains freins ont, au contraire, mis en partie en échec la prise en charge. Nous surlignerons en vert chaque partenaire impliqué dans l'accompagnement. Ceci nous donnera une indication sur l'articulation des prises en charge…

## *Cas pratique 1 : S. 13 ans*

*S est suivi depuis sa petite enfance sur le service de **Médecine Psychologique pour Enfants et Adolescents de Saint Eloi** en raison de troubles intenses du comportement et du développement dans un contexte familial complexe et difficile.*

*Le diagnostic retenu est retard de développement et troubles de l'attachement.*

*Le relais est assuré actuellement en HDJ.*

***Eléments de l'histoire familiale et de la prise en charge :***

*S est le deuxième enfant de Mr A (qui n'est pas son père biologique, son vrai père d'origine allemande est inconnu) et de Mme R ; il a un frère aîné, B, en famille d'accueil, majeur, et une petite sœur, M également placée en famille d'accueil. Dès la grossesse et les premiers mois, la vie de S est marquée par l'instabilité et l'insécurité : problèmes de santé importants de la mère qui souffre d'une sarcoïdose et d'une pathologie psychiatrique sévère, relations très difficiles entre ses parents avec ruptures itératives, multiples conflits voire violences.*

*A partir de 2001, S est accueilli **en famille d'accueil** tout d'abord, en accueil relais, puis, dès 2002, **en accueil judiciaire**. Le début de l'accueil a été compliqué : changements de lieu d'accueil en début de placement, séparation d'avec sa petite sœur qui a changé de mesure de protection et a quitté la famille d'accueil, liens maintenus avec les parents difficiles à médiatiser et très discontinus avec le père.*

*A partir de fin 2002, une prise en **charge hospitalière** est mise en place, tout d'abord en travail individualisé et sur des temps courts, puis en hospitalisation de jour à partir de septembre 2004.*

*Au niveau des antécédents familiaux, la mère de S souffre d'une maladie psychiatrique grave non étiquetée, de plus elle est actuellement dépendante avec des soins à domicile dans le cadre d'une sarcoïdose avec un pronostic vital précaire.*

***Situation actuelle :***

*- Contexte social : S est accueilli chez Mme **A (assistante maternelle)** depuis 2002. S voit son père de manière régulière à raison d'une heure une fois par mois en **visite médiatisée**. Une visite de l'ensemble de la fratrie est organisée au domicile de la maman lors de chaque vacance scolaire, médiatisée **par une travailleuse familiale**. S ne voit plus son frère B qui, désormais majeur, ne souhaite plus se rendre aux visites médiatisées.*

*- Soins : S a été pris en charge à raison de trois demi-journées par **semaine à l'hôpital de jour (Saint Eloi)** avec deux temps de rééducation orthophonique et deux temps scolaires. Il est suivi en ambulatoire **en neuropédiatrie et endocrinologie**. (Surveillance courbe de poids et taille qui restent dans les normes inférieures). Un relais est réalisé **en HDJ ado à Peyre Plantade** en juin 2012.*

*Son traitement médicamenteux associe Ritaline et Risperdal.*

*- Scolarité : Il est accueilli en **ITEP***

***Evolution symptomatique :***

*- Comportement : même si l'instabilité psychomotrice de S reste au premier plan, il paraît plus calme, davantage à l'écoute des consignes et plus adapté dans son comportement. Il arrive notamment davantage à gérer les moments de frustration et a progressé.*

***Bilan d'observation de Juin 2012 :***

*S a été vu 3 demi-journées à* ***l'hôpital de jour adolescents de Peyre Plantade.*** *Du point de vue de son comportement, S a globalement été calme. Cependant des recadrages ont été nécessaires concernant certaines familiarités qu'il pouvait avoir avec l'adulte dans une volonté de se rapprocher. Dans ce contexte, la carence affective parait très grande. Avec les autres adolescents, S est influençable et facilement perturbé. Il est donc judicieux d'éviter de le mettre en groupe.*

*D'un point de vue attentionnel, S a une capacité de concentration réduite, il est également très instable, ne pouvant pas maintenir une activité plus de 5 minutes. Ses sujets d'intérêt sont très limités (sport, foot, tennis, voiture), il ne parle pas d'autre chose. Il verbalise peu de ressentis.*

*Il ne sait pas pourquoi il est hospitalisé mais est d'accord pour venir en hôpital de jour adolescents, en raison de l'activité sportive qu'il peut y pratiquer.*

***Situation en novembre 2012 :***

*S est pris en charge 3 demi-journées par semaine en individuel en* ***hôpital de jour adolescents à Peyre Plantade.***

*Un contrat sous forme de points a été établi avec le pédopsychiatre pour travailler sur son instabilité.*

*Le lundi matin, il est avec Charles dans le cadre d'une activité pêche, avec pour but d'apprendre à gérer son instabilité psychomotrice et augmenter ses temps de concentration. Les résultats se sont avérés bons avec le premier jour une instabilité notoire avec des temps de concentration maximum de 5 à 10 mn, actuellement il est capable de rester en place 30 mn.*

*Le jeudi matin, S est avec Jean-Laurent, il a un temps d'activités manuelles avec lui. S peut montrer des compétences dans le domaine manuel. Il est capable de se concentrer, de mesurer, Jean-Laurent a pour projet avec lui de réaliser un meuble qui devrait aller dans une des salles de bains. Cette activité est valorisante pour S. Cette implication dans ce projet est valorisée dans un second temps par un temps de trottinette lorsque le travail est effectué.*

*Le vendredi après-midi, S est avec Eric, il arrive toujours très agité, en effet, le vendredi matin, S est dans une prise en charge en groupe* ***à l'ITEP****.*

*S fonctionne beaucoup à l'affectif, il est fréquemment en recherche d'affectivité, de câlins, mais est également capable de passer à des phases d'insultes rapidement. Il est cependant capable d'accepter les remontrances, il peut également supporter des épisodes de frustration sans passages à l'acte violents notables. Avec Eric, il partage une semaine sur deux une activité au skate-parc où S peut être capable de relations sociales envers les autres jeunes qui se trouvent sur place.*

*Les temps de verbalisation restent cependant courts et rares, S a du mal à aller loin dans les discussions lorsque cela devient trop personnel. Au final, S semble moins instable mais à condition que l'activité l'intéresse. Il est à noter un épisode où S avait oublié de prendre la RITALINE, il avait alors été très difficile de le canaliser.*

*S est reçu par* ***la psychologue*** ***le lundi matin****.*

*Lorsqu'il n'est pas en hôpital de jour, S est à l'****ITEP et*** *en* ***famille d'accueil chez Mme A*** *le soir.*

*De manière générale, l'alliance est bonne avec les autres intervenants.*

*A l'ITEP, depuis septembre, la prise en charge se déroule correctement sans événement significatif bien qu'il y ait toujours un éducateur en plus pour permettre une prise en charge individuelle et ainsi sortir S du groupe lorsque cela est nécessaire.*

*Mme A est vue tous les mois par* ***le pédopsychiatre****. Chez elle, la période du mois d'octobre a été difficile, avec une intolérance à la frustration, S s'interrogeant également sur sa place dans cette famille d'accueil car, en effet, il y a beaucoup d'enfants chez Mme A. Il a pu être jaloux de L mais également plus ou moins amoureux d'elle. Actuellement, cela se passe mieux, il peut réaliser des tâches demandées, obéir. Lorsqu'il y a des clashs, il est capable de monter dans sa chambre et d'y rester pour se calmer, cependant S est en conflit permanent avec L qui l'attaque notamment sur le fait que son père est en prison.*

*Il y a actuellement en* ***projet une famille d'accueil relais chez Mr et Mme D*** *pour soulager Mme A. S est réticent à cela car il sait très bien qu'il y aura également des règles là-bas.*

***Un dossier d'orientation IME a été réalisé par la MDPH*** *depuis le dernier bilan de QI réalisé qui l'avait retrouvé déficitaire.*

*Le dossier social de S est suivi par l'****équipe sociale de l'Agence Départementale de la Solidarité***

***Diagnostic :***

*Retard de développement et trouble de l'attachement.*

***Objectif :***

*- soutenir l'intégration à l'ITEP,*

*- continuer l'apprentissage de la gestion de son impulsivité et de son instabilité,*

*- poursuite du travail sur l'augmentation du temps de concentration,*

*- soutien de l'assistante maternelle, Mme A,*

*- mise en place d'activités individualisées valorisantes pour travailler sur son versant carencé.*

## *Cas pratique 2 : L. 14 ans*

*Lorsque l'**ITEP** est interpellé pour cette situation en septembre 2011, L habite chez sa mère dans un quartier défavorisé de sa commune, il a auparavant connu différentes familles d'accueil dans le cadre d'un accueil provisoire puis d'une ordonnance de placement. Tous ces accueils se sont soldés par un échec.*

*Scolarité : L est déscolarisé depuis presque un an. Il a sur ce point un parcours chaotique et une forte dysharmonie dans ses apprentissages scolaires.*

*Un an auparavant, L est devenu subitement diabétique. A ce titre il bénéficie d'une prise en charge de sa maladie à **l'Institut Saint Pierre**. L'ITEP est informé qu'il a pu jouer une forme de chantage avec sa maladie. Il a été admis deux fois en urgence dans un état de coma, il frôle la mort dans ces moments. Cette attitude a mis en échec son dernier placement en famille d'accueil. Sa maladie a une forme aiguë.*

*L est le 7e enfant d'une fratrie de 8 tous quasiment issus de pères différents. Son père biologique habite aussi sur la commune, il est en conflit avec la mère de L et a pu dire à son fils qu'il n'était pas à son sens son vrai père. La mère de L confie qu'elle était durant la grossesse sous traitement pour une dépression sévère et qu'elle n'a pas pu investir cet enfant (lors de l'admission, c'est même l'assistante sociale qui a dû préciser la place de L dans la fratrie car elle ne s'en rappelait pas). L vit chez elle en présence d'un petit frère qui, à l'inverse, est sur investi par la mère. Il a pour référence un grand frère qui peut faire autorité, mais parfois de manière brutale, lorsque la mère le demande et qui est inséré socialement et professionnellement. Certains autres frères sont eux sur le versant de la délinquance. A domicile, L n'a pas de contraintes, se lève à 14 ou 15h tous les jours, mange lorsqu'il le désire et traine tard le soir.*

*Les établissements médicosociaux à proximité du domicile ont tous refusé L. La coordinatrice **du réseau** a alors pensé à la solution de cet ITEP qui a pour réputation de prendre les situations compliquées.*

*Celui-ci convient d'une admission début septembre, mais se pose rapidement la question de l'éloignement géographique.*

*L'internat est complet. **L'agence de la solidarité** trouve alors un **Assistant Familial** habitant à proximité de l'établissement. Un accueil séquentiel est mis en place selon les modalités suivantes : le matin jusqu'en début d'après-midi tous les jours sauf le mercredi où est maintenue **une hospitalisation de jour pour le diabète**.*

*Le placement, même sous forme d'OPP est présenté à L comme une obligation pour venir dans l'ITEP. L a donc vécu la séparation comme de la responsabilité de l'ITEP et non comme une décision de justice venant du fait d'un cadre familial défaillant.*

*Dans les premiers temps, la prise en charge s'est passée sur la base d'un refus de scolarité et d'un refus des lieux de soins. Une fois L dans l'établissement, les rencontres avec l'éducatrice **référente de la Direction Enfance Famille** sont devenues plus espacées : L ne voulant plus lui adresser la parole et devenant menaçant envers sa personne.*

*Au cours de la première année, il y a eu quelques incartades de L, des intimidations sur les adultes. L'institut Saint Pierre par contre était très débordé par les comportements de L et a décidé d'arrêter de le prendre en charge.*

*La deuxième année fut une catastrophe, L s'est pris violemment à plusieurs adultes. Il ne supportait plus d'être en présence d'autres jeunes ; dans ces moments, il adoptait des attitudes de défiance aux adultes (menaces, insultes constantes) et lorsqu'un adulte voulait le résonner, L s'en prenait alors à celui-ci physiquement. Ce jeune a beaucoup de force physique. En tant qu'employeur, l'ITEP s'est vite retrouvé face à des personnels évoquant leur droit de retrait, et mis face à sa responsabilité de garantir la sécurité au travail.*

*Pour que ce jeune continue de bénéficier d'une prise en charge, l'ITEP a maintenu sa présence, mais a dû adapter les modalités de prise en charge.*

*L'ITEP a ainsi proposé* ***des stages auprès d'employeurs*** *de son réseau ou en interne dans l'association.*

*Un suivi éducatif régulier est aujourd'hui à l'œuvre, mais ce jeune refuse toujours tous les lieux de soin et de scolarité. Le partenaire DEF (agence départementale) souhaite une prise en charge beaucoup plus conséquente, mais l'ITEP se retrouve seul dans une prise en charge nécessitant une multiplicité d'acteurs complémentaires.*

Nous avons recueilli ces deux témoignages car ils sont très illustratifs des accompagnements des jeunes ayant des problématiques de santé mentale. Nous pouvons ainsi retenir :

- La multiplicité de dispositifs présents dans les prises en charge
- Ces dispositifs ne relèvent pas tous du même champ d'action (sanitaire, social, médicosocial, l'Education nationale)
- A l'intérieur d'un même dispositif, il y a évidemment plusieurs intervenants.

En conséquence, la mise en cohérence des différents acteurs en présence est une clef essentielle de la qualité de l'accompagnement et cette démarche demande du temps.

Ceci vise à réhabiliter le temps consacré à ces échanges inter-institutionnels, séances de travail commun incontournables si l'on veut évoquer la question de la pertinence d'un accompagnement. Si l'on prolonge cette réflexion : dans une démarche d'évaluation de la prise en charge de jeunes ayant des troubles psychiques, il serait très réducteur de mesurer le travail fourni par tel ou tel acteur. C'est bien l'ensemble des dispositifs qu'il convient alors d'appréhender dans une dimension systémique… au sens de DE ROSNAY pour qui *« c'est un ensemble d'éléments en interaction dynamique, organisés en fonction d'un but, dans une démarche qui ne saurait résumer le système à la somme des éléments qui le compose*».

Nous le verrons, la plupart des propositions visent à faire évoluer ce système complexe, vivant, que représente le réseau d'accompagnement de ces jeunes.

### V.3.4 Propositions d'action du groupe de concertation

**Action 1** : Renforcer les compétences des professionnels de terrain non spécialisés dans le champ du handicap psychique (Education nationale, PJJ…)

**Action 2** : Renforcer la connaissance réciproque des dispositifs

**Action 3** : Améliorer le repérage des situations cliniques

**Action 4** : Agir sur les délais de prise en charge

**Action 5** : Agir sur les délais de prise en charge : définir la notion d'urgence de façon partagée

**Action 6 :** Mettre en place un référent, coordinateur de projet

**Action 7 :** Maintenir une multiplicité de dispositifs autour de l'adolescent

**Action 8 :** Réduire les inégalités territoriales

**Action 9 :** Renforcer la lisibilité des missions et du rôle de la Maison départementale des adolescents auprès des acteurs impliqués

**Action 10 :** Etendre l'accessibilité à la Maison départementale des adolescents

**Action 11 :** Fluidifier les passerelles entre ITEP et IME

**Action 12** : Etendre les autorisations des ITEP à l'ensemble des dispositifs dont ils sont potentiellement pilotes (internat, SESSAD, accueil temporaire…)

**Action 13** : Mettre en place un dispositif d'animation territoriale

**Action 14 :** Pallier le retrait des « Maitres G »

**Action 15 :** Faciliter l'accès aux consultations extérieures chez les enfants scolarisés

**<u>Action 1</u> : Renforcer les compétences des professionnels de terrain non spécialisés dans le champ du handicap psychique (Education nationale, PJJ…)**

Constats :

La méconnaissance de situations de handicap psychique par les professionnels des domaines pédagogiques et socio-éducatifs entraîne des difficultés de compréhension et de communication entre les acteurs.

Objectif(s) de l'action :

Permettre une meilleure compréhension et connaissance transversale des jeunes accompagnés souffrant de handicap psychique.

Descriptif(s) de l'action :

Plusieurs pistes évoquées :

- Formation initiale (Éducation nationale, IRTS…) : développer le contenu dans le cadre du volet « santé ».
- Plaquette de repérage du handicap psychique réalisée par l'Education nationale à rediffuser avec un accompagnement sous forme de concertations.
- Envisager des formations communes auprès des équipes issues de dispositifs différents.

Partenaire(s) concerné(s) :

ARS, Éducation nationale, PJJ, Organismes de formation, ensemble des autres acteurs concernés…

Calendrier :

A définir.

Evaluation :

Nombre de professionnels formés.

Revue de la littérature liée à cette proposition :

- Rapport IGAS Août 2011 – « La prise en charge du handicap psychique » [3]

*Constats énoncés au sein de ce rapport* :

« *Des formations initiales intégrant trop peu la connaissance des autres intervenants* ».

« *Des formations continues inter professionnelles et inter sectorielles insuffisamment développées ».*

**Recommandation n° 57 : Créer, pour les infirmiers, un master professionnel de spécialisation en psychiatrie.**

**Recommandation n° 58 : Développer les formations initiale et continue, notamment interprofessionnelles, sur les spécificités du handicap psychique pour les professionnels exerçant auprès de personnes présentant ce handicap.**

- Rapport triennal de l'observatoire national sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap Juin 2011 [4]

*Constats énoncés au sein de ce rapport :*

« Même si l'on dispose de peu de recul sur l'impact des adaptations de programme de formation, «*la plupart des professionnels s'avouent, aujourd'hui comme hier, à l'issue de la formation initiale, insuffisamment préparés à faire concrètement face aux demandes posées*».

Les préconisations formulées par l'ONFRIH, dans une logique de mise en place « d'une culture commune », sont de nature à répondre aux besoins suscités par le handicap psychique, tout particulièrement celles visant à :

- *«généraliser un module « connaissance du public » intégrant systématiquement la thématique du handicap dans toutes les formations préparant aux métiers de contact, d'accueil et de proximité »* permettant de garantir aux personnes handicapées psychiques l'accessibilité aux activités de la cité ;

- « *développer les formations pluri-professionnelles […] suscitant les interactions entre l'école et le secteur médicosocial, le milieu éducatif et le milieu médical ;*

- « *renforcer les formations des professionnels d'accompagnement du secteur spécialisé* » tout particulièrement pour permettre aux personnels des ESMS généralistes, ou accueillant traditionnellement des situations de handicap mental, d'accueillir et prendre en charge les personnes handicapées psychiques.

## Action 2 : Renforcer la connaissance réciproque des dispositifs

### Constats :

Les missions et les contraintes de chaque dispositif ne sont pas toujours bien identifiées.

### Objectif(s) de l'action :

Pour permettre de clarifier les liens et de mieux fluidifier les parcours, il semble important de s'assurer que l'identification des interlocuteurs est bien claire pour l'ensemble des professionnels directement en lien avec les jeunes :

- Mieux connaître de façon réciproque les missions, les contraintes des différents partenaires et les champs d'intervention de chacun.
- Mettre en cohérence l'intervention de chacun auprès du jeune.

### Descriptif(s) de l'action :

Plusieurs pistes évoquées :

- Répertoire opérationnel des ressources (ROR).
- Réseaux Philado et ResAdos : renforcer leurs missions de mise en lien des acteurs (voir s'il est nécessaire de travailler cette question au niveau du CREAI-ORS LR).
- Poursuivre ce groupe formé pour les concertations en l'ouvrant à d'autres acteurs.

### Partenaire(s) concerné(s) :

ARS, Education nationale, CG34, PJJ Réseaux Philado et ResAdos, Points Accueil Ecoute Jeune, Point Ecoute Parents-Adolescents et ensemble des autres acteurs concernés.

### Calendrier :

A définir.

### Evaluation :

Outils d'évaluation à construire en début d'action.

## Action 3 : Améliorer le repérage des situations cliniques

Constats :

Les professionnels participant aux concertations ont fait part des difficultés de repérage des situations cliniques. Quelle position doivent prendre les éducateurs face à des situations complexes « jeunes en crise » ? Le déficit de certaines professions comme les infirmières psychiatriques ou les psychiatres accentue ces difficultés dans certains établissements du médicosocial. Dans d'autres, l'existence d'équipe pluridisciplinaire rend ce repérage possible en interne. La question de fluidité repose sur les liens entre les différents dispositifs. Il peut y avoir des situations d'urgence mais comment les repérer de façon partagée ?

Objectif(s) de l'action :

Améliorer le repérage des cas cliniques afin d'éviter des situations d'urgence.

Descriptif(s) de l'action :

Promouvoir un rôle de décodage clinique dans les fiches de fonction des médecins et des psychologues des établissements relevant du secteur médicosocial.

Partenaire(s) concerné(s) :

ARS, CG34 et Etablissements du secteur médicosocial.

Calendrier :

A définir.

Evaluation :

Etude des fiches de fonction.

Revue de la littérature liée à cette proposition :

- Rapport IGAS Août 2011 – « La prise en charge du handicap psychique » [24]

[…] **Recommandation n° 28 : Intégrer, dans les programmes de formation des équipes éducatives, le sujet du repérage de l'enfant présentant des troubles psychiques à la période de la préadolescence et de l'adolescence.**

*Constats énoncés dans ce rapport : « Si tout le monde reconnaît que c'est d'abord la conviction des acteurs de terrain qui fonde l'engagement dans un partenariat, chacun insiste sur le rôle important que doit jouer la tutelle, hier les DRASS, DDASS et les ARH, aujourd'hui les ARS aux côtés des élus locaux dont le rôle a été souligné par la mission IGAS. »* […]

**Recommandation n° 55 : Susciter les partenariats entre établissements de santé et établissements et services médicosociaux et en faire un critère d'évaluation dans les CPOM.**

*Autre constat énoncé :*

[…] « *La faible attirance des psychiatres à travailler dans les établissements médicosociaux qui, bien souvent, ne peuvent proposer que quelques vacations hebdomadaires, a pour conséquence fréquente que ne soient pas assurées ces vacations avec absence de toute prise en charge psychiatrique interne à l'établissement. Dans le cas d'une association gestionnaire de plusieurs établissements, une mutualisation des temps médicaux entre ces établissements pourrait rendre possible la création d'un temps partiel de psychiatre, susceptible d'intéresser les professionnels de santé »* […]

**Recommandation n° 35 : Etudier la possibilité de mutualiser des temps médicaux psychiatriques au sein de certains établissements médicosociaux (adultes, enfants).**

**Recommandation n° 36 : Réaliser une étude de faisabilité de transfert vers les établissements publics de santé, des temps de psychiatre, non utilisés, de certains établissements médicosociaux (adultes, enfants).**

## Action 4 : Agir sur les délais de prise en charge

### Constats :

La MPH34 est confrontée à une forte augmentation du nombre des demandes à traiter. Les délais peuvent s'étendre à 4 mois pour des orientations. Il existe des procédures accélérées mais pour quelles situations doit-on les déclencher ?

### Objectif(s) de l'action :

Déterminer des critères communs et partagés de la procédure accélérée existante.

### Descriptif(s) de l'action :

Constituer un groupe inter-dispositifs visant à s'accorder sur les modalités d'accès à une procédure accélérée et sur une définition commune de situations dites d'urgence.

### Partenaire(s) concerné(s) :

MPH34, ARS et acteurs concernés des différents dispositifs.

### Calendrier :

A définir.

### Evaluation :

- Ecriture d'une procédure et respect de celle-ci
- Evaluation de la mise en place d'une procédure accélérée, évaluation du type groupe action/groupe témoin visant à mesurer l'efficience de cette procédure.

Revue de la littérature liée à cette proposition :

- Rapport IGAS Octobre 2012 – « Etablissements et services pour PH offre et besoins, modalités de financement » [43]

[…] Quelle que soit leur formulation, les décisions d'orientation des CDAPH sont presque toujours univoques, vers un ESMS ou un type d'ESMS. La rigidité de cette formulation peut s'avérer, au moins dans certaines situations, contradictoire avec la volonté de privilégier un parcours d'accompagnement de la personne, qui peut demander des prises en charge multiples, simultanées ou successives […]

**Recommandation n° 28 : engager une réflexion associant MDPH, ESMS et associations pour instituer des décisions d'orientation plus souples qui facilitent les parcours des personnes.**

**<u>Action 5</u> : Agir sur les délais de prise en charge : définir la notion d'urgence de façon partagée**

Constats :

Les délais d'attente en vue d'une prise en charge ou d'un accompagnement sont parfois trop longs en CMP et surtout en CMPP. Par exemple, un jeune reçu en consultation dans un service hospitalier de psychiatrie peut attendre un mois pour un accueil en hospitalisation de jour.

Objectif(s) de l'action :

Définir collectivement la notion d'urgence, l'organisation à initier, et ensuite la mise en œuvre permettant d'y répondre.

Descriptif(s) de l'action :

- Mettre en place un groupe inter-dispositif ad-hoc visant à définir de façon partagée les situations dites « urgentes ».
- Elaborer un document commun des modalités de prise en charge.

Pilote(s) :

ARS.

Partenaire(s) concerné(s) :

CMP, CMPP et ensemble des acteurs des différents autres dispositifs.

Calendrier :

A définir.

Evaluation :

Utilisation du document.

## Action 6 : Mettre en place un référent, coordinateur de projet

### Constats :

Il est difficile parfois pour la MPH34 et pour d'autres acteurs de retracer le parcours d'un jeune adolescent souffrant de troubles psychiques. L'histoire de l'enfant se perd parfois au fur et à mesure qu'il passe d'un dispositif à un autre.

### Objectif(s) de l'action :

Déterminer les modalités de désignation d'un référent, coordinateur de projet servant de fil rouge dans l'accompagnement de l'enfant et de l'adolescent.

### Descriptif(s) de l'action :

- Constituer un groupe inter-dispositif visant à élaborer les modalités de désignation d'un référent, coordinateur de projet ;
- Définir quel professionnel serait le mieux positionné pour être coordonnateur ? Quelles seraient ses missions ? Comment le mettre en place lorsqu'il y a plusieurs acteurs autour du jeune ?
- Délimiter sa désignation, ses missions dans le cadre d'interventions multi-dispositifs dans un parcours.

### Partenaire(s) concerné(s) :

ARS, CG34, MPH34 et ensemble des acteurs des dispositifs sanitaires, sociaux et médicosociaux.

### Calendrier :

A définir.

### Evaluation :

- Mise en place du groupe (participation des acteurs et qualité des échanges).
- Elaboration des critères de désignation d'un coordinateur.
- Respect de ces critères.

Revue de la littérature liée à cette proposition :

- Rapport IGAS Août 2011 – « La prise en charge du handicap psychique » [3]

Le « référent de parcours » ou « case manager », une fonction au contenu à clarifier.

« *Il s'agit, pour des personnes aux difficultés multiples qui font l'objet de prise en charge successives à travers plusieurs dispositifs, sanitaire, social ou médicosocial, de savoir qui peut avoir la responsabilité globale de la coordination du parcours pour en assurer sa sécurisation et éviter les ruptures*. » […]

*Les notions de « référent de parcours », de « Gestionnaires de cas » sont inspirés du « case manager » en santé mentale et en travail social nord américain : « un coordonnateur responsable de la continuité des contacts avec la personne en difficulté, quelle que soit sa trajectoire dans les institutions, de façon à faciliter sa réadaptation et son insertion sociale »* […]

**Recommandation n° 56 : Engager une recherche action sur les fonctions d'un « référent parcours-gestionnaire de cas » pour les personnes en situation de handicap psychique.**

## Action 7 : Maintenir une multiplicité de dispositifs autour de l'adolescent

### Constats :

Lorsqu'un enfant ou un adolescent est orienté vers un établissement du médicosocial, les interventions du secteur social sont parfois interrompues. Cette discontinuité des accompagnements des services sociaux s'accentue dès qu'on s'éloigne du territoire Montpelliérain. Ce constat rejoint celui également effectué au niveau national dans différents rapports. Il semble nécessaire que chaque acteur doive poursuivre son accompagnement et jouer son rôle. L'importance de maintenir le triptyque d'acteurs pour les situations complexes a été citée.

### Objectif(s) de l'action :

Mettre en cohérence l'ensemble des interventions autour de l'enfant à un moment donné.

### Descriptif(s) de l'action :

Mettre en place un groupe inter-dispositif d'acteurs impliqués visant à essayer de maintenir des interventions des différents acteurs dans le cadre d'une prise en charge multiple du jeune.

### Partenaire(s) concerné(s) :

ARS, CG34, PJJ, Education nationale et ensemble des acteurs des dispositifs sanitaires, sociaux et médicosociaux.

### Calendrier :

A définir.

### Evaluation :

Continuité des prises en charge croisées inter-dispositifs.

Revue de la littérature liée à cette proposition :

- Rapport IGAS Août 2011 – « La prise en charge du handicap psychique » [3]

*Constats énoncés dans ce rapport : « Il apparaît également judicieux de prévoir une bonne articulation d'intervention entre les professionnels qui ont en charge les enfants confiés à l'ASE et ceux des ITEP. […]. Les adolescents de 16 ans et plus représentent une petite minorité des enfants accueillis en ITEP (environ 13 %) : ils posent la continuation de l'accompagnement des jeunes d'ITEP au-delà de l'obligation légale de scolarité. […].*

*Pour ce faire, une convention pourrait être élaborée, à l'image de ce qui est prévu dans le schéma de 3ème génération d'organisation sociale et médicosociale 2010-2015 du département des Yvelines (volet autonomie), entre chaque ITEP et les services de l'ASE permettant de clarifier les compétences respectives des services de l'ASE et des ITEP pour la prise en charge de certains enfants à troubles du comportement sévères.*

*L'articulation nécessaire « entre le schéma départemental » de protection de l'enfance, la pédopsychiatrie, les ITEP et la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) est soulignée par l'assemblée des départements de France.*

**Recommandation n° 40 : Etre vigilant sur l'inclusion dans les CPOM d'une coopération entre pédopsychiatrie et ITEP en prévoyant une participation des services départementaux de l'aide sociale à l'enfance, via un conventionnement multipartite.**

*Autre constat : […]. « Indispensable de renforcer les liens entre ASE et services de pédopsychiatrie, la faiblesse des liens avec le sanitaire ayant été souvent pointée dans différents rapports de l'IGAS.*

*En effet le travail en réseau de l'ASE avec la pédopsychiatrie, s'il est fondamental, reste souvent en devenir. »*

**Recommandation n° 38 : Appeler les ARS à être vigilantes sur le nécessaire partenariat entre la pédopsychiatrie et les services de l'aide sociale à l'enfance, notamment dans le cadre des commissions spécialisées de prévention où sont présents les départements.**

- Rapport IGAS Octobre 2012 – « Etablissements et services pour PH offre et besoins, modalités de financement » [43]

**Recommandation n° 3 : mesurer les recouvrements de populations entre admission à l'ASE et accompagnement médicosocial, et analyser l'offre, notamment en ITEP, au regard de l'offre en maisons d'enfants à caractère social.**

### Action 8 : Réduire les inégalités territoriales

Constats :

L'ensemble du territoire départemental ne semble pas équipé de manière équitable en matière de prise en charge hospitalière des enfants et des adolescents en situation de handicap psychique. Ce déficit semble rendre parfois difficile les parcours en termes de fluidité et de souplesse.

Objectif(s) de l'action :

Identifier et objectiver les besoins en hospitalisation par territoire de bassin de vie.

Descriptif(s) de l'action :

- Répertorier sur une période donnée l'ensemble des préconisations d'hospitalisation non suivies d'effet.
- Engager une réflexion sur la réduction des inégalités territoriales et comment améliorer l'équité territoriale sur le département héraultais.

Partenaire(s) concerné(s) :

ARS et ensemble des acteurs impliqués.

Calendrier :

A définir.

Evaluation :

Equité de la couverture territoriale en matière d'offre.

Revue de la littérature liée à cette proposition :

- Rapport IGAS Août 2011 – « La prise en charge du handicap psychique » [3]

*Constats énoncés dans ce rapport : Le sujet de l'articulation et de la coordination du secteur médicosocial avec le secteur psychiatrique demeure très présent. […]. L'intervention psychiatrique urgente dans les situations de crise des jeunes nécessite une étroite coopération entre les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et les établissements médicosociaux qui permette, le cas échéant, une prise en charge sous forme d'une hospitalisation de courte durée avec une préparation conjointe des conditions de retour afin d'éviter une crise secondaire à la sortie de l'établissement psychiatrique.*

*L'avis sur l'utilité d'une implantation sur l'ensemble du territoire national d'équipes mobiles de psychiatrie (psychiatres, infirmiers psychiatriques), ou de dispositifs analogues, est partagé par la plupart des personnes rencontrées par la mission IGAS : ce sujet de l'urgence psychiatrique ne concerne d'ailleurs pas seulement les personnes accueillies en établissement médicosocial mais aussi la population en général.*

**Recommandation n° 34 : Appeler à la vigilance les ARS sur la nécessité de doter d'une capacité d'intervention pédopsychiatrique urgente, sous forme d'équipes mobiles ou de tout autre type d'organisation, la totalité du territoire français.**

**<u>Action 9</u> : Renforcer la lisibilité des missions et du rôle de la Maison départementale des adolescents auprès des acteurs impliqués**

Constats :

Les missions de la Maison départementale des adolescents (MDA) de l'Hérault semblent méconnues pour les acteurs de zones éloignées du territoire Montpelliérain.

Objectif(s) de l'action :

Permettre une meilleure connaissance des missions de la MDA.

Descriptif(s) de l'action :

- Renforcer le plan de communication engagée et l'étendre à l'ensemble des acteurs (Education nationale, PJJ, CG34, structures sanitaires, sociales et médicosociales).

Partenaire(s) concerné(s) :

MDA, CHU, ADAGES, Education nationale, PJJ et ensemble des acteurs des dispositifs sanitaires, sociaux et médicosociaux.

Calendrier :

A définir.

Evaluation :

Nombre d'informations et de rencontres réalisées.

## Action 10 : Etendre l'accessibilité à la Maison départementale des adolescents

### Constats :

L'activité de la Maison départementale des adolescents (MDA) de l'Hérault ne couvre aujourd'hui que Montpellier et son agglomération.

### Objectif(s) de l'action :

Réfléchir sur l'accessibilité à la MDA pour les jeunes ne résidant pas sur Montpellier et son agglomération.

### Descriptif(s) de l'action :

- Engager une réflexion sur la réduction des inégalités territoriales et comment améliorer l'équité territoriale sur le département héraultais.
- Mettre en place un repérage des besoins d'accès à la MDA pour des jeunes hors agglomérations montpelliéraine.

### Partenaire(s) concerné(s) :

MDA, CHU, Education nationale, PJJ et ensemble des acteurs des dispositifs sanitaires, sociaux et médicosociaux.

### Calendrier :

A définir.

### Evaluation :

Couverture territoriale et accessibilité à la MDA.

## Action 11 : Fluidifier les passerelles entre ITEP et IME

### Constats :

Depuis 2008, la double autorisation ITEP/IME a été supprimée à l'exception de l'établissement « La Corniche » qui l'a conservée. Des enfants se retrouvent en difficulté de parcours car leur problématique est à l'intersection des missions IME et ITEP. Cette population semble en augmentation.

### Objectif(s) de l'action :

Réfléchir sur l'opportunité ou non de la mise en place de passerelles entre ITEP et IME.

### Descriptif(s) de l'action :

- Identifier et objectiver les besoins et les enfants se trouvant à l'intersection des missions IME et ITEP.
- Constituer un groupe de travail transversal (ITEP, IME, MPH34 et ARS) visant à réfléchir sur la mise en condition de la fluidité de parcours entre ITEP et IME.
- Mettre en place un temps de travail pluridispositif (poursuivre éventuellement le groupe créé pour les concertations de cette étude).
- Sur le territoire national, identifier et analyser les expériences de passerelles ITEP et IMPro.

### Calendrier :

A définir.

### Evaluation :

Fluidité de parcours entre les dispositifs.

### Partenaire(s) concerné(s) :

ARS, MPH34, ITEP, IME et autres acteurs concernés des dispositifs sanitaires, sociaux et médicosociaux.

**<u>Action 12</u> : Etendre les autorisations des ITEP à l'ensemble des dispositifs dont ils sont potentiellement pilotes (internat, SESSAD, accueil temporaire…)**

Constats :

Il existe un manque de fluidité entre les différents dispositifs ITEP.

Objectif(s) de l'action :

Fluidifier le parcours des adolescents relevant des ITEP.

Descriptif(s) de l'action :

Engager une réflexion visant à faire évoluer l'agrément actuel des ITEP vers un agrément plus global.

Calendrier :

A définir.

Evaluation :

Fluidité de parcours entre les dispositifs ITEP.

Partenaire(s) concerné(s) :

ARS, MPH34, ITEP, IME et autres acteurs concernés des dispositifs sanitaires, sociaux et médicosociaux.

Revue de la littérature liée à cette proposition :

- Rapport IGAS Août 2011 – « La prise en charge du handicap psychique » [3]

*Constats énoncés dans ce rapport :*

*« La cohabitation est parfois compliquée entre populations porteuses de divers handicaps. Les IME peuvent, pour des questions de remplissage, être amenés à accueillir des populations qui ne correspondent pas toujours à leurs capacités de prise en charge. Le sujet des agréments multiples des établissements ne résout pas l'accueil des enfants avec troubles psychiques car ces établissements acceptent difficilement certains types de handicap parmi lesquels figure le handicap psychique.* […]

*L'adaptation de l'offre est rendue nécessaire par l'évolution de la population accueillie, par exemple dans les IME, où les cas les plus légers restant en milieu scolaire ordinaire avec un accompagnement par AVS, ceux-ci sont amenés à prendre en charge les formes les plus lourdes de handicap.* […]

**Recommandation n° 37 : Poursuivre et amplifier la politique de reconversion de places d'établissements et services médicosociaux afin de l'adapter à l'évolution des populations accueillies, notamment les enfants en situation de handicap psychique**

*Autre constat :*

*[…]discordance entre le nombre de places agréées pour une déficience et le nombre de places réellement occupées par des enfants souffrants de cette « déficience » pose à la fois la question de la transformation de l'agrément d'un certain nombre de places et au delà pose la question de la pertinence de poursuivre une politique visant à agréer les places par types de handicap. C'est la poursuite d'une politique fondée sur un accueil par forme de handicap qui, en réalité, est mise en question, les établissements devant viser à accueillir des personnes selon leurs projets individuels plutôt que selon la catégorie de handicap dont elles souffrent, sous réserve d'une qualification et d'une formation appropriées des personnels. La problématique est similaire pour les adultes.*

**Recommandation n° 26 : Engager une réflexion sur le fondement d'un agrément attribué aux établissements et services médicosociaux par nature du handicap.**

### Action 13 : Mettre en place un dispositif d'animation territoriale

Constats :

Les missions initiales des réseaux pour adolescents sont la résolution de situations complexes et ne peuvent s'étendre au-delà, au regard des moyens dont ils disposent.

Comment mettre du lien entre les différents acteurs ? Comment mettre en place une animation territoriale impulsée par les institutions ?

Objectif(s) de l'action :

Mettre en place une animation territoriale pour renforcer les liens entre les différents acteurs et la fluidité des parcours.

Descriptif(s) de l'action :

- Poursuivre le groupe de travail mis en place dans le cadre de cette étude dont l'animation pourrait être confiée à nouveau, au CREAI-ORS LR.
- Définir les objectifs de ce groupe de travail dans le cadre de la coordination des différents acteurs impliqués et de fluidité des parcours des adolescents souffrant de troubles psychiques.

Partenaire(s) concerné(s) :

ARS, CG34, Education nationale, PJJ, Réseaux Philado et RésAdos, CMP, CMPP, ITEP, SESSAD, IME et autres acteurs des dispositifs sanitaires, sociaux et médicosociaux.

Calendrier :

A définir.

Evaluation :

Evaluer la mise en place du groupe et la production d'éléments opérationnels.

Revue de la littérature liée à cette proposition :

- Rapport IGAS Août 2011 – « La prise en charge du handicap psychique » [3]

*Constats énoncés dans ce rapport :*

**La prise en charge de certaines populations d'adolescents présentant des troubles du comportement sévères est encore problématique.**

[…] Un essai original d'orientation mis en place et restant à évaluer sur le moyen/long terme.

[…] Le réseau ResAdo 82 est un réseau original visant à une prise en charge concertée des troubles psychiques des adolescents en grande difficulté du Tarn et Garonne. Il assure une fonction de tiers permettant de dépasser les clivages institutionnels avec modification progressive des pratiques des équipes.

La mission IGAS, qui a trouvé remarquable l'œuvre entreprise par l'association porteuse du projet, a cependant quelques interrogations sur la pertinence à faire assurer par une structure de nature associative une mission de coordination interinstitutionnelle qui devrait plutôt relever de la puissance publique.

De fait, le principe de réalité s'oppose à ce que puisse être adoptée une solution unique sur l'ensemble du territoire national. En fonction de dynamiques spécifiques locales, une coordination de la majorité des partenaires impliqués dans la prise en charge de telles situations complexes a pu être initiée par les services de l'Etat (DDASS 93) ou par ceux d'une collectivité territoriale (conseil général du Nord). […]

## Action 14 : Pallier le retrait des « Maitres G »

### Constats :

Une détérioration de la fluidité entre le médicosocial et l'Éducation nationale semble émerger depuis la suppression, des postes de « Maîtres G » (ou appelés « rééducateurs de l'Éducation nationale » enseignants chargés d'aides spécialisées à dominante rééducative). Ces retraits de moyens par l'Education nationale semblent avoir mis en difficultés certaines structures du médicosocial en termes de fluidité des parcours. Ces dernières n'arrivent pas à pallier de telles compétences propres à l'Education nationale.

### Objectif(s) de l'action :

Trouver une solution pour pallier le retrait des « Maitres G ».

### Public(s) visé(s) ou concerné(s) :

Enfants et adolescents souffrant de troubles psychiques.

### Descriptif(s) de l'action :

- Dénombrer les postes de « Maîtres G » supprimés.
- Constituer un groupe de travail (structures du médicosocial, Education nationale, ARS) visant à explorer toutes les solutions possibles.

### Partenaire(s) concerné(s) :

ARS, Education nationale et acteurs des dispositifs du médicosocial.

### Calendrier :

A définir.

### Evaluation :

Solutions trouvées pour pallier ce retrait.

Revue de la littérature liée à cette proposition :

- Rapport IGAS Août 2011 – « La prise en charge du handicap psychique » [3]

*Constats énoncés dans ce rapport :*

[…] *Il convient de rester vigilant sur le maintien des effectifs d'enseignants présents au sein des hôpitaux de jour spécifiquement destinés aux enfants et adolescents : le temps de travail de ces enseignants étant en « présence élève » ils ne devraient pas être concernés par une politique visant à une réduction des activités « hors présence élève » passant par des suppressions de postes. La problématique est de nature identique pour les CMPP.*

**Recommandation n° 27 : Porter une attention particulière au maintien des effectifs d'enseignants au sein des hôpitaux de jour et des CMPP.**

## Action 15 : Faciliter l'accès aux consultations extérieures chez les enfants scolarisés

Constats :

Il a été avancé que des rendez-vous étaient difficiles à mettre en place avec des enfants scolarisés en milieu ordinaire.

Objectif(s) de l'action :

Permettre à des enfants scolarisés en milieu ordinaire d'accéder à des consultations extérieures.

Descriptif(s) de l'action :

Convier les proviseurs et les directeurs d'établissements scolaires à une réunion d'information sur l'importance des consultations extérieures préconisées.

Pilote(s) :

Education nationale.

Partenaire(s) concerné(s) :

ARS et ensemble des acteurs des dispositifs sanitaires, sociaux et médicosociaux.

Calendrier :

A définir.

Evaluation :

Nombre de proviseurs et de directeurs d'établissements scolaires sensibilisés.

### V.3.5 Pré-projets du pôle psychiatrie de Montpellier

Lors de la dernière séance de concertation, en complément aux actions proposées par le groupe de concertation, le pôle de psychiatrie de Montpellier a présenté deux pré-projets :

- **Projet de restructuration et de développement des soins urgents en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent :**
  - restructuration des activités de soin au sein du département de pédopsychiatrie
  - création d'une équipe de liaison/urgences séniorisée (avec création d'une consultation d'orientation sans rendez-vous)
  - restructuration de l'Unité de Soins pour Grands Adolescents (USGA).

Informations sur le projet : Pr D. Purper-Ouakil, PUPH : d-purper_ouakil@chu-montpellier.fr, SMPEA St Eloi, Montpellier

- **Projet de dispositif innovant : Amélioration des parcours de soins post-urgences pour adolescents, coordonnée entre sanitaire et médicosocial, à l'Est du département de l'Hérault :**
  - une offre de soins spécialisés rapide et de proximité spécifique aux adolescents
  - des alternatives à l'hospitalisation par Interventions à domicile (IAD)
  - une articulation étroite des professionnels de l'adolescence au sein d'un territoire de santé

Informations sur le projet : Dr Anne Grolleau, pédopsychiatre : agrolleau.adages@orange.fr et Me Agnès Delfour, directrice : a.delfour@adages.net, CMPP Lunel, association ADAGES

Dr Pierre Raysse, praticien hospitalier : p-raysse@chu-montpellier.fr, SMPEA St Eloi, Montpellier et CMPEA, Lunel

# VI. ANNEXES

# Etude sur les Principales filières de santé mentale chez les adolescents

Synthèse de la première concertation

du 10 janvier 2013

**Structures présentes** :

1. ADNET Elodie, Chef de service SESSAD Eole/CMPP Béziers
2. BARROT Roselyne, Directrice ITEP Béziers
3. BESNARD Michèle, MPEA Peyre Plantade du CHU Montpellier - Inter secteur 2 Hérault
4. CANDY Bernard, Directeur Adjoint ITEP/SESSAD Bourneville
5. DELFOUR Agnès, Directrice CMPP Marcel Foucault Adages
6. Dr DENIS Hélène, Praticien hospitalier pédopsychiatre MPEA Peyre Plantade du CHU Montpellier - Inter secteur 2 Hérault
7. FANGUIN Christophe, Adjoint de direction ITEP de Campestre
8. LABARTHE François, Directeur Pôle IME – Association au service de l'enfance
9. LEGENDRE Fabienne, Conseillère technique Santé DTPJJ Hérault
10. LEMONNIER Geneviève, Conseillère technique-Service infirmière auprès du recteur de l'Education nationale
11. PAILOT Annick, Coordinatrice ResAdos Béziers
12. Dr RAYSSE Pierre, Praticien hospitalier pédopsychiatre MPEA St-Eloi - Inter secteur 1 Hérault
13. REGES Gilbert, Directeur DTPJJ Hérault
14. Dr SABAS Sabine, Praticien hospitalier pédopsychiatre CMPEA Sète et Bassin de Thau

**Ordre du jour :**

- Rappel des objectifs des 4 concertations
- Présentation des premiers éléments issus de la revue de la littérature et de l'enquête
- Quelles interactions existent entre les acteurs ?
- Trois principales difficultés dans les articulations entre les acteurs

**Rappel des objectifs des concertations :**

Les deux premières concertations seront consacrées à réaliser un diagnostic partagé sur la fluidité des parcours et sur le repérage des freins et des leviers. A la fin de la deuxième concertation, des propositions d'amélioration de la fluidité des parcours seront recueillies. A la troisième concertation, une étude de situation sera effectuée. Seront amenées par le groupe deux ou trois situations qui ont bien fonctionné et deux ou trois autres qui ont mal fonctionné. Ces situations permettront de mettre en évidence les interactions entre les différents dispositifs.

A la quatrième concertation, une hiérarchisation et une priorisation des propositions d'amélioration seront effectuées en présence du commanditaire de l'étude, l'Agence régionale de santé.

**Présentation du CREAI-ORS LR : diaporama présenté**

Concernant les premiers résultats de l'enquête présentés, plusieurs remarques ont été émises :

- Taux de retour erroné sur les CMP-Infanto juvéniles : il manque le non-retour sur l'enquête du CMP Peyre Plantade qui n'a pu répondre à temps.

- Délai d'attente en absence de caractère d'urgence : les premiers rendez-vous sont donnés en fonction des disponibilités de certains professionnels (psychologue, ergothérapeute..) pour le rdv « relais » de suivi dans la mise en œuvre de la prise en charge. Il faut prendre en compte ici les moyens alloués selon le territoire (différence entre territoire).

- Nombre d'ETP : attention ce n'est pas la même chose en termes de qualité de l'accompagnement si pour un ETP il y a deux personnes ou une personne.

- Pathologie Diagnostic principal : préciser qu'il existe un biais dans le codage des pathologies qui peut différer d'un médecin à un autre de chaque structure.

    - Différence entre CMP et CMPP : les jeunes inclus par les CMP souffrent le plus souvent de troubles du comportement et troubles émotionnels habituellement durant l'enfance et l'adolescence (59 % des jeunes inclus par un CMP). En revanche, ceux inclus par les CMPP souffrent plutôt d'autres troubles névrotiques (50 % des jeunes inclus par un CMPP).

    - Pour les IME : depuis la loi 2005, l'IME observe un changement au niveau de sa population traditionnellement accueillie. Aujourd'hui, cette population se retrouve plutôt dans le milieu ordinaire et les IME accueillent une nouvelle population d'enfants souffrant de déficiences intellectuelles sévères.

- Pour les ITEP : les ITEP comme pour les IME observent une évolution de leur population vers une population émergente souffrant de pathologies psychiatriques.

- Parcours de la prise en charge des jeunes inclus par un CMP : préciser qu'il y a un biais dans les préconisations suggérées par la structure ayant participé à l'enquête. Il est probable que ces préconisations ont été énoncées en fonction des réponses qui existent réellement sur le terrain et non sur les besoins réels (même si le dispositif n'existe pas sur le territoire concerné). Dans l'analyse de ces parcours, la mesure des écarts entre ce qui existe et ce qui est nécessaire de mettre en place, ne pourra être effectuée. Par exemple, sur le territoire de Béziers, il n'y a pas d'hospitalisation de jour et pourtant dans les préconisations déclarées cela ne représente que 6 %. Or, il est supposé qu'il en faudrait davantage.

**Interactions existantes entre les acteurs** : **Education nationale et les autres acteurs :**

1- **Quels sont les liens entre l'Education nationale et les autres structures ?**

**EN** : les infirmières scolaires présentent dans les collèges et les lycées. Elles ont suivi des formations au repérage des troubles psychiques chez les adolescents. Elles sont en lien direct avec les autres acteurs.

**CREAI-ORS LR** : les SESSAD travaillent depuis de nombreuses années sur la scolarisation et sont en lien direct avec l'Education nationale.

**CMP Sète** : la scolarisation des adolescents présentant des troubles psychiques est une préoccupation majeure du CMP. Un poste d'enseignant détaché de l'EN a été obtenu au sein du CMP. Les liens avec l'EN sont importants et notamment avec les médecins scolaires et les conseillers d'orientation.

**ITEP Campestre** : un travail important est effectué avec deux enseignants référents. En milieu rural, les liens sont plus faciles, les écoles et les structures se connaissent bien.

**MPEA Montpellier-Lunel** : les seuls contacts avec l'EN sont avec les infirmières scolaires et les assistantes sociales.

**IME** : un travail important existe entre les IME et l'enseignement agricole.

**MPEA Peyre Plantade** : l'enseignement agricole est un partenaire important pour le MPEA Peyre Plantade. Il permet d'offrir de nombreuses possibilités (stages par exemple) aux jeunes accompagnés. Les liens avec les écoles sont réguliers (hebdomadaires) car les jeunes suivis sont le plus souvent déscolarisés. Les interlocuteurs privilégiés sont la vie scolaire essentiellement (interlocuteur qui gère

les troubles du comportement de leurs élèves) et parfois le directeur de l'établissement directement.

**PJJ** : les liens entre l'Education nationale et la PJJ sont très rares : ces liens existent pour des situations qui se déroulent très bien. Et du coup, la PJJ n'a pas lieu d'y intervenir. Il n'y a aucune difficulté majeure avec l'Education nationale. La PJJ intervient sur des situations très difficiles (95 % d'entre elles vont au pénal). La formation des jeunes et les activités occupationnelles sont des axes prioritaires de la PJJ. Les jeunes suivis par la PJJ sont très éloignés des dispositifs classiques (soins ou scolarisation).

2- **Est-ce que l'identification des interlocuteurs est-elle claire pour l'ensemble des structures ? Quel est le bon interlocuteur ?**

**ResAdos Béziers** : il existe toujours un référent identifié par jeune accompagné dans les structures. Un travail important du réseau est mené avec les assistantes sociales scolaires. Les liens avec les SEGPA sont facilités avec la présence d'un directeur du SEGPA.

**PJJ** : la PJJ est un dispositif bien organisé. L'ensemble des interlocuteurs sont bien repérés. Un travail important est mené entre les ITEP et la PJJ.

**Les trois principales difficultés des articulations entre les acteurs** :

1- **Connaissance réciproque et question des représentations sur les missions respectives, les contraintes et les champs d'intervention de chacun.**

**Propositions avancées** : engager une réflexion sur la compréhension de la logique du partenaire et réciproquement.

2- **Articulation avec la MDPH34 :**

Quelques difficultés sont énoncées :

- temps d'instruction des dossiers ;
- adéquation des notifications d'orientations avec les demandes.

En l'absence de représentant de la MDPH 34 et dans la mesure où celle-ci s'est engagée à participer à la prochaine séance, cette question sera traitée lors de la prochaine concertation.

**Propositions avancées** : avoir une décision rapide avec un temps d'observation pendant trois mois et évaluer à la fin de ces trois mois, pour confirmer la décision ou la réajuster. C'est ce qui se fait déjà en accueil temporaire dans les structures du médicosocial - S'inspirer de l'organisation mise en place dans le Gard du côté de la MDPH (délai d'attente court) ?

**Constat effectué** : il existe finalement de nombreux filtres (hormis au sein de la PJJ) avant d'arriver dans la mise en place d'une solution pour l'adolescent.

Premier filtre : équipe de terrain – montage d'un projet pour notification

⇩

Deuxième filtre : commission CDAPH – Décision MDPH

⇩

Troisième filtre : évaluation de la structure qui se propose d'accueillir le jeune.

3- **Articulations existantes mais absence parfois de moyens dédiés**

La question d'équité territoriale a été avancée : Béziers n'a pas d'hospitalisation de jour.

Il manque des moyens dédiés pour cette tranche d'âge : places dans les SESSAD et nombre de médecins scolaires insuffisants.

Points avancés également et à approfondir :

- Interrogations sur les missions de la MDA 34. Comment les acteurs peuvent s'articuler avec la MDA ?

**Prochaine concertation : 24 janvier 2013 au CREAI-ORS LR de 9h30 à 12h00.**

Synthèse de la deuxième concertation

du 24 janvier 2013

**Structures présentes** :

1. ADNET Elodie, Chef de service SESSAD Eole/CMPP Béziers
2. ALLA Sophie, Chef de projet – Maison des adolescents Hérault
3. BARROT Roselyne, Directrice ITEP Béziers
4. CALMEIL Sébastien, Directeur C.S.R.E Alexandre Jollier (dont SESSAD Eole/CMPP Béziers)
5. CANDY Bernard, Directeur Adjoint ITEP/SESSAD Bourneville
6. DAVY Christine, Médecin Conseillère technique – DSDEN 34 – Education nationale
7. DELFOUR Agnès, Directrice CMPP Marcel Foucault Adages
8. Dr DENIS Hélène, Praticien hospitalier pédopsychiatre MPEA Peyre Plantade du CHU Montpellier - Inter secteur 2 Hérault
9. FANGUIN Christophe, Adjoint de direction ITEP de Campestre
10. LAFONT Marie-Claire, Directrice de la maison des adolescents Hérault
11. LAHUNA Thierry, Directeur IME Les Mûriers et SESSAD La Domitienne
12. LEGENDRE Fabienne, Conseillère technique Santé DTPJJ Hérault
13. LEMONNIER Geneviève, Conseillère technique-Service infirmière auprès du recteur - Education nationale
14. LUCEREAU Laurence, Infirmière Conseillère technique – DSDEN 34 – Education nationale
15. PAILOT Annick, Coordinatrice ResAdos Béziers
16. PIERLOT Nathalie, Médecin-Evaluateur MPH34 – Pôle Enfant
17. Dr SABAS Sabine, Praticien hospitalier pédopsychiatre CMPEA Sète et Bassin de Thau

**Structures excusées** :

1. DEVOCELLE Agnès, Directrice Direction Enfance et Famille – Conseil général de l'Hérault
2. COCHET-GRASSET Monique, Directrice IME et SESSAD L'Ensoleillade
3. Dr RAYSSE Pierre, Praticien hospitalier pédopsychiatre MPEA St-Eloi Inter secteur 1 Hérault
4. LABARTHE François, Directeur Pôle IME – association au service de l'enfance

**Ordre du jour :**

Poursuivre la réflexion menée lors de la première concertation sur les points suivants :

- Dans quelle mesure chaque structure peut s'investir dans un ou plusieurs réseaux locaux ? Quels moyens disponibles ?

- Quelles sont les bonnes connaissances et les missions de chaque interlocuteur ?

- Sur le parcours lui-même, existe-t-il des difficultés de fluidité de passer entre les différents secteurs social, médicosocial et sanitaire ?

- Quels sont les liens entre le sanitaire, le médicosocial et le social ?

## Fluidité des parcours :

**Leviers énoncés :**

- Présence de postes d'enseignants détachés de l'Education nationale au sein du MPEA Peyre Plantade : le maintien de postes d'enseignants à Peyre Plantade permet de fluidifier les parcours entre l'Education nationale et le sanitaire. Près de 70 % des demandes de consultation au MPEA Peyre Plantade sont des demandes pour des troubles de l'apprentissage.

- Participation aux concertations : le groupe constitué pour les concertations permet déjà de fluidifier les parcours. Il favorise déjà les liens entre les différents acteurs, la connaissance réciproque des missions de chacun et des contraintes.

- Travail en réseau : le travail en réseau et la participation à des commissions mises en place par les réseaux favorisent la fluidité et la qualité des liens entre les différents acteurs.

- Création d'une MDA : la mise en place d'une maison des adolescents sur le département de l'Hérault va donner une dimension supplémentaire dans l'accompagnement des adolescents. Des liens sont déjà tissés entre la MDA et différents acteurs (assistantes sociales, infirmières scolaires, PJJ, ESMS..). Notamment, la PJJ a délocalisé leur atelier théâtre au sein de la MDA permettant aux jeunes suivis, de se familiariser avec le lieu « MDA » sans forcément les orienter immédiatement vers le soin. Un temps d'assistante sociale de la MDA a également un mi-temps au sein du SESSAD Marcel Foucault : cette mutualisation de compétence facilite les liens et les orientations vers un établissement ou service du secteur médicosocial.

**Freins énoncés :**

- Demandes de plus en plus importantes d'aides humaines auprès de la MPH34 : 70 % des orientations énoncées par la MPH34 tournent autour des troubles d'apprentissage (4 mois délai d'instruction en moyenne). La MPH34 a de plus en plus de demandes d'aides humaines (7 mois de délai d'instruction en moyenne). Les situations de notifications pour un handicap psychique sont infimes et sont finalement noyées parmi les autres situations. Question : comment fluidifier les liens entre les professionnels de terrain et la MPH34 ? Il peut y avoir des situations d'urgence mais comment la définir ?

- Absence de formation continue traitant le handicap psychique auprès des professionnels de l'Education nationale : il semble difficile d'intervenir sur les aspects de santé (yc santé mentale) au niveau de la formation initiale des chefs d'établissements ou des CPE dans l'académie de Montpellier.

- Retrait de moyens : une détérioration de la fluidité entre les CMPP et l'Education nationale semble émerger depuis la suppression dans les CMPP, des postes de « Maîtres G » (ou appelés « rééducateurs de l'Éducation nationale » enseignants chargés d'aides spécialisées à dominante rééducative). Ces retraits de moyens par l'Education nationale semblent avoir mis en difficultés les CMPP en termes de fluidité des parcours. Ces derniers n'arrivent pas à pallier de telles compétences propres à l'Education nationale. Parallèlement, les médecins scolaires et les infirmières orientent un nombre important de jeunes vers les CMPP. Des liens existent toujours entre les CMPP et l'Education nationale mais la fluidité semble moins évidente sans les « Maitres G ».

- Difficultés pour certains CMPP et ITEP d'intervenir au sein de certains collèges et lycées : il a été avancé que l'intervention des CMPP et ITEP, et des enseignants référents au sein d'un certain nombre de collèges et lycées, est difficile dans certains territoires. Parfois, les établissements scolaires ne souhaitent pas reprendre un jeune au sein de leur établissement après avoir été en consultation.

- Absence de professionnel représentant le pôle « pédagogie » de l'Education nationale aux instances institutionnelles ou consultatives : le pôle « santé » de l'Education nationale participe le plus souvent aux instances de concertations ou de mises en liens avec d'autres acteurs, et il est à plusieurs reprises interpellé sur des points relevant du pôle « pédagogie » pour lesquels il ne peut apporter des réponses. La circulation d'informations est difficile au sein même de l'Education nationale entre les différents pôles (administratif, pédagogie et santé). Les liens entre ces différents pôles ne sont pas suffisamment fluides.

- Couverture territoriale de la MDA : pour le moment, la MDA rayonne sur Montpellier et son agglomération. Pour les jeunes des autres territoires (Béziers, Sète…), va se poser la question de la mobilité et l'accessibilité.

**Premières pistes avancées :**

1- Une représentation de l'Education nationale dans les différents réseaux à deux têtes « pôle pédagogie » et « pôle santé ».

2- Faire une lettre d'information aux chefs d'établissements sur les directives de la loi 2005.

**Prochaine concertation : 07 février 2013 au CREAI-ORS LR de 9h30 à 12h00.**

# VII. TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau 1. Estimation du nombre d'adolescents de 15 à 19 ans souffrant d'un trouble mental en France en 2009 (Population des 15-19 ans : 4 millions) ..... 17

Tableau 2. Les admissions en affections de longue durée en 2010 pour troubles mentaux..... 35

Tableau 3. Séjours hospitaliers en court séjour pour troubles mentaux en diagnostic principal en 2009..... 37

Tableau 4. Equipement en psychiatrie infanto juvénile et en psychiatrie adultes : nombre de places et taux..... 38

Tableau 5. Taux de participation par type de structure – Département de l'Hérault ..... 45

Tableau 6. File active déclarée au 31 décembre 2011 selon la structure ayant répondu – Département de l'Hérault ..... 47

Tableau 7. Nombre de jeunes âgés entre 11 et 18 ans suivis en 2011 pour un équivalent temps plein selon le type de professionnel (Brut : Nombre déclaré et ajusté : Nombre ajusté) – Département de l'Hérault ..... 49

Tableau 8. Nombre d'années que le diagnostic a été posé – Département de l'Hérault..... 62

Tableau 9. Durée de prise en charge dans la même structure ayant participé ..... 65

Tableau 10. Répartition des jeunes inclus dans l'étude selon le type de professionnels qui les a orientés vers la structure ayant répondu – Département de l'Hérault (en %) (Plusieurs types de professionnels possibles) ..... 67

Figure 1. Taux standardisé de mortalité par troubles mentaux selon le sexe et les départements en 2007-2009 (en moyenne annuelle)..... 36

Figure 2. Répartition des structures ayant participé à l'enquête – Département de l'Hérault (en %) ..... 46

Figure 3. Ouverture hebdomadaire déclarée selon la structure ayant participé à l'enquête – Département de l'Hérault (en %)..... 50

Figure 4. Existence d'un référent du processus d'admission – Département de l'Hérault (en %) ..... 51

Figure 5. Type de professionnel déclaré comme référent du processus d'admission – Département de l'Hérault (en %)..... 52

Figure 6. Mise en place d'une même personne qui assure toujours la première consultation d'évaluation – Département de l'Hérault (en %)..... 53

Figure 7. Type de professionnel déclaré comme même personne assurant la première consultation d'évaluation – Département de l'Hérault (en %)..... 53

Figure 8. Mise en place d'un coordonnateur de l'accompagnement ou de la prise en charge dans la structure ayant participé à l'enquête – Département de l'Hérault (en %) ..... 54

Figure 9. Type de professionnel déclaré comme coordonnateur de l'accompagnement ou de la prise en charge dans la structure ayant répondu – Département de l'Hérault (en %)..... 55

Figure 10. Délai d'attente dans les CMP infanto-juvénile et CMPP du département de l'Hérault ayant répondu à l'item (en %) ..... 55

Figure 11. Part des jeunes inclus dans l'étude selon les structures ayant participé – Département de l'Hérault (en %)..... 56

Figure 12. Jeunes inclus dans l'étude par âge – Département de l'Hérault (en effectifs) ..... 57

Figure 13. Répartition des jeunes inclus dans l'enquête selon le trouble psychiatrique en diagnostic global (basé sur du déclaratif) et selon la structure dans laquelle il est pris en charge lors de l'enquête – Département de l'Hérault (en %)..... 59

Figure 14. Répartition des jeunes inclus dans l'enquête selon le stade de leur diagnostic – Département de l'Hérault (en %)..... 61

Figure 15. Répartition des jeunes inclus dans l'enquête ayant un diagnostic avéré selon le nombre d'années de diagnostic – Département de l'Hérault (en %)..... 62

Figure 16. Répartition des jeunes inclus par un CMP ou un CMPP et bénéficiant ou pas d'une notification prononcée par la MDPH – Département de l'Hérault (en %) ..... 63

Figure 17. Répartition des jeunes inclus par un CMP ou un CMPP bénéficiant d'une notification prononcée par la MDPH ou pas, selon le trouble psychiatrique repéré en diagnostic global – Département de l'Hérault (en %) ..... 64

Figure 18. Répartition des jeunes inclus dans l'enquête selon la durée de prise en charge par la structure ayant participé à l'enquête – Département de l'Hérault (en %)..... 65

Figure 19. Répartition des jeunes inclus dans l'enquête selon leur prise en charge actuelle – Département de l'Hérault (en %) (Plusieurs prises en charge possibles)..... 68

Figure 20. Parcours des jeunes pris en charge actuellement en CMP selon les prises en charge déclarées actuellement et celles préconisées « réajustées »[1] – Département de l'Hérault (en effectifs) (Plusieurs prises en charge possibles) ..... 70

Figure 21. Parcours des jeunes pris en charge actuellement en CMPP selon les prises en charge déclarées actuellement et celles préconisées « réajustées »[1] – Département de l'Hérault (en effectifs) (Plusieurs prises en charge possibles) ..... 72

Figure 22. Parcours des jeunes scolarisés selon les prises en charge déclarées actuellement et celles préconisées « réajustées »[1] – Département de l'Hérault (en effectifs) (Plusieurs prises en charge possibles) ..... 74

# VIII. BIBLIOGRAPHIE


- [1] AGENCE ENTREPRISES & HANDICAP. Qu'est-ce que le handicap psychique ? 2008. 27 p. <http://www.handipole.org/IMG/pdf/qu-est-le-handicap-psychique.pdf> (consulté le 18/02/2013)

- [2] AGENCE REGIONALE DE SANTE LANGUEDOC-ROUSSILLON. Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie - PRIAC 2012-2016 **(en ligne)**. 2012/07. Disponible sur : <http://www.ars.languedocroussillon.sante.fr/fileadmin/LANGUEDOC-ROUSSILLON/ARS/5_Concertation_regionale/PRS/prog/document_accompagnement_priac_270712.pdf> (consulté le 18/02/2013)

- [3] AMARA Fadéla, JOURDAIN-MENNINGER Danièle, et al., INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES. La prise en charge du handicap psychique **(en ligne)**. 2011/08. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000570/0000.pdf> (consulté le 13/03/2012)

- [4] ALBERTINI Françoise, et al., COMITE INTERMINISTERIEL DU HANDICAP. Rapport à la ministre des Solidarités et de la Cohésion Sociale. Rapport triennal de l'observatoire national sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap **(en ligne)**. Paris La Documentation française, 2011. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000304/0000.pdf> (consulté le 13/03/2012)

- [5] ASSEMBLEE NATIONALE. Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge **(en ligne)**. Journal Officiel, n° 0155 du 06 juillet 2011. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024312722&dateTexte=&categorieLien=id>

- [6] ASSEMBLEE NATIONALE, SENAT. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires **(en ligne)**. Journal Officiel, n° 0167 du 22 juillet 2009. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

- [7] ASSEMBLEE NATIONALE, SENAT. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées **(en ligne)**. Journal Officiel, n° 36 du 12 février 2005. Disponible sur :
  <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=823C7723E3498A2365DD97AE98DCF820.tpdjo17v_3?cidTexte=JORFTEXT000000809647&categorieLien=id>
  (consulté le 04/10/2012)

- [8] AZEMA Bernard, CLERGET François, CREAI-ORS LR. Rapport d'étude sur le parcours de soins des personnes avec handicap psychique **(en ligne)**. 2010/09. Disponible sur :
  <http://www.creaiorslr.fr/content/download/5060/71576/version/2/file/Rapport+d%27%C3%A9tude+sur+le+parcours+de+soins+des+personnes+avec+handicap+psychique.pdf>
  (consulté le 18/02/2013)

- [9] BLAIN Claire. Santé mentale à l'école **(en ligne)**. 2004/04, n° 179, pp. 149-155. Disponible sur :
  <http://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=COHE_179_0149>
  (consulté le 02/10/2012)

- [10] BLISKO Serge, LEFRAND Guy. Rapport d'information sur la mise en œuvre de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. N° 4402 **(en ligne)**. Paris : Assemblée Nationale, 2012. Disponible sur :
  <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i4402.asp>
  (consulté le 20/09/2012)

- [11] BUISSON Jean-René, CONSEIL ECONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL. La pédopsychiatrie : prévention et pris en charge **(en ligne)**. Paris : La Documentation française, 2010. Disponible sur :
  <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000119/0000.pdf>
  (consulté le 26/09/2012)

- [12] CHATAGNER A., RAYNAUD J.-P., Adolescents et urgences pédopsychiatriques : revue de la littérature et réflexion clinique. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, vol. 61, n° 1, 2013, pp. 8-16
  (consulté le 18/02/2013)

- [13] CHU de Nantes. Unité universitaire de psychiatrie des enfants et adolescents **(en ligne)**. Disponible sur :
  <http://www.chu-nantes.fr/unite-universitaire-de-psychiatrie-enfants-et-adolescents-37370.kjsp>
  (consulté le 18/02/2013)

- [14] COLDEFY Magali, IRDES. L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences. Questions d'économie de la santé **(en ligne)**. 2012/10, n° 180, 8 p. Disponible sur :
  <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes180.pdf>
  (consulté le 18/02/2013)

- [15] COLDEFY Magali/Coor., DREES. La prise en charge de la santé mentale en France. Recueil d'études statistiques **(en ligne)**. Paris : La Documentation française, 2007. (Collection études et statistiques). Disponible sur :
  <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/sante_mentale_2007-2.pdf>
  (consulté le 20/09/2012)

- [16] CONTARD Amandine. Les consultations pédopsychiatriques aux urgences pédiatriques du CHU de Montpellier. Thèse de Médecine. Montpellier : Université Montpellier 1, 2012, 117 p.
  (consulté le 18/02/2013)

- [17] COUR DES COMPTES. L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale **(en ligne)**. Paris : La Documentation française, 2011. Disponible sur :
  <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000731/0000.pdf>
  (consulté le 20/09/2012)

- [18] COUR DES COMPTES. L'organisation des soins psychiatriques. Chapitre 3. In : Rapport au Président de la République : suivi des réponses des administrations, collectivités, organismes et entreprises **(en ligne)**. Paris : La Documentation française, 2001. Disponible sur :
  <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/014000106/0000.pdf>
  (consulté le 26/09/2012)

- [19] COUTY Edouard, CECCHI-TENERINI Roland, BROUDIC Patrick, NOIRE Dominique. Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie. Rapport présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la santé et des sports **(en ligne)**. Paris : La Documentation française, 2009/01. Disponible sur :
  <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/094000037/0000.pdf>
  (consulté le 20/09/2012)

- [20] CREAI-ORS LR. Journée d'étude : Sanitaire, médicosocial, social, familles… quelle prise en charge croisée pour les enfants présentant des troubles psychiques sévères ? 2012 oct., Montpellier **(en ligne).** 2012. Disponible sur :
  <http://www.creaiorslr.fr/content/download/6206/87679/version/3/file/interventions+de+la+journ%C3%A9e+du+9+octobre+2012.zip>
  (consulté le 18/02/2013)

- [21] DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. Rapport du groupe de travail relatif aux « Recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale » **(en ligne)**. Paris : La Documentation française, 2002/03. Disponible sur :
  <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/024000470/0000.pdf>
  (consulté le 26/09/2012)

- [22] DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE, DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS. Maison des adolescents Bilan. Programme 2005-2011 **(en ligne)**. 2011/12.Disponible sur :
  <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan_du_programme_2005-2010_des_maisons_des_adolescents.pdf>
  (consulté le 18/02/2013)

- [23] DIRECTION GENERALE DE LA SANTE. Jeunes en grande difficulté : prise en charge concertée des troubles psychiques **(en ligne)**. 2005/05. Disponible sur :
  <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapp_mineurs.pdf>
  (consulté le 04/10/2012)

- [24] DIRECTION GENERALE DE LA SANTE. Loi relative à la politique de santé publique – 9 août 2004. Brochure pédagogique **(en ligne)**. 2005/02. 28 p. Disponible sur :
  <http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/pdf/Brochure_dgs.pdf>
  (consulté le 04/10/2012)

- [25] HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE. Evaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008 **(en ligne)**. 2011/10. Disponible sur :
  <http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20111006_evalplapsysantementale.pdf>
  (consulté le 20/09/2012)

- [26] INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE. Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. Paris : Les éditions Inserm, 2002, 887 p. (Expertise collective)

- [27] LA DEFENSEURE DES ENFANTS. Adolescents en souffrance : plaidoyer pour une véritable prise en charge. Rapport thématique **(en ligne)**. Paris : La Documentation française, 2007. Disponible sur :
  <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000719/0000.pdf>
  (consulté le 26/09/2012)

- [28] LEROUX Isabelle, SCHULTZ Patricia, DREES. Cartographie régionale de l'offre de soins en santé mentale à partir des rapports d'activité de psychiatrie 2008. Document de travail – Série statistiques **(en ligne)**. 2011, n°155, pp. 1-20. Disponible sur :
  <http://www.drees.sante.gouv.fr/cartographie-regionale-de-l-offre,8450.html>
  (consulté le 20/09/2012)

- [29] LOVELL Anne. Etude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale **(en ligne)**. Saint-Maurice : INVS, 2004/10. Disponible sur :
  <http://www.invs.sante.fr/publications/2005/sante_mentale_110105/index.html>
  (consulté le 26/09/2012)

- [30] MILON Alain, SENAT. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales relatif à la prise en charge psychiatrique des personnes atteintes de troubles mentaux n° 249 **(en ligne)**. Paris : SENAT, 2012/12. Disponible sur :
  <http://www.senat.fr/notice-rapport/2012/r12-249-notice.html>
  (consulté le 18/02/2013)

- [31] MILON Alain, ASSEMBLEE NATIONALE, SENAT, OFFICE PARLEMENTAIRE D'EVALUATION DES POLITIQUES DE SANTE. Etat des lieux de la psychiatrie en France. n° 1701, n°328 **(en ligne)**. 2009/04. Disponible sur :
  <http://www.senat.fr/rap/r08-328/r08-3281.pdf>
  (consulté le 04/10/2012)

- [32] MINISTERE DE LA SANTE, DES SOLIDARITES ET DE LA FAMILLE. Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008 **(en ligne)**. 2005/04. Disponible sur :
  <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf>
  (consulté le 20/09/2012)

- [33] MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale **(en ligne)**. Journal Officiel, n° 79 du 03 avril 1990. Disponible sur :
  <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=0829CB88A3529D5DDF820D299A63E4D2.tpdjo06v_1?cidTexte=JORFTEXT000000525187&categorieLien=id>
  (consulté le 04/10/2012)

- [34] MINISTERE DU TRAVAIL DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA COHESION SOCIALE. Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015 **(en ligne)**. 2012/02. Disponible sur :
  <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf>
  (consulté le 20/09/2012)

- [35] MISES Roger. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent – R- 2012. 5ème édition. Rennes : Presses de l'EHESP, 2012, 128 p.
  (consulté le 18/02/2013)

- [36] MISSION NATIONALE D'APPUI EN SANTE MENTALE. La prise en charge des adolescents en grande difficulté psychique dans le territoire de santé de l'Hérault **(en ligne)**. 2011/12. Disponible sur :
  <http://www.ars.languedocroussillon.sante.fr/fileadmin/LANGUEDOC-ROUSSILLON/ARS/2_Votre_sante/La_sante_par_public/adolescents_jeunesadultes/rapport_MNASM_ado_Herault_211211.pdf>
  (consulté le 18/02/2013)

- [37] MISSION NATIONALE D'APPUI EN SANTE MENTALE. Guide pour une démarche plurielle de continuité du changement **(en ligne)**. 2011/06. Disponible sur :
  <http://www.mnasm.com/files/uploads/guide%20de%20la%20conduite%20du%20changement%20VF.pdf>
  (consulté le 18/02/2013)

- [38] MISSION NATIONALE D'APPUI EN SANTE MENTALE. Programme de soins en psychiatrie et réflexions sur les éléments du programme architectural. Aide à l'élaboration d'un pré-programme en psychiatrie **(en ligne)**. 2007/04. Disponible sur :
  <http://www.mnasm.com/files/uploads/new_Version%20impression.pdf>
  (consulté le 18/02/2013)

- [39] MISSION NATIONALE D'APPUI EN SANTE MENTALE. Le CMP unique ordonnateur des soins. Pluriels : La lettre de la MNASM **(en ligne)**. 2007, n°68, pp. 1-8. Disponible sur :
  <http://www.mnasm.com/files/uploads/Publications/RevuePluriels/revue-pluriels-86.pdf>
  (consulté le 26/09/2012)

- [40] SCHIMT G., BOUVET M., HINCKY M.-O. Secteur de psychiatrie infantojuvénile. EMC, Psychiatrie/ Pédopsychiatrie, 2008, 37-211-A-05, pp. 1-20.

- [41] SOCIETE FRANCAISE POUR LA SANTE DE L'ADOLESCENT ET DIU DE MEDECINE ET SANTE DE L'ADOLESCENT. 10ème journée nationale : Adolescents en souffrance. Parcours de soins. 2008 déc., Angers **(en ligne)**. Disponible sur :
  <http://www.sfsante-ado.org/images/documents/actes2008.pdf>
  (consulté le 18/02/2013)

- [42] UNION EUROPEENNE. Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être. Conférence de haut-niveau de l'UE ensemble pour la santé mentale et le bien-être. 2008 juin., Bruxelles **(en ligne)**. Disponible sur :
  <http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_fr.pdf>
  (consulté le 18/02/2013)

- [43] VACHEY Laurent, JEANNET Agnès. et al., INSPECTION GENERALE DES FINANCES, INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES. Etablissements et services pour personnes handicapées. Offre et besoins, modalités de financement **(en ligne)**. Paris : La Documentation française, 2012/10. Disponible sur :

  <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000638/0000.pdf>

  (consulté le 18/02/2013)