
La prise en charge des adolescents en grande difficulté psychique dans le territoire de santé de l'Hérault

Docteur Martine Barrès
Docteur Dominique Frémy
Docteur Catherine Isserlis
Monsieur Pierre Juhan

Le secrétariat et la coordination matérielle de cette mission ont été assurés par Mme Farida MESSIF

Décembre 2011

L'ORGANISATION DES PRISES EN CHARGES EN PEDOPSYCHIATRIE DANS LE TERRITOIRE DE SANTE DE L'HERAULT	4
a- L'analyse générale	4
b- L'organisation du dispositif de soins en psychiatrie	4
La pédopsychiatrie à Sète	5
La pédopsychiatrie de Béziers	5
La pédopsychiatrie du CHU de Montpellier	7
La clinique de la Lironde	9
Le dispositif médico-social	10
c- Les six axes stratégiques d'évolution du dispositif	12
1 – Réinvestir le bon périmètre de l'action en terme de projet et de schémas	13
2 - Clarifier les structures hospitalières en tirant partie de la réglementation	14
3 - Définir la régulation comme axe de la mise en synergie des moyens	15
4 – Affirmer des choix de pratique soignante et les défendre	16
5 – Miser sur l'efficacité de structures légères et réversibles produisant des services	18
6 - Définir et suivre des indicateurs de prise en charge des populations à la marge des soins	19
CONCLUSION	20
ANNEXE	22
Annexe 1 : lettre de saisine	23
Annexe 2 : lettre de mission	25
Annexe 3 : tables rondes	27

Par courrier en date du 21 avril 2011, la MNASM a été saisie d'une demande de mission d'appui et de conseil pour l'organisation de la prise en charge des adolescents en grande difficulté psychique dans le territoire de santé de l'Hérault, cette demande intervenait quelques mois à peine après la création de l'ARS ; celle-ci avait pris contact avec la MNASM dès l'automne 2010. Le mandat reçu portait sur un état des lieux du dispositif avec un focus sur le besoin de création d'une unité d'hospitalisation complète pour adolescents difficiles, exprimé par l'équipe de pédopsychiatrie de Béziers ; il comprenait également l'expression de propositions d'amélioration du système avec des conclusions à remettre en octobre 2011 (cf. lettre de mission annexe 2).

Selon sa méthodologie habituelle d'analyse des situations et d'appui au changement, la MNASM a constitué une équipe pluri-professionnelle composée du Docteur Martine Barrès, Médecin de santé publique, membre permanent de la MNASM, du Docteur Dominique Frémy, Pédopsychiatre au centre hospitalier de Novillars dans le Doubs, membre correspondant de la MNASM, du Docteur Catherine Isserlis, Pédopsychiatre, membre permanent de la MNASM, et de Monsieur Pierre Juhan, Directeur d'hôpital, membre permanent de la MNASM. Cette équipe s'est rendue à cinq reprises dans le département de l'Hérault et a pu faire des points d'étape avec les équipes de l'ARS en charge de la préparation des schémas soit par réunions sur place (le 9 septembre) soit par conférence téléphonique (le 21 novembre).

Ces restitutions à des stades intermédiaires de la réflexion ont permis de rester au plus près de l'objectif calendaire fixé (conclusions en octobre) tout en demeurant fidèle aux principes de travail de la MNASM. En effet, il ne s'agit pas de trouver une solution théorique et d'effet immédiat à des situations complexes souvent héritées de choix anciens fondés sur des pratiques médicales, parfois diverses, ou sur des approches administratives très enracinées localement.

Le sort fait aux adolescents en difficulté psychique est le résultat d'un ensemble de choix, certes liés aux ressources, à leur quantité, à leur qualité, à leur répartition, mais il est aussi le produit de la confrontation de visions concernant le parcours optimal de ces personnes depuis leur milieu familial, plus ou moins solide, ou au sein d'institutions, plus ou moins accueillantes, ou dans les divers champs, sanitaire, médico-social, plus ou moins coordonnés, et enfin également du périple entre les mondes de la justice, de l'éducation, de l'enseignement et de la santé.

Face à cette complexité de situations individuelles, la mission a écouté ces interlocuteurs et a tenté de faire part de ce qu'elle a pu voir dans d'autres départements souvent confrontés aux mêmes problèmes et ayant trouvé parfois certaines solutions alternatives. En cela l'équipe chargée de faire cette analyse a offert un miroir d'expériences glanées dans d'autres sites pour que les acteurs de l'Hérault puissent y trouver le reflet de leurs ressemblances / dissemblances. Cette approche, de principe adoxaliste, est fondée sur l'expérience de ce « qui marche » dans d'autres départements et sur la mise en garde par rapport à des solutions qui ont fait la preuve de leur inadaptation.

Encore faut-il avoir pris connaissance du terrain, de ses forces et de ses faiblesses, bilan qui fera l'objet d'une première partie fondée sur les visites de sites, les contacts avec les équipes et l'analyse documentaire.

Ce tableau de la situation conduit à formuler quelques propositions de changement rassemblées autour de six axes stratégiques autour desquels doivent se structurer les actions à conduire ; tel est l'objet des développements formulés dans la seconde partie.

L'organisation des prises en charges en pédopsychiatrie dans le territoire de santé de l'Hérault

a- L'analyse générale

Le département de l'Hérault connaît un essor démographique exceptionnel depuis la fin de la seconde guerre mondiale. Son taux d'accroissement démographique entre 1946 et 2007 est de 78.5% alors qu'il est de 57% au niveau national ; ainsi il est le 4^{ème} département français par sa croissance démographique après les deux départements de la Corse et celui de la Haute-Garonne.

Ce département a dépassé le million d'habitant et la densité de la population, 165 habitant par Km², est en niveau absolu, très forte (100,5 en moyenne nationale). Cette croissance de population ne concerne pas seulement les grandes villes : si de 1999 à 2007 (sources INSEE) la population de Montpellier a crû de 12.5%, celles de Frontignan ou de Lattes ont ainsi connu des taux de croissance pour la même période de 20.6% et de 20.9% ; à noter également la croissance des populations globalement au sein des grandes agglomérations : celles du Bassin de Thau et d'Hérault-Méditerranée sont celles qui ont connu la plus forte croissance de toutes les agglomérations de la région Languedoc-Roussillon. Enfin, l'essentiel de la croissance n'est pas dû à l'excédent naturel mais au solde migratoire (sur un taux moyen pour la période de 1999 à 2007 de 1.4%, l'excédent naturel contribue pour 0.3% et le solde migratoire pour 1.1%). Naturellement cette population en croissance est une population jeune : la population des moins de 20 ans a augmenté de plus de 8% de 1999 à 2005, alors que le taux comparable pour l'ensemble de la France métropolitaine est de 0.9% pour la même période (Source : Schéma départemental Enfance Famille du département de l'Hérault).

La population à laquelle le dispositif de pédopsychiatrie doit s'adresser est donc un ensemble fortement croissant, très mobile, avec, s'agissant des parents, une composante sociale de précarité importante, ce dont témoigne le taux de bénéficiaires des minimums sociaux.

Cette rapide description de l'état démographique doit être croisée avec la géographie particulière du département : forte concentration des populations sur la bordure maritime et zones urbaines relativement excentrées de taille moyenne, sur les contreforts des Cévennes (Lodève, Ganges) dans la vallée de l'Orb (Bédarieux) ; cette dispersion et cet isolement ont conduit le Conseil Général de l'Hérault à créer pas moins de 19 agences de la solidarité avec 30 antennes médico-sociale et 110 permanences territoriales pour desservir la population éloignée des grandes agglomérations ; enfin des communes ont utilisé, pour lutter contre leur isolement et traiter des problèmes communs, par exemple celui de la démographie médicale, la possibilité offerte par la loi de 2005 de créer un pays : c'est le cas du pays du Haut-Languedoc et Vignobles que la MNASM est allée rencontrer à Saint-Pons au sujet du projet de télépsychiatrie.

b- L'organisation du dispositif de soins en psychiatrie

L'unité de découpage la plus souvent usitée dans l'Hérault reste celle de secteur : ainsi spontanément nos interlocuteurs à Montpellier ou à Béziers présentent leur activité par secteur : sept secteurs de psychiatrie générale à Montpellier et dans les cantons environnants du département ainsi que deux intersecteurs de pédopsychiatrie.

Il existe au total, si l'on se réfère au département-territoire de santé de l'Hérault, quatre secteurs de psychiatrie infanto juvénile : deux desservant les zones Est, un rattaché au centre hospitalier du bassin de Thau (Mèze, Sète, Frontignan) et un rattaché au centre hospitalier de Béziers desservant la partie Ouest, Nord-Ouest du département.

La pédopsychiatrie à Sète

En terme de population desservie (Sète : 90 000 habitants), ce secteur (34I04) est le plus petit parmi les quatre secteurs du département et la mission, faute de temps n'a pas pu le visiter (ce qu'elle regrette vivement) et a pu seulement recueillir son témoignage lors de la table ronde n°3, (cf. annexe 3) ; la responsable, le Docteur C. Lamoulié, pratique une pédopsychiatrie résolument tournée vers la communauté intervenant au plus près des besoins via les CMPEA ; elle utilise les possibilités d'hospitalisation offertes en pédiatrie par son centre hospitalier et indique n'avoir besoin d'hospitalisation spécialisée pour des enfants ou des adolescents que pour quelques cas dans l'année. S'agissant des adolescents/« jeunes adultes », ceux ci sont pris en charge jusqu'à 17 ans par la pédopsychiatrie si la pathologie relève de l'adolescence ; en revanche, c'est la psychiatrie adulte qui est responsable pour une pathologie évolutive débutante (psychose etc.....).

Dans sa définition même, le service est intégré à la fédération mère-enfant. Son activité est principalement tournée vers le travail de prise en charge précoce à Sète, Frontignan et Mèze où sont installés des CMPEA qui accueillent, de principe, et sans attente, les familles, les femmes enceintes, les tout-petits, les enfants, les adolescents et leurs familles pour une activité ambulatoire (consultation, travail de partenariat avec les autres acteurs de la prise en charge (PJJ, Education Nationale) ; le service comprend aussi un hôpital de jour avec des séjours thérapeutiques ainsi qu'à l'hôpital, la pédopsychiatrie de liaison et la périnatalité.

Tel que décrit par les responsables du service, il s'agit donc d'un « vrai travail de secteur » permettant d'être au plus près des acteurs dont le principe pourrait être « ne pas faire attendre les adolescents et leurs familles » ; à noter que dans la file active des patients suivis par l'équipe rattachée au centre hospitalier intercommunal du bassin de Thau, peu d'adolescents semblent présenter des troubles du comportement majeur (environ trois par an). Enfin le service se distingue par un objectif de guidance parentale et de travail systématique de partenariat.

La pédopsychiatrie de Béziers

Ce secteur, le 34I03, est rattaché au pôle de psychiatrie qui regroupe les trois secteurs adultes, 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) ; plusieurs indicateurs -convergeants- de pauvreté caractérisent la population de la zone desservie avec une démographie médicale qui est nettement plus défavorisée que dans les autres villes du département : deux fois plus de psychiatres, du fait de l'importance des médecins libéraux à Montpellier, que dans la zone Ouest du département.

La présentation faite par l'équipe dirigée par le Docteur N. Geissmann met l'accent sur l'infériorité numérique de l'équipement en lits et places. La demande la plus forte est celle, à l'origine de la saisine, d'une création de lits d'hospitalisation complète, sous forme d'une unité fermée.

Le pôle vit depuis plusieurs années avec un sentiment d'amertume et / ou de rancœur cette question de lits ; en effet, selon des processus que la mission n'a pas pu complètement reconstituer, le centre hospitalier aurait, dans un passé récent, passé contrat avec la Clinique de la Lironde située à Saint-Clément la Rivière près de Montpellier en lui « prêtant » cinq lits. Celle-ci aurait augmenté parallèlement de deux lits supplémentaires sa capacité tout en posant des

indicateurs d'admission telles que les patients originaires de Béziers ne pouvaient y être admis que très épisodiquement (« pas d'urgences, exclusion de certains diagnostics et volontariat nécessaire, etc... »).

Le Docteur Geissmann indique que la solution de prise en charge en pédiatrie n'étant pas toujours possible (une « seule puéricultrice »), la solution par défaut est la prise en charge dans les services de psychiatrie adulte (12 mineurs en 2009 et 10 en 2010) avec des mesures d'isolement pour éviter une trop grande promiscuité. Le paroxysme du mécontentement a été atteint lors de l'accueil d'Antony, cet enfant qui a « tout cassé aux urgences » et qui s'était révélé comme l'archétype des « incasables » (son parcours, au final, s'est traduit par une ou plusieurs hospitalisations en psychiatrie adulte, un transfert de quelques semaines en Lozère puis un placement en famille d'accueil).

Le contexte plus général est celui d'une grande difficulté, avec les moyens actuels en ETP de médecin (14.7 PH), à assurer des soins, conformes aux objectifs thérapeutiques en terme de bonnes pratiques, pour les jeunes des villes moyennes décrites comme sinistrées : Saint-Pons, Bédarieux, Lodève, Gange ; le dispositif est donc perçu comme étant saturé avec, en toile de fond, des intentions de resserrement du déploiement ambulatoire actuel, faute de moyens (Agde rapatrié sur Béziers depuis mars 2010(du fait d'un problème de local ?).

Le pôle est également préoccupé par la couverture médicale que va supposer la montée en charge du centre de détention de 800 places à Villeneuve-lès-Maguelone.

Toutefois, la mission a relevé, lors des contacts avec l'équipe de secteur, plusieurs éléments plus positifs qui contrastent avec le constat fait par la MNASM en 1997, lorsque le secteur y avait été décrit comme étant « pénurique » ; la pédopsychiatrie dispose depuis 2009 de locaux neufs (CPEA Anne Frank) qui ont semblé particulièrement spacieux et accueillants et correctement implantés, quasiment dans l'emprise foncière du CHG ; les délais d'accès, à l'accueil en ambulatoire, hors urgence caractérisée, sont, en moyenne, pour tout type d'accueil, d'un mois et demi, ce qui, pour être inadéquat, est largement inférieur à ce qu'observe très souvent la MNASM dans d'autres centres hospitaliers.

Parmi les points positifs de fonctionnement, il y a lieu de noter une répartition des tâches extrêmement documentées donnant par personne, par qualification et par structure la répartition des tâches ; de la même façon, l'activité est suivie en venues et entrées par secteur (les DMS paraissent variables selon les secteurs de psychiatrie adultes et plutôt légèrement en dessous des moyennes nationales, et le nombre des entrées semble sur un semestre plutôt à la baisse en 2011 qu'en 2010), ce qui témoigne d'un suivi stratégique de l'activité voisin des processus des autres disciplines médicales de l'établissement. Au total, la psychiatrie de Béziers paraît bien insérée, et de ce fait bien reconnue, dans son établissement.

Cela lui a permis de créer 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. La file active est en 2010 de 105 situations avec 4 à 5 saisines nouvelles par mois et la fonction peut être décrite comme étant celle tout à la fois d'un aiguillage de parcours et d'un accélérateur de trajectoires : [peut-être pourrait-on ajouter, dans ce bilan, un indicateur plus médical (mais assurément plus difficile à mesurer), portant sur le pourcentage d'adolescents dont la situation s'est améliorée à la sortie du réseau par rapport à l'entrée]. Mais globalement il faut saluer l'efficacité de ce type d'outil qui, à Béziers, a réussi à se mettre en place rapidement, avec des moyens réduits, (« des reliquats de crédit »), et avec une implication médicale de la part du service de pédopsychiatrie tout à fait légitimée par son efficacité.

Enfin le pôle a su concevoir des projets, ce qui suppose une affirmation de leadership (cf. création du Collège régional de pédopsychiatrie du Languedoc-Roussillon) : il s'agit d'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 d'un centre d'accueil en hospitalisation complète pour adolescents.

Dans le cadre de la coordination des activités du pôle, il a donc été conçu en 2011 un projet médical de centre de crise dont la finalité globale est d'améliorer la prise en charge des urgences psychiatriques au SAU ; les fonctions de cette entité soignante, sont l'évaluation, l'orientation des patients et l'organisation des soins autour du patient dans le cadre d'un temps inférieur à 72 heures. Cette fonction de sécurisation du dispositif d'accueil en urgences correspond bien (en y incluant le bilan somatique et l'organisation des transports) à la philosophie d'action dessinée par la loi du 5 juillet 2011 ; la singularité qui résulte d'une vision stratégique de pôle est d'avoir inclus, et en tout cas de ne pas avoir exclu, les adolescents de 12 ans à 15 ans et 3 mois selon des critères d'inclusion bien précisés par le texte du projet ; le lien avec la pédiatrie reste probablement à préciser, de même que l'interface entre cette structure et la psychiatrie de liaison (mais les hôpitaux visités par la MNASM retiennent en effet le rassemblement, dans une entité commune, de l'urgence et de la psychiatrie de liaison dont les charges de travail horaires peuvent plus se compléter que se concurrencer). Enfin, du point de vue de l'accueil infirmier en termes d'orientation, la mission met en garde contre la juxtaposition de deux équipes générale – psychiatrique dont les cultures et les pratiques risquent de s'affronter plus que de se compléter : la fonction d'accueil et d'orientation gagne en tout cas à être placée en sous l'autorité d'un cadre infirmier unique.

S'agissant de l'unité d'hospitalisation pour adolescents, elle a été conçue pour les besoins d'une population de 300 000 habitants visant aussi à combler des manques pour le bassin de Sète et une partie du territoire audois ; le périmètre est donc celui de Béziers-Sète-Narbonne; les indicateurs prônés pour l'admission concernent les pathologies aiguës de l'adolescent de 12 à 16 ans : syndrome dépressif, troubles du comportement en lien avec l'insécurité psychologique, les troubles du comportement alimentaire et enfin les troubles graves de l'organisation de la personnalité (les adolescents présentant des handicaps et pris en charge dans un établissement médico-social sont également mentionnés). Les choix de pratiques sont bien précisés : axe psychothérapeutique, axe biologique, axe psychosocial.

La mission a pu constater lors de ses échanges avec les équipes médicales et la direction du CHG que la psychiatrie était une activité globalement très reconnue et donc très soutenue par son hôpital, ce qui n'est pas toujours le cas ; dans ses visites de site, la MNASM découvre souvent la cas de figure d'une psychiatrie qui se vit « cannibalisée » du point de vue budgétaire par le MCO et peu reconnue dans les choix médicaux de prise en charge ; tel n'est pas le cas de Béziers où la place tant du chef de pôle que du responsable de la pédopsychiatrie le Dr Aiguesvives est reconnue. Dans ces conditions le choix entre les projets, tous soumis par définition à la contrainte budgétaire, appartient à la communauté hospitalière : la MNASM peut éclairer ces choix dans le cadre de propositions stratégiques valables pour tout le territoire (cf. partie 2).

La pédopsychiatrie du CHU de Montpellier

Au terme des informations recueillies lors des entretiens et des données consultables sur le site du CHU, la psychiatrie localisée au CHU de Montpellier est composée de 650 lits et places avec 7 secteurs de psychiatrie générale de 60 000 à 120 000 habitants, plusieurs unités intersectorielles (urgences, psychogériatrie et pathologies cibles) et 2 secteurs de pédopsychiatrie (34I01 et 34I02) de 338 000 habitants pour l'un et 243 500 pour l'autre. Le CHU a installé la psychiatrie sur deux sites : la Colombière, principalement la psychiatrie adulte et un secteur de psychiatrie infanto juvénile (service du Pr Baghdadli) et à Saint-Eloi l'autre secteur de psychiatrie infanto (service du Pr Maury) et enfin le service universitaire du Pr P. Courtet pour le

département urgence et post-urgence ; dans le projet d'établissement précédent et s'agissant exclusivement de la psychiatrie générale, le CHU a consenti un effort très important d'investissement (59 M€) pour construire des pavillons plus adaptés aux normes actuelles d'accueil et d'hospitalisation sous contrainte – service fermé et ouvert respectant, à l'intérieur, le statut juridique du patients (hospitalisation libre = service ouvert).

L'unité d'hospitalisation à temps complet ainsi qu'une unité soin étude de semaine récemment transformée en hospitalisation de jour de 8 places dont deux dédiés aux suites d'hospitalisation complète (Villa des deux Ruisseaux) sont rattachées au service du Pr Maury. L'unité d'hospitalisation de 10 lits est récente, spacieuse et comprend les dispositifs habituels pour la prise en charge des adolescents.

L'hôpital de jour du service du Pr Baghdadli comporte deux volets, une section d'enfants et l'unité d'accueil prenant en charge, de façon spécialisée, les adolescents en situation de handicap : autisme, troubles cognitifs. Lors de la visite de la mission, ces locaux, qui accueillent aussi le CRA, paraissent « dater » et ont semblé nettement en retrait par rapport à la maintenance et l'entretien consacrés aux autres lieux de soins.

Depuis 2006, le CHU est partie prenante d'un réseau PHILADO qui intervient sur Sète et sur Montpellier ; ce réseau dédié aux adolescents à trajectoire complexe a traité, en 2010, 136 situations avec 10% de la file active continûment pris en charge depuis sa création. En termes de bilan, il est indiqué une « évolution symptomatique considérée comme positive ou modérée » pour 64% des jeunes au bout d'un an de suivi. Globalement, tous critères d'évaluation confondus, 25% des jeunes restent en grande difficulté malgré le travail en réseau, sachant que ce bilan est à apprécier au regard de la population concernée.

Le CHU est également partenaire avec une association, l'ADAGES, d'une Maison des Adolescents ; comme dans d'autres départements, ce projet a été lent à aboutir, à la fois pour des questions de choix de principes d'action et aussi pour des questions de recherche de locaux adaptés : cette situation semble en bonne voie de règlement et la MDA de l'Hérault devrait trouver très prochainement un rythme de montée en puissance. Située à Montpellier, à proximité de la gare, il paraît toutefois difficile de concevoir qu'elle puisse desservir les besoins au-delà de l'agglomération urbaine.

Pour compléter le dispositif de prise en charge des adolescents atteints de troubles ou de maladie psychique, il faut préciser que le CHU dispose de deux unités localisées en service adulte : celle du docteur Bres, unité récemment transformée en hospitalisation de semaine, qui accueille des adolescents de 15 ans et demi à 25 ans présentant des troubles du comportement et des conduites dans un contexte de crise familiale, et celle du Docteur Batlaj-Lovichki qui accueille des jeunes de 16 à 25 ans pour des pathologies psychiatriques débutantes identifiées.

Cet ensemble de services, tous situés dans des locaux dispersés dans l'espace, travaillent avec l'amont, et en particulier les urgences pédiatriques ; la borne d'âge y est de 16 ans. Le service d'urgence de pédiatrie fait fonctionner une unité hospitalisation de courte durée de 5 lits. Le Professeur Baghdadli et sa collègue nouvellement arrivée le Pr Purper souhaitent pouvoir disposer d'un lit de pédopsychiatrie pour accueillir l'urgence suicidaire. Cela correspond aux besoins identifiés par les pédiatres qui ont montré leur intérêt pour ces prises en charge avec une compétence progressivement acquise avec le temps et qui récemment se sont engagés dans des formations approfondies sur les troubles psychiques des enfants et des adolescents. Sur la patientèle considérée aux urgences, 80% des recours se font pour des situations de passage à l'acte et toutes populations confondues, 57% des patients présentaient des antécédents de troubles psychologiques. La population est décrite comme étant celle d'une population d'adolescents vus au stade où les moyens de défense adaptés contre les difficultés présentes et

souvent anciennes sont débordés, et où le passage à l'acte devient la principale « ressource » en terme « d'issue ».

Le CHU est en cours d'élaboration de son projet d'établissement : les différents départements / services / unités développent des projets pour accroître et/ou améliorer leur activité ; chacun d'entre eux fait l'objet d'une fiche projet. Concernant l'hospitalisation des enfants et des adolescents , il y a le projet d'augmentation des lits de l'unité d'adolescents du Pr Maury, la création d'une unité expérimentale (au sens de la Loi du 5 mars 2007 sur la protection de l'enfance) en collaboration avec le Conseil général (10 lits) pour l'accueil d'adolescents confiés à l'aide sociale qui traversent une période de crise s'exprimant par des comportements clastiques, la création d'une MAS, dont l'ouverture est déjà programmée en 2012 pour patients autistes couvrant le passage à l'âge adulte, le lit spécifique de crise aux urgences déjà mentionné (en 2010 augmentation de 32% des consultations pédopsychiatriques aux urgences par rapport à l'année précédente), l'extension des pôles de consultation à Lunel et à Gignac avec création d'unités de soins coordonnés associant les activités des CMP/CMPP/CAMSP et développant une capacité de réactivité et de mobilité.

Structures fonctionnant isolément, multiplication des projets sans assurance de leur mise en cohérence, fort hospitalo-centrisme du fonctionnement, caractérisent le dispositif alors que le département et, a fortiori, le pôle dirigé par le Pr J. P. Boulenger, certes créé depuis quelques années seulement, devraient garantir au minimum la couverture de l'ensemble des besoins avec une plus grande lisibilité de l'accès et de la continuité des soins à la sortie des structures : rappelons, pour mémoire, que le SROS 3 recommandait notamment pour la psychiatrie de l'enfant au plan régional : « **1 -Renforcement des Centres Médico-Psychologique**, avec une équipe soignante multidisciplinaire, permettant d'assurer, dans des locaux extra ou intra hospitalier bien desservis et connus des professionnels médicaux ou non médicaux de l'enfance ainsi que de la population : une permanence d'accueil et d'information, des consultations programmées dans un délai acceptable de moins d'un mois, avec une organisation garantissant la possibilité de recours à des consultations urgentes, un traitement ambulatoire lorsque celui-ci est préféré par les usagers dans la structure ou lorsque les moyens libéraux sont insuffisants, un accueil pour des activités thérapeutiques à temps partiel en groupe : adolescents, groupe de parents...(CATTP), des actions partenariales avec les professionnels de l'enfance pour la prévention, et le suivi des programmes de soins des enfants avec l'Education Nationale, le Médico-social, les Services Enfant et Famille des Conseils Généraux, les Services Judiciaires... ».

Or nous n'avons recueilli que des témoignages sur les files d'attente en sortie – 12 à 18 mois d'attente après la notification MDPH pour une orientation en ITEP, par exemple (nonobstant l'existence du réseau), comme si le système de soins, malgré les moyens (70 ETP de médecins pour le pôle de psychiatrie) s'était progressivement embolisé, faute de régulation des flux entrants et sortants alors que, précisément, son « label » tel qu'indiqué sur le site du CHU est la sectorisation (« la psychiatrie et la psychologie médicale s'organisent autour de la notion de sectorisation » ; « ce principe d'organisation permet de mettre à la disposition de la population résidant dans une aire géographique donnée une gamme de prestations diversifiées autorisant la prévention, le diagnostic, le soin et la réinsertion. »)

Cela pose en effet la question de l'articulation du champ médico-social qui présente, dans le département de l'Hérault, quelques traits particuliers de fonctionnement.

La clinique de la Lironde

Cette structure située dans les environs de Montpellier, à Saint-Clément de Rivière, reçoit des patients adultes et des adolescents. Elle est installée au cœur d'une pinède dans un environnement agréable ; elle a été certifiée en décembre 2010 avec quelques remarques ; elle a

fait l'objet d'un audit interne à la demande de la direction générale du groupe propriétaire en avril 2011.

La clinique dispose d'une capacité d'accueil de 12 lits pour des jeunes de 12 à 18 ans, capacité qui a donc évolué à la fin de la décennie précédente. Lors de notre visite, celle-ci était manifestement sous-utilisée et cela depuis plusieurs mois. Cette situation que la mission a découverte avec une grande surprise est liée aux difficultés de présence médicale assurant une couverture médicale adéquate. La direction a assuré à la mission qu'elle se donnait les moyens de reconstituer une équipe de médecins stable et adhérant aux valeurs défendues par le groupe propriétaire de la clinique ; bien plus, elle a assuré que la stratégie de moyen terme, dès lors que le projet médical pour l'accueil des adolescents à la Lironde serait défini et stabilisé, était de modifier l'implantation topographique actuelle (les adolescents sont reçus dans un étage précédemment conçu pour l'accueil d'adultes en service fermé) en envisageant un investissement de construction d'un pavillon séparé à l'intérieur du parc.

La mission a donc visité ce site qui, après une période de crise interne de fonctionnement a connu une période de transition (changement de direction, arrivée de nouveaux pédopsychiatres) ; l'enjeu est que désormais le projet médical soit à la fois conforme à la stratégie du groupe propriétaire de la clinique et cohérent avec les besoins en santé publique exprimés aux bornes du territoire de santé : cela suppose que les indications d'admission soient compatibles avec les besoins des structures hospitalières publiques ; cela suppose qu'une instance veille régulièrement à la régulation des flux d'entrée de telle sorte que les choix fixés, par exemple dans une **charte** d'inspiration médicale, plus que seulement une **convention** au libellé toujours plus administratif, soient respectés et que les arbitrages, y compris dans les admissions en post-urgences, soient correctement faits (entre les adolescents de Béziers et ceux de Montpellier, entre telle pathologie plutôt que telle autre, à des tarifs également accessibles pour tous ne pénalisant pas du fait du reste à charge), dans le cadre d'un profil global de fonctionnement qui doit garder toute sa cohérence.

Dès lors que cette étape serait franchie, avec un cadrage suivi par l'ARS, cette clinique peut faire valoir ses atouts en particulier celui constitué par une équipe soignante restée investie, malgré les diverses difficultés de fonctionnement qu'elle a pu observer.

Le dispositif médico-social

La mission n'a pu disposer du temps suffisant pour nouer un vrai contact avec les structures et les services issus du médico-social ; elle a rencontré les responsables, au Conseil Général de l'Hérault de l'enfance – famille, et a eu une réunion de travail avec la direction de la MDPH ; la mission a pu toutefois ressentir, certes subjectivement, la distance qui séparait encore le monde du sanitaire, l'hôpital et singulièrement le CHU, et le monde des structures et services gérés dans le champ du médico-social.

Comme avec un parallélisme des formes, le médicosocial d'un côté, le sanitaire de l'autre, elle a pu ressentir la « dualité de commandes » pour ce qui est de l'enfant et de l'adolescent entre les services compétents du département et ceux de l'ARS. Toutes les possibilités de rencontre et de rapprochement dans le cadre de relations institutionnelles (présence institutionnelle de l'ARS à la MDPH) ou de groupes interprofessionnels (groupes analogues aux tables rondes organisées par la MNASM, qui semble-t-il, ont existé dans le passé) amélioreront assurément la performance d'un ensemble dont toutes les parties ont besoin et / ou intérêt à s'entendre.

Prenons par exemple le cas des adolescents incasables dont le chiffre selon les services du Conseil Général est évalué à 50 par an et pour lesquels des « services contenant » sont réclamés. Le dernier rapport publié par le CREAÎ Île-de-France en 2009 indique dans ses pré-requis pour améliorer l'état de « ces jeunes à la limite des institutions » (J. Y. Barreyre, 1997) :

« *Le deuxième pré-requis renvoie aux cultures professionnelles inscrites dans les institutions qui parfois 'formatent' les réponses aux situations complexes. Ce pré-requis propose de reconnaître et de prendre en compte d'abord la souffrance du jeune en même temps que sont mises en place les premières interventions (assistance éducative, placement, investigation, etc....) pour assurer la 'protection' du mineur. Ce pré requis suppose la mise en place de méthode(s) pour conserver la **mémoire des parcours et le sens des trajets de vie dans les différents services territorialisés*** ». Comment peut-on ainsi « conserver la mémoire des parcours et le sens des trajets » s'il n'y a pas un lieu, une instance où tout cela se fabrique, se décide ?

Cet objectif, qui passe par la mise en place d'une instance de régulation territoriale, est d'autant plus à la portée de la main que le département de l'Hérault a plusieurs atouts (toujours comparativement à d'autres départements visités par la MNASM).

La MDPH a ainsi unifié son système d'information en 2010 ; cela lui permet d'assurer un suivi de l'efficacité des décisions de la commission des droits et de l'autonomie. Un questionnaire de lien avec les établissements sociaux et médico-sociaux permet de suivre, les flux d'entrée /sortie pour chaque établissement, la volumétrie des listes d'attente, et les délais moyens pour les personnes (un questionnaire qualité complémentaire est également adressé individuellement) ; la MDPH dispose donc « en creux » de l'ensemble de la cartographie des établissements où des tensions existent quant à l'acceptation (l'acceptabilité) de l'orientation prononcée en commission : ce repérage, mis à la disposition de ceux qui ont l'autorité pour planifier et pour financer, est un instrument précieux même s'il reste certainement perfectible.

Le département dispose dans le CREAI Languedoc-Roussillon de ressources de grande qualité connaissant bien, du fait de leur origine professionnelle et de leur expérience de terrain, la problématique de la pédopsychiatrie et tout particulièrement celle du traitement des cas complexes et difficiles. C'est ainsi que le CREAI Languedoc-Roussillon a produit une étude des flux des personnes en situation de handicap, bénéficiaires d'une orientation par la MDPH en 2009. La question de l'adressage en ITEP, SESSAD, IME etc... y est traitée selon une analyse multi-critères qui est riche d'enseignements : les comparaisons de flux d'entrée, de sortie et de liste d'attente sont instructives. Les IME/SESSAD ont une excellente fluidité alors que la demande est en très forte progression ; les ITEP ont une bonne fluidité et comme le dit l'auteur les listes d'attente sont « fantomatiques » : ce constat est d'autant plus surprenant que l'Hérault dispose de cinq ITEP seulement soit, ramené à sa population, bien moins que le département voisin de l'Aude. Tout cela supposerait, notamment pour préparer les futurs schémas, ou suivre ceux en cours, des réunions de responsables d'ITEP, de MECS, d'IME, avec un ou plusieurs représentants de la pédopsychiatrie. En effet, les interrelations sont multiples entre les champs sanitaire et médico-social : au long du parcours des enfants en situation de handicap d'origine psychique, les uns et les autres étant à la fois demandeurs de places dans les structures d'accueil médico-sociale ou dans les unités d'hospitalisation et fournisseurs de soins ou d'accompagnement. Les familles connaissent bien la difficulté de ces solutions de continuité dans lesquelles un enfant reste au domicile parce qu'il « ne relève plus d'une institution » médico-sociale du fait de ses troubles sans justifier d'une hospitalisation du fait de l'absence de pathologie avérée ou à l'inverse ne trouve plus de place en médico-social après la sortie d'une hospitalisation perçue de façon plus stigmatisante que soignante.

Rappelons enfin que le même CREAI a réalisé en 2000 un rapport sur la politique régionale de santé mentale qui reste plus de dix ans après d'une étonnante actualité : il y évoque déjà la « desserte des villes » et la « desserte des champs » avec un constat que la mission partage ; ainsi il est écrit page .52 : (s'agissant de Montpellier) : « *le fonctionnement hospitalo-centré reste de mise, les moyens des intersecteurs n'ont pas été déployés sur le terrain. L'accessibilité pour l'usager en est réduite d'autant, la présence sur le terrain du secteur également* »et plus loin analysent le dispositif montpelliérain « *cela constitue un paradoxe qui fait de la pédopsychiatrie*

universitaire montpelliéraine un pôle reconnu au plan national, voire international, alors même qu'elle se débat sur le terrain pour tenter d'assurer ses missions de service public d'intersecteur ».

Le département dispose également, au terme de ses compétences, d'un schéma départemental enfance-famille 2008-2012 ; celui-ci constitue une excellente base pour fixer les orientations stratégiques : tous les facteurs psycho-sociaux susceptibles d'expliquer le trouble constaté dans les populations jeunes et adolescents y sont envisagés ; ainsi, s'agissant des situations des mineurs en très grande difficulté, il est indiqué « *qu'il n'y a pas de monisme causal mais une accumulation de facteurs aux sources de leur souffrance et de leur mise en danger* » ; il y est précisé que « *les manifestations de violences externes et des troubles du comportement ne ressortent pas forcément d'une pathologie psychiatrique chronique* » ; fort logiquement ce schéma se décline en fiches projets au nombre de 27 dont beaucoup se situent dans la logique du renforcement du travail avec les partenaires institutionnels, dans ceux de la prévention dès le plus jeune âge, et du redéploiement vers les zones les plus en difficulté. C'est dans ce document que figure le projet de créer une structure spécialisée comme en offre la possibilité la loi de mars 2007.

La mission considère donc que ce schéma est très complet car il multiplie les approches par zones géographiques, par filière d'âge, par type de prise en charge ; il n'est pas loin d'incarner ce qui définit l'intelligence sociale « *c'est-à-dire la volonté de créer autour des jeunes des tissus interdisciplinaires de professionnels en relation avec les familles pour accompagner cette violence ou ce début de transgression* ».

Les services compétents du Conseil Général ont déjà financé par ailleurs deux structures expérimentales, ce qui témoigne de leur volonté d'innover, c'est-à-dire de prendre des risques par rapport aux pratiques stabilisées. La mission a pu prendre contact avec l'une d'elles installée à Montpellier : l'A.S.M.O. dirigée par Mme Haccart depuis 2003 ; ce service propose des appartements situés au centre-ville à des jeunes pour la plupart à leur sortie de l'UJA (Dr Batlaj) où ils y étaient traités pour des troubles psychiques ; ce statut d'opérateur associatif permet une grande souplesse dans la gestion et assure une combinaison adéquate du logement (c'est l'association qui loue le logement), du soin (le suivi est assuré par l'hôpital), de la recherche d'emploi (présence dans l'équipe d'un chargé d'insertion professionnelle). Le personnel est constitué de deux infirmières (à l'origine infirmières psychiatriques) de quatre éducateurs et donc d'une personne qui conseille les personnes accueillies dans leur orientation ou leur recherche d'emploi.

La mission a pu constater l'implication et le courage de l'équipe de l'association qui supplée donc l'établissement hospitalier (ou qui prend la suite) dans sa fonction de réhabilitation psychosociale et plus simplement de réinsertion par la restauration des capacités relationnelles et d'autonomie de la personne malade.

c- Les six axes stratégiques d'évolution du dispositif

Lors des échanges préparatoires entre l'ARS et la MNASM pour « cadrer » le contenu de la saisine, la problématique avait été centrée sur la question de création de lits mais également sur celle de la difficulté de porter un projet commun coordonné impliquant tous les secteurs ; le texte de la lettre de saisine présentait l'insuffisance des réseaux institutionnels avec des opérateurs qui n'ont pas eu les mêmes contraintes administratives ni « la même finalité » (cf. lettre de saisine de Madame la Directrice générale de l'ARS du Languedoc-Roussillon datée du 21 février 2011, annexe 1).

Les constats faits à travers les visites de locaux, les contacts individuels, les rencontres d'équipe, les tables-rondes conduisent au constat de la nécessité de changements de nature opérationnelle que la mission ne peut pas tous décrire ; d'abord parce que la déclinaison de tâches sous forme

d'une boîte à outils n'est pas de nature à entraîner immédiatement l'adhésion, et donc l'action, dans un monde aussi « ancré » dans des certitudes que celui de la psychiatrie ; ensuite parce que chaque acteur a sa part de liberté et donc de responsabilité.

C'est pourquoi le présent rapport s'attachera à présenter six axes de travail qui sont à la fois le « miroir » dans lequel les acteurs peuvent voir leurs actions actuelles se refléter et le « totem » autour duquel devraient, pourraient, se rassembler, à l'avenir, les énergies des responsables du système de soins psychiatriques dans le département de l'Hérault.

Les six axes sont les suivants :

- 1- Réinvestir le bon périmètre de l'action en terme 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 au soin.**

1 - Réinvestir le bon périmètre de l'action en terme de projet et de schémas

Lorsque la mission s'est rendue pour la première fois sur le terrain, de Montpellier à Béziers, dans les hôpitaux notamment, mais pas seulement, elle a été frappée par l'absence claire de périmètre commun sur lesquels pouvaient s'appuyer les initiatives et les décisions : le délégué du préfet rencontré défend son arrondissement, le directeur son hôpital, le médecin son secteur, son département, sa fédération : le mot de territoire (ou même le concept de département) est peu utilisé sauf dans le sens d'opposition entre ceux qui sont plus riches, mieux dotés que tel ou tel autre secteur (ou ville) ; il faut donc rappeler que la loi Hôpital Patient Santé Territoire prévoit précisément que le territoire soit le périmètre de l'action pour l'organisation des soins. Alors, certes, on peut regretter que la loi n'ait pas parachevé son intention en dotant le territoire de santé ou tel ou tel regroupement d'établissements hospitaliers de la personnalité morale lui insufflant un souffle d'action plus fort ; mais on peut déjà respecter l'esprit et la lettre du texte tels qu'ils sont : si tous les établissements et services, du CHU du chef-lieu de région au plus petit SAMSAH ne savent pas ni qu'ils appartiennent au même ensemble, ni à quel ensemble ils appartiennent, la tâche de cohésion à l'intérieur d'un même système est rendue particulièrement ardue.

La gradation des accès paraît difficilement « clarifiable » dès lors que le soin produit par le CHU est à la fois perçu comme celui du secteur et celui d'un lieu de recours à vocation départementale sinon régionale. Les zones périphériques autour de Montpellier des deux secteurs infanto-juvéniles peuvent se sentir à bon droit délaissées. Raisonner par projet d'établissement en l'occurrence, celui du CHU, met d'ailleurs dans une position intenable de vouloir satisfaire aux exigences d'excellence pour le soin, la recherche et l'enseignement, tout en assurant l'accès au dispositif de proximité de la population générale, au demeurant, dans certains cas rapidement croissante, dans d'autres de plus en plus isolée et dans tous les cas de plus en plus précarisée.

La dynamique de l'ensemble n'est donc pas la somme de la dynamique des projets de chacun. De ce point de vue, le cas de la clinique La Lironde est très démonstratif : le centre hospitalier de Béziers a pensé que la solidarité prévue dans la convention fonctionnerait pour le bien commun et que des patients du pays bitterois pourraient être admis, ce qui n'a pas été le cas du fait de la crise passagère de la structure privée : l'agrégation des projets de chacune des structures ne conduit pas à un projet de territoire ; la cohérence ne se faisant pas d'elle-même, la fonction d'arbitrage entre tous les acteurs des champs sanitaire, médico-social, social qui concourent à la qualité du soin en psychiatrie – santé mentale revêt une importance stratégique.

Un autre élément probant de cette absence d'incarnation d'un projet de territoire est la façon dont les mécanismes d'entre-aide se nouent actuellement : lorsque les places où les lits de dépannage se dégagent selon les cas à Nîmes, à Uzès, ou par la Lozère, par l'Aude voisine, le territoire n'est plus le cadre opérationnel de recherche de solution. Certains objecteront que ces « échappatoires » leurs sont imposées du fait de la pénurie de lits à Montpellier ou de leur absence à Béziers : cela a pu, certes, être vrai ; mais, dès lors que les instances de contrôle ne disposent pas d'outils coordonnés permettant de vérifier régulièrement l'évolution des coefficients d'occupation de toutes les structures sanitaires, sociales, et médico-sociales du département, ni la fluidité du passage éventuel de l'une à l'autre, cette hypothèse d'explication reste fragile. Le projet commun, donc coordonné, évoqué dans la lettre de saisine mentionnée, passe donc par une première étape qui est la définition du périmètre principal dans lequel il s'applique et il s'agit bien **du territoire de santé**.

Pour avancer dans cette identité encore trop peu présente, deux outils seraient très utiles :

- il s'agit d'abord d'un annuaire de tous les intervenants en psychiatrie et santé mentale du territoire de santé de l'Hérault, professionnels, structures, services,
- ainsi que d'une cartographie rassemblant toutes les composantes des champs sanitaire, social et médico-social qui concourent au soin, l'idéal étant que soit associée à la cartographie une mise à jour des capacités disponibles.

Ces deux instruments outre leur utilité pour le grand public, et pour le second surtout, pour les professionnels, aideraient à forger une identité de territoire qui reste largement à impulser et à incarner.

2 - Clarifier les structures hospitalières en tirant parti de la réglementation

La mission a pu observer la difficulté, au sein du CHU, de la gestion d'un pôle. Cette structure définie dans l'ordonnance du 5 mai 2005 mais mise en place antérieurement dans quelques hôpitaux à titre expérimental, n'a pas en général trouvé sa place aisément dans les centres hospitalisés spécialisés en psychiatrie. Il est vrai que la possibilité, laissée un temps, de faire d'un secteur un pôle n'a pas favorisé la transformation des structures, ni leur mise en synergie de complémentarité sous l'égide d'une gouvernance commune. Notons cependant que tel n'est pas le cas du CHU qui a rassemblé ces deux départements et ces neuf secteurs sous l'autorité d'un chef de pôle, avec d'ailleurs le développement d'activités intersectorielles pour certains types de patientèles ou de pathologies ; pour autant la fonction du pôle n'est pas encore clairement affirmée ; ce n'est pas tant la question de la mutualisation des moyens qui soit concernée que la fonction de définition d'une politique commune qui semble difficile à mettre en place et surtout à faire accepter.

Ceci conduit à des anomalies dont la communauté se retrouve collectivement responsable : adolescents hospitalisés en service fermé adulte, pluralité de services d'adolescents au sein du département d'adulte, définition séparée des indications d'admission, ce qui peut conduire à des coefficients d'occupation parfois insuffisants alors que les places manquent. La mission ne recommande pas un régime d'admission forcée qui est inefficace en pratique et déontologiquement inacceptable. A l'inverse la finalité médicale des structures doit être

régulièrement réévaluée pour toutes les raisons que les praticiens, en particulier ceux qui s'occupent de l'adolescence, **l'âge du changement**, connaissent parfaitement.

Précisément, l'ajout dans le dispositif global de prise en charge de la Maison Des Adolescents 34, devrait amener à repositionner les services d'accueil, celui du Docteur Bres et celui du Docteur Batlaj, et les réseaux; de la même façon les progrès à faire en terme de choix de pratique soignante devrait conduire la communauté médicale, regroupée sous l'autorité du chef de pôle à se poser la question, puis à mettre au débat, l'opportunité d'un département de l'adolescent-jeune adulte permettant de mieux identifier les besoins de cette catégorie de patients ; enfin, l'hypothèse d'un accueil sans rendez-vous pour les urgences de cette patientèle doit être posée et la décision de sa mise en œuvre, y compris de savoir sous quelle égide, rapidement tranchée, idem pour l'intérêt de mettre en place une équipe mobile de liaison et de prévention et d'orientation des situations de crise pour les patients du champ médico-social, fonction qui pourrait être judicieusement confiée à la Maison des Adolescents (l'essentiel étant que le fonctionnement de toutes ces entités reste convergent).

Mais l'approche de tels choix doit se fonder sur un paradigme de départ : le temps n'est plus à l'addition de moyens pour abonder les effectifs affectés à tel ou tel nouveau projet ; il est à l'évitement des soustractions liées aux difficultés financières que connaissent, globalement, les hôpitaux publics. La voie restante est celle de l'optimisation de l'usage des ressources par leur réallocation, ce qui n'est pas possible si chaque entité soignante poursuit sa propre cinétique de développement séparé mais qui le redevient grâce à l'harmonisation du choix d'activité des services, ce qui est la mission essentielle du pôle. Dans ce cadre, la création d'un département de l'adolescent réunissant les structures adulte et enfant qui s'occupent des adolescents, intra comme extra hospitalières, peut être un premier pas vers la définition d'un objectif commun, qui place l'intérêt de l'adolescent au centre des décisions, à savoir trouver pour chaque adolescent, à chaque fois, la meilleure orientation au bon moment.

3 - Définir la régulation comme axe de la mise en synergie des moyens

Cette logique est essentielle dans toutes les disciplines pratiquées à l'hôpital : elle est devenue si fondamentale que dans certains cas, en chirurgie par exemple, la date d'admission est conditionnée par la date de sortie, elle-même liée à la certitude d'une place en service de SSR. Or tel n'est pas le cas au CHU alors que les flux sont aussi tendus : en témoignent la difficulté d'admission depuis l'entrée aux urgences, puis de prise en charge par les différents services qui traitent l'adolescent en psychiatrie et enfin de sortie vers les structures d'aval ; alors que le réseau RésAdos existe depuis cinq ans déjà, tous nos interlocuteurs ont fait état de délais d'attente vers les CMP, les CMPP, et vers les places gérées par le médico-social.

La proposition de la mission est de prendre appui sur la logique de réseau en analysant, dans un premier temps, chacun des cas ayant posé problème et n'ayant pas bénéficié au moment voulu de la bonne orientation à l'intérieur du pôle, d'en faire un examen complet, donc multi-critères, pour voir ce qui, dans le fonctionnement interne du pôle, doit être modifié pour assurer la plus grande fluidité des trajectoires (ce concept très présent dans les documents de préparation des schémas vaut à l'évidence pour une structure aussi vaste qu'un centre hospitalo-universitaire). Analyser les dossiers devrait aboutir à la conversion ou la transformation des orientations de structures sous-employées, à la création éventuelle de services (par exemple l'ouverture d'une consultation sans rendez-vous proposée par le Professeur Diane Purper-Ouakil.), et à la redéfinition des liens qui unissent l'intra-hospitalier et la prise en charge ambulatoire.

Un tel travail, dont la charge est de l'ordre de trois à six mois, pourrait, à un stade finalisé, être ensuite présenté aux « partenaires » du soin pour voir dans quel mesure cette nouvelle configuration du soin offerte à Montpellier est « jointive » avec la demande des autres structures du territoire et les souhaits des familles. Sans ce travail de régulation interne des flux entrants et

sortants dans les structures du pôle, il est à craindre que les blocages actuels ne perdurent avec la persistance de situations inacceptables, telles que la présence d'adolescents dans les services d'adultes. En tout état de cause, la mission préconise que cette analyse soit désormais un préalable à toute création de structures ou de services de novo.

Une logique de programmation coordonnée suppose, qu'au sein du pôle, les évolutions suivent l'expression des besoins. A un moment où l'ensemble du dispositif apparaît saturé, il paraît paradoxal qu'une seule unité dont le taux d'occupation n'est pas satisfaisant, réduise son amplitude et son périmètre d'action en se reconvertissant en hospitalisation de semaine (avec redistribution et redéploiement des moyens) plutôt que d'augmenter sa capacité à répondre aux besoins mal couverts en abaissant par exemple son âge d'admission ou en réduisant les exigences. A cet égard, la MAS qui accueille les jeunes autistes a pu montrer l'exemple d'une évolution conforme aux besoins en se réorientant en direction de personnes plus jeunes que celles initialement prévues.

4 - Affirmer des choix de pratique soignante et les défendre

Des contacts pris avec des demandeurs de soin, en l'occurrence des représentants de l'Education Nationale réunis sous l'égide de M. S. Higuët, délégué du Préfet de l'Hérault à Béziers, il ressort que les soins dont relèvent les enfants chez lesquels des troubles sont repérés ou suspectés dans le cadre scolaire ou en PMI ne sont pas mis en place avec suffisamment de réactivité : dans certains cas, non exceptionnels, il est question de plusieurs mois voire de plus d'une année pour le traitement de dossiers nécessaires à leur envoi à la MDPH et de délais d'attente en CMP et CMPP qui, par leur importance vident de leur sens les approches thérapeutiques jugées nécessaires pour l'enfant (trop d'attente). Il est difficile pour la mission de juger les motifs qui ont conduit à l'existence d'une seule commission d'accès au droit à la MDPH de Montpellier. Tout au plus, la MNASM peut signaler la présence de dispositif d'antennes dans des départements vastes avec plusieurs villes principales : tel est le cas pour l'implantation à Valenciennes (Nord-Lille) ou à Bayonne (Pyrénées-Atlantiques - Pau). Le rapport récemment publié par Monsieur Chossy sur le fonctionnement et le rôle des MDPH est peut être une occasion à saisir pour repenser le dispositif dans ce sens. Il propose en effet page 28 de cette contribution, de développer les antennes pour un meilleur accès à l'information et à la proximité et, nous ajouterons, pour renforcer les liens avec les professionnels.

S'agissant de la pratique soignante, plusieurs interlocuteurs, médecins, nous ont fait part à maintes reprises d'un constat, par définition empirique mais fondé sur leur expérience de praticiens des troubles de l'enfant et de l'adolescent de plusieurs années, au terme duquel, si ces adolescents avaient été pris en charge plus tôt, ils n'auraient pas connu un tel chemin de troubles allant en s'aggravant, de désillusion à l'égard du système (école, hôpital), et de rupture avec le milieu familial et / ou l'appui parental. Affirmer ce type d'opinion conduit à privilégier immédiatement l'objectif de prévention ce qui, manifestement, semble être l'intention de nombreux plans de santé publique, sans que les résultats d'un tel infléchissement de la stratégie soient toujours très visibles et donc très évaluables.

C'est pourquoi la mission préfère exprimer plutôt un objectif de recentrage du dispositif de prévention et de repérage comme si l'ensemble des moyens déployés « remontaient d'un cran » dans la configuration globale des objectifs de prise en charge en soins par la pédopsychiatrie publique afin de prioriser certaines filières, certains troubles ou pathologies ou certains âges, à définir avec l'Education Nationale qui semble l'acteur le plus apte à assurer cette fonction de repérage. Cette focalisation de l'utilisation - quand ils existent - des moyens de la psychiatrie publique sur des pathologies et des situations complexes laisserait les premiers soins à d'autres acteurs, MG, pédiatres, psychiatres et psychologues libéraux pouvant participer plus largement à la prise en charge des troubles simples sous la coordination distante mais présente (dispositif

d'avis et de suivi conjoint) d'une psychiatrie publique dès lors plus disponible et réactive en cas de sollicitation en urgence par ses partenaires.

Dans cette optique, les lieux les plus distants des implantations de CMP et CMPP (Haut Pays et Vignoble) se sont mobilisés autour d'un projet local de santé et proposent, afin de pallier les distances et la présence jugée insuffisante car trop ponctuelle de la pédopsychiatrie, la création à titre expérimental d'un réseau de télépsychiatrie (concertation entre professionnels) appuyé sur l'expertise du CH de Béziers. La mission avait été antérieurement sollicitée sur ce projet pour donner un avis sur son opportunité et en délimiter les contours et des contacts ont été pris entre les promoteurs du projet et avec le pôle de psychiatrie de Béziers.

Cette orientation est à concevoir dans le cadre d'une exigence de continuité des soins par un passage assuré d'un niveau de recours à l'autre au sein d'une filière, ou d'une filière à l'autre sans rupture de prise en charge. Le bassin de population du bitterois, - du fait de la précarité plus grande de la population et de l'importance de sa non-demande-, semble un lieu où cette réorientation du système vers plus de prévention pourrait être envisagée avec une guidance du dispositif conduite par un réseau petite enfance sur le modèle de celui qui fonctionne pour les adolescents. Naturellement, ce type de projets suppose quelques moyens supplémentaires et vient en concurrence de la demande faite en matière de lits d'hospitalisation complète (cf. infra page 18).

Par ailleurs, si la pédopsychiatrie est à la recherche d'un modèle de fonctionnement, la mission pense judicieux de promouvoir une philosophie du soin moins hospitalo-centrée avec un dispositif redéployé au plus près des populations. En effet, les difficultés économiques du pays rendent de plus en plus difficile et / ou aléatoire le financement des dépenses de transport de familles vivant des minima sociaux ou du SMIC. L'hôpital doit donc aller à la rencontre de ses usagers, sortir de ses murs et relancer la politique de secteur telle qu'elle avait été imaginé dans la circulaire de 1960 : le modèle de fonctionnement proposé à la population de Lunel (décrit dans l'évaluation du Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 p.156, établi par le Haut Comité de la Santé Publique) nous paraît devoir être dupliqué dans d'autres villes moyennes du département selon un plan de redéploiement du dispositif défini par les responsables de l'ARS en concertation avec ceux de l'Etat et du Département. Pour ce qui est de la philosophie soignante, le principe d'action est celui du rapprochement dans une structure bien identifiée, unique, des fonctions assurées par un CAMSP, un CMP, un CMPP : dans ce bloc de compétences réunies, le principe pourrait être, non plus l'affiliation d'une catégorie de troubles à chacune des structures (troubles des apprentissages au CMPP, troubles psychologiques au CMPEA, troubles et maladies avérées des 16/18ans au CMP), ou l'inscription sur une liste d'attente de l'une ou l'autre structure de consultation au hasard des adressages en fonctions des représentations de chacun des acteurs (l'éducation nationale vers les CMPP et les PMI et services du conseil général vers les CMPEA), mais la répartition réfléchie des cas adressés après évaluation commune entre les praticiens présents et en fonction de leurs compétences et/ou disponibilité en cas d'urgence.

Le développement de pôles de santé mentale de ville moyenne pourrait être facilité par une réflexion sur les compétences de chacun au sein du dispositif de soin : les possibilités offertes par l'article 51 de la loi HPST en ce qui concerne les modes de coopération sont une voie possible : les professionnels peuvent s'engager dans une démarche de coopération incarnée dans un protocole de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts de compétence. Enfin, l'adossement à ce pôle d'une équipe mobile pluri-professionnelle (ou la notion de transfert de compétence à toute sa place) pourrait opportunément compléter cette offre de services pour desservir les populations vivant en institution ou les familles isolées vivant à l'écart de tout équipement : tel est le choix de gestion que propose la mission pour la desserte des villes moyennes en commençant par celles situées dans la partie septentrionale du département de telle sorte que là aussi les notions de « première ligne » ou de « fluidité de trajectoire » prennent ou gardent tout leur sens.

A l'horizon de la fin du schéma en cours d'élaboration, cela suppose que « le modèle lunélois », même s'il reste encore perfectible, soit dupliqué dans les trois à quatre villes du département - territoire où la situation d'accès aux soins paraît la plus défaillante.

5 - Miser sur l'efficacité de structures légères et réversibles produisant des services

La mission a été sollicitée dans la saisie initiale pour la question de l'opportunité de création de lits à Béziers et de lits supplémentaires à Montpellier : ces deux situations doivent être distinguées :

- La demande formulée par le pôle de psychiatrie de Béziers

La mission ne peut qu'émettre un avis réservé pour ce type de projet. Il faut tout d'abord espérer, et c'est de la responsabilité des services de l'ARS, que la mise en synergie des moyens actuels produira des effets. C'est à l'autorité qui accorde les autorisations d'activité et qui en fixe les objectifs, de veiller à ce que tous les acteurs respectent leurs contrats : aux bornes du territoire, les lits de la clinique La Lironde doivent entrer dans le dispositif commun (et y rester). Par ailleurs, la création prochaine au CHG de Béziers d'un centre d'accueil et de crises à proximité des urgences devrait permettre de réduire les tensions de l'orientation dès lors que la place pour certains adolescents y sera réservée et organisée.

Enfin, la mission peut faire part d'une appréciation plus générale sur ce type de service d'hospitalisation complète, toujours visité dans le cadre des saisines portant sur les -secteurs de pédopsychiatrie. Plusieurs cas de figure existent. Certains territoires possèdent une quantité de lits jugée correcte mais où peu ou pas de places sont réellement disponibles : le service est « toujours plein » avec des durées de séjour qui inexorablement dépassent l'objectif initial d'un séjour d'évaluation, de rupture, par principe limité dans le temps. La MNASM a vu également le cas inverse, où le choix d'une plus grande mobilité du dispositif a peu à peu « vidé » le service après un remaniement complet - mais difficile - des choix thérapeutiques de l'équipe (ce qui pose la problématique de la conversion des qualifications du personnel).

Dans les deux cas « la performance » d'une unité d'hospitalisation complète n'est pas garantie tant il est difficile de respecter au long cours les indications d'admission. Enfin, ce type d'unités représente une mobilisation majeure de ressources en personnel, en équipement, en locaux, qui, outre le fait qu'il est de plus en plus difficile de les obtenir, sera singulièrement, difficile à redéployer quand cela deviendrait nécessaire. La mission a préconisé ainsi des fermetures d'unités d'hospitalisation complète dont le fonctionnement était globalement peu respectueux des exigences éthiques et professionnelles et mis en difficulté par un manque de personnel médical et infirmier chronique. Certaines sont toujours ouvertes et se sont marginalisées ; pour d'autres, une mobilisation très forte des pouvoirs publics sur cette problématique a été nécessaire pour assumer leur conversion avec parfois la projection des enjeux et des conflits majeurs autour des enfants ou adolescents encore hospitalisés.

Tel n'est pas le cas de figure de la situation de la psychiatrie au CHG de Béziers dont le pôle est parfaitement intégré dans l'institution, il reçoit d'ailleurs l'appui financier du MCO, si bien que le service de pédopsychiatrie a pu bénéficier d'investissements récents importants.

- La structure expérimentale de Montpellier

Sous réserve que la gestion de la structure entre bien dans le cadre de la régulation globale proposée pour le pôle du CHU (notamment pour y déterminer qui peut en bénéficier), la mission n'a pas de réserve sur le principe d'un tel projet au demeurant déjà très avancé. Tout ce qui contribue à l'efficacité du partenariat CHU - Conseil Général est à encourager dans la mesure où les populations concernées sont par définition trans-champs sanitaire - social - médico-social.

La MNASM indique seulement que le lieu d'implantation sera un vecteur déterminant de l'image produite sur les usagers de cette offre de soins multi-professionnelle. La recherche d'un lieu neutre, en dehors de l'enceinte hospitalière de la Colombière, est à poursuivre tant on sait l'effet porté par la stigmatisation ambiante du soin psychiatrique sur les populations de jeunes et d'adolescents qui n'ont pas besoin de cela pour alourdir leurs troubles.

Sauf à considérer que la fonction d'une telle structure serait de contenir le comportement antisocial de jeunes qui débordent le système, ce qui n'est pas la fonction d'un hôpital (psychiatrique ou non), qui n'a pas vocation à être un lieu de réclusion, la structure expérimentale a toute sa place dans le droit fil de celles qui existent déjà en France et dont l'évaluation peut être une source de recommandations utiles pour l'initiative montpelliéraine.

6 - Définir et suivre des indicateurs de prise en charge des populations à la marge des soins

La mission tient enfin à manifester son étonnement devant l'absence, dans les documents de préparation du PRS et des schémas tels que connus dans leur forme provisoire, de programmes portant sur le repérage des populations qui, alors qu'elles vivent dans les « zones sensibles », expriment peu leurs besoins de soins : la mission suggère donc une action pilote, en lien avec le délégué du préfet de l'Hérault à Béziers, de repérage, conjointement avec l'Education Nationale et la MDPH, des enfants potentiellement vulnérables ou déjà identifiés par les services sociaux ou éducatifs sans être pour autant pris en charge : la non demande est largement théorisée dans les controverses de doctrine au sein des psychiatres ; elle semble avoir une réalité très vécue au sein des familles déshéritées, souvent issues de l'immigration, avec une expression de comportements chez leurs enfants qui suppose le besoin d'un repérage particulier. L'INSEE, en exploitant les données statistiques concernant les revenus disponibles localisés a établi un taux de pauvreté selon la taille et le type des ménages : ces indicateurs sont très défavorables pour l'Hérault, globalement (et le Gard) et cette moyenne correspond certainement à des chiffres localement encore plus défavorables.

A ce sujet la MNASM souhaite évoquer la construction de stratégies nouvelles qu'offre la notion d'« universalisme proportionné ». Ce concept issu d'une terminologie empruntée à l'OCDE est repris dans le récent rapport de l'IGAS consacré aux inégalités sociales de santé dans l'enfance (IGAS, 2010) : il s'agit de densifier les interventions en fonction des conditions socio-économiques et environnementales dans lesquelles vivent les ménages. Cette approche, qui a le mérite de renouveler la réflexion stratégique, présente l'intérêt de redéfinir ce qui doit être le socle commun à toute la population, schématiquement s'il est globalement prévu x prises en charge au CMP pour tel trouble, par exemple, il devient nécessaire ensuite d'en définir un autre (ou le même mais avec une intensification du suivi délivré plus densément) adapté en fonction de telle ou telle zone géographique où vit une population globalement plus vulnérable. La mission, qui mesure les dangers d'une telle inflexion des politiques, souhaite néanmoins que cette dimension ne soit pas ignorée lors de l'élaboration de schémas par nature de portée générale (alors que des zones de population requièrent manifestement des soins spécifiques). Cela suppose que l'on se donne, déjà conceptuellement, les moyens d'une réallocation de ressources fondée sur la notion d'équi-territoire pour lutter, pour la santé comme pour les autres services, contre ce « cumul de défaveurs » qui caractérise certaines zones de population.

Conclusion

La MNASM a été sollicitée pour analyser le fonctionnement de la pédopsychiatrie de l' Hérault au moment où les SROS-PRS étaient en cours d'élaboration pour être ensuite soumis à la concertation : notre constat majeur est que les outils introduits dans les textes préparatoires de ces schémas s'appliquent aussi au fonctionnement interne des établissements surtout lorsqu'ils sont de la taille du C. H. U de Montpellier : il en est ainsi du circuit des patients à l' intérieur de son pôle de psychiatrie pour lequel l' analyse des trajectoires suivies depuis les urgences , l' entrée par le réseau, jusqu'à l'aval doit être désormais confiée à une instance de régulation ; celle-ci, dont la maîtrise appartient au chef de pôle, doit agir sous la forme d'une force d'impulsion, sur les multiples structures recevant des enfants , des adolescents , et de jeunes adultes ; même si cette instance a vocation à devenir permanente, un premier bilan de la gestion actuelle des flux devra être rapidement réalisé pour être confronté aux contraintes et attentes de tous les autres acteurs concernés dans le département ; cela devrait permettre de réintroduire le bon périmètre d'analyse de la problématique posée , c'est-à-dire celui du territoire.

La mission recommande plus généralement de clarifier l'expression des choix stratégiques, pour qu'ils soient mieux connus, plus reconnus et bien respectés.

Les décideurs pourront ainsi se référer à l'évaluation du Plan Psychiatrie et santé mentale 2005 2008 conduite récemment, novembre 2011, par le Haut conseil de la Santé publique et par la Cour des comptes ; en effet certaines de ses conclusions, à l'échelon national, résonnent étrangement avec celles proposées pour l'Hérault.

S'agissant de la problématique initiale de la saisine, le besoin de capacité supplémentaire en hospitalisation complète, le rapport précité indique « A la question de l'appréciation globale du manque de lits d'hospitalisation complète, le jugement des professionnels auditionnés ayant une vision nationale est plus nuancé. En effet , par principe, les pédopsychiatres estiment qu'il faut limiter au strict nécessaire les hospitalisations complètes qui créent des ruptures avec la famille, l'environnement social et les structures médico-sociales qui les accueillent ; dans cette perspective, une réflexion sur les besoins et les pratiques d'hospitalisation à temps complet est nécessaire. Les professionnels entendus notamment au cours de la conférence évaluative font essentiellement état de difficultés pour hospitaliser les patients en urgence, en période de crise. Ceci ramène à la question du repérage et de l'orientation plus précoces en pédopsychiatrie ainsi qu'au développement de la collaboration entre les professionnels des différents champs, qui pourraient limiter les hospitalisations en urgence. ».

A propos de collaboration, les échanges lors des tables rondes peuvent laisser penser que de telles réunions ont existé par le passé et qu'elles n'attendent qu'un « agent catalyseur » pour reprendre (sachant qu'il est probablement nécessaire de prévoir deux types de réunions, l'une pour les questions de coordination au long cours, l'autre pour la résolution des situations de crise, chaque instance ayant un format différent).

Le texte précité met également l'accent sur le besoin de prise en charge précoce ; en effet il précise « A l'issue du Plan, il existe une réelle prise de conscience des acteurs, de la nécessité d'agir précocement chez l'enfant présentant des troubles mentaux ou de comportement.

Pourtant si le Plan a permis d'expérimenter différentes démarches en matière de repérage et de prise en charge précoce, il semble que les outils élaborés ont été insuffisamment diffusés pour permettre une réelle évolution des pratiques en la matière et que seuls, ils étaient insuffisants pour atteindre les objectifs escomptés. L'atteinte de ces objectifs ne pouvait d'ailleurs pas être mesurée puisque aucun dispositif n'a été mis en place pour connaître, par exemple, l'âge au

repérage et à la prise en charge, ou encore le devenir des enfants dépistés.. La perception reste que les avancées sont limitées.

La controverse issue des conclusions de l'expertise collective de l'INSERM relative aux troubles des conduites a favorisé l'attentisme. Le refus de dépistage, issu d'une confusion entre prise en charge précoce et répression de la délinquance doit être dépassée dans l'optique d'une intervention précoce dont tous les acteurs s'accordent à penser qu'elle permet, grâce à une prise en charge adaptée, une évaluation favorable permettant les acquisitions nécessaires à cet âge ».

Toutes ces recommandations parues donc dans les derniers jours de Novembre 2011 doivent servir de pistes pour les décisions que les services de l'ARS de Languedoc Roussillon doivent prendre ou accompagner : en cela elles serviront de lien, de transition, de « pont » entre l'ancien Plan et le Plan Psychiatrie et santé mentale que les pouvoirs publics prévoient de lancer au premier trimestre 2012.

Annexe

Annexe 1 : lettre de saisine



Direction : DOSA

Département : Soins Hospitaliers

Pôle :

Affaire suivie par : Olivier PUECH
Courriel : olivier.puech@ars.sante.fr

Téléphone : 04 67 07 21 73
Télécopie : 04.67.07.20.08

Réf. : DOSA/SH/OP/ 2011 N° 312
PJ :

Madame Annie PODEUR
Directrice Générale
Direction Générale de l'Offre de Soins
Ministère de la Santé et des sports
14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP

Date : Montpellier, le 21 FEV. 2011
Objet : Lettre de saisine

Madame la Directrice Générale,

J'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir saisir la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM) pour diligenter un audit sur la prise en charge des adolescents en grande difficulté psychique sur le territoire de santé de l'Hérault en région Languedoc-Roussillon.

Le Contexte

L'adolescence est une période de transition vers l'âge adulte, période difficile où la souffrance psychique peut s'exprimer plus fréquemment qu'à un autre moment de la vie et de façon plus violente (le suicide et les accidents représentent la première cause de mortalité chez les adolescents).

La prise en charge des adolescents en grande difficulté psychique peut devenir problématique et quelques cas concrets ont récemment mis à mal le dispositif existant en Languedoc Roussillon. Face à ce constat, le secteur sanitaire réclame des créations de lits. Cependant, la problématique de ces patients ne relève pas seulement d'une prise en charge en hospitalisation complète, mais plus largement d'un projet commun coordonné, impliquant le secteur sanitaire ambulatoire et hospitalier, ainsi que les secteurs médico-sociaux, sociaux, éducatifs voire judiciaires sans oublier les aidants naturels.

Les réseaux interinstitutionnels déjà mis en place se sont révélés souvent en difficulté face à des prises en charge multiples, avec des opérateurs qui n'ont pas les mêmes contraintes administratives et financières, ni la même finalité. Tout cela peut conduire à des trajectoires de prises en charge totalement chaotiques, très éloignées d'une réponse coordonnée face à la souffrance de ces adolescents.

ARS du Languedoc-Roussillon
26-28 Parc club du Millénaire – 1025, rue Henri Becquerel – CS30001 – 34067 Montpellier Cedex 2
Tél. : 04.67.07.20.07 – Fax : 04.67.07.20.08 – www.ars.languedocroussillon.sante.fr

La mission

L'ARS souhaite donc que soit menée une mission d'audit visant à mettre à plat, après identification des forces et faiblesses, l'organisation des structures de prise en charge des adolescents en grande difficulté psychique, existant sur le territoire de santé de l'Hérault, afin de proposer une meilleure prise en charge. L'audit devra faire l'éclairage sur l'opportunité de créer une unité de lits d'hospitalisation complète de pédopsychiatrie en secteur fermé pour adolescents face aux deux projets présentés par les CHU de Montpellier et le centre hospitalier de Béziers et dans le contexte de l'augmentation des lits de pédopsychiatrie du CHU de Nîmes.

La mission s'exercera sur le territoire de santé de l'Hérault.

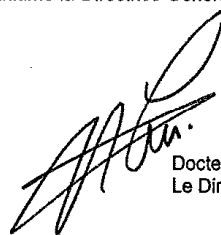
La mission pourrait être confiée à la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale qui, lors d'une rencontre préliminaire avec mes services, s'est montrée tout à fait disposée à aider l'ARS dans cette tâche.

La mission pourrait consister :

1. A mettre en évidence les forces et les faiblesses de la prise en charge des adolescents en grande difficulté psychique sur le territoire de référence grâce à :
 - La réalisation d'un état des lieux des structures, des associations, des professionnels ou de toute autre entité engagée dans la prise en charge des adolescents en grande difficulté.
 - La description, notamment par la réalisation d'entretiens avec les professionnels concernés, des coordinations existant ou non entre les structures, associations, professionnels et autres.
 - Le repérage des trajectoires de prise en charge.
2. A faire des propositions pour une meilleure prise en charge dans une vision globale, graduée et coordonnée, des adolescents en grande difficulté psychique.

La prestation de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM) est gratuite mais l'ARS assumera les frais de transport et l'hébergement de l'équipe qui interviendra. L'hôpital pivot de la mission pourrait être le CHU de Montpellier. Enfin, la durée nécessaire à la mise en œuvre et la réalisation de cette mission est estimée à 6 mois.

Je vous remercie et vous prie de croire, Madame la Directrice Générale, en l'assurance de ma considération distinguée.



Docteur Martine Aoustin
Le Directeur Général

Annexe 2 : lettre de mission



28 AVR. 2011

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

Direction générale de l'offre de soins

La directrice générale de l'offre de soins

Dossier suivi par :
Gérald ASTIER
Chargé de mission
Sous-direction de la régulation de l'offre de soins
Bureau des prises en charge post aigües,
pathologies chroniques
et santé mentale - R4
Tél. 01 40 56 58 91
geraldastier@sante.gouv.fr

à

Madame le Docteur Catherine ISSERLIS
Coordonnateur par intérim de la MNASM
Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale
5 avenue d'Italie
75013 Paris

DGOS-MERCURE - N° 2011/133419

Paris, le 21 AVR. 2011

Objet : Organisation de la prise en charge des adolescents en grande difficulté psychique dans le territoire de santé de l'Hérault.
Copie : DGCS / DGS / CNSA

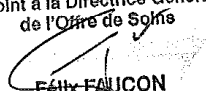
Dans le prolongement de la demande du Directeur de l'Agence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon en date du 21 février 2011, j'ai l'honneur de vous demander de conduire une mission d'appui et de conseil pour l'organisation de la prise en charge des adolescents en grande difficulté psychique dans le territoire de santé de l'Hérault.

Les 3 points suivants seront abordés :

1. Réaliser un état des lieux du dispositif existant de prise en charge, au sein du territoire de santé de l'Hérault, des adolescents en difficulté psychique. Au-delà de l'évaluation de l'apport des établissements de santé, l'approche de la mission intégrera l'examen des liens avec les actions menées par les acteurs médico-sociaux, éducatifs, et judiciaires.
2. Analyser l'opportunité de la création d'unités d'hospitalisation complète de pédopsychiatrie spécifique pour les adolescents difficiles proposées par le CHU de Montpellier et le Centre hospitalier de Béziers. La mission se prononcera sur la nécessité de prévoir une offre nouvelle de cette nature, en tenant compte de l'augmentation récente des lits du CHR de Nîmes et du travail actuel en réseau.
3. Proposer des actions permettant une meilleure prise en charge des adolescents en grande difficulté psychique dans une approche globale, graduée et coordonnée.

Pour l'accomplissement de cette mission, vous aurez la possibilité de rencontrer toutes les personnes concernées de votre choix et aurez accès à tous les documents nécessaires.

Je vous remercie de bien vouloir me remettre vos conclusions pour le mois d'octobre 2011. Le rapport établi par la Mission donnera lieu à une première analyse de l'ARS, qui identifiera les préconisations à mettre en œuvre ainsi que les indicateurs et les délais de réalisation, dans la perspective d'une évaluation de la mission à un an.

Le Chef de Service
Adjoint à la Directrice Générale
de l'Offre de Soins

Félix FAUCON

Annexe 3 : tables rondes

Table ronde 1

ARS du Languedoc-Roussillon Page 1 / 5 26-28 Parc club du Millénaire – 1025, rue Henri Becquerel – CS30001 – 34067 Montpellier Cedex 2 Tél. : 04.67.07.20.07 – Fax : 04.67.07.20.08 – www.ars.languedocroussillon.sante.fr

Département :Délégation Territoriale de l'Hérault

Affaire suivie par : Isabelle REDINI-MARTINEZ

Date : 23 novembre 2011

Objet : Compte-rendu de la table ronde Santé Mentale au CHU Lapeyronie avec la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM) : **SYNTHESE de la RENCONTRE**

Présents : (à compléter avec liste d'émargements avec MNASM)

Professeur Jean-Philippe BOULENGER, CHU,

Professeur Michèle MAURY, CHU,

Professeur Amaria BAGHDADLI, CHU,

Professeur Diane PURPER-OUAKIL, CHU,

Docteur Pierre RAYSSE, CHU,

Madame Florence MARGAILL, PHILADO,

Monsieur Claude ELDIN, CHU,

Docteur Olivier PUECH,

Madame J. MEYER, Cadre de santé,

Madame H. BOUDOU, Cadre de santé,

Madame M. BESNARD, Cadre de santé,

Madame X. LIMOUSI, Cadre socio-éducatif,

Docteur Véronique GONNIER,

Madame Isabelle REDINI-MARTINEZ, ARS DT-34,

Mademoiselle Murielle KORDYLAS, ARS LR,

Monsieur Jean-François AVRIL, ARS DT-34.

Echanges autour des « soins de proximité et soins de recours au CHU, de l'enfance au passage à l'âge adulte, pour le territoire de l'Hérault ».

La MNASM a rencontré largement les acteurs de la pédopsychiatrie sur le département de l'Hérault, tant offreurs que demandeurs de soins, afin d'analyser les forces, les faiblesses voire les offres en doublons du secteur.

Echanges entre la MNASM et le CHU :

Actuellement, le thème est centré sur une mission auprès des enfants mais le passage à l'âge adulte interroge, d'autant que le SROS a pour mission de redéployer les moyens.

L'hospitalisation des enfants et des adolescents est pour l'heure essentiellement portée par le CHU. Des rencontres ont lieu mais rien n'est organisé de façon institutionnelle, notamment pour veiller à

la meilleure orientation possible. En effet, des jeunes sont parfois hospitalisés dans les secteurs « adulte » dans des mauvaises conditions de prise en charge.

Il faut donc analyser la trajectoire du patient au sein du CHU. Le fonctionnement du Pôle est-il utile ? Impulse-t-il des dynamiques ? Une réorganisation des structures est cependant en cours au CHU, pour clarifier les filières de soin et les EPP.

Il existe de nombreuses autres formes de prise en charge que l'hospitalisation à temps complet au CHU. Mais le CHU reste le principal acteur de cette forme d'hospitalisation.

Il faut mettre en mouvement le système et unifier les règles de fonctionnement.

ARS du Languedoc-Roussillon Page 2 / 5 26-28 Parc club du Millénaire – 1025, rue Henri Becquerel – CS30001 – 34067 Montpellier Cedex 2 Tél. : 04.67.07.20.07 – Fax : 04.67.07.20.08 – www.ars.languedocroussillon.sante.fr

L'organisation des soins doit progresser.

Evocation du problème pour les patients : comment entre-t-on dans le système quand on est ado ? Comment se passe la transition au niveau psychiatrique de l'enfant à l'adulte ?

Il existe déjà des réunions de suivi pour des cas particuliers inter-équipes.

De plus, la montée en charge de la « Maison des ados » a diminué le recours à l'hospitalisation (les 8 lits ont un taux d'occupation de 30 à 40%) et le développement de l'hospitalisation de semaine il y a quelques temps. Mais la patientèle du Dr BRES est très spécifique : traitement en ambulatoire de l'adolescent en crise familiale. Est-ce la meilleure option ? Ne devrait-on pas augmenter les unités pour d'autres enfants ne trouvant pas de place ? D'ailleurs, la création d'un CMP il y a un an a réduit les hospitalisations dans le service du Dr BRES.

Toutes les hypothèses seront néanmoins confrontées à la baisse attendue des moyens.

Quelles sont donc les populations prioritaires : les ados ? La réflexion est-elle assez globale ? Les équipes traitant des ados ont un fonctionnement peut-être trop spécifique et ne sont pas prêtes à prendre des patients ayant d'autres troubles du comportement.

Encore beaucoup d'adolescents ayant des besoins échappent au système.

Problème des ados en grande difficulté.

Problème des adolescents handicapés non pris en compte actuellement.

La notion de la dimension de « territoire » doit également être plus présente.

Problème des délais de consultation.

Problème du manque de pédopsychiatres libéraux.

Problème de la surcharge de travail des équipes qui n'ont plus le temps de réfléchir en collaboration.

Voies de réflexion vers l'ARS avec le plan Autisme (par exemple) avec des adolescents et des adultes ayant besoin de soins : nécessité d'articuler avec le sanitaire, car problème souvent somatique au départ.

Problème des enfants en IME ou ITEP pour lesquels il n'y a plus de psychiatre : faut-il conventionner avec tous ces établissements ? Les conventions peuvent être de deux types : soit les IME mettent en commun les temps médicaux pour avoir un psychiatre partagé, soit ils peuvent mettre en place des conventions avec des engagements de fournir des prestations.

Problème du diagnostic difficile à poser pour les adolescents en crise reçus aux urgences.

Problème du manque de lits d'accueil de « crise » aux urgences psychiatriques pour une prise de recul.

Problème du manque de lits post-urgences pour des courts séjours d'évaluation, d'apaisement de l'épisode aigu et d'organisation de la prise en charge. Mais compte tenu de l'absence de création de places nouvelles : nécessité de transformer l'existant.

L'ARS a été destinataire du projet relatif à la création de Consultations d'accueil sans RDV pour les adolescents en crise qui ne passent pas par les urgences, accueil permettant d'élargir la psychiatrie de liaison, à restructurer vers un accueil de consultations rapides + consultations de transition jusqu'à la prise en charge en filière d'aval (projet existant à Paris).

Il faut envisager de faire évoluer les structures, faire changer les qualifications pour mieux accueillir les adolescents.

Existence des équipes mobiles dans le médico-social, à travailler avec le sanitaire.

Problème de l'autisme et des personnes handicapées : pas assez perçues par le territoire.

ARS du Languedoc-Roussillon Page 3 / 5 26-28 Parc club du Millénaire – 1025, rue Henri Becquerel – CS30001 – 34067 Montpellier Cedex 2
Tél. : 04.67.07.20.07 – Fax : 04.67.07.20.08 – www.ars.languedocroussillon.sante.fr

Table ronde 2

Compte rendu de la table ronde animée par la MNASM « **Le soin en santé mentale dans le territoire de l'Hérault de la naissance à l'adolescence** » le 23 novembre 2011 au CHU de Montpellier.

Les membres de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM) ont introduit la table ronde en expliquant qu'elle devait permettre de confronter les points de vue des différents acteurs présents afin d'identifier les difficultés dans la prise en charge des patients. Il s'agissait notamment de comprendre les points de blocage dans le passage d'une équipe à une autre, d'une structure à une autre lorsque les enfants grandissent.

Durant les débats, il a été souligné la faiblesse du nombre d'équipes de pédopsychiatrie sur le territoire de l'Hérault notamment par rapport à la croissance démographique de ce département. Ces équipes sont sur-sollicitées par les différents acteurs, ce qui leur laisse peu de temps pour mener à bien des actions de prévention par exemple.

Ces équipes sont sollicitées par les familles des enfants accompagnés et également par d'autres institutions comme l'Education nationale ou les services du Conseil général et la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) qui demandent des expertises médicales, des bilans, des certificats, des évaluations psychométriques ou des placements d'enfants ou d'adolescents dans des services ou des structures de pédopsychiatrie.

Si un trouble est décelé, comme un trouble de l'apprentissage par exemple, les pédopsychiatres soulignent également le temps important qui doit être consacré à expliquer à tous les acteurs qui se trouvent autour de l'enfant, à toute sa filière d'apprentissage, la nature du trouble. Dans un département important comme l'Hérault, les interlocuteurs ne sont jamais les mêmes et ce travail d'apprentissage doit être repris pour chaque enfant.

La charge de travail des services de pédopsychiatrie a des effets sur les rapports qu'ils entretiennent avec les autres institutions. Ainsi, ils ne peuvent pas répondre à toutes les sollicitations telles que celles des enseignants de l'Education nationale. Cela conduit à une distorsion des liens entre les institutions et laisse parfois les enseignants désemparés face aux difficultés qu'ils ont avec certains enfants qui présentent des troubles de l'apprentissage ou du comportement.

Malgré les problèmes rencontrés dans l'échange, le dialogue entre les institutions, les différents professionnels présents ont souligné la qualité des rapports qu'ils entretiennent de personne à personne.

Afin d'aboutir à une meilleure prise en charge des enfants et des adolescents, il faudrait pouvoir intervenir plus tôt auprès d'eux. Une meilleure articulation entre les professionnels, les structures de prise en charge, permettrait d'améliorer le suivi des enfants au passage entre les différents âges.

La discontinuité dans la prise en charge est particulièrement vraie pour les enfants très difficiles, car les services ne souhaitent pas toujours les accueillir dans la durée, ce qui conduit ces enfants à sortir rapidement du système de prise en charge sans solution pour la suite du suivi.

Le cloisonnement des services par tranches d'âges et non pas par pathologies pourrait également être remis en cause.

Le réseau Philado a été présenté comme un exemple qui pourrait servir de modèle à la création d'un réseau autour de la santé mentale pour les enfants plus jeunes. Un tel réseau serait un moyen de mieux coordonner les acteurs, de mieux articuler la prise en charge de façon à repérer très tôt les signaux d'alerte et à ne pas perdre de vue les enfants alors qu'ils grandissent. Une fois un tel réseau créé, il sera important de pouvoir évaluer ses effets concrets.

La formation des différents acteurs pourrait permettre de moins solliciter les équipes de pédopsychiatres. Cela pourrait concerner les différents professionnels de l'Education nationale mais aussi les médecins généralistes.

La répartition des professionnels sur le territoire permet de tisser des liens entre les acteurs et de créer des articulations entre les partenaires. Le maillage territorial facilite également l'accès aux soins, en évitant le temps et les couts de transport.

La télémédecine pourrait être une réponse partielle à ce problème de l'accès aux professionnels de la pédopsychiatrie. Elle permettrait à des médecins de pouvoir échanger sans pour autant avoir à se déplacer.

Table ronde 3

ARS du Languedoc-Roussillon 26-28 Parc club du Millénaire – 1025, rue Henri Becquerel – CS30001 – 34067 Montpellier
Cedex 2 Tél. : 04.67.07.20.07 – Fax : 04.67.07.20.08 – www.ars.languedocroussillon.sante.fr

Direction : DOSA/SH/GHC/Corinne Verhoeven : 04 67 06 21 20

Date : 25/11/2011

Objet : **compte-rendu table ronde n°3 / MNASM / 23 novembre 2011**

Le soin en santé mentale dans le territoire de l'Hérault de l'adolescence à l'âge adulte

Liste des présents

NOM	PRENOM	ETABLISSEMENT
ALAUZEN	ANNE	CONSEIL GENERAL
BASSEDE	JEAN	PAYS HAUTS LANGUEDOC VIGNOBLES
BEDOS	MARIE-CLAIRE	Maison des adolescents Hérault
DEVOCELLE	AGNES	CONSEIL GENERAL
GONNIER	VERONIQUE	CHU
HUDRY	CAROLE	Clinique La Lironde
LAMOULIE	CATHERINE	CHI Bassin de Thau
LEFRERE	NATHALIE	ASMO
MARGAILL	FLORENCE	PHILADO
PURPER-OUAKIL	DIANE	CHU
RAYSE	PIERRE	CHU
PUECH	OLIVIER	ARS
SABAS	SABINE	CHI Bassin de Thau
AZEMA	BERNARD	CREAI LR
AZAZ	J.	CHU
WALTER	MARYSE	CHU
CASTANG-FAFET	CAMILLE	IMPRO ST HILAIRE FLORENSAC
BRES	ROBERT	CHU
PAILOT	ANNICK	RESADOS
DELRANC	VALERIE	CLINIQUE LA LIRONDE
CHENELOT	PIERRE	PHILADO
VERHOEVEN	CORINNE	ARS
MARIAN	LAURENCE	ARS
PARADIS-GUENNOU	MARTINE	CHU
CAPDEVILLE	NADINE	CH BEZIERS
FOURSANS	SERGE	CH BEZIERS
AIGUESVIVES	CLAUDE	CH BEZIERS
JUHAN	PIERRE	MNASM
ISSERLIS	CATHERINE	MNASM
FREMY	DOMINIQUE	MNASM

1/ Question des lits d'hospitalisation complète pour adolescents sur le territoire

12 lits à la clinique La Lironde: taux d'occupation faible depuis plusieurs années expliqué par la gestion « privée » des lits (3 médecins libéraux de la clinique se partageaient les droits sur ces lits).

La directrice actuelle de la clinique explique les changements intervenus ces derniers mois :

- embauche de pédopsychiatres salariés concomitamment à la résiliation des droits des libéraux sur les lits,
- travaux du bâtiment,
- prise de contact avec les établissements de la filière d'aval notamment et contact à établir avec les établissements de l'amont,

en vue d'optimiser l'utilisation des 12 lits (taux d'occupation) mais aussi d'intégrer la clinique dans une logique de coopération publique/privée dans le cadre du réseau de prise en charge des adolescents.

Le Dr Aiguesvives fait part de son mécontentement quant à l'historique de la création de ces lits et de leur utilisation (il fait état d'un « passif très lourd »).

La MNASM pointe la légitimité qu'a aujourd'hui l'ARS pour suivre et vérifier l'évolution de la situation → les lits doivent être intégrés dans le réseau et pour cela, les médecins des 4 établissements de santé (clinique La Lironde, CHU de Montpellier, CH de Béziers et CHI du Bassin de Thau) doivent se rencontrer pour poser notamment les indications médicales (prise en charge en urgence, prise en charge de cas difficiles, ...) ; les administrations de ces établissements doivent être associées à la réflexion dès le départ.

La MNASM pointe également les possibilités d'hospitalisation qui existent dans les services du CHU (Dr Bres (jeunes adultes – hospitalisation longue – 9 lits) et Dr Batlaj (grands adolescents – séjours plus courts – 20 lits)) d'autant que depuis l'ouverture de la maison des adolescents, c'est elle qui s'occupera désormais du préventif. Le Dr Bres explique qu'il ne s'agit pas uniquement d'une question de places mais aussi de thérapeutique. Le Dr Isserlis précise qu'il n'est pas admissible que des adolescents qui ne peuvent être hospitalisés dans un de ces deux services se retrouvent en psychiatrie adulte.

2/ Prise en charge des adolescents sur le secteur de Sète

Il s'agit d'un travail de secteur qui permet d'être au plus près des acteurs (« ne pas faire attendre les adolescents et les familles »).

La prise en charge est principalement ambulatoire (HDJ). En cas d'urgence, un temps d'hospitalisation court peut se faire au service pédiatrie (pas de lit dédié au CHIBT). Les équipes de secteur passent tous les jours aux services des urgences et pédiatrique. Si besoin d'une hospitalisation plus longue, les équipes font appel aux services du CHU.

Partenariats importants avec notamment la PJJ et l'Education Nationale.

Dans la file active du CHIBT, peu d'adolescents présentent des troubles du comportement majeur (environ 3 par an).

3/ Position du Conseil Général

Chaque année, le Conseil Général de l'Hérault (CG 34) est confronté à environ 50 adolescents très difficiles présentant des manifestations particulièrement violentes, adolescents pour lesquels une hospitalisation pour la gestion de la crise s'avère nécessaire. Le CG 34 travaille avec les 3 établissements publics du département mais signifie un nombre de places insuffisants à Montpellier et une hospitalisation possible en pédiatrie à Béziers mais très compliquée (pas d'entrée en urgence). Le CG 34 est donc très intéressé pour travailler en collaboration avec la clinique La Lironde dans le cadre du réseau.

Ces adolescents très difficiles sont connus de tous les services y compris des deux réseaux de coordination. Le Dr Isserlis préconise une étude de ces cas et de leur parcours de vie pour comprendre où et à quel moment se situe la rupture. Les professionnels expliquent que chaque cas est individuel et chaque histoire différente. Le Dr Paradis précise qu'il s'agit dans tous les cas, de situations familiales extrêmement difficiles et complexes avec des parents qui le plus souvent présentent également des troubles psychologiques ou psychiatriques. Le Dr Azéma souligne la difficulté à construire des partenariats dans les grandes agglomérations (effet de taille) : la coordination doit être refaite pour chaque enfant.

Il est convenu de faire une revue des cas « difficiles » ASE mais aussi des succès Philado.

Mme Devocelle du CG 34 pointe également les délais d'accès aux soins dans les CMP et CMPP qui peuvent atteindre jusqu'à 2 à 3 mois pour une première consultation. Le 1^{er} RDV se fait donc souvent chez un psychiatre libéral (notamment dans l'Aude).

Le CG 34 souligne enfin le travail remarquable fait par les professionnels de l'ASMO (Accueil et Suivi en Milieu Ouvert) : il s'agit d'accompagner des jeunes exclus de tous les dispositifs, relevant des services de protection de l'enfance vers leur autonomie. L'ASMO propose pour ces jeunes de 17 à 21 ans, un hébergement individualisé en studio et un suivi spécialisé par une équipe pluri-professionnelle conjuguant un travail de soin, éducatif et d'insertion professionnelle.

4/ Etablissements de l'enfance inadaptée

Débat sur le rôle des ITEP dans la prise en charge de ces enfants très difficiles :

- « il faut accompagner les ITEP pour qu'ils puissent prendre en charge ces adolescents » ;
- « malgré les placements MDPH, les établissements « choisissent » les patients » ;
- « la situation évolue peu à peu ; les ITEP prennent tout de même des enfants difficiles mais selon des critères qui leur permettent de conserver un équilibre interne dans la thérapeutique de l'ensemble des patients ».

La MDPH de l'Hérault a mis en place un examen systématique des orientations non suivies d'effet : ce travail mérite d'être remarqué car il est rarement fait dans les autres départements.

Le CG 34 sollicite un arbitrage clair de la part de l'ARS qui doit mettre autour d'une table le Conseil Général, les établissements de l'enfance inadaptée et les établissements sanitaires. Il rappelle par ailleurs le rapport du CREAL qui pointait un manque d'environ 300 places dans les établissements de l'enfance inadaptée sur le département de l'Hérault.

S'agissant de la fermeture des ITEP les week-ends, le Dr Isserlis présente des organisations réussies dans d'autres départements :

- une garde est organisée au sein des ITEP (le week-end est alors un temps principalement de loisirs),
- recours à des placements familiaux thérapeutiques pour héberger les adolescents le week-end,
- mise de place d'une structure multi partenariale.

Le Dr Azéma et les professionnels de l'unité de traitement de l'autisme adulte de Clapiers rappellent le cas des autistes ou déficients intellectuels qui présentent également des troubles mentaux et pour lesquels il est quasi impossible de trouver une place pour un temps d'hospitalisation. De plus, quid des autistes de 16 ans et 1 jour qui passent en psychiatrie adulte (cet âge est la règle pour les patients présentant des troubles autistiques).

Conclusion

Les acteurs doivent poursuivre la réflexion et se mettre autour d'une table pour trouver des trajectoires, des solutions de placement, d'hospitalisation, ... pour l'ensemble des difficultés évoquées.