

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2008 –

**« LES CONDITIONS D'ACCES AU SYSTEME DE
SOINS EN PEDOPSYCHIATRIE :
*A Rennes le cas d'une unité mobile de prise en
charge*»**

– Groupe n°19 –

- Marie-Laurence BACON (IASS)
- Marjorie BARSOTTI (IASS)
- Catherine BARTHE-MONTAGNE (D3S)
- Catherine BEAU (MISP)
- Agnès GAUDILLAT (IASS)
- Jeannine HEWARD (DS)
- Laëtitia LAMOLIE (D3S)
- Corinne LATOUR (D3S)
- Timothée MANTZ (EDH)
- Jacky SAUZEAU (DS)
- Nicolas VANTOUROUT (D3S)

Animateur Pierre JUHAN

Sommaire

Préambule	1
Introduction	3
1 L'ÉQUIPE MOBILE A VISEE PREVENTIVE, UN DISPOSITIF NOVATEUR DIFFICILE A EVALUER.....	7
1.1 Les équipes mobiles de pédopsychiatrie, une réponse novatrice aux besoins des adolescents	7
<i>1.1.1 L'équipe mobile de pédopsychiatrie, un concept récent à la genèse progressive....</i>	<i>7</i>
<i>1.1.2 Un dispositif qui s'inscrit dans les orientations nationales et régionales pour la prise en charge des troubles mentaux chez les adolescents.....</i>	<i>8</i>
1.2 L'équipe mobile à visée préventive, une pratique récente difficile à évaluer	10
<i>1.2.1 L'équipe mobile de bain de Bretagne présente de fortes spécificités... ..</i>	<i>10</i>
<i>1.2.2 Ce qui rend l'évaluation délicate</i>	<i>12</i>
2 UN PREMIER BILAN QUALITATIF SEMBLE POURTANT METTRE EN AVANT LE BIEN FONDE DE CES DISPOSITIFS INNOVANTS :	13
2.1 Premières années de fonctionnement : un bilan positif	13
<i>2.1.1 Un accès aux soins facilité</i>	<i>13</i>
<i>2.1.2 Une réponse à la problématique de la non-demande</i>	<i>15</i>
<i>2.1.3 Un dispositif de prévention primaire et secondaire</i>	<i>15</i>
2.2 Une mise en place qui ne va pas sans quelques difficultés de fonctionnement	16
<i>2.2.1 Un partenariat insuffisant avec le médecin traitant.....</i>	<i>16</i>
<i>2.2.2 Un financement encore morcelé et parfois précaire</i>	<i>17</i>
<i>2.2.3 Des actions insuffisamment coordonnées pouvant nuire à la lisibilité et à l'efficacité du dispositif.....</i>	<i>18</i>
<i>2.2.4 Un outil complémentaire du secteur</i>	<i>18</i>

3	LES CONDITIONS DE DEVELOPPEMENT DES EQUIPES MOBILES : PROPOSITIONS.....	19
3.1	A court terme, définir un cadre règlementaire pour l'action des équipes mobiles.....	19
3.1.1	<i>Au niveau national : définir un socle commun de fonctionnement</i>	20
3.1.2	<i>Au niveau territorial : inscription dans la politique régionale.....</i>	22
3.2	A moyen terme, afin de renforcer la légitimité des équipes mobiles préventives, il reste indispensable de renforcer leur évaluation.....	23
3.2.1	<i>Renforcer les connaissances sur la problématique de la non demande</i>	23
3.2.2	<i>Proposition d'une méthode d'évaluation</i>	23
3.2.3	<i>Mettre en place les instruments d'une autoévaluation</i>	24
	Conclusion.....	25
	Bibliographie.....	27
	Liste des annexes	Erreur ! Signet non défini.

R e m e r c i e m e n t s

Tout d'abord, nous remercions Monsieur Pierre JUHAN, membre permanent de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM), d'avoir accompagné notre travail et pour ses éclairages pertinents qui nous ont permis de cultiver le sens du travail en équipe sans perdre de vue les objectifs poursuivis.

Ensuite, nous remercions les équipes de l'unité mobile de Bain de Bretagne, du CPOA de Sainte-Anne, de l'espace adolescents du CH de Gonesse et de l'unité Arthur Rimbaud au CH du Rouvray pour la disponibilité témoignée lors de nos enquêtes et la qualité de leur accueil. Ces équipes et les réponses qu'elles ont données à nos nombreuses questions ont favorisé notre compréhension de la problématique ainsi que le cheminement de notre réflexion collective.

Par ailleurs, nous tenons également à remercier les responsables du module interprofessionnel à l'EHESP pour leur travail préparatoire ainsi que leur aide logistique et organisationnelle qui a permis à notre travail de se dérouler dans les meilleures conditions possibles.

Liste des sigles utilisés

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ASH : Actualités Sociales Hebdomadaires

ASH : Agent de Service Hospitalier

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CREDOC : Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie

CH : Centre Hospitalier

CMP : Centre Médico-Psychologique

CPOA : Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil

CS : Cadre de santé

DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale

DGS : Direction Générale de la Santé

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DREES : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

DSSA : Dispositif Spécifique de Soins aux Adolescents

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

ENA : Ecole Nationale d'Administration

ENSP : Ecole Nationale de Santé Publique

EPS : Etablissement Public de Santé

EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale

ERIC : Equipe Rapide d'Intervention et de Crise

HDJ : Hôpital de Jour

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INSERM : Institut National des Statistiques des Etudes et de la Recherche Médicale

MDA : Maison Des Adolescents

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MIP : Module Inter professionnel

MNASM : Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDAM : Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

PH : Praticien hospitalier

PMI : Protection Maternelle Infantile

PMSI : Programme Médicalisé des Systèmes d'Information

PRSP : Plan Régional de Santé Publique

SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence

SEIPA : Soins Etudes et Insertion Pour Adolescents

SROS III : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de 3ème génération

TED : Troubles Envahissants du Développement

TS : Tentatives de suicide

UNAFAM : Union Nationale des Amis et Famille de Malades Psychiques

UNASEA: Union Nationale des Associations de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence

Préambule

La session du Module InterProfessionnel de santé publique (MIP) est un moment essentiel de la formation des cadres dirigeants au sein de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP). Elle réunit les futurs inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, médecins inspecteurs de santé publique, directeurs d'hôpital, directeurs des soins et directeurs d'établissement sanitaire social et médico-social.

Lors de la préparation de ce travail il nous a été proposé de travailler sur les équipes mobiles en pédopsychiatrie à partir du cas de l'équipe mobile du secteur de Bain de Bretagne rattachée au Centre Hospitalier (CH) Guillaume Rénier à Rennes. Le travail visait à évaluer si: «La mobilité d'une équipe soignante par son principe même (action en amont de la crise éventuelle), par sa composition (équipe constituée de divers métiers) et par son réseau de correspondants, est de nature à réduire – ou non – le recours à l'hospitalisation, à en réduire la durée, et à réduire la probabilité de ré-hospitalisations indues ».

Lors des entretiens effectués par notre groupe de travail, nous avons rencontré diverses équipes de pédopsychiatrie agissant sur le mode de la mobilité. Assez rapidement nous avons pu rencontrer des difficultés à recueillir des éléments chiffrés tangibles de comparaison entre ces équipes en raison de leurs différences de fonctionnement, de territoires d'implantations et de philosophie sous-tendant leurs pratiques.

Monsieur Pierre JUHAN, animateur du groupe de travail, conscient des difficultés rencontrées, nous a donc suggéré de retravailler la problématique au vu des entretiens effectués et de la littérature étudiée. Cette redéfinition a pour but de contribuer efficacement à la question de l'évaluation des équipes mobiles en secteur infanto-juvénile et ainsi de faire évoluer la réflexion et les futurs travaux sur le sujet.

La nouvelle problématique utilise pleinement les informations qualitatives recueillies lors des entretiens avec les équipes de pédopsychiatrie et leurs responsables. Elle vise notamment, comme l'avait suggéré notre animateur, à mettre en avant les difficultés d'évaluation d'une innovation thérapeutique en psychiatrie.

La problématique telle que nous la reformulons, en accord avec M. Pierre JUHAN, est la suivante :

La question est donc de savoir dans quelle mesure il est possible, en l'état actuel des choses, d'évaluer l'impact de la création de ces équipes sur la prévention, l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge des adolescents souffrant de troubles mentaux.

Ce travail se veut une contribution concernant la mobilité en psychiatrie infanto-juvénile à partir de l'étude de l'unité mobile de Bain de Bretagne et d'une photographie de quatre situations différentes.

Notre méthodologie s'est donc appliquée dans un premier temps à mieux cerner le sujet par l'étude de la documentation produite sur les équipes mobiles et le cadre général de la psychiatrie infanto-juvénile en France. Ensuite nous avons produit une grille d'entretien¹ avec pour objectif de recueillir des informations comparables entre l'unité mobile de prise en charge de Bain de Bretagne et les autres équipes rencontrées. Nous avons utilisé cette grille lors des rencontres avec quatre équipes de psychiatrie infanto-juvénile. Cette étape nous a permis de prendre conscience de la difficulté d'une évaluation comparative chiffrée.

L'exploitation de la phase d'enquête de terrain, à partir d'une grille d'analyse², nous a permis non seulement de pointer les différences et les points communs entre les services mais aussi de repérer les potentialités et les insuffisances exprimées par chacun.

Enfin, au vu de la problématique retravaillée, il nous a été possible de construire ensemble un travail écrit structuré et d'harmoniser les productions écrites des membres du groupe.

Notons ici qu'un des enseignements essentiels du MIP reste pour nous la collaboration entre des élèves issus de secteurs divers et aspirant à des fonctions différentes. Le respect de la parole de chacun n'a pas empêché une coopération efficace et un travail productif. Les notions de compromis et de négociation sont essentielles dans les fonctions de cadre dirigeant. Ce module est à ce titre une expérience forcément positive, riche d'enseignements et formatrice.

¹ Annexe 2

² Annexe 3

Introduction

La prise en charge des troubles mentaux chez les adolescents constitue un véritable enjeu de santé publique. L'OMS prévoit que la morbidité imputable aux troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent passera de 10% en 1990 à 15% en 2020. Les troubles mentaux deviendraient alors l'une des cinq principales causes de maladie chez l'enfant et d'adolescent³. En France, un enfant sur huit souffre ou souffrira d'un trouble mental. Sur les 4 millions de 15-19 ans, plus de 198 000 souffrent de troubles anxieux et plus de 127 000 de dépression⁴. De plus ces troubles sont souvent plus graves chez l'adolescent que chez l'adulte. Le suicide constitue ainsi la deuxième cause de mortalité des 15-24 ans, avec près de 600 décès annuels⁵.

Ainsi, bien que la très grande majorité des 5 millions d'adolescents que compte la France se porte bien⁶, l'adolescence, que le Haut Comité de Santé Publique définit comme « un statut social proche de celui de l'enfance »,⁷ qui se présente comme « l'épanouissement d'un enfant en un adulte afin qu'il devienne acteur responsable de son parcours personnel, civique, professionnel, familial [...] »⁸, s'accompagne parfois d'une souffrance psychique importante. Cette période qui s'étend de 11 à 18 ans de manière stricte ou de 11 à 25 ans de manière large⁹ (on s'en tiendra cependant à la définition stricte¹⁰) est également celle durant laquelle apparaissent des troubles psychiatriques sévères tels que la schizophrénie.

Les problèmes de santé mentale sont d'ailleurs plus larges que « les troubles psychiatriques, qui se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères et à des actions thérapeutiques ciblées », ils comprennent « la détresse psychologique

³ INSERM, *Expertise collective*, 2003

⁴ Jourdain-Menninger, Danièle, Strohl-Maffesoli, Hélène (2003), *Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrants de troubles psychiatriques*, Rapport n° 2004 027, IGAS, p. 10

⁵ *Présentation du plan « Santé des Jeunes »*, Dossier de presse, Ministère de la santé de la jeunesse et des sports, février 2008, p. 24

⁶ JOYEUX, H., RUFO, M., *Santé, adolescence et famille, Rapport préparatoire à a conférence de la famille 2004*, p. 6

⁷ Ibid., p. 14

⁸ Ibid., p14

⁹ Il n'existe pas de définition commune des âges que recouvre l'adolescence.

¹⁰ Cette définition est notamment celle retenue par l'OMS, le rapport des Pr. Joyeux et Rufo et correspond également à la population ciblée par les équipes mobiles étudiées.

réactionnelle qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles »¹¹ et plus largement à tous les troubles psycho-environnementaux.

Aussi, il convient d'apporter une attention particulière aux troubles mentaux chez les adolescents. D'autant que si ces troubles sont graves, ils sont également réversibles lorsqu'ils sont pris en charge correctement¹². Il est donc important que les adolescents puissent accéder à des soins de qualité quand ils souffrent de troubles mentaux avérés. Il est également essentiel que le diagnostic et la prise en charge de ces troubles soient les plus précoces possibles¹³.

Les orientations nationales en pédopsychiatrie ont d'ailleurs insisté dès l'origine sur la nécessité de renforcer l'accès aux soins. L'instauration, sur le modèle de la psychiatrie générale, de la sectorisation en psychiatrie infanto-juvénile¹⁴ en 1974¹⁵ avait pour objectif la mise en place d'actions concertées permettant une prise en charge précoce et globale, tout en maintenant l'enfant dans son milieu familial. C'est ainsi que les centres médico-psychologiques (CMP) installés au plus proche du domicile du patient ont été pensés comme le pivot du système¹⁶.

Cet objectif perdure aujourd'hui, car 97% des adolescents suivis en psychiatrie font l'objet d'une prise en charge ambulatoire¹⁷. Seuls 3% des adolescents suivis sont hospitalisés. Le nombre de lits d'hospitalisation complète a d'ailleurs été divisé par trois

¹¹ Ministère de santé, de la jeunesse et des sports, *Psychiatrie et santé mentale, 2005-2008*, p. 3 : «La santé mentale comporte trois dimensions : la santé mentale positive qui recouvre l'épanouissement personnel, la détresse psychologique réactionnelle qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles, et les troubles psychiatriques qui se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères, à des actions thérapeutiques ciblées et qui correspondent à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants ».

¹² Jourdain-Menninger, Danièle, Strohl-Maffesoli, Hélène (2003), *Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrants de troubles psychiatriques*, Rapport n° 2004 027, IGAS, p.23

¹³ « Ainsi, si on diagnostique bien plus volontiers des schizophrénies aux Etats-Unis qu'en Europe, on y constate aussi que dix ans plus tard, la moitié d'entre elles sont guéries », Rapport n° 2004 027, IGAS, p.23

¹⁴ Un secteur de psychiatrie infanto-juvénile correspond à trois secteurs de psychiatrie générale. Il existait en 2000 320 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Les disparités de moyens et d'activité sont très importantes d'un secteur à l'autre.

¹⁵ Circulaire DGS/892/MS 1 du 9 mai 1974

¹⁶ Selon le Dr. Serge HEFEZ le secteur est « une organisation de soin et de prévention des maladies psychiatriques entre des lieux de consultation dans la cité au plus proche du domicile des patients. Ce sont des lieux baptisés Centres Médico- Psychologiques (CMP) qui deviennent le pivot de la prise en charge. Elle désigne à la fois une zone géographique et le dispositif de soin en pathologie mentale ». Concrètement ce dispositif est organisé en accueil ambulatoire (CMP), de prise en charge à temps partiel (hôpital de jour, Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel et hôpital de nuit) et de prise en charge à temps complet (CHS, CHR, CHG, HAD, accueil familial thérapeutique).

¹⁷ COLDEFY M., SALINES E., « Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000 » in *Etudes et Résultats*, N° 341, DREES, septembre 2004, p.3

entre 1986 et 2000¹⁸. Parallèlement le secteur de psychiatrie infanto-juvénile doit faire face à une demande croissante. Le nombre d'adolescents pris en charge a augmenté de 70% en 15 ans.

Pourtant le système de psychiatrie infanto-juvénile accorde encore une place insuffisante aux adolescents. En effet, si la circulaire du 9 mai 1974 a mis en place la sectorisation en psychiatrie infanto-juvénile, elle n'a pas défini les limites d'âge bornant l'entrée dans le système. Le décret du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation a simplement fixé à 16 ans la limite d'âge inférieur pour les personnes susceptibles de faire appel au secteur de psychiatrie générale.

Les adolescents se situent donc à la charnière entre la psychiatrie infanto-juvénile et la psychiatrie générale et peuvent souvent être hospitalisés dans un secteur comme dans l'autre¹⁹. Leur prise en charge n'est pas toujours optimale, même si de nombreuses unités dédiées à l'accueil des adolescents ont été créées. Les lacunes persistantes de la prise en charge des troubles mentaux chez l'adolescent sont d'ailleurs pointées de manière récurrente : un diagnostic souvent trop tardif, un accès aux soins encore difficile, un manque de continuité dans les soins²⁰.

Face à ce double enjeu, d'un côté les besoins croissants des adolescents, et de l'autre la prise en compte insuffisante par le système psychiatrique, une forme nouvelle de prise en charge est apparue au cours des cinq dernières années. Des équipes mobiles de psychiatrie infanto-juvénile se sont créées avec pour objectif d'aller au devant des adolescents, d'apporter une réponse à leurs besoins spécifiques et de constituer ainsi une alternative à l'hospitalisation. Elles se veulent légères et réactives et se déplacent là où le besoin se fait sentir.

L'une de ces équipes a été créée à Rennes en novembre 2005 sur le secteur de Bain de Bretagne qui dépend du CH Guillaume Régnier. Ces équipes semblent constituer une innovation thérapeutique intéressante et il est donc important d'en évaluer les résultats, notamment dans la perspective d'un développement de ces dispositifs. Cependant cette évaluation se révèle difficile de par leur hétérogénéité, leurs objectifs et leurs modalités de

¹⁸ Ibid., p.7

¹⁹ D'autant que certains services de psychiatrie générale accueillent parfois des adolescents âgés de moins de 16 ans. Ainsi au CH du Rouvray, les services de psychiatrie adultes acceptent d'accueillir des adolescents dès l'âge de 14 ans et 30 adolescents de moins de 16 ans y étaient hospitalisés en 2007.

²⁰ Voir par exemple les rapports de l'IGAS sur la prévention des troubles psychiatriques chez les adolescents, le rapport d'information du Sénat du 3 avril 2003 ou encore le rapport préparatoire à la conférence de la famille 2004

fonctionnement. De plus elles sont encore jeunes et leur impact n'est pas encore toujours totalement perceptible.

La question est donc de savoir dans quelle mesure il est possible, en l'état actuel des choses, d'évaluer l'impact de la création de ces équipes sur la prévention, l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge des adolescents souffrant de troubles mentaux.

L'analyse partira du cas de l'équipe mobile de Bain de Bretagne, qui présente d'importantes spécificités, mais s'appuiera également sur la comparaison avec d'autres équipes mobiles et des unités fixes de secteur.

Des équipes mobiles de psychiatrie infanto-juvénile se sont mises en place progressivement afin d'apporter une réponse innovante aux besoins des adolescents (1.1). Leur très grande hétérogénéité et leur relative jeunesse rendent aujourd'hui difficile l'évaluation de leurs résultats (1.2). Néanmoins, un premier bilan qualitatif semble mettre en avant leur bien-fondé (2.1), malgré quelques difficultés de fonctionnement (2.2). S'il est envisageable de développer ces équipes mobiles à court terme à partir d'un socle juridique commun de fonctionnement (3.1), à moyen terme, il reste indispensable, afin de conforter leur légitimité, de renforcer leur évaluation (3.2).

1 L'ÉQUIPE MOBILE A VISEE PREVENTIVE, UN DISPOSITIF NOVATEUR DIFFICILE A EVALUER

1.1 Les équipes mobiles de pédopsychiatrie, une réponse novatrice aux besoins des adolescents

Inspirées d'expériences pionnières en soins palliatifs et en gérontologie, des équipes mobiles font leur apparition en psychiatrie. Novatrices et s'appuyant sur les orientations nationales et régionales en santé mentale, certaines prennent en charge la souffrance psychique des préadolescents et des adolescents.

1.1.1 L'équipe mobile de pédopsychiatrie, un concept récent à la genèse progressive

L'apparition de la mobilité des équipes : les domaines pionniers

Afin de développer la proximité et de favoriser la réactivité de l'intervention, des équipes ont inventé des solutions nouvelles basées sur la mobilité. Inspirées par les anciennes pratiques de la visite à domicile et par les méthodes du Samu social (avec mise en place d'équipes mobiles fin 1993), des initiatives se sont depuis développées dans les domaines de la gériatrie et des soins palliatifs²¹. Dans le domaine de la psychiatrie, des initiatives en faveur des personnes en situation de précarité voient le jour dès 1995.

Ces équipes se déplacent et assurent des consultations, des permanences, des rencontres dans différents lieux, affirmant la dimension sociale de la prise en charge globale de l'individu.

Leur efficacité est désormais prouvée pour le dépistage des personnes fragiles, dans la régulation de leur parcours, favorisant ainsi une meilleure prise en charge et un accompagnement ciblé.

Une première expérience d'équipe mobile en psychiatrie : ERIC

La mobilité des équipes est aussi apparue progressivement en psychiatrie. Déjà dans les années soixante-dix des équipes mobiles de psychiatrie sont mises en places aux Etats-Unis et notamment à New-York²². D'autres pays européens expérimentent également

²¹ Loi du 9 juin 1999 relative aux soins palliatifs et à l'accompagnement.

²² RUFO M, 2007, *La vie en désordre, Voyage en adolescence*, Paris, Edition Anne Carrière

ce type de dispositif à l’instar de l’Irlande, du Royaume-Uni, malgré des résultats mitigés et une faible pérennité²³.

En France la première équipe mobile en psychiatrie s’est créée en 1994 à l’hôpital Charcot à Plaisir (78). Cette expérience s’inscrit dans la continuité de la sectorisation qui avait posé les principes de proximité, d’accessibilité, de continuité des soins²⁴. Cette Equipe Rapide d’Intervention de Crise (ERIC) se présente comme une structure mobile d’urgence psychiatrique. Disponible 24 heures sur 24 et 365 jours par an, elle a pour objectif d’offrir une alternative à l’hospitalisation en intervenant au moment de l’urgence, en amont de l’entrée du patient et en impliquant activement l’entourage. Elle permet d’enclencher les relais nécessaires à une prise en charge adaptée.

Les résultats obtenus ont mis en évidence que les soins ambulatoires constituent une alternative efficace à l’hospitalisation et incitent au développement d’équipes mobiles intervenant dans les situations de crise. En effet, à court terme, les patients pris en charge par ERIC présentent un taux d’hospitalisation plus faible et une durée d’hospitalisation beaucoup plus courte que ceux pris en charge dans un secteur conventionnel²⁵.

1.1.2 Un dispositif qui s’inscrit dans les orientations nationales et régionales pour la prise en charge des troubles mentaux chez les adolescents

Une prise en charge qui montre ses limites

La souffrance psychique des adolescents est actuellement au cœur du débat public. Pourtant faute d’une réelle coordination, et d’un manque de structures dédiées aux adolescents, son diagnostic demeure encore trop tardif²⁶. Les délais d’attente sont encore trop importants. Le délai minimum d’attente pour un premier rendez-vous est évalué à plus d’un mois dans 55% des secteurs et à plus de trois mois dans 16% des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile²⁷. Enfin la prise en compte de la non demande de soins des adolescents reste encore insuffisamment développée. Il n’est pas rare, en effet, que les adolescents soient dans le déni de leurs difficultés ou le refus de soins, cette attitude

²³ Entretien avec l’équipe mobile de Bain de Bretagne

²⁴ Circulaire n° 443 du 16 mars 1972 ; circulaire DGS/892/MS 1 du 9 mai 1974 ; circulaire DGS/DH n°70 du 11 décembre 1992

²⁵ Bronchard M., Kannas S., Robin M., (2008), « *Ambulatory care provision versus first admission to psychiatric hospital : 5 years follow up* », in *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*

²⁶ Jourdain-Menninger, Danièle, Strohl-Maffesoli, Hélène (2003), *Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrants de troubles psychiatriques*, Rapport n° 2004 027, IGAS,

pouvant être considérée comme trouvant sa place dans le trouble mental lui-même. Par conséquent, ils ne se tournent pas vers les équipes soignantes et médicales.

Orientations de la politique de santé mentale

Face à ces difficultés, les orientations nationales et régionales cherchent à renforcer et à mieux structurer la prise en charge des adolescents. A ce titre, la circulaire du 4 janvier 2005²⁸ a créé les Maisons des Adolescents, qui vise à faciliter l'accès aux soins des adolescents en regroupant dans une structure unique l'ensemble des professionnels concernés. Pour accentuer cette nouvelle dynamique, les mesures du Plan Santé jeunes²⁹ visent à créer des équipes mobiles adossées aux Maisons des adolescents pour intervenir sur le terrain. Il semble en effet nécessaire, pour prendre en charge les adolescents qui ont des difficultés à formuler clairement une demande de soins, de développer des initiatives innovantes³⁰. En ce sens, l'IGAS, dans son rapport de 2003 incite au développement des alternatives à l'hospitalisation et propose notamment à la mise en place d'équipes d'interventions à domicile³¹.

Ces orientations sont déclinées dans le volet psychiatrique du SROS III. Par exemple, le SROS de Bretagne souligne la nécessité de coordination des intervenants au sein d'équipes pluridisciplinaires, rappelant notamment que la prévention est la meilleure stratégie.

Naissance des équipes mobiles de pédopsychiatrie

C'est dans ce contexte que se sont mises en place les premières équipes mobiles de psychiatrie infanto-juvénile. La première a été créée en 2003 dans le département du Nord rattachée à l'EPSM de Lille Métropole. Une autre a vu le jour en novembre 2005 sur le secteur de Bain de Bretagne en Ille et Vilaine. Ces équipes pluridisciplinaires ont pour principe d'aller vers les adolescents dès les premiers signes alarmants de souffrance pour assurer des consultations hors des lieux de soins conventionnels et dédramatiser la crise de l'adolescent.

²⁷ COLDEFY M., SALINES E., « Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000 » in *Etudes et Résultats*, N° 341, DREES, septembre 2004, p.8

²⁸ Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, **Lettre circulaire CAB/FC/D/12871 du 4 janvier 2005 relative à la création de maisons des adolescents**

²⁹ Plan Santé des jeunes, Ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports, Communiqué de presse du 27 février 2008

³⁰ VERSINI D, *Adolescents en Souffrance. Plaidoyer pour une véritable prise en charge*, République Française, Rapport thématique 2007, Défenseure des enfants

³¹ Op. Cit. Proposition 19, p. 100

1.2 L'équipe mobile à visée préventive, une pratique récente difficile à évaluer :

Une équipe du Centre Hospitalier Guillaume Régnier a développé un dispositif de prise en charge spécifique pour les préadolescents et adolescents, qui comporte un réseau préadolescence / adolescence, un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), et depuis novembre 2005, une équipe mobile psychosociale de soins et de soutien. Cette équipe présente de fortes spécificités par rapport aux autres unités étudiées : l'espace adolescents du CH de Gonesse³², le CPOA de l'hôpital Sainte-Anne³³ et l'unité mobile pour adolescents du CH du Rouvray³⁴ que nous avons rencontrés³⁵³⁶ ainsi que l'unité mobile de l'EPSM de Lille Métropole. Cela rend donc l'évaluation comparative de leurs résultats difficile.

1.2.1 L'équipe mobile de bain de Bretagne présente de fortes spécificités...

Des approches et des objectifs différents :

La spécificité de l'équipe mobile de Bain de Bretagne est de répondre avant tout à la non demande. Elle a deux missions principales : d'une part prévenir l'apparition et le développement des troubles mentaux chez les adolescents, d'autre part favoriser leur accès aux soins au sein d'un territoire marqué par la ruralité. En effet, le chef de service considère qu'il est nécessaire d'intervenir en amont de toute situation à risques, car le travail autour des jeunes patients relève à son avis d'une responsabilité individuelle, incombant aux soignants.

En cela l'équipe mobile bretonne se distingue à la fois des structures fixes de secteur et des autres équipes mobiles de psychiatrie infanto-juvénile, implantées dans des secteurs urbains. En effet, l'espace adolescents et le CPOA s'inscrivent dans une logique de soins, de même que l'équipe de Lille qui intervient en cas de crise. L'équipe mobile

³² Le CH de Gonesse est un EPS qui a créé une unité de psychiatrie spécifique pour adolescents

³³ Le CPOA est un service d'urgence sanitaire régional ayant une unité mobile de prise en charge de la crise pour adolescent.

³⁴ Le CH de Rouvray est un EPSM ayant une unité mobile pour adolescent accueillis en psychiatrie générale

³⁵ L'ensemble des éléments statistiques, concernant l'organisation ou le fonctionnement des équipes contenus dans cette partie proviennent des entretiens réalisés et des documents recueillis auprès des équipes par le groupe lors de la phase d'enquête de terrain, hormis les éléments concernant l'équipe mobile de l'EPSM de Lille, tirés de la littérature. Ils sont repris dans la grille d'exploitation des entretiens jointe en annexe 3.

³⁶ Voir Annexe 1 : liste des entretiens

pour adolescents du Rouvray, quant à elle, a pour but d'améliorer la qualité des soins pour les adolescents hospitalisés au sein des services pour adultes du CH.

Une population suivie hétérogène

Prenant en charge la non demande, l'équipe de Bain de Bretagne est confrontée principalement à des problématiques psychosociales relevant plus de la santé mentale que de la psychiatrie au sens strict. Deux pathologies principales ont pu être repérées : des dépressions masquées surtout chez les 10-14 ans (pour 50%) et des conduites d'agression répétées (pour 50% également). Les enfants ayant une pathologie psychiatrique sont pris en charge très tôt par la pédopsychiatrie et sont peu rencontrés par l'équipe mobile.

A l'inverse, les autres unités accueillent essentiellement des adolescents souffrant de troubles sévères. L'espace adolescent de Gonesse accueille des adolescents souffrant notamment de névroses, d'états limites et victimes de maltraitance. Le CPOA reçoit 20% de psychotiques aigus, 20% d'adolescents ayant fait une tentative de suicide et 60% présentant des conduites addictives. Les adolescents hospitalisés au Rouvray sont soit malades depuis la petite enfance ou en phase de décompensation psychotique, soit ayant des difficultés sociales lourdes. Cependant, les patients souffrant de troubles psychiatriques lourds sont en majorité (57%).

Des trajectoires divergentes

Seuls 50% des adolescents suivis par l'équipe de Bain de Bretagne nécessitent la mise en place d'un relais. L'essentiel de ces adolescents est ensuite orienté vers les CMP. Aucun adolescent n'a fait l'objet d'un suivi en hôpital de jour et seules 4 hospitalisations ont été réalisées en trois ans sur 250 patients traités. L'équipe mobile s'inscrivant dans la prévention, elle ne rencontre que peu d'adolescents souffrant de troubles nécessitant une hospitalisation. Elle se différencie en cela des autres unités étudiées. En effet, au CPOA 40% des adolescents accueillis font ensuite l'objet d'une hospitalisation et à hauteur de 16% des adolescents rencontrés par l'équipe mobile de Lille³⁷.

³⁷ Garçin, V. (2006) « Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, EPSM Lille-Métropole, France », in *Troubles du comportement et adolescence. Problématiques d'accès aux soins et modalités de réponses nouvelles*, Société française de psychologie, Elsevier SAS

L'origine de la demande

L'équipe mobile bretonne intervient à 95% à la demande des établissements scolaires. En effet, elle a sensibilisé l'ensemble des personnels de ces établissements au repérage des adolescents en souffrance et leur a appris à déceler le moindre changement brusque de comportement qui peut en témoigner.

Les autres équipes, quant à elles interviennent principalement à la demande de professionnels de santé ou du secteur social. Les adolescents accueillis au CPOA et à l'espace adolescent de Gonesse sont adressés en majorité par des psychiatres, des pédiatres, l'aide sociale à l'enfance (ASE) et la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ). Le CPOA est également directement sollicité par les familles dans un certain nombre de cas. L'intervention de l'équipe lilloise se fait exclusivement à la demande de professionnels de santé³⁸.

1.2.2 Ce qui rend l'évaluation délicate

Limites de l'approche comparative

En raison des fortes spécificités de l'équipe mobile de Bain de Bretagne, il est difficile d'évaluer ses résultats en s'appuyant sur leur comparaison avec ceux obtenus par les autres équipes étudiées. En particulier, son objectif de prévention la conduisant à prendre en charge peu d'adolescents souffrant de troubles nécessitant une hospitalisation, la comparaison avec les résultats des autres équipes étudiées ne permet pas de dire si l'action de cette équipe mobile constitue une véritable alternative à l'hospitalisation.

Des approches théoriques différentes

Il existe en psychiatrie différentes approches théoriques sur lesquelles se fondent les pratiques des équipes. Aussi la notion de mobilité des équipes ne fait pas l'unanimité au sein de la communauté médicale. D'une part, certains praticiens estiment qu'on ne peut vraiment parler de prévention primaire en psychiatrie. Agir sur les facteurs de risque pourrait conduire à psychiatriser des difficultés sociales. De ce fait, le concept de non demande n'est pas reconnu par tous. D'autre part, l'approche systémique qui est fondée sur la prise en compte des interactions entre le patient et son environnement, et sur laquelle repose l'action des équipes mobiles, se distingue de l'approche psychanalytique qui s'appuie sur le repérage du mécanisme psychogène à l'origine d'un trouble. Pour les

³⁸ Ibid.: 72 % des demandes d'intervention émanent des services de pédiatrie des centres hospitaliers du secteur et 28 % proviennent des centres de santé mentale du secteur.

tenants de cette approche, la rencontre avec les patients dans leur environnement familial risquerait de nuire à la qualité du dialogue entre eux et le thérapeute.

Par conséquent, évaluer l'action d'une équipe agissant dans le champ de la santé mentale revient à porter un jugement sur l'approche théorique qui la sous-tend. Cela rend cette évaluation d'autant plus délicate.

Limites de l'approche objectifs-résultats

La création récente des équipes ne permet pas d'avoir un recul suffisant sur l'efficacité chiffrée des dispositifs. Le système d'évaluation est encore peu développé et les effets thérapeutiques en psychiatrie s'apprécient sur le long terme, surtout dans le domaine de la prévention. Par exemple, l'équipe de Bain de Bretagne estime ainsi qu'il est trop tôt pour que son action ait pu conduire à une diminution du nombre de tentatives de suicide chez les adolescents de son secteur.

2 UN PREMIER BILAN QUALITATIF SEMBLE POURTANT METTRE EN AVANT LE BIEN FONDE DE CES DISPOSITIFS INNOVANTS :

A l'heure actuelle, il est difficile d'évaluer de manière quantitative l'apport de l'équipe mobile de Bain de Bretagne. Pourtant, la rencontre avec les professionnels exerçant au sein des différentes unités étudiées permet de mettre en avant de nombreux bénéfices tirés de la mise en place d'équipes mobiles en psychiatrie infanto-juvénile.

2.1 Premières années de fonctionnement : un bilan positif

Au regard des premières expériences mises en œuvre, la création d'unités mobiles semble avoir permis d'apporter une réponse à plusieurs difficultés rencontrées par les adolescents dans leur contact avec la psychiatrie. Elles facilitent notamment l'accès aux soins en permettant, particulièrement pour l'équipe de Bain de Bretagne, une prise en compte de la non-demande, et semblent jouer un rôle de prévention primaire et secondaire.

2.1.1 Un accès aux soins facilité

Elargissement du recrutement

La création d'unités mobiles s'est systématiquement accompagnée d'une forte et rapide augmentation de la file active. Ceci semble témoigner de l'existence d'un besoin, auparavant non satisfait, de prise en charge des adolescents et auquel les unités mobiles apportent une réponse.

Ainsi, le nombre d'adolescents rencontrés par l'équipe de Bain de Bretagne a rapidement augmenté au cours de ses deux premières années de fonctionnement. Il est passé de 69 en 2006 à 82 en 2007³⁹. A ce jour près de 250 adolescents ont ainsi été reçus⁴⁰.

De plus, la totalité des adolescents reçus par l'équipe de Bain de Bretagne sont des primo-arrivants. Ce sont ceux qui ont eu, à l'occasion de leur prise en charge par l'unité mobile, leur premier contact avec le système psychiatrique. La création de l'unité mobile a donc permis d'amener vers les soins plus de 200 enfants qui auparavant n'avaient fait l'objet d'aucune évaluation, ni d'aucune prise en charge au sein du système de soins en psychiatrie.

La tranche d'âge des 15-17 ans a été la deuxième la plus accueillie par l'équipe en 2006 (19 sur 69) et la première en 2007 (55 sur 105)⁴¹. Les adolescents âgés de 15 ans et plus sont souvent sous-représentés dans le recours aux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile⁴². La mobilité de l'équipe de Bain de Bretagne semble avoir permis d'amener ces jeunes vers les soins.

De même, la création du Dispositif Spécifique de Soins aux Adolescents (DSSA) au sein de l'EPSM de Lille, auquel appartient l'unité mobile, s'est accompagnée d'une très forte et rapide augmentation de la file active. Le nombre d'adolescents rencontrés a augmenté de façon exponentielle depuis la création de l'équipe passant de 58 en 2004 à 197 en 2005, soit une augmentation de 240%⁴³.

La mobilité des équipes semble donc avoir permis d'élargir considérablement le recrutement et d'amener un nombre important d'adolescents en souffrance à un premier contact avec le système de soins en psychiatrie.

Réduction des délais d'attente

La création des équipes mobiles apporte également une réponse aux importants délais d'attente constatés dans de nombreux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. En effet, toutes les équipes mobiles ont en commun de s'être fixé des délais maximum d'interventions. L'unité mobile de Bain de Bretagne s'engage ainsi à répondre dans les 48

³⁹ A cela, viennent s'ajouter 23 adolescents avec qui le contact a eu lieu exclusivement par téléphone, ce qui porte le total à 105 dossiers.

⁴⁰ Statistiques fournies par l'équipe mobile de Bain de Bretagne

⁴¹ Ibid.

⁴² COLDEFY M., SALINES E., « Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000 » in *Etudes et Résultats*, N° 341, DREES, septembre 2004

⁴³ GARÇIN, Vincent, « Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, EPSM Lille-Métropole, France », in *Troubles du comportement et adolescence. Problématiques d'accès aux soins et modalités de réponses nouvelles*, Société française de psychologie, 2006, Elsevier SAS

heures aux sollicitations des médiateurs. Celle de l'EPSM de Lille, quant à elle, intervient toujours dans un délai maximum de 24 heures. Au CH du Rouvray, l'unité mobile intervient également dans les délais les plus courts possibles. Ainsi leur intervention permet d'assurer un premier contact rapide des adolescents avec une équipe médicale et soignante.

2.1.2 Une réponse à la problématique de la non-demande :

L'unité mobile de Rennes apporte une réponse efficace à la problématique de la non-demande de soins chez les adolescents. Son intervention permet justement bien souvent de dépasser cette non-demande et d'amener les adolescents à exprimer la volonté d'une prise en charge. Ainsi l'unité mobile de Bain de Bretagne a pu constater que lorsque l'adolescent ne semblait pas au début exprimer de demande de soins, très rapidement, au bout de quelques contacts, notamment téléphoniques, entre lui, sa famille, et l'équipe, la demande était alors clairement formulée. Il est rare qu'au bout d'une dizaine de contacts avec la famille, l'adolescent n'accepte pas un suivi.

L'accompagnement de l'adolescent et de sa famille par l'unité mobile, rendu possible par son réseau de correspondants et par sa mobilité, apporte donc une réponse efficace au problème de la non-demande de suivi des adolescents en assurant un véritable « accrochage thérapeutique »⁴⁴ tout en favorisant la requalification des familles.

Ce résultat rejoint d'ailleurs ceux constatés par d'autres équipes qui ont mis en place des consultations où elles accueillent et accompagnent des parents d'adolescents souffrant de troubles mentaux, qui sont soit dans le déni soit dans le refus de soins. Elles avaient également constaté qu'au bout de quelques mois de contact avec la famille (6 mois au maximum), « la consultation porte ses fruits » et l'adolescent accepte une prise en charge⁴⁵.

2.1.3 Un dispositif de prévention primaire et secondaire :

L'équipe de Bain de Bretagne a un rôle de prévention et agit plus dans le champ de la santé mentale que de la psychiatrie au sens strict. En conséquent les pathologies rencontrées nécessitent moins souvent une hospitalisation et l'intervention de l'équipe ne

⁴⁴ GARÇIN, Vincent, « Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, EPSM Lille-Métropole, France », in *Troubles du comportement et adolescence. Problématiques d'accès aux soins et modalités de réponses nouvelles*, Société française de psychologie, 2006, Elsevier SAS

⁴⁵ Jourdain-Menninger, Danièle, Strohl-Maffesoli, Hélène (2003), *Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrants de troubles psychiatriques*, Rapport n° 2004 027, IGAS, p. 72

constitue pas en soi une alternative à l'hospitalisation. Néanmoins, il semble que par son action très en amont l'équipe de Bain de Bretagne permette de prévenir la dégradation de certaines situations qui auraient pu déboucher sur une hospitalisation. L'équipe de Bain de Bretagne estime ainsi, même s'il lui est difficile de le quantifier, que son intervention a permis d'éviter un certain nombre d'hospitalisation et qu'elle joue un rôle important de prévention primaire.

De même l'équipe de l'EPSM de Lille semble obtenir des résultats importants en terme de prévention primaire et secondaire. Ainsi l'augmentation du nombre d'adolescents rencontrés et d'interventions réalisées par l'équipe du DSSA d'Armentières ne s'est pas accompagnée d'une augmentation proportionnelle du nombre d'hospitalisations. Le taux d'hospitalisation est resté stable, autour de 16%⁴⁶. L'intervention précoce de l'équipe semble avoir permis de limiter le recours à l'hospitalisation.

Les équipes mobiles contribuent donc à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des adolescents en souffrance psychique. Les équipes qui viennent de mettre en place une unité mobile⁴⁷ ou ont prévu de le faire⁴⁸ en attendent d'ailleurs un parcours de soins moins chaotique pour les adolescents et une qualité des soins accrue.

2.2 Une mise en place qui ne va pas sans quelques difficultés de fonctionnement

Des rencontres réalisées avec des équipes mobiles récemment créées, ou en cours de constitution, et de l'étude de résultats d'autres unités mobiles existantes, il ressort néanmoins certaines difficultés de fonctionnement et certaines limites à l'impact de leur intervention. En particulier, le travail de coopération n'est pas toujours encore pleinement opérationnel, et leur financement reste incertain. De plus, l'intervention de l'unité mobile, si elle peut constituer dans certains cas une alternative à l'hospitalisation, ne peut intervenir systématiquement en lieu et place de celle-ci.

2.2.1 Un partenariat insuffisant avec le médecin traitant

L'un des principaux apports des équipes mobiles est d'élargir le réseau de correspondants en particulier avec les établissements scolaires. A l'inverse, la coopération

⁴⁶ GARÇIN, Vincent, « Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, EPSM Lille-Métropole, France », in *Troubles du comportement et adolescence. Problématiques d'accès aux soins et modalités de réponses nouvelles*, Société française de psychologie, 2006, Elsevier SAS

⁴⁷ CH du Rouvray

avec les médecins traitants est pour l'instant peu développée, alors même que ceux-ci sembleraient être demandeurs. L'ensemble des médecins généralistes du secteur de Bain de Bretagne et de l'EPSM de Lille a par exemple demandé à ce que ce dispositif leur soit présenté (ce qui a été fait par l'équipe de Bain de Bretagne)⁴⁹.

Le nombre d'interventions réalisées à la demande du médecin traitant est faible, tant pour l'équipe mobile de Bain de Bretagne⁵⁰ que pour celle de l'EPSM de Lille. Ainsi, les interventions réalisées par l'équipe de l'EPSM de Lille à la demande d'un médecin traitant ne représentent que 1,3% du total des interventions⁵¹.

2.2.2 Un financement encore morcelé et parfois précaire

Pour l'instant, il n'existe pas de financement institutionnel des équipes mobiles de pédopsychiatrie. Les sources de financement des équipes qui existent déjà ou se mettent en place, sont encore diverses et morcelées.

Ainsi, l'unité mobile de Bain de Bretagne a été financée par trois sources différentes. Tout d'abord, l'essentiel du financement a été assuré par le redéploiement des moyens d'un hôpital de jour dont la création était prévue mais pour lequel l'unité ne disposait pas de locaux. Par ailleurs, le véhicule permettant à l'équipe d'intervenir au plus près des adolescents, qui constitue la spécificité de l'équipe de Bain de Bretagne, a quant à lui, été financé par des fonds issus de l'Opération Pièces Jaunes. Enfin, pour améliorer la prise en charge des adolescents et renforcer la continuité des soins, l'équipe mobile a souhaité mettre en place un dispositif de suivi téléphonique des adolescents qu'elle avait pris en charge. Ce dispositif, essentiel à l'évaluation de l'action de l'équipe mobile, n'a pu voir le jour que grâce à des fonds privés qui ont permis de financer à hauteur de 50% le poste de psychologue nécessaire à son fonctionnement.

A l'inverse, l'unité mobile pour adolescents mise en place au sein du CH du Rouvray a été financée grâce à des moyens supplémentaires accordés par l'ARH.

⁴⁸ Espace adolescent du CH de Gonesse

⁴⁹ Ibid.

⁵⁰ Entretien avec l'équipe mobile de Bain de Bretagne

⁵¹ GARÇIN, Vincent, « Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, EPSM Lille-Métropole, France », in *Troubles du comportement et adolescence. Problématiques d'accès aux soins et modalités de réponses nouvelles*, Société française de psychologie, 2006, Elsevier SAS

L'absence de moyens fléchés pour la création de ces unités mobiles de psychiatrie-infanto juvénile peut constituer un obstacle à leur développement. En effet, bien que ces équipes soient moins coûteuses que des structures conventionnelles, elles nécessitent un financement important, notamment en raison de leur pluridisciplinarité qui impose un large recrutement.

2.2.3 Des actions insuffisamment coordonnées pouvant nuire à la lisibilité et à l'efficacité du dispositif

Les expériences d'équipes mobiles de psychiatrie se multiplient. Ainsi, à l'occasion du congrès national des équipes mobiles de psychiatrie organisée à Lille en mars 2008, près de 50 expériences ont été recensées⁵².

Le foisonnement de ces expériences semble se dérouler parfois sans véritable prise en compte de l'existant et peut induire un manque de coordination avec les autres acteurs de l'adolescence. L'articulation entre les équipes mobiles qu'il est prévu d'adosser aux Maisons des Adolescents et qui sont déjà en place dans un certain nombre de secteurs et les équipes mobiles de psychiatrie infanto-juvénile rattachées au secteur n'est pas encore véritablement définie. Là où une équipe mobile, adossée à la Maison des adolescents, et une équipe mobile dépendant du secteur coexistent, la coopération semble parfois encore hésitante.

De même, la coordination et le travail en partenariat entre les équipes mobiles nouvellement créées et les structures préexistantes dans le champ de l'adolescence (points écoute jeunes...) semble encore relativement peu développée et n'est pas formalisée. Or, cette multiplication de dispositifs ayant parfois les mêmes objectifs et la même population cible est plutôt de nature à complexifier le fonctionnement du système de prise en charge des troubles mentaux chez les adolescents et donc à en rendre l'accès plus difficile.

2.2.4 Un outil complémentaire du secteur

Les équipes mobiles ne peuvent pas remplacer le secteur. Elles sont simplement un nouveau maillon dans la chaîne, un interface entre le demandeur et le dispositif de soins. S'il semble que l'intervention des équipes mobiles est de nature, en raison de son action très en amont, à désamorcer certaines crises et d'éviter dans un certain nombre de cas

⁵² Congrès national des équipes mobiles de psychiatrie, *Des perspectives nouvelles pour les adolescents*, 27–28 mars 2008, LILLE-Métropole d'Armentières (Nord), www.psychiatrie-enfant-adolescent.com.

l'hospitalisation, elle ne saurait être considérée comme une alternative systématique à l'hospitalisation.

En effet, l'hospitalisation, de l'avis même des responsables des équipes mobiles rencontrées, reste parfois indispensable. Il y aura, en effet, toujours besoin, pour certains adolescents, d'un espace de soins intensifs permettant également d'assurer une rupture avec l'environnement familial.

L'équipe mobile de psychiatrie infanto-juvénile se présente donc bien comme un outil complémentaire du secteur et son action n'a de sens et d'efficacité que dans la mesure où elle vient s'appuyer sur les structures existantes de ce dernier. A ce titre, elle les renforce en permettant une meilleure orientation des patients et une meilleure préparation de l'hospitalisation lorsqu'elle nécessaire.

3 LES CONDITIONS DE DEVELOPPEMENT DES EQUIPES MOBILES : PROPOSITIONS

Le premier bilan tiré des expériences en cours a permis, malgré quelques difficultés de fonctionnement, de mettre en avant la plus value que représentent les équipes mobiles en pédopsychiatrie. Il est donc souhaitable de favoriser leur développement par la définition d'un socle réglementaire commun. Celui-ci devra cependant aller de pair avec un renforcement de l'évaluation de l'action des équipes mobiles.

3.1 A court terme, définir un cadre réglementaire pour l'action des équipes mobiles

Afin de développer les unités mobiles en pédopsychiatrie, il semble indispensable de définir, dans un premier temps, un cadre réglementaire à leur action et de favoriser leur déploiement sur le territoire avec des moyens pérennes. Cette incitation au développement des équipes mobiles devrait être déclinée au niveau régional.

3.1.1 Au niveau national : définir un socle commun de fonctionnement

S'inspirant de la circulaire relative à la mise en œuvre des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie en faveur des personnes en situation de précarité⁵³, un texte pourrait encadrer le fonctionnement des équipes mobiles de psychiatrie infanto-juvénile dans le respect de la diversité des pratiques. Ce texte devrait en particulier définir la notion d'équipe mobile de psychiatrie infanto-juvénile, sur la base d'un socle commun de fonctionnement, et en prévoir leur financement.

Proposition 1 : Définir la notion d'équipe mobile de psychiatrie infanto-juvénile

L'enquête a mis en évidence deux types d'actions et trois finalités distinctes : la prévention et l'accès aux soins d'une part et le soin de l'autre. Deux définitions sur la base d'un raisonnement commun seront donc nécessaires pour permettre de prendre en compte la réalité des pratiques. Les actions étant complémentaires, la possibilité de mettre en place les deux modalités d'intervention doit pouvoir être envisagée.

Le texte pourrait retenir les propositions de définition suivantes :

- Les équipes mobiles : Sont nommées **équipes mobiles de psychiatrie infanto juvénile**, les équipes pluridisciplinaires ayant une action hors de leur service, soit en faveur de l'utilisateur du service précité, soit en faveur d'un autre usager n'appartenant pas au service.
- Les équipes mobiles à visée préventive : Sont nommées **équipes mobiles proactives de psychiatrie infanto juvénile**, les équipes mobiles ayant une action hors des lieux de soins afin d'aller à la rencontre des adolescents souffrant de difficultés d'ordre psychologique. Les équipes mobiles proactives visent à repérer le plus tôt possible les adolescents présentant des troubles de la santé mentale et à les orienter vers la structure la mieux adaptée afin de prévenir l'aggravation de ces troubles.
- Les équipes mobiles à visée de soins : Sont nommées **équipes mobiles réactives de psychiatrie infanto juvénile**, les équipes mobiles ayant une action soit intérieure à un établissement de santé, soit extérieure sur la base d'un besoin immédiat de prise en charge thérapeutique. Elles ont pour but de répondre à

⁵³ Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie

la demande de soins et le cas échéant de coordonner la prise en charge thérapeutique de l'adolescent avec leurs partenaires.

Proposition 2 : Définir un socle commun de fonctionnement

Les équipes mobiles existantes présentent un certain nombre de points communs. Le texte pourrait s'en inspirer pour définir un socle commun de fonctionnement. Il devrait s'articuler autour de trois axes principaux : la pluridisciplinarité des équipes, la réactivité et le fonctionnement en réseau.

En effet, la pluridisciplinarité est présentée comme un atout pour favoriser la prise en charge globale de l'adolescent et offrir des réponses complémentaires entre elles. Les équipes mobiles de psychiatrie infanto-juvénile devraient donc être composées à minima de médecins pédopsychiatres, de psychologues, d'infirmiers, de travailleurs sociaux. Cette composition minimale pourrait être complétée par la présence d'ergothérapeutes ou de psychomotriciens en fonction des besoins rencontrés.

Le pédopsychiatre dirigera et animera l'équipe mobile. Leur expertise est un atout indispensable qui doit continuer à s'exprimer dans les fonctions d'encadrement et de promotion de bonnes pratiques professionnelles. Les assistants sociaux et les éducateurs spécialisés, de par leur formation et leur expérience faciliteront les contacts avec les jeunes. Dans l'objectif de favoriser et d'améliorer l'accès aux soins en santé mentale, la présence d'infirmiers reste indispensable. Les psychologues semblent à même de répondre à la prise en charge thérapeutique globale des adolescents présentant des difficultés psychiques.

Afin de valoriser cette pluridisciplinarité, les interventions de l'équipe mobile devraient systématiquement être réalisées par un binôme afin de permettre la pluralité des regards.

La réactivité devrait être l'une des caractéristiques principales des équipes mobiles. L'intervention des équipes mobiles pourrait donc être encadrée par des délais maxima de réponse aux demandes de leurs partenaires, par exemple 48 heures. Afin de répondre au plus grand nombre de demandes possibles, la prise en charge assurée par les équipes mobiles doit aussi être limitée dans le temps, par exemple entre 2 et 15 interventions auprès du même adolescent. Ce temps doit permettre l'évaluation et si nécessaire l'orientation de l'adolescent vers la structure la plus adaptée.

C'est pourquoi le fonctionnement en réseau devrait être au cœur de l'action des équipes mobiles, afin de favoriser la continuité des soins et la prise en charge globale des adolescents. L'équipe mobile doit être un interface entre un large réseau de partenaires en amont et en aval de l'intervention. Pour formaliser ce rôle d'interface, des conventions devraient être signées a minima avec les établissements scolaires, l'ASE, la PJJ.

Dans ce cadre, le texte devrait aussi s'attacher à clarifier les liens entre les équipes mobiles de psychiatrie infanto juvénile et les équipes mobiles intégrées dans les Maisons des Adolescents prévues par le plan Santé Jeunes⁵⁴. La maison des adolescents est avant tout un lieu d'écoute et leurs équipes mobiles s'inscrivent dans ce modèle. Appartenant au champ de la psychiatrie, les équipes mobiles de psychiatrie infanto-juvénile gardent pleinement leur place dans leur rôle de prévention, de repérage et de soins des adolescents ayant des troubles de la santé mentale.

Proposition 3 : Prévoir un financement

Un financement spécifique et pérenne des équipes mobiles de psychiatrie infanto juvénile devra être précisé. L'hétérogénéité des financements actuels ne garantit pas la pérennité des équipes existantes et rend difficile la création de nouvelles équipes. L'inscription de la dépense au sein de l'ONDAM hospitalier pourrait être une solution à ces difficultés de financement et favoriser l'émergence d'équipes sur l'ensemble du territoire.

3.1.2 Au niveau territorial : inscription dans la politique régionale

Proposition 4 : Inscrire les équipes mobiles au SROS

Comme le préconise l'IGAS, les structures mobiles nécessitent d'être inscrites aux SROS⁵⁵. D'une part, ceci permettra d'identifier ces unités et leurs typologies d'interventions (préventif ou curatif). D'autre part, l'inscription au SROS précisera leurs besoins et leurs moyens humains et matériels. Elle favorisera également l'implantation des

⁵⁴ Plan Santé des Jeunes – Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports – Présentation du mercredi 27 février 2008 – Paris

⁵⁵ Jourdain-Menninger, Danièle, Strohl-Maffesoli, Hélène (2003), *Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrants de troubles psychiatriques*, Rapport n° 2004 027, IGAS, p. 100

équipes mobiles de psychiatrie infanto-juvénile dans les territoires où elles sont les plus pertinentes, par exemple en milieu rural ou dans les zones où la démographie médicale est défavorable.

3.2 A moyen terme, afin de renforcer la légitimité des équipes mobiles préventives, il reste indispensable de renforcer leur évaluation

Le recueil des éléments d'information sur l'activité des équipes mobiles en psychiatrie infanto juvénile pourrait permettre, au niveau national, d'avoir une évaluation de leur plus value et de leur pertinence suivant leur zone d'implantation.

3.2.1 Renforcer les connaissances sur la problématique de la non demande

Proposition 5 : *Réaliser des études épidémiologiques pour quantifier l'ampleur de la non demande*

Le concept de non demande divise encore la communauté psychiatrique. Afin de renforcer la légitimité de l'action d'équipes mobiles intervenant sur la non demande, il conviendrait de réaliser les études épidémiologiques permettant de quantifier l'ampleur de cette non demande chez les adolescents.

3.2.2 Proposition d'une méthode d'évaluation

Proposition 6 : *Renforcer l'évaluation de la valeur ajoutée des équipes mobiles*

Il reste à moyen terme indispensable de renforcer l'évaluation des équipes mobiles en pédopsychiatrie, en particulier de celles à visée préventive dont l'impact ne se fait sentir que dans le temps. Il conviendrait d'en mesurer l'impact sur l'accès aux soins, la prévention des problèmes psychiatriques sévères et des crises suicidaires, la réduction du recours à l'hospitalisation et la continuité des soins.

L'évolution des indicateurs suivants pourrait pour cela être analysée dans les secteurs où intervient une unité mobile de prise en charge:

- i. Accès aux soins :
 - nombre d'adolescents primo-arrivants pris en charge par l'unité mobile au cours d'une année,

- délai moyen pour un 1^{er} rendez-vous
- ii. Prévention des problèmes psychiatriques sévères et crises suicidaires
 - nombre de tentatives de suicides enregistrées au cours d'une année,
 - nombre de passages d'adolescents aux urgences psychiatriques du secteur au cours d'une année
- iii. Réduction du recours à l'hospitalisation :
 - Durée moyenne de séjour des adolescents hospitalisés suite à une prise en charge par l'équipe
 - Taux de réhospitalisation des adolescents accueillis par l'équipe
- iv. Continuité des soins :
 - Nombre de suivis préconisés/nombre de suivis effectifs au cours d'une année

3.2.3 Mettre en place les instruments d'une autoévaluation

Les équipes mobiles existantes devraient d'ores et déjà s'attacher à réaliser une auto-évaluation de leur pratique. Pour cela il semble indispensable de mettre en place des outils de suivis du devenir des patients pris en charge ainsi qu'un dossier patient informatisé. Ces enquêtes de suivi devraient être complétées par des enquêtes de satisfaction des patients et de leur famille ainsi que de l'ensemble des partenaires ayant recours à l'équipe mobile (établissements scolaires, PJJ, ASE, professionnels de santé...). Celles-ci permettront de mesurer la pertinence de l'action de l'équipe mobile et l'inciteront à ajuster en permanence ses pratiques.

Conclusion

Ainsi il a été possible de réaliser, à partir de la phase d'enquête de terrain, une première évaluation qualitative de l'apport des équipes mobiles en pédopsychiatrie. Le bilan de leurs premières années de fonctionnement montre que les bénéfices tirés de leur création dans la prise en charge des adolescents sont nombreux : meilleur accès aux soins et prise en charge de la non demande notamment. La définition d'un socle commun de fonctionnement et la mise en place d'un financement pérenne, associées à une évaluation renforcée, devraient permettre d'augmenter encore la plus value.

Pourtant l'évaluation n'est pas complète. Les résultats en termes de prévention de l'équipe de Bain n'ont ainsi pu être quantifiés. L'évaluation butte en particulier sur l'hétérogénéité des pratiques et des objectifs qui rendent délicate la comparaison des résultats quantitatifs obtenus par les différentes équipes. Les difficultés rencontrées soulignent que si l'évaluation de l'innovation thérapeutique et des pratiques médicales est essentielle, elle semble aussi particulièrement délicate en psychiatrie où la décision thérapeutique s'appuie non seulement sur la situation du patient mais aussi sur l'école théorique à laquelle appartient chaque praticien.

Les équipes mobiles devraient donc être amenées à constituer un maillon supplémentaire dans la filière de prise en charge des adolescents présentant une souffrance psychique. Leur développement permettra de repérer le plus tôt possible ces adolescents et de les orienter vers une prise en charge adéquate. C'est bien avant tout un rôle d'interface que les équipes mobiles devraient jouer. Elles ne sont pas un dispositif alternatif au secteur et à l'hospitalisation, mais un complément. L'innovation thérapeutique ne doit pas méconnaître l'existant, mais au contraire chercher à le renforcer.

Bibliographie

Textes réglementaires

- Annexe XXIV du **décret n° 56-284 du 9 mars 1956** *relative aux conditions techniques d'agrément des établissements privés pour enfants inadaptés.*
- **Circulaire du 15 mars 1960** *relative à la politique de secteur en matière de lutte contre les maladies mentales.*
- **Circulaire n°443 du 16 mars 1972** *relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents*, Journal officiel de la République Française du 21 avril 1972 p.4209
- Ministère de la santé publique et de la sécurité sociale, **Circulaire DGS/892/MS 1 du 9 mai 1974** *relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique infanto-juvénile*, Bulletin Officiel de la Santé et de la Sécurité Sociale n°30 du 21 juillet 1974
- **Circulaire du 14 mars 1985** *relative aux orientations de la politique de santé mentale met l'accent sur l'intérêt du dispositif de prise en charge consacré aux enfants et aux adolescents.*
- **Décret du 14 mars 1986** *relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation*
- Ministère de la santé et de l'action humanitaire, **Circulaire DGS/DH n°70 du 11 décembre 1992** *relative aux Orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents*
- Ministère de la santé et de la protection sociale., **Circulaire n°517/DHOS/01/DGS/DGAS du 28 octobre 2004** *relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent*
- Ministère des solidarités, de la santé et de la famille, **Lettre circulaire CAB/FC/D/12871 du 4 janvier 2005** *relative à la création de maisons des adolescents*
- **Circulaire DHOS/O/DGAS/A/B n° 2001-521 du 23 novembre 2005** *relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.*
- Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, *Lettre relative aux appels à projets dans le cadre du programme Maisons des Adolescents.* Tranche 2008 – 21 novembre 2007

Plans

- *Plan Santé des Jeunes*, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, Présentation du mercredi 27 février 2008 – Paris
- *Plan Régional de Santé Publique : La Bretagne en santé 2006-2010*, Préfecture de région Bretagne
- *Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008*, Ministère des solidarités, de la santé et de la famille
- *Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) 2006-2010*. ARH Bretagne Mars 2006

Ouvrages

- LONCLE P, 2003, *L'action publique malgré les jeunes. Les politiques de jeunesse en France depuis 1870 à 2000*, Paris, Editions L'Harmattan
- RUFO M, 2007, *La vie en désordre, Voyage en adolescence*, Paris, Edition Anne Carrière

Rapports

- IGAS, *Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques*, Rapport n°2004 027 présenté par Danièle Jourdain-Menninger et Hélène Strohl-Maffesoli, Membres de l'Inspection générale des affaires sociales, Février 2004
- MINISTERE DELEGUE A LA FAMILLE, *Rapport préparatoire à la Conférence de la famille 2004, Santé, adolescence et familles*, Président Marcel Rufo, Rapporteur Henri Joyeux
- OMS, *Rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale des enfants et adolescents*, janvier 2005
- SENAT, *Rapport d'information fait au nom de la commission des Affaires sociales et du groupe d'études sur les problématiques de l'enfance et de l'adolescence sur l'adolescence en crise* par Mr Jean-Louis Lorrain, Sénateur, avril 2003
- VERSINI D, *Adolescents en Souffrance. Plaidoyer pour une véritable prise en charge*, République Française, Rapport thématique 2007, Défenseure des enfants

Mémoires

- GAUCHE M, 1994, *L'accueil spécifique des adolescents dans le dispositif de soins en santé mentale*, Mémoire MISP, ENSP

- MIP, 2000, *Les conduites suicidaires chez les adolescents : rôle et place des acteurs de l'école dans un réseau de gestion de crise et de prévention*, EHESP Rennes

Articles

- BELLIVER F, DEVYNCK C, KANNAS S, POCHARD F, ROBIN M, 1999, « Alternatives à l'hospitalisation et intervention de crise », *in Annales Médico-psychologiques* n°1
- BRONCHARD M, KANNAS S, ROBIN M, 2008, "Ambulatory care provision versus first admission to psychiatric hospital : 5 years follow up", *in Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*
- CHOCARD A-S, MALKA J. et al, 2005, «Quelles sont les qualités exigibles d'une équipe de psychiatrie de liaison », *in Annales médico-psychologiques, cahier de la socio-psychologie*, 163, 19 septembre 2005, 691-696, ESELVIER.
- COLDEFY M., SALINES E., « Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000 » *in Etudes et Résultats*, N° 341, DREES, septembre 2004, p.3
- DAR COURT G, 2000, « Précarité et psychopathologie : une proposition d'action », *in Pratiques en santé mentale* n°1
- FESTA C et al. 2006, « Les enjeux de la nouvelle gouvernance : sa mise en œuvre en psychiatrie », *in Pluriels* n 57, La lettre de la mission d'appui en santé mentale, MNASM
- Dr FRANCOIS T, FOURNIER F et al. 2006, « Rôle d'une équipe mobile inter sectoriel », *in Revue Hospitalière de France*, n° 508
- GARCIN V, 2006, « Troubles du comportement et adolescence. Problématiques d'accès aux soins et modalités de réponses nouvelles », *in Société française de psychologie*, Elsevier SAS
- GOUIFFES A, JAN O, Equipe l'UMAPP, 2005, « Réseau régional actions psychiatrie précarités », *in Courrier - VST*, n 58
- HELFER C, 8 Février 2008, « Des équipes mobilisées pour aller au devant des adolescents en souffrance », *in Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°254
- ROBIN M, 1996, « ERIC, un service mobile d'urgence psychiatrique », *in Gestions Hospitalières*, n°361

Etudes

- BIGOT R, 2007, *Les liens familiaux à l'épreuve de la dépression*, CREDOC

Séminaire, Congrès

- Congrès national des équipes mobiles de psychiatrie, *Des perspectives nouvelles pour les adolescents*, 27–28 mars 2008, LILLE-Métropole d'Armentières (Nord), www.psychiatrie-enfant-adolescent.com .
- **ENA**, *L'adolescence, grande oubliée de la politique de l'enfance en France*, Séminaire relatif à « l'enfant », groupe de neuf élèves Promotion ENA 2005-2007

Journaux

- Le Télégramme de Bretagne, mercredi 14 mai 2008, *Ados, le camion où ils vident leur sac*

Sites Internet

- APM-International, le 02 Avril 2008, Actualités Premier congrès national des équipes mobiles de psychiatrie, *Des perspectives nouvelles pour les adolescents*, 27-28 mars, Lille – Visité le 14/05/2008 disponible sur Internet : <http://www.infirmiers.com/actu/detail>
- INSERM, *Troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent*. Publication du 11/10/2007 - Visité le 14/05/2008 disponible sur Internet : [file:///F:/Incidences des troubles mentaux chez les enfants et les adoelescents.htm](file:///F:/Incidences%20des%20troubles%20mentaux%20chez%20les%20enfants%20et%20les%20adolescents.htm)
- Santé Cel, *Adolescence difficile, adolescents en difficulté*. Visité le 06/05/2008 disponible sur Internet : [file:///F:/Equipes mobilesbrMars2008.htm](file:///F:/Equipes%20mobiles%20Mars2008.htm)
- THOMAZEAU A-M, *Quand les pysys viennent aux jeunes*. Visité le 06/05/2008, disponible sur Internet : <http://www.psy-enfant-ado.com/>
- Dr GUENIOT C, 27.3.2008, *Des équipes mobiles pour les ados*. Visité le 06/05/2008 disponible sur Internet : [file:///F:/Hopital fr-Des équipes mobiles pour les ados.htm](file:///F:/Hopital%20fr-Des%20equipes%20mobiles%20pour%20les%20ados.htm)

