



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE
RENNES

**INSPECTEUR DES AFFAIRES
SANITAIRES ET SOCIALES**

PROMOTION 2000 - 2002

Date du Jury : <Date>

**L'intérêt des interfaces entre la psychiatrie et le
secteur médico-social pour les 12-25 ans
dans le département de Seine-et-Marne**

Anne GARREC

Sommaire

INTRODUCTION	1
 1 - QUELLE PRISE EN CHARGE POUR CETTE POPULATION À LA FRONTIÈRE DU SANITAIRE ET DU MÉDICO-SOCIAL ?	 6
1.1 La coexistence de deux modes de prise en charge distincts.....	6
1.1.1 Présentation des dispositifs sanitaire et médico-social	6
1.1.1.1 Le dispositif de prise en charge psychiatrique pour les 12-25 ans	6
1.1.1.2 La prise en charge médico-sociale des adolescents et jeunes adultes	11
1.1.2 L'absence d'interfaces dans la prise en charge	16
1.1.2.1 Le constat d'une absence d'articulation entre et à l'intérieur des disciplines ..	16
1.1.2.2 Les raisons du cloisonnement des deux champs.....	18
1.2 La nécessité d'une prise en charge globale alliant le soin à l'éducatif	20
1.2.1 La spécificité d'une population à la frontière entre l'enfance et l'âge adulte	20
1.2.1.1 L'adolescent, un être en mutation.....	20
1.2.1.2 L'adolescence en psychiatrie : une période critique.....	22
1.2.2 La reconnaissance officielle de la nécessité de prise en charge globale	24
1.2.2.1 Les possibilités d'articulation prévues par les textes.....	24
1.2.2.2 Une nécessité affirmée par les rapports relatifs à la santé mentale	26
 2 - ANALYSE DES BESOINS ET DES FILIÈRES DE PRISE EN CHARGE DANS LE DEPARTEMENT DE SEINE-ET-MARNE	 29
2.1 Etat des lieux au regard du dispositif existant	29
2.1.1 Le contexte géographique et démographique Seine-et-Marnais	29
2.1.2 Présentation de l'équipement psychiatrique en Seine-Marne.....	30
2.1.2.1 Un équipement historiquement insuffisant	30
2.1.2.2 Les créations récentes et les projets en cours	32

2.1.3	Présentation de l'équipement médico-social	35
2.1.3.1	Les problématiques soulevées par les schémas enfants et adultes handicapés.....	35
2.1.3.2	Les projets et restructurations : la réponse aux besoins identifiés	37
2.2	Un dispositif qui reste insuffisant face aux besoins de prise en charge	39
2.2.1	De jeunes adolescents sans prise en charge : enquête auprès de la CDES	39
2.2.1.1	Les situations d'enfants autistes ou psychotiques sortant d'hôpital de jour	40
2.2.1.2	Les raisons des ruptures de prise en charge	41
2.2.2	Des manques d'interfaces entre le sanitaire et le médico-social, principalement lors de situations de crise	43
2.2.2.1	Le point de vue des établissements médico-sociaux	43
2.2.2.2	Le point de vue des secteurs de psychiatrie adulte et infanto-juvénile	47
3	- ELÉMENTS DE RÉPONSE POUR AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE	51
3.1	Une amorce de réponse par les acteurs locaux	51
3.1.1	Des structures innovantes et spécifiques.....	51
3.1.1.1	Le CMPA de Neufmoutiers	51
3.1.1.2	Le CAT Elisa : l'accueil spécifique de malades mentaux stabilisés	55
3.1.2	Des partenariats se mettent en place	57
3.1.2.1	Des acteurs du sanitaire et du médico-social se réunissent et créent des partenariats	58
3.1.2.2	La mise en place de groupes de travail dans le cadre du CDSM	60
3.2	Les solutions à apporter au plan des politiques	61
3.2.1	Mettre en cohérence les politiques sanitaires et médico-sociales	61
3.2.2	Favoriser la souplesse dans les modalités de travail	64
CONCLUSION		67

Liste des sigles utilisés

AAH : allocation adulte handicapé
ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne
AES : allocation d'éducation spéciale
AP : atelier protégé
AP-HP : assistance publique des hôpitaux de Paris
ARH : agence régionale de l'hospitalisation
CAC : centre d'accueil et de crise
CAMSP : centre d'action médico-sociale précoce
CAT : centre d'aide par le travail
CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CDES : commission départementale de l'éducation spéciale
CDSM : conseil départemental de santé mentale
CES : conseil économique et social
CESA : centre d'évaluation et de soins pour adolescents
CFTMEA : classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent
CH : centre hospitalier
CHS : centre hospitalier spécialisé
CIM : classification internationale des maladies
CLIS : classe d'intégration scolaire
CMP : centre médico psychologique
CMPA : centre médical et psychologique pour adolescents
CMPP : centre médico psycho pédagogique
COTOREP : commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
CROSS : comité régional de l'organisation sanitaire et sociale
DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DHOS : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DDTEFP : direction départementale du travail de l'emploi et de la formation professionnelle
DRASS : direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES : direction de la recherche, de l'évaluation et des études statistiques
DSM : diagnostic and statistical manual of mental disorders
EPE : externat psychologique expérimental
FDT : foyer à double tarification
FO : foyer occupationnel

GIP : groupement d'intérêt public
HCSP : haut comité de santé publique
IGAS : inspection générale des affaires sociales
IME : institut médico-éducatif
IMP : institut médico-pédagogique
IMPro : institut médico-professionnel
MAS : maison d'accueil spécialisé
OMS : organisation mondiale de la santé
ORS : observatoire régional de la santé
PMI : protection maternelle et infantile
RTSM : réseau territorial de santé mentale
SESSAD : service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SROS : schéma régional de l'organisation sanitaire
STP : service territorial de psychiatrie
UPI : unité pédagogique d'intégration

INTRODUCTION

L'adolescence est l'âge où se constitue l'individu, l'âge où se forme la personnalité. Il arrive malheureusement que certains jeunes voient leur développement entravé par un trouble d'ordre psychiatrique. Ils bénéficieront alors d'une prise en charge sanitaire par les secteurs de psychiatrie puisqu'ils relèvent du champ de la maladie mentale au titre, notamment, des diverses classifications reconnues. Ainsi, la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA) regroupe sous son code 3.00 les « troubles de la personnalité et/ou comportement pris dans une dysharmonie évolutive », ou encore sous le code 1.04 les « psychoses de type schizophrénique survenant dans l'enfance ». Autres classifications reconnues : la classification internationale des maladies CIM 10 de l'Organisation Mondiale de la Santé et la classification américaine DSM IV¹ qui distinguent également plusieurs typologies de troubles mentaux, dont les troubles envahissants du développement.

Le terme de maladie mentale n'est pas aisé à définir. On distingue classiquement au sein des troubles psychiatriques les psychoses, les névroses et les perversions mais le champ de la santé mentale recouvre également les troubles du comportement et les situations de souffrance psychique. Le champ de la présente étude se limitera à ce que les classifications regroupent sous le terme générique de troubles envahissants du développement, c'est-à-dire les troubles mentaux graves qui vont interagir sur l'ensemble du développement cognitif. Elle concerne plus généralement les troubles de la personnalité. Le terme de personnalité renvoie ici à l'ensemble de l'organisation du fonctionnement mental.

Outre la difficulté à définir le champ couvert par la maladie mentale, il apparaît également problématique de délimiter la frontière entre maladie mentale et handicap mental. On oppose traditionnellement la pathologie mentale, processus évolutif, au handicap mental, déficience quantifiable et définitivement fixée. Le rapport récent relatif à « la souffrance psychique des adolescents et jeunes adultes »² rappelle qu'« il y a bien lieu de différencier le handicap et

¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Depuis 1996, il s'agit du DSM IV.

² « La souffrance psychique des adolescents et jeunes adultes » - Rapport du Haut Comité de Santé Publique, février 2000

les troubles psychologiques qui s'aggravent à l'adolescence des pathologies émergentes de l'adolescence ». La distinction doit en effet s'opérer mais la qualification du trouble est particulièrement délicate au moment de l'enfance et de l'adolescence, aucun diagnostic ne pouvant être définitivement fixé à cet âge. Ce n'est qu'une fois passé l'âge du jeune adulte que l'on pourra parler de diagnostic de pathologie psychiatrique avérée. Ainsi, un enfant reconnu déficient mental peut développer à l'âge adulte une schizophrénie nécessitant une prise en charge psychiatrique et passer alors de la catégorie handicapé à celle de malade mental.

La frontière entre handicap et maladie mentale est très floue ; il est donc difficile, dans bien des cas, de déterminer lequel des deux secteurs psychiatrique ou médico-social devra assurer la prise en charge. Malgré tout, faut-il nécessairement inclure un enfant dans telle ou telle filière ? Un enfant souffrant de troubles envahissants du développement nécessite des soins mais il doit également pouvoir bénéficier d'une prise en charge éducative et sociale, ceci en vue de son inscription dans la société. Comment parvenir à cette construction sociale de l'individu et quels acteurs sont amenés à y participer ? Ici se situe le point de départ de la réflexion sur la prise en charge des adolescents et jeunes adultes présentant des troubles de la personnalité. Pour illustrer mon propos, je citerais une intervention du Docteur Christine Chaumon lors de la 3^{ème} journée de travail des psychiatres publics d'enfants et d'adolescents d'Ile-de-France ³ :

« Seuls certains enfants des secteurs pédopsychiatriques sont concernés par le secteur médico-social. Il s'agit d'une partie des enfants psychotiques, autistes ou présentant des troubles graves et précoces de la personnalité. Quand nous recevons un enfant psychotique ou autiste, nous sommes d'emblée projetés dans un temps, une perspective de travail sur plusieurs années. La perspective est double : thérapeutique et à terme, d'inscription de sa place dans le monde, seul lieu possible de la réalisation d'un sujet. C'est comme lieu d'inscription d'ordre scolaire, culturel, social et de loisirs que nous sollicitons le monde médico-social, en même temps que les soins ou après les soins. Articuler soins et médico-social est pour nous une véritable recherche clinique ».

L'articulation entre ces deux modes de prise en charge est essentielle en vue d'apporter des réponses souples, adaptées à chaque individu. Elle a également pour objectif d'éviter l'inscription d'un enfant dans une filière de prise en charge. Les récentes évolutions

³ 3^{ème} journée de travail des psychiatres publics d'enfants et d'adolescents d'Ile-de-France organisée en collaboration avec l'ARH d'Ile-de-France – « Soigner, gérer, prévoir, quels contrats ? » - vendredi 24 mars 2000, Hôpital Sainte Anne.

législatives sur la question de l'autisme⁴ traduisent cette volonté de dépasser le clivage sanitaire / médico-social pour faire face à l'insuffisance qualitative et quantitative de prise en charge des personnes atteintes d'un syndrome dont on ne sait s'il constitue véritablement un handicap ou une pathologie. Le législateur a, au travers de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, institué une séparation entre prise en charge médicale et prise en charge médico-sociale. Il rappelle aujourd'hui que c'est aux institutions de s'adapter, et non à l'usager. Cette affirmation constitue l'essence même des deux réformes législatives en cours. La première dans le secteur médico-social : le projet de réforme de la loi du 30 juin 1975. La seconde dans le champs sanitaire : la réforme de la loi du 27 juin 1990 sur les droits des malades mentaux prévue par le projet de loi de modernisation du système de santé.

L'objectif de prise en charge globale et individualisée de l'usager est, aujourd'hui encore, davantage un idéal à atteindre qu'un mode de prise en charge opérationnel. Ainsi, le Plan Santé Mentale de novembre 2001⁵ souligne que « l'actuelle évolution tendant à mieux prendre en compte la personne dans sa globalité, dans sa vie, reste trop limitée ».

L'absence de coordination dans les réponses apportées est d'autant plus préjudiciable quand il s'agit d'adultes en devenir, c'est-à-dire d'adolescents et de jeunes adultes. La tranche d'âge retenue dans cette étude est celle des 12-25 ans car elle semble être la plus problématique. Le rapport Piel-Roelandt de juillet 2001⁶ parle de situation « kafkaïenne » en ce qui concerne la réglementation sanitaire et sociale pour les adolescents et les jeunes adultes. Les auteurs du rapport notent ainsi que « la pédopsychiatrie prend en charge jusqu'à 16 ans et la majorité est à 18. La CDES traite les dossiers jusqu'à 20 ans... ». Cette frange de la population se trouve ainsi confrontée à une complexité législative qui ne facilite pas la prise en charge. Le rapport de l'IGAS du 25 juin 2001⁷ constate quant à lui que la prise en charge psychiatrique des adolescents souffre d'un manque d'actions coordonnées. Il relève d'une part une césure entre la psychiatrie adulte et la psychiatrie infanto-juvénile. Il rappelle d'autre part que le lien institutionnel entre les différents intervenants (éducation nationale, équipes médico-sociales et secteur psychiatrique) doit être « au mieux renforcé, sinon créé ».

⁴ Circulaire AS/EN n°95-12 du 27 avril 1995 – Loi n°96-1076 du 11 décembre 1996

⁵ Plan Santé Mentale : « L'usager au centre d'un dispositif à rénover » - Ministère délégué à la santé, novembre 2001.

⁶ « De la Psychiatrie vers le Santé Mentale » - Rapport de Mission, juillet 2001 ; Dr Piel, Dr Jean-Luc ROelandt.

⁷ « Les institutions face aux usagers » - Rapport annuel de l'IGAS, 25 juin 2001

La population des adolescents et des jeunes adultes se trouve en effet confrontée à deux types de rupture dans la prise en charge. Tout d'abord, une rupture au sein même de la prise en charge sanitaire avec, à 16 ans, le passage de la psychiatrie infanto-juvénile à la psychiatrie adulte. De plus, bon nombre d'intersecteurs de pédopsychiatrie délaissent la prise en charge des 12-15 ans au profit de celle des nourrissons et des enfants. Dans son rapport de 1994, la Cour des Comptes notait déjà ce travers de la psychiatrie trop fermée, selon elle, à certains types de populations dont les adolescents. Cette critique sera reprise par Monsieur Joly, en 1997, dans son rapport au CES⁸. Le second type de rupture de prise en charge se produit du fait du manque de collaboration entre le sanitaire et le médico-social avec pour conséquence des difficultés à allier le soin à l'éducatif pour cette population spécifique.

Il n'existe donc pas ou pas assez d'interfaces pour adapter la prise en charge à la problématique des 12-25 ans atteints de troubles mentaux. Le choix a été fait de parler d'interfaces, autre terme illustrant la problématique de l'articulation. L'interface signifie : « limite commune à deux systèmes permettant des échanges entre ceux-ci » ou encore, en informatique : « frontière conventionnelle entre deux systèmes ou deux unités, permettant des échanges d'information⁹ ». L'interface constitue donc le moyen permettant à deux ensembles distincts de communiquer. Ce terme m'a semblé mieux traduire la problématique des relations entre le sanitaire et le médico-social en ce sens qu'il insiste sur cette notion d'échanges réciproques.

La prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles de la personnalité est rendue encore plus problématique dans le département de Seine-et-Marne, département sous-équipé au plan des structures de psychiatrie et plus principalement en psychiatrie infanto-juvénile. Au plan national, selon une étude de la DREES¹⁰, les capacités d'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile ne représentent que 5% des capacités d'hospitalisation complète alors que les enfants et adolescents suivis par ce secteur représentent plus de 26% de l'ensemble des patients suivis par les secteurs. L'étude note cependant que cette faible capacité d'hospitalisation en pédopsychiatrie peut résulter du développement privilégié de structures alternatives à l'hospitalisation pour ce type de public.

⁸ « Prévention et soins des maladies mentales : bilan et perspectives » - Rapport de Mr. Pierre Joly au CES – juillet 1997

⁹ Petit Larousse illustré, 1985.

¹⁰ L'offre de soins en psychiatrie : des « modèles » différents selon les départements ? – Etude et Résultats n°48 (janvier 2000), DREES.

Il faut relever malgré tout que 17 départements n'offrent aucun lit d'hospitalisation complète, ce qui est le cas de la Seine-et-Marne et qui pose problème pour répondre aux besoins de certains patients. Au sein de la région Ile-de-France, la Seine-et-Marne se situe parmi les trois départements les moins bien dotés en psychiatrie avec l'Essonne et le Val-d'Oise. La carte sanitaire de 1998 a donc prévu des créations prioritaires dans ce département. La population moyenne prise en charge par les secteurs et intersecteurs de psychiatrie était, en 1998, la plus élevée de la région : 107 817 habitants par secteur de psychiatrie adulte contre une moyenne régionale de 72 031 habitants et 70 165 habitants de 0 à 16 ans par intersecteur pour une moyenne régionale de 45 555 habitants. La carte sanitaire a donc prévu la création de 7 nouveaux secteurs en psychiatrie adulte et d'un intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile. Les priorités définies dans le SROS concernent, outre la mise en place de la nouvelle sectorisation, la dotation de chacun des secteurs d'équipements suffisants en extra-hospitalier, l'amélioration de la prise en charge en psychiatrie infanto-juvénile et enfin l'amélioration de la réponse aux situations d'urgence.

Le manque de structures sanitaires d'hospitalisation et d'alternatives à l'hospitalisation induit un recours massif aux établissements médico-sociaux qui ne peuvent, à terme, accueillir sans difficultés cette population spécifique. Le département doit donc aujourd'hui faire face à un nombre de plus en plus élevé d'adolescents et de jeunes adultes ne bénéficiant d'aucune prise en charge ou ayant des prises en charge totalement inadaptées. C'est au regard de ce contexte Seine-et-Marnais particulier que le choix a été fait, en accord avec la DDASS, de traiter de l'intérêt des interfaces entre la psychiatrie et le secteur médico-social pour les adolescents et jeunes adultes présentant des troubles de la personnalité.

Après avoir présenté les deux modes de prise en charge sanitaire et médico-sociale ainsi que les modalités de coordination existantes (1^{ère} partie), l'analyse des besoins effectuée dans le département de Seine-et-Marne (2^{ème} partie) permettra de proposer des solutions d'amélioration de la prise en charge (3^{ème} partie).

1 - QUELLE PRISE EN CHARGE POUR CETTE POPULATION A LA FRONTIERE DU SANITAIRE ET DU MEDICO-SOCIAL ?

L'étude des deux modes possibles de prise en charge pour cette population à la frontière du sanitaire et du médico-social permettra de faire ressortir les dysfonctionnements actuels dans la réponse apportée ainsi que leurs raisons (1), l'objectif étant de démontrer ensuite que ces adolescents et jeunes adultes nécessitent une prise en charge globale alliant le thérapeutique à l'éducatif (2).

1.1 LA COEXISTENCE DE DEUX MODES DE PRISE EN CHARGE DISTINCTS

Handicap mental et maladie mentale relèvent de deux champs différents : la personne qui présente une déficience mentale sera orientée vers le secteur médico-social, celle présentant une pathologie mentale sera traitée au sein des secteurs de psychiatrie. Si la distinction est clairement posée dans les textes, la pratique peut être toute autre. Il est tout d'abord difficile de distinguer clairement entre handicap et maladie mentale, ensuite, dans la population qui nous intéresse, force est de constater qu'un enfant pris en charge dans le sanitaire pour sa pathologie pourra être orienté, au regard de son évolution vers une prise en charge médico-éducative. Ces jeunes sont donc concernés par les deux modes possibles de prise en charge. Après avoir présenté les secteurs sanitaire et social (1.1) nous étudierons les facteurs qui rendent l'articulation entre ces deux domaines difficile (1.2).

1.1.1 Présentation des dispositifs sanitaire et médico-social

La loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière a fixé les grands principes de fonctionnement du secteur public hospitalier. La loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales consacre l'existence autonome du secteur social à côté du secteur sanitaire. Ces deux textes marquent la séparation entre prise en charge sanitaire (1.1.1) et prise en charge médico-sociale (1.1.2).

1.1.1.1 Le dispositif de prise en charge psychiatrique pour les 12-25 ans

- Définition de la politique en santé mentale

La santé mentale occupe aujourd'hui une place importante au sein des priorités de santé publique. Qu'il s'agisse du Haut Comité de Santé Publique, dans son rapport de 1994, des

Conférences Régionales de Santé en 1998 ou encore des Etats généraux de la santé en 1999, nombreuses sont les instances qui inscrivent la santé mentale comme priorité de santé publique.

Les orientations de la politique résultent de priorités dégagées au niveau national par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, au niveau régional par les Agences Régionales de l'Hospitalisation et au niveau local par les Conseils Départementaux de Santé Mentale.

Le Plan d'actions en santé mentale du ministre délégué à la santé de novembre 2001 détermine, selon 8 axes, les priorités de la politique :

- lutter contre la stigmatisation attachée aux maladies mentales ;
- renforcer les droits des malades atteints de troubles mentaux ;
- améliorer les pratiques professionnelles ;
- développer les partenariats entre les acteurs ;
- poursuivre la mise en œuvre des programmes de prévention et d'actions spécifiques sur des pathologies, des problématiques ou des publics ciblés ;
- amplifier le développement d'actions d'insertion sociale et professionnelle ;
- organiser une offre de soins diversifiée, graduée et coordonnée en relation avec les besoins de santé mentale ;
- inciter au développement de la recherche.

Au plan régional, le directeur de l'ARH arrête les différents documents de planification au regard des priorités de la région et des enveloppes budgétaires. La planification se fait au travers de la carte sanitaire, du SROS de psychiatrie et de son annexe qui prévoit les opérations à réaliser dans les établissements sur cinq ans et présente un caractère opposable.

Au niveau local, le Conseil Départemental de Santé Mentale institué par la loi du 25 juillet 1985 détermine les orientations de la politique sur le département en donnant un avis sur le nombre, la configuration des secteurs psychiatriques et la planification des équipements comportant ou non des possibilités d'hospitalisation (article L 3221-1 du code de la santé publique). Ce conseil est composé de représentants de l'Etat, des collectivités territoriales, des caisses d'assurance maladie, des représentants des personnels de santé mentale et des établissements de santé publics ou privés.

La politique de planification vise à réduire les disparités d'offre de soins en psychiatrie d'une région à l'autre ; la politique de secteur organise le dispositif de prise en charge sur une aire géographique donnée.

- Organisation du dispositif de prise en charge en santé mentale : fonctionnement et missions du secteur psychiatrique

Selon le plan pluriannuel d'actions sur la santé mentale du 14 novembre 2001, plus d'un million de personnes adultes et plus de 370 000 enfants souffrant de troubles mentaux sont suivis annuellement par les secteurs de psychiatrie publique. Les adolescents et jeunes adultes, si l'on considère la tranche d'âge des 12-25 ans relèvent, selon la loi, de la psychiatrie infanto-juvénile jusqu'à 16 ans, puis de la psychiatrie adulte. Les deux secteurs de prise en charge seront donc présentés ici.

Le fonctionnement de la psychiatrie repose sur une organisation en secteurs. Mise en place par la circulaire du 15 mars 1960, la sectorisation a pour missions de prévenir, de soigner et de réinsérer dans la communauté les malades mentaux. Cette circulaire met fin au système asilaire mis en place par la loi du 30 juin 1838 ; elle pose les bases de la politique en santé mentale en en dégagant les grands principes. L'accent est mis sur la réadaptation des patients avec comme principe la continuité des soins. C'est ainsi une même équipe pluridisciplinaire composée de médecins, d'infirmiers, de psychologues, d'éducateurs, d'assistants sociaux, de psychomotriciens, d'ergothérapeutes qui va intervenir en prévention, en hôpital et en soins de post-cure ou ambulatoires, au plus proche de l'environnement de la personne. Afin d'éviter la désocialisation, on privilégie les alternatives à l'hospitalisation et la réduction des durées d'hospitalisation. La continuité de la prise en charge s'effectue sur un secteur qui couvre, en psychiatrie générale, une population de 70 000 habitants et comprend plusieurs structures de soins intra et extra-hospitalières, en amont et en aval de l'hospitalisation.

La circulaire de mars 1960 ne définit pas la sectorisation pour la pédopsychiatrie. C'est la circulaire n°443 du 16 mars 1972 qui pose les bases de la psychiatrie infanto-juvénile, laquelle se voit ainsi accordé un statut particulier au sein de la psychiatrie publique. Elle définit qu'à trois secteurs de psychiatrie adulte correspond un intersecteur infanto-juvénile. Cet intersecteur correspond donc à une aire géographique de 200 000 habitants et concerne les mineurs âgés de moins de 16 ans.

Il faudra attendre la loi du 25 juillet 1985 pour que les secteurs aient une reconnaissance législative. Le décret du 14 mars 1986 institue trois types de secteurs :

- les secteurs de psychiatrie générale pour les personnes âgées de plus de 16 ans.
- les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile pour les enfants et adolescents.

- les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

La loi de 1985 précise que chaque secteur psychiatrique est rattaché à un établissement de santé assurant le service public hospitalier, lequel est responsable de la lutte contre les maladies mentales dans ce ou ces secteurs.

Le décret de 1986 insiste sur la logique de psychiatrie communautaire en précisant que la prévention, le diagnostic et les soins sont assurés notamment : dans des services spécialisés, à la résidence des patients, dans les établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux où résident les patients, par des séjours thérapeutiques temporaires et par des actions d'information auprès de la population et des professionnels concernés.

Deux circulaires viennent préciser les orientations de la politique, il s'agit de la circulaire du 14 mars 1990 et de celle du 11 décembre 1992, spécifique aux enfants et adolescents. La circulaire de 1990 constate que le dispositif public de psychiatrie doit évoluer vers une meilleure accessibilité aux soins, un développement des soins ambulatoires et l'intégration des actions de santé mentale dans les soins généraux. Elle insiste sur la mission de réadaptation du secteur et sur l'importance des interventions dans les structures sociales et médico-sociales.

S'agissant des enfants et adolescents, la circulaire de 1992 précise les missions prioritaires de la psychiatrie infanto-juvénile, au titre desquelles la mise en œuvre d'actions de prévention primaire et la réalisation de formules d'accueil et de soins adaptées au sein du milieu de vie habituel (liens avec la PMI, la famille, le milieu scolaire). La priorité est donnée aux formules de prise en charge à temps partiel et tout particulièrement aux CATTP¹¹ pour cette population dont le mode principal de prise en charge reste le mode ambulatoire. De nouvelles approches doivent être développées en faveur des nourrissons : liens avec les pédiatres, les CAMSP¹², les centres maternels. De même, un travail de liaison avec les services éducatifs, judiciaires, sociaux et médico-sociaux doit être développé dans la prise en charge des adolescents.

- Présentation des structures de prise en charge psychiatrique

Chaque secteur comprend d'une part des structures de prévention et de soins ambulatoires et d'autre part des prises en charge avec hébergement. L'arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales décrit ces différentes structures :

¹¹ Ref. supra sur les structures de prise en charge.

¹² Ref. supra 1.1.2 sur la prise en charge médico-sociale

- o Les équipements ne comportant pas d'hébergement :
 - Les Centres Médico-Psychologiques (CMP) : ce sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile. Ils peuvent comporter des antennes auprès de toute institution ou établissement nécessitant des prestations psychiatriques ou de soutien psychologique.
 - Les hôpitaux de jour : ils assurent des soins polyvalents, individualisés et intensifs prodigués dans la journée, le cas échéant à temps partiel.
 - Les ateliers thérapeutiques : ils utilisent des techniques de soin particulières, groupes ergothérapeutiques notamment, en vue du réentraînement à l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale.
 - Les Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) : ils visent à maintenir ou à favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapeutique de groupe.
 - Les services d'hospitalisation à domicile.
- o Les équipements comportant hébergement :
 - Les unités d'hospitalisation à temps complet.
 - Les centres de crise (CAC – Centres d'Accueil et de Crise) : ce sont des centres d'accueil permanent disposant de quelques lits pour des prises en charge intensives et de courte durée permettant de répondre aux situations d'urgence et de détresse aiguës.
 - Les appartements thérapeutiques : ce sont des unités de soin à visée de réinsertion sociale mis à disposition de quelques patients pour des durées limitées et nécessitant une présence importante de personnel soignant.
 - Les centres de post-cure : ils assurent, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation en vue du retour à une vie autonome.
 - Les services de placement familial thérapeutique : ils organisent le traitement des malades mentaux de tous âges placés dans des familles d'accueil.

La circulaire de 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents précise que le secteur de psychiatrie infanto-juvénile doit disposer de moyens propres, de locaux spécifiques adaptés à la population accueillie. On retrouve donc le même équipement qu'en psychiatrie générale mais avec une adaptation des structures aux enfants et adolescents.

Les soins ambulatoires sont assurés par les CMP, les CATTP et les hôpitaux de jour avec des modalités d'accueil diversifiées, notamment en direction des très jeunes enfants ou des adolescents. Les formes d'accueil innovantes sont en effet nécessaires pour ce type de public. Le CMP assure une double fonction : lieu d'accueil mais aussi de coordination avec les partenaires extérieurs. Il a de ce fait une place prépondérante. Le CATTP reste la modalité la plus souple d'intervention qui évite de rompre la fréquentation de l'école et s'adapte le mieux aux contraintes des familles. L'hôpital de jour s'adresse aux enfants nécessitant des soins à moyen ou long terme ; il doit s'articuler avec les lieux de vie habituels, le milieu scolaire et les équipements sociaux et culturels.

Hors des structures spécialisées, les interventions de l'équipe peuvent également se faire par des visites à domicile et des actions de partenariat avec les différents interlocuteurs de l'enfant : milieu scolaire, services du département, services de la justice, CMPP, CAMSP¹³.

Les soins à temps complet doivent s'inscrire dans un projet thérapeutique précis et ne pas constituer une solution par défaut ; ils peuvent être aménagés en formules de semaine ou s'articuler avec des formules d'accueil à temps partiel. Les lits de pédiatrie peuvent être utilisés à l'hôpital général par convention définissant les modalités réciproques de prise en charge.

L'accueil familial thérapeutique constitue également une des réponses possible et peut être utilisé en alternance avec la famille naturelle.

Le bilan actuel de la sectorisation montre qu'elle n'a pas entraîné les effets escomptés. Le Plan d'action en santé mentale note que « la logique de sectorisation psychiatrique qui correspond à la mise en œuvre d'une psychiatrie communautaire n'a pas atteint tous ses objectifs, notamment en matière de développement des alternatives à l'hospitalisation et d'articulation avec les acteurs du champs social et médico-social ». Les conclusions du rapport Piel-Roelandt sont claires : il s'agit d'aller au bout de la logique de sectorisation avec l'idée d'arriver, à terme, à la fermeture des hôpitaux psychiatriques (Centres Hospitaliers Spécialisés).

1.1.1.2 La prise en charge médico-sociale des adolescents et jeunes adultes

La loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales fonde, à côté du secteur sanitaire (loi hospitalière du 31 décembre 1970), le secteur médico-social. Elle fixe les conditions de création et de fonctionnement des institutions sociales et médico-sociales. La seconde loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées définit un régime commun de prise en charge.

¹³ CMPP, CAMSP : ref. supra 1.1.2 sur les structures médico-sociales .

La loi relative au handicap ne donne pas de définition précise de celui-ci, elle distingue simplement les handicapés physiques, sensoriels et mentaux. Il faudra attendre la définition posée par la Classification Internationale du Handicap adoptée par l'OMS en 1980. Elle distingue trois degrés dans le handicap :

- la déficience, qui correspond à « toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique »,
 - l'incapacité, définie comme « toute réduction partielle ou totale de la capacité à accomplir une activité d'une façon normale ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain »,
 - le désavantage, qui est le « préjudice qui résulte d'une déficience ou d'une incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe, et des facteurs socioculturels ».
-
- La maladie mentale peut-elle être prise en charge dans les structures médico-sociales ?

Le handicap mental constitue, au sens de la classification précédente, une déficience et s'oppose en ce sens à la maladie mentale qui relève, elle, du secteur sanitaire. Cette opposition juridique entre maladie mentale et handicap mental apparaît de manière flagrante dans la circulaire n° 62 AS du 28 décembre 1978 relative aux MAS¹⁴. En effet, sont expressément exclus d'une prise en charge en MAS : « les malades mentaux dont l'état nécessite des traitements actifs et un soutien de caractère psychiatrique ». La circulaire poursuit : « Certes, un grand nombre des malades pris en charge par les secteurs de psychiatrie peuvent apparaître comme des personnes incapables d'autonomie, mais cela ne doit pas masquer le fait que les troubles mentaux sont essentiellement évolutifs ; par conséquent les malades mentaux doivent rester la charge des équipes de secteur ». Cette circulaire illustre bien la volonté du secteur médico-social de se protéger de toute prise en charge des troubles mentaux. Cependant, comme le laisse penser l'article 47 de la loi sur le handicap, le dispositif médico-social peut avoir à connaître de situations de personnes souffrant de troubles mentaux. Il prévoit en effet que « les dépenses exposées par les établissements recevant des malades mentaux dont l'état ne nécessite plus le maintien en hôpital psychiatrique mais qui requièrent temporairement une surveillance médicale et un encadrement en vue de leur réinsertion sociale » seront prises en charge par l'assurance-maladie et, le cas échéant, par l'aide sociale. Le texte de 1975 prévoit donc la possibilité pour une personne malade mentale d'être prise en charge par les institutions médico-

¹⁴ Ref. supra sur les structures de prise en charge médico-sociales.

sociales dès lors qu'elle ne nécessite plus de soins constants. C'est ainsi que le secteur médico-social doit être présenté, car faisant partie des modes de prise en charge possibles, une fois leur état stabilisé, des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles de la personnalité.

- Définition de la politique du handicap

La loi du 30 juin 1975 relative au handicap définit les orientations de cette politique. De grands principes sont affirmés comme celui de la solidarité nationale à l'égard de cette population : « la prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapés physiques, sensoriels ou mentaux constituent une obligation nationale ». Elle pose également le principe de l'accès à l'autonomie pour les personnes handicapées ainsi que celui du maintien, autant que faire se peut, en milieu ordinaire de vie.

Les grandes orientations actuelles de la politique sont définies dans le cadre du plan quinquennal 1999-2003 et dans le plan triennal 2001-2003. La circulaire n°DAS/RV1/TS2/2000/443 du 11 août 2000 relative à la mise en œuvre du plan triennal en faveur des enfants, adolescents et adultes handicapés, rappelle les lignes directrices de la politique gouvernementale :

- privilégier l'intégration dans le milieu de vie ordinaire
- poursuivre les efforts engagés pour répondre aux besoins des personnes les plus lourdement handicapées : polyhandicap, déficience intellectuelle profonde, autisme, traumatisme-crânien.

Le plan triennal prévoit des créations supplémentaires de places dans les établissements spécialisés, le soutien à l'intégration scolaire (relance du plan Handiscol', développement des capacités d'accueil dans les CAMSP et les SESSAD), la modernisation et le renforcement des CDES et COTOREP ainsi que le soutien à l'insertion professionnelle (renforcement et modernisation des Ateliers Protégés)¹⁵.

La politique sanitaire est organisée au travers de la planification, celle-ci visant à adapter l'offre de soins aux besoins de la population. Il n'en va pas de même dans le champs médico-social où il n'existe ni sectorisation géographique ni documents, tels la carte sanitaire ou le SROS, opposables aux promoteurs et gestionnaires. Bien que la section sociale du

¹⁵ Ref. supra pour la définition des sigles.

CROSS se prononce sur des projets ponctuels, il n'y a pas d'instance de planification. Les schémas départementaux enfants et adultes handicapés qui résultent de l'article 2.2 de la loi du 30 juin 1975 ont une valeur indicative mais non contraignante. L'absence de réelle politique de planification dans le champs médico-social constitue un des motifs de réforme de la loi sociale de 1975.

Cette loi est en effet actuellement considérée comme dépassée. On lui reproche d'accorder peu de place aux droits des usagers, d'être trop centrée sur la notion d'accueil à temps complet et insuffisamment organisatrice du secteur social et médico-social¹⁶. Le projet de loi rénovant l'action sociale et médico-sociale adopté en première lecture par l'Assemblée Nationale le 1^{er} février 2001 vise, entre autres, à promouvoir les droits des usagers, à diversifier les modes de prise en charge, et à clarifier les procédures organisant le secteur « par une planification concertée plus efficiente, un régime rénové des autorisations, le développement de l'évaluation des pratiques... ».

- Le dispositif de prise en charge médico-sociale

Ce dispositif repose sur la loi d'orientation de 1975. Si, en psychiatrie, le passage de l'enfance à l'âge adulte s'opère à 16 ans, cette frontière se situe à 18 ans dans le secteur médico-social. Il y a donc, ici aussi, deux modes distincts de prise en charge.

La reconnaissance du handicap a été confiée à des commissions : la Commission Départementale de l'Education Spéciale (CDES) pour les enfants, la Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP) pour les adultes. Elles sont compétentes pour :

- la reconnaissance du handicap avec affectation à une catégorie A, B, C en fonction de la gravité et du caractère temporaire, durable ou définitif du handicap ;
- l'attribution d'allocations : AES, AAH, ACTP ;
- l'orientation des personnes vers le milieu ordinaire ou les établissements spécialisés.

S'agissant de la reconnaissance du handicap et de l'attribution d'allocations, un guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités a été créé par le décret n°93-1216 du 4 novembre 1993. La circulaire n°93-36-B du 23 novembre 1993 définit des critères d'évaluation. Concernant les déficiences du psychisme, la circulaire précise que « ce n'est pas la maladie psychiatrique qui donne lieu à l'attribution d'un taux d'incapacité, mais les limites qu'elle suscite dans la vie quotidienne ». Les principaux critères permettant d'identifier

¹⁶ Rapport de l'IGAS, décembre 1995 – Bilan d'application de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

ce type de déficience sont : les troubles de la pensée, de la communication, du comportement, de l'humeur, l'expression somatique des troubles psychiatriques. Les commissions examinent les incapacités liées aux atteintes des grandes fonctions neuropsychiques au regard des capacités relationnelles, à la communication et aux conduites et actes élémentaires de la vie quotidienne.

La maladie mentale stricto sensu n'ouvre pas droit à une prise en charge médico-sociale mais les conséquences que cette maladie va avoir dans la vie de la personne la font rentrer dans le champ du handicap.

o La prise en charge médico-sociale des enfants et adolescents

L'article 4 de la loi relative au handicap précise que « les enfants et adolescents sont soumis à l'obligation éducative ». L'approche privilégiée est celle du maintien dans le milieu habituel de vie. Pour ce faire, la prise en charge médico-sociale peut avoir lieu en ambulatoire, au sein des :

- Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) : ils interviennent auprès des enfants de 0 à 6 ans et de leurs familles pour le dépistage précoce des déficiences.
- Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP) : ils assurent, pour les jeunes de 3 à 18 ans, le dépistage et la rééducation de troubles neuropsychologiques.

Le maintien en milieu scolaire peut également se faire par l'action d'un Service d'Education et de Soins à Domicile (SESSAD) qui assure un soutien à l'intégration scolaire ou à l'acquisition de l'autonomie aux enfants et adolescents jusqu'à 20 ans. Les interventions du SESSAD s'accomplissent dans les différents lieux de vie : domicile, école (classe ordinaire ou classes spécialisées : CLIS¹⁷ au niveau élémentaire et UPI¹⁸ au niveau du collège).

L'orientation en établissement spécialisé est proposée par la CDES, composée de représentants de la DDASS et de l'Education Nationale. Elle est compétente, depuis l'amendement Creton, pour les enfants jusqu'à 20 ans. S'agissant des déficiences intellectuelles qui nous intéressent ici, il faut se référer aux annexes XXIV du décret du 9 mars 1956 réformé par le décret du 27 octobre 1989, et plus précisément à l'annexe XXIV simple. Entrent dans le champ de cette annexe relative aux déficiences intellectuelles les Instituts Médico Educatifs (IME) ; c'est vers eux que s'orientera la prise en charge. Celle-ci a une dimension globale qui comprend : « l'accompagnement de la famille et de l'entourage

¹⁷ CLIS : Classe d'Intégration Scolaire.

¹⁸ UPI : Unité Pédagogique d'Intégration.

habituel de l'enfant ; les soins et les rééducations, la surveillance médicale régulière ; l'enseignement ; des actions tendant à développer la personnalité, la communication et la socialisation ».

- o La prise en charge médico-sociale des adultes

Les COTOREP, composées de représentants de la DDASS et de la DDTEFP¹⁹, sont compétentes pour les adultes handicapés au-delà de 20 ans. Selon le degré d'autonomie, l'orientation se fera en :

- Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) : concerne les adultes lourdement handicapés ayant besoin d'une surveillance médicale et de soins constants.
- Foyer à Double Tarification (FDT) : reçoit également les adultes lourdement handicapés nécessitant l'aide d'une tierce personne ainsi que des soins.
- Foyer Occupationnel (FO) : accueille les personnes disposant d'une certaine autonomie mais ne pouvant travailler.
- Centre d'Aide par le Travail (CAT) : concerne les personnes handicapées pouvant fournir une activité professionnelle. Le CAT apporte un soutien professionnel, psychologique, une assistance sociale, médicale et éducative (initiation à la vie sociale, insertion, loisirs).
- Atelier Protégé (AP) : accueille des travailleurs handicapés dont la capacité de travail est égale ou supérieure au tiers de celle d'un travailleur valide.

1.1.2 L'Absence d'interfaces dans la prise en charge

Parler de coexistence de deux modes de prise en charge traduit l'idée du manque d'interfaces entre ces deux champs sanitaire et médico-social. Après avoir constaté ces manques de liens (1.2.1), nous en rechercherons les raisons (1.2.2).

1.1.2.1 Le constat d'une absence d'articulation entre et à l'intérieur des disciplines

Suite aux entretiens réalisés avec des professionnels des deux secteurs, le même constat est posé dans la majeure partie des cas : les difficultés de dialogue et de travail en partenariat. Les psychiatres de secteur reprochent aux établissements médico-sociaux de se décharger sur eux des cas insolubles ; réciproquement, les professionnels de ces établissements disent ne pas trouver d'interlocuteur en cas de crise ou de problématique trop lourde, au sein de la psychiatrie. Ce constat du manque d'interfaces pourrait être faussé

¹⁹ DDTEFP : Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.

dans un département sous-doté au plan des équipements psychiatriques, c'est pourquoi il a fallu rechercher si cette problématique pouvait être généralisée à l'ensemble du territoire. Force est de constater, au regard de différentes études sur la question, que cette préoccupation est générale. Une fois une personne inscrite dans une filière de prise en charge, il est très dur d'en changer et il n'existe pas suffisamment d'interfaces pour adapter la réponse apportée à chaque cas particulier. Une enquête de septembre 1999²⁰ relève que « 20 à 40% des personnes hospitalisées en psychiatrie, le seraient sans nécessité et devraient relever de structures d'hébergement et d'accompagnement conjuguant projet de vie et projet de soins ». Il s'agit ici des malades mentaux chroniques ou stabilisés maintenus en hospitalisation bien que ne nécessitant plus de soins constants. D'après l'organisation réglementaire des dispositifs sanitaire et médico-social, ces personnes devraient pouvoir trouver leur place en établissement médico-social avec un suivi par les équipes de secteur, suivi intervenant dans l'institution ou en ambulatoire (CMP). Or la prise en charge est totalement différente : les personnes sont gardées en hospitalisation psychiatrique faute de prise en charge en établissement médico-social, lequel refuse la prise en charge par peur de se retrouver seul face à un sortant d'hôpital psychiatrique. Ce constat quelque peu schématique résume grossièrement la problématique actuelle.

A l'intérieur même des disciplines sanitaire et médico-sociale, on retrouve ces difficultés d'articulation, du fait principalement du passage à l'âge de prise en charge adulte.

Ainsi, lors de ce passage, des difficultés se posent dans le secteur médico-social pour réorienter les jeunes adultes malades mentaux stabilisés, notamment du fait du manque de places dans les structures adultes. Il faut, à 18 ans ou 20 ans maximum, trouver un établissement pour adultes adapté à ce type de prise en charge.

De même, au sein de la psychiatrie, l'adolescence semble être une classe à part qui pose problème et dont on ne sait véritablement que faire. Comme nous l'avons vu dans la première partie, l'organisation psychiatrique distingue la psychiatrie adulte et la psychiatrie infanto-juvénile, or la prise en compte des troubles de l'adolescence a du mal à trouver sa place dans cette organisation. Comme le souligne le rapport de M. Joly au CES, elle est encore très disparate et incomplète selon les secteurs. Les patients reçus en psychiatrie infanto-juvénile ont généralement entre 5 et 14 ans (72%) dont 42 % entre 4 et 9 ans, au détriment des 15-16 ans. Certains secteurs de psychiatrie infanto-juvénile n'accueillent toujours pas d'adolescents qui sont dès lors renvoyés, à l'âge de 12-13 ans, vers le secteur de psychiatrie adulte. Le dilemme est grand concernant cette tranche d'âge des 12-25 ans à

²⁰ « Mieux articuler le sanitaire et le médico-social en psychiatrie » - Technologie et Santé n°38, septembre 1999.

la frontière entre psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie adulte : faut-il les maintenir avec des plus jeunes qu'eux au risque, pour les équipes soignantes, d'être confrontées à des phénomènes de violence de la part d'un adolescent de 14-15 ans ? Faut-il au contraire les transférer en service adulte où ils se retrouvent alors mélangés à des malades lourds qui leurs renvoient une image négative et déstabilisante ?

1.1.2.2 Les raisons du cloisonnement des deux champs

Les facteurs qui freinent l'articulation dans la prise en charge des 12-25 ans souffrant de troubles de la personnalité sont de deux ordres : ils tiennent tout d'abord à des logiques institutionnelles et financières différentes. Ils résultent ensuite, dans les faits, d'une méconnaissance du rôle de chaque acteur.

Une prise en charge continue ou conjointe constitue un enjeu institutionnel et financier dans la mesure où elle oblige à une harmonisation entre des logiques et des financements d'origines différentes pour une même personne.

Du point de vue institutionnel, nous l'avons vu, la prise en charge psychiatrique relève de la politique sanitaire et celle du handicap de la politique médico-sociale ; chacune des structures a dès lors des autorités de tutelle et de tarification différentes. Pour les établissements de santé, le mode de financement est la dotation globale dont le montant est arrêté par le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Les établissements médico-sociaux sont, eux, financés par prix de journée ou par dotation globale (CAT, CAMSP), lesquels sont arrêtés par le Préfet de Département et pour certains le Président du Conseil Général (FDT, CAMSP).

Les financeurs sont également différents : la loi de finances n°85-1403 du 30 décembre 1985 a confié le financement de l'ensemble des dépenses de lutte contre les maladies mentales à l'assurance maladie. Les établissements médico-sociaux sont en majorité financés par l'assurance-maladie (IME, MAS), mais peuvent l'être également par l'Etat (CAT) ou par l'Etat et le Conseil Général (FDT). Les CAMSP sont, quant à eux, financés à hauteur de 80% par l'assurance-maladie et de 20% par le Conseil Général au titre de la PMI. Il existe donc une multiplicité de financeurs. Un des obstacles fréquemment rencontré est celui des doubles prises en charge par l'assurance-maladie. Les professionnels du secteur médico-social m'ont présenté ce problème : si un enfant est accueilli en IME, l'assurance-maladie le prend en charge à ce titre et refuse de répondre financièrement du suivi qui pourrait se faire concomitamment en CMPP, celui-ci étant aussi financé au prix de journée.

Les structures sanitaires et médico-sociales ont de plus des statuts différents : public, associatif, privé à but lucratif...Elles ne sont pas soumises au même régime d'autorisation.

La loi n°85-772 du 25 juillet 1985 et la loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 ont introduit les secteurs psychiatriques dans les procédures de planification sanitaire ; les autorisations d'ouverture et de fonctionnement sont dès lors encadrées par le SROS et la carte sanitaire. Au contraire, la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales n'a pas créé, pour ces établissements, de procédure de planification contraignante et les conditions d'ouverture sont donc plus libres.

Le système législatif et réglementaire actuel repose sur des instances de tutelle, de contrôle et de tarification variées et indépendantes les unes des autres ainsi que sur des modes de financement multiples et croisés, ce qui constitue un frein au développement d'une prise en charge globale.

Au-delà des facteurs institutionnels, il en existe d'autres qui tiennent aux résistances respectives des secteurs sanitaire et médico-social. Ces résistances résultent le plus souvent de cultures professionnelles différentes entre le personnel soignant et le personnel éducatif. Le travail des éducateurs intervenant dans les établissements médico-sociaux a une triple dimension : éducative, pédagogique et thérapeutique. Les équipes médico-éducatives travaillent à l'insertion de la personne et l'appréhendent donc dans sa trajectoire de vie. Le corps soignant se consacre à la prise en charge médicale même s'il a à traiter, lui aussi, de plus en plus de problématiques sociales. Son intervention reste plus délimitée. Il existe donc entre ces deux mondes un manque de langage commun et une absence de reconnaissance réciproque des outils de l'autre. La question du secret médical et du secret professionnel constitue un obstacle supplémentaire à surmonter afin de parvenir à un travail commun. Ces différents facteurs vont aboutir, dans la plupart des cas, à :

- des sorties d'hospitalisation psychiatrique insuffisamment préparées, tant du point de vue du suivi social que du point de vue du suivi thérapeutique.
- des hospitalisations en psychiatrie, ou des retours en hospitalisation en cas de crise difficiles à obtenir pour les établissements médico-sociaux.

Sont aujourd'hui envisagées des réformes dans les formations de ces professionnels incluant dès le début de la scolarité des apprentissages d'exercice professionnel en binôme « soignant-éducatif ». Le plan d'action en santé mentale prévoit que seront développées, dès 2002, des formations croisées entre travailleurs sociaux et infirmiers exerçant dans le domaine de la santé mentale en vue d'une culture commune autour de la souffrance psychique et de la maladie mentale.

Comme le souligne le docteur Gérard Massé, responsable de la mission nationale d'appui en santé mentale, « une connaissance mutuelle s'impose afin que l'éducatif ne soit plus saturé par des pathologies non traitées et que le soin ne se résume pas à une absence d'objectif

d'intégration ». Nous venons de voir qu'il existe deux politiques différentes pour un même enjeu de santé publique auquel on répond de manière imparfaite. Les prises en charge sont le plus souvent inadaptées ; il faut aujourd'hui aller vers une prise en charge globale de la personne.

1.2 LA NECESSITE D'UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE ALLIANT LE SOIN A L'EDUCATIF

De même que les malades mentaux stabilisés ou chroniques nécessitent une prise en charge dans un lieu de vie plutôt que dans une structure de soins, les adolescents et jeunes adultes, de par la spécificité de leur âge à la frontière entre l'enfance et l'âge adulte (2.1), doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge globale, comme le montrent les textes et rapports sur la question (2.2).

1.2.1 La spécificité d'une population à la frontière entre l'enfance et l'âge adulte

L'adolescence constitue, dans la population en général, une période de troubles et de transformations (2.1.1) ; cette période est également spécifique de par la problématique qu'elle peut poser en psychiatrie (2.1.2) .

1.2.1.1 L'adolescent, un être en mutation

L'adolescence est une période du développement qu'il est difficile de définir avec précision. C'est un âge de transition entre l'enfance et l'âge adulte. Sa durée tend à s'accroître de plus en plus : la puberté débute chez les filles à 12 ans alors qu'elle ne commençait qu'à 17 ans au début du siècle et l'adolescence va se poursuivre plus tard dans la vie à cause, notamment, de l'allongement de la durée des études. La place de l'adolescence dans la société a bien évolué par rapport aux générations précédentes. Les 12-20 ans représentaient, en 1990, 12,5 % de la population soit environ 7 millions d'individus.

L'adolescence se caractérise par un ensemble de phénomènes psychologiques liés aux transformations physiques et physiologiques de la puberté, ainsi qu'au changement de statut social. L'adolescent se trouve confronté aux transformations corporelles, à des mutations profondes sur le plan de ses désirs, de ses possibilités affectives et intellectuelles.

L'apparition de l'adolescence comme problème est relativement récente. J-J Rousseau, dans l'Emile la décrivait ainsi : « Orageuses révolutions qui s'annoncent par le murmure de passions violentes, un changement dans l'humeur, des emportements fréquents, une continuelle agitation d'esprit, rendent l'enfant presque indisciplinable ; il devient sourd à la

voix qui le rendait docile ; c'est un lion dans sa fièvre, il méconnaît son guide, il ne veut plus être gouverné ».

L'adolescence est avant tout une période de troubles en raison de changements profonds qu'elle opère ; ces changements comportent des remaniements de l'ensemble du fonctionnement mental et de l'organisation de la personnalité. Durant la période de l'adolescence, le jeune entre en conflit avec lui-même, tout en étant en conflit avec les autres ; il est extrêmement fragile et vulnérable. Il s'agit d'un processus d'individuation avec une fragilité narcissique importante (perturbation du sentiment d'identité et d'autonomie).

L'adolescence constitue une période de la vie caractérisée par une souffrance psychique (symptômes d'anxiété et de dépressivité). Cette problématique de la souffrance psychique des adolescents est retranscrite dans le rapport 2000 du Haut Comité de Santé Publique (HCSP)²¹. La souffrance se traduit par une période de crise qui peut se manifester de diverses manières :

- Les états dépressifs qui touchent 2 à 8% de la population des 12-25 ans.
- Les conduites suicidaires : le suicide est la deuxième cause de mortalité des adolescents. Le rapport souligne ici l'existence de facteurs de risque tels que le chômage, les conduites addictives (alcool, tabac, cannabis), les violences subies...4 à 15% des adolescents ont fait une tentative de suicide et 10 à 25% d'entre eux ont des idées suicidaires.
- Les conduites addictives : il s'agit des comportements de dépendance au tabac (la moitié des adolescents fument), à l'alcool (10 à 20% en consomment régulièrement), au cannabis (15 à 25% en consomment régulièrement).
- Les conduites violentes : la violence peut être subie et venir du milieu familial, de l'école (actes de racket) ou consister en des actes de transgression des normes commis par les adolescents eux-mêmes (dégradations, insultes, menaces, bagarres).

La crise d'adolescence qui se manifeste au travers de ces différentes conduites ne révèle pas nécessairement une pathologie mentale même si elle entre parfois dans le champ de la santé mentale (exemple des conduites suicidaires ou des troubles du comportement). A côté de ces situations « limite », il en est d'autres qui relèvent de la maladie mentale et pour lesquelles la période adolescente constitue un moment critique.

²¹ Ref. supra note 2

1.2.1.2 L'adolescence en psychiatrie : une période critique

L'enjeu que constitue, au plan général, l'adolescence est considérable. Cette période du passage à l'âge adulte doit également retenir une attention toute particulière en psychiatrie.

Il convient de distinguer deux « cas de figure » : le premier est celui des adolescents et jeunes adultes dont le trouble mental se révèle à la naissance et qui ont vu de ce fait leur développement cognitif totalement entravé.

Ainsi l'autisme, qui est un trouble global et précoce du développement, apparaît généralement dans les deux premières années de la vie. La CIM 10 et le DSM IV classent le syndrome autistique dans la catégorie des troubles envahissants du développement. Il s'agit en effet plus précisément d'un syndrome car celui-ci peut revêtir diverses formes, on parle donc plutôt des autismes que de l'autisme. Les différentes classifications et définitions s'accordent sur un certain nombre de caractéristiques communes aux différentes formes de ce syndrome : perturbation des interactions sociales, perturbation des communications verbales et non verbales, comportements répétitifs ritualisés (stéréotypies), retrait social appelé retrait autistique. Le syndrome autistique, s'il apparaît très précocement, va également évoluer avec l'âge.

Comme le souligne la circulaire du 27 avril 1995 relative à l'autisme²², « les caractéristiques cliniques évoluent fréquemment au cours de l'adolescence et du passage à l'âge adulte ». Le syndrome évolue vers une variété des troubles de la personnalité et des développements dysharmoniques (de type psychotique, névrotique ou psychopathique) . La circulaire rappelle qu'un effort particulier s'impose pour les adolescents de 12 à 18 ans, la réponse aux besoins de ces classes d'âge étant particulièrement insuffisante. Or, « au moment de l'adolescence, les jeunes autistes cumulent de nouveaux besoins propres à cette période de leur évolution : nécessité d'une socialisation plus étendue (interactions avec leurs compagnons d'âge, autonomisation plus grande vis-à-vis de la famille), prise en compte de syndromes psychotiques (angoisse, insécurité, violence pour eux-mêmes ou pour les autres), réponse aux caractéristiques propres à l'autisme (troubles spécifiques de la communication) et à des troubles neurologiques parfois associés ». Il ressort donc de la circulaire cette spécificité du passage à l'âge adulte pour les jeunes souffrant déjà de troubles du développement. L'adolescence constitue à cet égard une période critique de la vie qu'il faut savoir prendre en charge de manière spécifique.

²² Circulaire AS/EN n°95-12 du 27 avril 1995 relative à la prise en charge thérapeutique, pédagogique et éducative et à l'insertion sociale des enfants, adolescents et adultes atteints d'un syndrome autistique.

Le second « cas de figure » concerne les jeunes dont les troubles psychiatriques se déclarent justement à l'adolescence. Pour reprendre les termes de B. Brusset dans son chapitre sur la psychopathologie de l'adolescence²³ : « la pathologie de l'adolescence est très polymorphe, mais trouve sa spécificité dans ses rapports avec l'émergence d'un registre pulsionnel nouveau qui contribue à une remise en question globale de l'organisation narcissique. Les changements qu'elle induit entraînent des réaménagements névrotiques dans certains cas, mais dans d'autres, la portée traumatique des mouvements pulsionnels tend à susciter des tentatives de solution de type psychotique ou psychopathique ».

Un des grands problèmes de l'adolescence en psychiatrie est celui des évolutions psychotiques et plus précisément de la schizophrénie, maladie mentale qui survient à cette époque de la vie et que rien, apparemment, ne laissait prévoir. Il est donc important de noter que l'adolescence, de par les bouleversements qu'elle entraîne, peut aboutir à une désorganisation durable de la personnalité ou à des modes de structuration pathologiques. Dans le même sens, le rapport du HCSP sur la souffrance psychique des adolescents et jeunes adultes²⁴ souligne que « l'adolescence et surtout la post-adolescence autour de la vingtième année sont des périodes d'élection pour l'éclosion de troubles psychiatriques. C'est le cas des psychoses, et particulièrement de la schizophrénie ».

Le début apparent de la schizophrénie se situe ainsi entre 15 et 35 ans. Il peut y avoir une personnalité pathologique antérieure, d'où l'importance des actions de prévention. Cette antériorité de la pathologie peut se manifester par diverses caractéristiques : un isolement social, des illusions récurrentes, des sentiments de dépersonnalisation, une bizarrerie du discours, une pauvreté ou une inadaptation des affects, un mode de pensée persécutoire, ou encore une hypersensibilité aux critiques. Les modes de début de la maladie sont variables : diminution du rendement scolaire et des activités en général, troubles des relations affectives, préoccupations hypocondriaques, automatisme mental²⁵. Le phénomène de décompensation peut également se produire lors d'un passage à l'acte d'auto ou hétéro-agressivité, ou d'une bouffée délirante aiguë. Le symptôme principal de la schizophrénie est la dissociation, c'est-à-dire « une perte de la capacité de filtrer les messages internes et

²³ Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent – tome 2 – S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé

²⁴ ref. supra : note 2

²⁵ « Syndrome caractérisé par l'association de phénomènes psychopathologiques entraînant chez le patient le sentiment et la conviction délirante qu'il n'est plus maître de sa volonté et qu'une force étrangère agit sur lui et contrôle toute son activité psychique » – Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique, J. Postel, Larousse.

externes et d'intégrer les données de la vie psychique en un tout cohérent »²⁶. Cette dissociation, qui caractérise la rupture de l'unité psychique, va se retrouver dans les domaines de la pensée, de l'affectivité et du comportement psychomoteur.

L'approche pour traiter les deux « cas de figure » présentés sera différente puisque le premier « cas » nécessitera un travail plus long d'apprentissage et une problématique d'insertion parfois plus importante dans la mesure où ces jeunes ont été pris en charge par des secteurs spécialisés dès leur plus jeune âge. Malgré tout, quelque soit la situation particulière de chaque adolescent, il nécessitera concomitamment ou après les soins, une prise en charge éducative.

La santé des adolescents devient une discipline médicale de plus en plus autonome et qui nécessite, à cet âge, selon la rapport du HCSP²⁷, « une intégration multidisciplinaire ». Des liens doivent en effet être créés entre la psychiatrie adulte, la psychiatrie infanto-juvénile, la pédiatrie, et le secteur médico-éducatif voire éducatif afin d'assurer une prise en charge conjointe et globale de l'adolescent. La détection des troubles mentaux par des actions de prévention conduites dès le plus jeune âge est indispensable car elle permet d'éviter l'installation d'un état pathologique ; la prise en charge spécifique apportée à l'adolescence l'est tout autant car c'est à cette période de la vie que se joue l'insertion du jeune dans la société. Il est dès lors essentiel de tenir compte des diverses mesures prévues par les textes et des préconisations posées dans les rapports.

1.2.2 La reconnaissance officielle de la nécessité de prise en charge globale

Que ce soit au travers des textes législatifs et réglementaires (2.2.1) ou au regard des différents rapports ou plans existants (2.2.2), nombreuses sont les dispositions officielles qui préconisent la création ou le renforcement d'interfaces entre le secteur sanitaire et le champ médico-social dans le but d'apporter une réponse globale aux problèmes de santé mentale.

1.2.2.1 Les possibilités d'articulation prévues par les textes

Qu'il s'agisse des politiques de santé mentale ou des politiques du handicap, toutes deux ont mis en avant des modalités de coopération entre les deux modes de prise en charge.

²⁶ « Psychoses et névroses de l'adulte », A. Manus, PUF

²⁷ ref.supra, note 2

Depuis la circulaire de 1960 fondatrice du secteur jusqu'à aujourd'hui, l'ensemble des textes relatifs à la politique de santé mentale ont préconisé l'articulation avec le champ médico-social. La circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale rappelle que les équipes de secteur doivent prendre contact avec chaque établissement social ou médico-social accueillant des patients de leur secteur pour établir des relations de concertation ou des services réciproques. C'est certainement la circulaire du 11 décembre 1992 relative aux enfants et adolescents qui insiste le plus sur cette notion de prise en charge coordonnée. Il faut, selon elle, articuler la politique de santé mentale en assurant la complémentarité avec le domaine médico-social : CMPP, établissements médico-éducatifs. Elle précise également que les conditions d'accueil des jeunes souffrant de troubles mentaux durables et source d'incapacités, selon la définition de l'OMS, doivent être plus adéquates. Il faut reconnaître pour eux, à côté de la maladie, les handicaps qui y sont liés afin d'affiner les mesures éducatives et sociales requises. Entre autres, la circulaire préconise la mise en place d'un groupe de concertation au sein du CDSM pour traiter de la santé mentale des enfants et adolescents. Celui-ci doit être le lieu d'échange permanent entre institutions sanitaires et médico-sociales.

Le CDSM a en effet un rôle important de coordination à jouer : la circulaire n°86-612 du 23 juillet 1986 relative à sa mise en place prévoit qu'il peut être consulté sur les projets de création ou d'extension d'établissements médico-sociaux dans la mesure où ceux-ci accueillent des malades ou des handicapés mentaux. Le CDSM doit également participer à l'analyse des modes de coordination entre les différentes institutions publiques ou privées participant à titre principal ou non à la lutte contre les maladies mentales. Cette analyse doit aboutir à des recommandations pour améliorer la cohérence des interventions.

Plus récemment, l'Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 a prévu, dans son article 51 la possibilité, pour les établissements de santé, de créer des structures sociales ou médico-sociales. Le préambule au guide méthodologique²⁸ rappelle l'intérêt d'une démarche globale pour les personnes dont le « handicap » résulte d'une affection psychique invalidante. La complémentarité entre les deux champs est ainsi décrite : « le sanitaire évalue et traite, le médico-social étaye la personne dans sa vie au quotidien en palliant l'incapacité et le désavantage social ».

Dans le champ médico-social, les annexes XXIV insistent sur la nécessité de partenariats, avec la notion de projet individuel : la prise en charge n'est plus centrée sur les structures

²⁸ Guide méthodologique de création de structures sociales ou médico-sociales par un établissement de santé : principes généraux et modalités d'application dans le domaine de la santé mentale.

Mai 2000, Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale.

mais sur la personne elle-même. La circulaire du 27 avril 1995 relative à l'autisme prévoit divers modes de réponse pour les adolescents et adultes autistes. S'agissant des adolescents (12-18 ans), ceux-ci peuvent être accueillis en IME au sein d'une section spécifique renforcée au plan éducatif et thérapeutique ou dans de petites unités de jours communes à plusieurs secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ou générale. Ces unités peuvent être couplées avec des structures d'accueil comportant hébergement. En ce qui concerne les adultes, ils peuvent être accueillis en FDT, CAT ou MAS. Des conventions fonctionnelles entre institutions sanitaires et médico-sociales doivent être conclues afin de favoriser l'accès au dispositif de soins en cas de crise, puis le retour dans l'institution d'origine. La circulaire insiste sur la passation de conventions de partenariat et d'échanges réciproques de prestations dans le cadre d'un réseau coordonné, « étant entendu que les prestations de soins nécessaires peuvent être réalisées à l'extérieur de l'institution d'accueil ».

Des modalités de coopération formelle sont également préconisées par l'article 14 du projet de loi rénovant l'action sociale qui prévoit, « afin de favoriser la continuité des prises en charge », la possibilité pour les établissements médico-sociaux de conclure des conventions avec les établissements de santé. Ils peuvent également adhérer à une formule de coopération sanitaire : syndicat interhospitalier et groupement de coopération sanitaire.

Il s'agit ici d'une présentation non exhaustive des modalités de coordination prévues dans les textes régissant les modes sanitaire et médico-social de prise en charge. Au-delà des textes, de nombreux rapports réaffirment cette nécessité de réponse globale.

1.2.2.2 Une nécessité affirmée par les rapports relatifs à la santé mentale

Faisant suite aux différents rapports parus au sujet de la santé mentale, et notamment au rapport Piel-Roelandt de juillet 2001, le Plan santé mentale de novembre 2001 consacre son axe 4 au développement du partenariat entre acteurs de santé mentale. Au titre de ces acteurs figurent bien sûr les partenaires sociaux et médico-sociaux. Les objectifs affichés du plan sont :

- la diversification des modes de prise en charge en santé mentale par la reconnaissance réciproque des compétences spécifiques de chaque professionnel ;
- l'optimisation des circuits de prise en charge pour mieux répondre aux besoins des personnes et favoriser la continuité des soins.

Les actions prévues concernent le développement du travail en partenariat entre les professionnels spécialisés et les intervenants des autres champs sanitaire, social, médico-social dans le cadre de réseaux de professionnels.

Il s'agit également d'inciter, dans les services de psychiatrie, à la mise en place de protocoles relatifs aux modalités d'intervention de l'équipe pluriprofessionnelle afin d'assurer un travail d'accompagnement et/ou de co-prise en charge des patients suivis en médico-social. La priorité sera donnée aux propositions d'articulation formalisées. Le principe d'un projet global pour le malade devra être élaboré, c'est-à-dire un projet de soins conjoint à un projet de vie. Afin de faciliter la prise en charge globale, le plan rappelle que les obstacles tarifaires seront levés par la modification du décret relatif à la gestion budgétaire des établissements médico-sociaux.

Le rapport Piel-Roelandt évoqué ci-dessus avait posé les bases du plan d'action. Il prône en effet le travail en réseau entre les professionnels des différents champs. Selon les termes du rapport, « les champs social et médico-social doivent prendre leur responsabilité pour le volet social de la trajectoire des personnes et les professionnels de la psychiatrie doivent, après élaboration de projets de soins personnalisés, passer progressivement la main aux acteurs sociaux ». Le rapport pose quelques pistes de réflexion pour aboutir à une prise en charge coordonnée :

- mettre en cohérence l'offre psychiatrique et médico-sociale en intégrant la planification médico-sociale au niveau des ARH ;
- passer d'une prise en charge financière à la structure à une prise en charge financière à la personne ;
- réviser la séparation des financements du sanitaire et du social ;
- envisager, pour les malades ne nécessitant plus uniquement des soins, une admission dans les structures médico-sociales en envisageant des allers et retours ;
- renoncer à la gestion du médico-social par les établissements de santé, contrairement à ce prévu par l'ordonnance de 1996, car ce système conduit à maintenir l'hospitalocentrisme ;
- mettre à disposition, dans les structures médico-sociales, des travailleurs sociaux et des soignants en équipes identifiées de santé mentale ;
- développer le conventionnement des réseaux favorisant la mise en place d'actions innovantes.

En 1997, suite au rapport présenté par M. Joly, le Conseil Economique et Social proposait de mettre en œuvre de façon effective le conseil de secteur prévu par la circulaire du 14 mars 1995. Ce conseil devait rassembler, autour de l'équipe de secteur, des représentants des acteurs sanitaires et sociaux. Il devait orienter la politique de prévention et de réadaptation en fonction du contexte local et permettre la mise en œuvre de « synergies

positives entre le secteur et le reste du tissu sanitaire et social ». Ce conseil n'a jamais été mis en place.

Enfin, le rapport 2001 de l'IGAS, dans sa partie relative à la prise en charge psychiatrique des adolescents propose la mise en place de petites unités regroupant des adolescents particulièrement difficiles où serait possible le travail en commun des deux équipes, éducative et médicale.

La nécessité d'une prise en charge globale des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques ne fait pas de doute au regard de ce qui a pu être exposé ; malheureusement, s'il existe des expériences innovantes dans ce domaine ou des exemples de coopération entre sanitaire et médico-social, ils restent la plupart du temps informels et donc dépendants des personnes qui les ont impulsés. La Seine-et-Marne semble, à ce titre, être un département de prédilection tant elle est pauvre au plan des équipements psychiatriques : toutes les innovations sont dès lors possibles. Là aussi, cette note d'optimisme est largement tempérée par les manques importants dans les prises en charge. Car il ne faut pas oublier l'utilisateur qui, en l'espèce, se retrouve parfois sans réponse.

2 - ANALYSE DES BESOINS ET DES FILIERES DE PRISE EN CHARGE DANS LE DEPARTEMENT DE SEINE-ET-MARNE

Il semblait nécessaire de procéder à un état des lieux du dispositif de prise en charge psychiatrique et médico-social existant en Seine-et-Marne (2.1) dans la mesure où celui-ci explique en partie les dysfonctionnements dans la prise en charge des 12-25 ans souffrant de troubles de la personnalité (2.2).

2.1 ETAT DES LIEUX AU REGARD DU DISPOSITIF EXISTANT

Il s'agit ici de faire état des équipements psychiatriques (2.1.2) et médico-sociaux (2.1.3) ; une rapide présentation du contexte départemental s'impose au préalable car il est assez singulier (2.1.1).

2.1.1 Le contexte géographique et démographique Seine-et-Marnais

La Seine-et-Marne est le département le plus étendu de la région Ile-de-France puisqu'il représente la moitié de sa superficie : 12 011 km² pour l'Ile-de-France, 5 915 km² pour la Seine-et-Marne. C'est un département qui a longtemps été à prédominance rurale mais est aujourd'hui en pleine expansion. Son espace rural a en effet tendance à reculer devant l'urbanisation croissante de la grande couronne parisienne et le développement de villes nouvelles : Melun-Sénart, Marne-la-Vallée. Dans le cadre de la politique de la ville, il existe :

- 5 contrats de ville : Melun, Meaux, Montereau-Fault-Yonne, Sénart, le Val Maubuée ;
- 1 grand projet de ville à Meaux ;
- 9 zones urbaines sensibles ;
- 2 zones franches urbaines (Meaux et Montereau) ;
- 6 zones de redynamisation urbaine.

Cette urbanisation se traduit par une forte expansion démographique. La Seine-et-Marne a ainsi vu sa population augmenter de 10,6 % entre les deux recensements et comptait, en 1999, 1 193 767 habitants. Ce département enregistre ainsi la plus forte progression de la région et la deuxième plus forte de la France métropolitaine. De plus, le solde migratoire des départements franciliens a été négatif ces 10 dernières années excepté pour la Seine-et-Marne. Les fortes augmentations de population concernent essentiellement les plus grosses communes situées à l'ouest du département et dans le périmètre des villes nouvelles de Marne-la-Vallée et Sénart. Il ressort du projet territorial de l'Etat que cette croissance rapide

représente un défi pour l'ensemble des services à la population qui ont du mal, de manière générale, à adapter leurs moyens à cette nouvelle demande. « L'équipement sanitaire apparaît ainsi insuffisant, de même que l'offre de logement social, les situations d'exclusion restant préoccupantes. Le système éducatif doit également s'adapter à la jeunesse du département »²⁹.

En effet, la population est de plus en plus jeune dans ce département : 29% des habitants sont âgés de moins de vingt ans. Avec le Val d'Oise, la Seine-et-Marne est le département le plus jeune de la région³⁰. La population des 10-24 ans a augmenté de manière importante, passant de 183 400 en 1975 à 260 000 en 1999.

Malgré l'urbanisation, la Seine-et-Marne reste un département rural : 20% de la population vit dans des communes rurales. L'étendue du territoire présente des difficultés puisque celui-ci apparaît fractionné, avec une intercommunalité encore insuffisante ; les distances constituent en outre un frein à l'action de l'Etat. La pression urbaine qui s'intensifie dans le nord du département fragilise notamment ces territoires ruraux de plus en plus isolés.

Il s'agit donc d'un département d'une superficie très étendue, dont l'expansion démographique est récente. Or, comme nous allons le voir, il s'agit également d'un département qui a toujours été sous-équipé au plan des équipements psychiatriques et qui a du mal aujourd'hui à rattraper ce retard accentué par l'augmentation et le rajeunissement de la population.

2.1.2 Présentation de l'équipement psychiatrique en Seine-Marne

La Seine-et-Marne est un département sous-équipé en psychiatrie (2.1.2.1) qui tente de rattraper son retard par la création de structures nouvelles dans le cadre de la sectorisation (2.1.2.2).

2.1.2.1 Un équipement historiquement insuffisant

La Seine-et-Marne semble avoir été historiquement sous-équipée en psychiatrie. Il n'existe pas sur le département de Centre Hospitalier Spécialisé (CHS), les secteurs sont donc exclusivement rattachés à des hôpitaux généraux. La mise en place des secteurs s'est effectuée dans les années 1960 mais uniquement avec des lits dans un premier temps. La

²⁹ La lettre du Préfet et des services de l'Etat, juin 2001 – « Le projet territorial des services de l'Etat en Seine-et-Marne ».

³⁰ Source : Observatoire Régional de Santé (ORS) Ile-de-France « La santé des jeunes en Ile-de-France », septembre 2001

création des structures extra-hospitalières date, selon les psychiatres rencontrés, des années 80. S'agissant de la psychiatrie infanto-juvénile, elle a eu du mal à prendre de l'essor et ne comporte aucun lit sectorisé d'hospitalisation complète. Les psychiatres et pédopsychiatres avancent l'explication suivante au retard accumulé : c'est l'absence de CHS qui a rendu tout redéploiement de lits impossible.

Selon l'étude de l'ORS³¹ d'Ile-de-France l'offre de soins en psychiatrie est insuffisante dans la moitié des départements. La Seine-et-Marne est celui qui présente le taux d'équipement le plus bas de la région. Le taux global d'équipement (hospitalisation complète et alternatives à l'hospitalisation) est inférieur, en psychiatrie générale comme en psychiatrie infanto-juvénile, à la limite inférieure de l'indice national : l'indice national se situe entre 1 et 1,8 en psychiatrie générale et le taux de la Seine-et-Marne est de 0,66. Pour la psychiatrie infanto-juvénile il est compris entre 0,8 et 1,4 alors que dans le département il est de 0,25. La situation est encore plus dramatique lorsque l'on considère simplement le taux d'hospitalisation complète pour les moins de 16 ans puisqu'il est de 0,09 alors que la limite inférieure nationale est de 0,1. Seul le taux d'équipement d'hospitalisation complète en psychiatrie adulte est relativement correct : 0,54 la limite nationale étant de 0,5.

Pour assurer la diversité et la continuité de la prise en charge entre différents dispositifs, chaque secteur doit pouvoir s'appuyer, selon le SROS, sur une capacité d'hospitalisation complète de 25 lits minimum ainsi que sur des structures alternatives : un CMP, un hôpital de jour, un CATTP et un accueil familial thérapeutique. Or, tous les secteurs ne sont pas dotés de cet équipement nécessaire à leur bon fonctionnement. La carte sanitaire et le SROS de psychiatrie (arrêtés du 17 juin 1998) ont eu pour objectif de combler les disparités départementales. La carte sanitaire prévoit la création de 7 secteurs en psychiatrie générale et d'un nouveau secteur en psychiatrie infanto-juvénile.

Le redécoupage en 17 secteurs de psychiatrie générale serait ainsi réparti : Centre Hospitalier (CH) de Meaux (3 secteurs), CH de Lagny (4 secteurs), CH de Coulommiers (2 secteurs), CH de Provins (1 secteur), CH de Melun (4 secteurs), CH de Nemours (2 secteurs), CH de Montereau (1 secteur). La population moyenne des secteurs passera alors de 107 817 habitants à 63 422 habitants.

Au plan des structures alternatives, doivent être créés : 4 CMP, 2 hôpitaux de jour et 9 CATTP. Des extensions de places d'accueil familial thérapeutique ainsi que la création d'appartements thérapeutiques sont également prévues.

³¹ ref. supra note 30.

En psychiatrie infanto-juvénile, le nouvel intersecteur créé est rattaché au CH de Meaux, les 4 intersecteurs préalablement existants sont rattachés aux CH de Lagny, Melun, Nemours et Coulommiers. La population moyenne prise en charge par secteur passe ainsi de 70 165 à 56 132 habitants de 0 à 16 ans. 7 CMP, 4 hôpitaux de jour et 8 CATTP doivent être créés ainsi que des lits d'hospitalisation à temps complet actuellement inexistant.

Outre des équipements insuffisants, le nombre de psychiatres est également faible en Seine-et-Marne : ils sont 151 dans le département, soit une densité de 13 pour 100 000 habitants. Ce sont les chiffres les plus faibles de la région : la moyenne hors AP-HP est de 248 psychiatres par département. L'AP-HP dispose, à titre informatif, de 1 790 psychiatres avec une densité de 84 pour 100 000 habitants.

Il est troublant de noter que la Seine-et-Marne semble davantage touchée par les pathologies psychiatriques que les autres départements de la région. En effet, selon le document STATISS 99/2000 Ile-de-France, le taux de mortalité lié aux troubles mentaux chez les hommes est de 30,1/100 000 habitants alors que la moyenne régionale est de 18,6. La Seine-et-Marne a le taux le plus élevé. Même constat chez les femmes avec un taux de 27/100 000 alors que celui de la région est de 15,6.

2.1.2.2 Les créations récentes et les projets en cours

o Les créations opérées

Le bilan d'étape du SROS de juin 2001 fait le point des créations effectuées et des opérations en cours. Celles-ci se sont opérées dans le cadre d'une dotation départementale augmentée de 18,66%, sachant que la moyenne régionale se limite à une augmentation de 7,32%.

En psychiatrie générale, 4 nouveaux secteurs ont été créés sur les 7 prévus (tous les secteurs nouveaux ne disposent cependant pas de lits d'hospitalisation complète, faute de moyens). Les 3 derniers secteurs restant à créer sont situés à Nemours, Lagny et Coulommiers. Au plan des alternatives à l'hospitalisation, ont été créés : 3 CMP, 4 CATTP, 17 places en appartement thérapeutique, 7 places en accueil familial thérapeutique et 5 places d'hôpital de jour.

En psychiatrie infanto-juvénile, l'intersecteur de Meaux a été créé ainsi que 8 CMP et un CATTP. Un autre CATTP et un hôpital de jour sont en cours de création.

S'agissant du développement des services pour adolescents et jeunes adultes, qui constitue la priorité des priorités du SROS, des réalisations ont également eu lieu ou devraient être mises en œuvre en 2002. Ainsi, un Centre d'évaluation et de Soins pour Adolescents (CESA) a été créé en partenariat entre le Centre Hospitalier de Lagny et le CMPA de Neufmoutiers. Le CMPA de Neufmoutiers a également vu la capacité de son hôpital de jour renforcée ; une unité d'accueil rapide a par ailleurs été créée³².

- o Les projets concernant la prise en charge des adolescents

Je reprendrai ici quatre projets dont j'ai eu à connaître au cours de mon stage : la création d'un CATTP pour adolescents par l'intersecteur de Nemours ; le projet de SESSAD pour enfants et adolescents autistes de l'intersecteur de Lagny ; la création d'un centre d'accueil et de court séjour intersectoriel pour adolescents par l'hôpital de Melun. Enfin, les projets du Centre Hospitalier de Meaux : un CATTP et une unité d'accueil pour adolescents. Ces projets correspondent pour deux d'entre eux au nord du département (Lagny et Meaux) et pour les deux autres, au sud (Nemours et Melun). Ils ne constituent pas une liste exhaustive.

Un projet de CATTP pour adolescents sur l'intersecteur de Nemours a été autorisé en CROSS. Le calendrier prévu par le CDSM a inscrit cette opération à partir de 2002 ; la mise en œuvre de l'autorisation sera fonction des possibilités de financement. Ce projet répond à un réel besoin de santé publique vis-à-vis des adolescents (11-16 ans) qui représentent 50% de la file active sur cet intersecteur mais pour lesquels il n'existe aucune structure d'accueil spécifique. Selon le promoteur, la seule psychothérapie pratiquée au CMP de Nemours ne répond pas suffisamment aux besoins des adolescents qui doivent s'articuler avec une prise en charge occupationnelle. Le CATTP pourra apporter une réponse plus adaptée aux difficultés rencontrées par les adolescents au travers d'un espace de rencontre, d'activités de groupe. La notion de soins sera prévalente ainsi que la prise en compte de la famille et du tissu relationnel de l'adolescent.

Le projet prévoit un travail en collaboration avec les secteurs de psychiatrie générale et des structures extérieurs à l'hôpital : les établissements scolaires, la médecine de ville, la justice, les foyers...

Les secteurs de psychiatrie générale, l'intersecteur de pédopsychiatrie et le service de pédiatrie du Centre Hospitalier de Melun sont porteurs d'un projet de centre d'accueil et de court séjour pour adolescents. Les constats suivants ont été effectués : la psychiatrie infanto-

³² Ref. supra 3.1.1.1 sur le CMPA de Neufmoutiers.

juvénile ne dispose pas, ici non plus, de lits d'hospitalisation ; or pour certains adolescents les troubles de la personnalité et du comportement sont tels que la capacité de contenance du service semble dépassée. Le maintien en service de pédiatrie est problématique par rapport aux autres enfants hospitalisés et peut même entretenir chez l'adolescent ou les parents un véritable déni de l'origine psychiatrique des problèmes. L'hospitalisation ne peut se faire actuellement qu'en psychiatrie adulte mais dans des conditions insatisfaisantes : locaux inadaptés, pathologies variées, lourdes, psychoses déficitaires, mais aussi certains cas médico-légaux (délinquants sexuels), personnes âgées. Pour l'année 2000 il y a eu 32 mineurs hospitalisés sur 2 secteurs de psychiatrie adulte, dont 15 de moins de 16 ans. Face à ces constats, la création d'une unité intersectorielle pour adolescents est envisagée. Cette unité s'adresse à l'ensemble des pathologies de l'adolescence, qu'il s'agisse des manifestations liées à « l'exacerbation de la crise maturative propre à cette étape existentielle » ou de décompensations névrotiques ou psychotiques. Le projet concerne les adolescents de 12 à 18 ans ; les durées d'hospitalisation prévues sont brèves : de quelques jours à quelques semaines. Une convention générale et technique sera établie entre les secteurs de psychiatrie générale, infanto-juvénile, le service de pédiatrie et le service des urgences. Le projet prévoit également la constitution d'un réseau de partenaires sociaux et médico-sociaux nécessaire au travail d'orientation à la sortie.

La sortie du centre se fera vers : un retour en famille ou en institution, un accueil familial thérapeutique, une admission en hôpital de jour ou en institution médico-sociale. Une admission en service de psychiatrie peut avoir lieu si l'évolution des troubles le nécessite.

Le nouvel intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile de Meaux propose la création d'un CATTP pour adolescents. La demande d'autorisation sera soumise au CROSS en 2003 pour une ouverture fin 2003, début 2004.

Par ailleurs les secteurs adultes et enfants ont un projet commun d'unité d'accueil pour adolescents. Cette structure aura pour objet l'accueil, l'évaluation, l'orientation ou l'hospitalisation de très courte durée des adolescents. Une étude de faisabilité sera lancée dès 2001, qui devra privilégier le partenariat avec les équipes sectorielles relevant du Centre Hospitalier de Coulommiers. La mise en œuvre pourrait intervenir en 2006.

L'intersecteur de Lagny a en projet, pour 2002 : la création d'un CATTP pour adolescents à Lognes et un SESSAD pour enfants et adolescents autistes et psychotiques à Chelles. Ce secteur connaît une forte augmentation démographique avec le développement de la ville nouvelle de Marne-la-Vallée. La population des 0-19 ans représentait 29,3% de la population lors du dernier recensement. La file active du secteur a dès lors augmenté. Le CATTP de Lognes est inscrit au calendrier du CDSM pour 2002. Le projet de SESSAD s'adresse à des

enfants de 0 à 16 ans souffrant de troubles envahissants du développement. La capacité d'accueil prévue est de 32 places dont 10 seront attribuées à la création d'une UPI en convention avec l'Education Nationale et un collège d'accueil. L'objectif du SESSAD serait l'accompagnement individualisé, des interventions à domicile et sur les lieux de vie ainsi qu'un soutien à l'intégration scolaire. Chaque jeune aura un projet individualisé global comprenant un volet pédagogique, éducatif, thérapeutique et social. Une réunion est envisagée en mars 2002 à la DDASS concernant ce projet.

2.1.3 Présentation de l'équipement médico-social

Si l'équipement est dans ce champ globalement satisfaisant, des problématiques spécifiques liées au passage de l'adolescence à l'âge adulte et à la prise en charge des troubles psychiatriques existent (2.1.3.1). Des restructurations et des projets nouveaux tentent de mieux adapter la réponse apportée aux adolescents et jeunes adultes présentant des troubles de la personnalité (2.1.3.2).

2.1.3.1 Les problématiques soulevées par les schémas enfants et adultes handicapés

L'Ile-de-France est l'une des régions les moins bien équipée de France en ce qui concerne la prise en charge du handicap. La Seine-et-Marne présente, elle, une carence pour les déficiences sensorielles et les polyhandicaps mais pour les déficiences intellectuelles, le taux d'équipement est correct.

S'agissant des adultes handicapés, les taux d'équipement sont supérieurs à la région pour les MAS et les FDT, et légèrement inférieurs en ce qui concerne les CAT et ateliers protégés. La Seine-et-Marne comporte 14 CAT, 6 MAS et 3 FDT. Pour l'accueil des enfants et jeunes handicapés, la Seine-et-Marne présente un taux d'équipement global en lits et places de 6,67/1000 jeunes de moins de vingt ans, celui de la région Ile-de-France étant de 6,11. Le département comporte notamment pour cette population 22 établissements pour déficients mentaux et 434 places de SESSAD³³. Il est malgré tout important de souligner que, si l'équipement est suffisant, les personnes accueillies dans ces établissements ne sont pas toutes du département. La Seine-et-Marne a longtemps été département d'accueil, avant que sa démographie n'augmente. Les deux tiers environ des jeunes seine-et-marnais sont pris en charge dans ce département, le tiers restant est accueilli en province ou en Belgique. La politique actuelle de la DDASS est de privilégier l'accueil des résidents du département bien que le recrutement des établissements soit en principe libre. Il s'agit d'une politique générale à l'ensemble des départements pour faire face à l'augmentation de la demande.

³³ Source : STATISS 1999-2000 Ile-de-France, DRASSIF – janvier 2001.

Le département comporte seulement 3 CMPP : à Melun, Chelles et Fontainebleau.

Malgré un équipement correct, des problématiques existent pour les adolescents et jeunes adultes, qui sont encore accentuées dans le champs des troubles mentaux.

La prise en charge des adolescents et jeunes adultes majeurs handicapés a été mise en évidence dans les schémas régional et départemental comme l'une des difficultés du dispositif d'accueil. Le Schéma régional et interdépartemental d'équipement en faveur des personnes handicapées en Ile-de-France³⁴ fait ressortir deux problématiques :

- la pénurie de places et le manque de diversité de l'offre d'accueil : du fait du manque de places en IMPro, l'articulation entre les IMP/IME et les IMPro est problématique. Ainsi, au moment de l'adolescence, un jeune peut soit être maintenu par dérogation au-delà de l'âge limite d'agrément en IMP/IME, ce qui bloque des places pour les plus jeunes, soit se voir proposer des solutions par défaut non adaptées à son cas, soit se retrouver sans prise en charge. En outre l'offre d'accueil manque de diversité : les modalités d'internat de semaine traditionnel ne semblent adaptées ni aux besoins des jeunes ni aux souhaits des familles.
- la transition de l'adolescence à l'âge adulte : pour que ce passage se fasse correctement, il faudrait qu'il y ait une continuité dans la prise en charge.

Le schéma régional préconise la recherche de formes innovantes d'accueil pour la prise en charge des adolescents et jeunes majeurs : formules plus souples d'internat (la Seine-et-Marne a le plus fort taux d'accueil en internat de la région : 47% de la capacité totale d'accueil), possibilités d'accueil temporaire, développement de l'accueil à temps partiel.

La première problématique résulte ainsi de la spécificité de cette tranche d'âge charnière que constitue l'adolescence et qui entraîne des situations de blocage.

La seconde problématique touche les jeunes concernés par le handicap et la santé mentale. Le schéma régional constate l'absence de « fil conducteur » dans les prises en charge du fait du manque de collaboration entre les deux champs de compétence sanitaire et médico-social.

Le schéma départemental pour adultes handicapés est actuellement en cours d'élaboration ; plusieurs éléments ressortent cependant des travaux de la commission technique. En ce qui

³⁴ Schéma régional et interdépartemental en faveur des personnes handicapées – Ile-de-France – DRASSIF, mai 1999.

concerne les personnes présentant des troubles psychiatriques, la commission constate que l'insuffisance au plan quantitatif des structures psychiatriques pose, s'agissant de la population handicapée, des questions spécifiques :

- impréparation des retours dans les établissements (avec parfois une nouvelle admission) ;
- absence de liaisons qui pourraient prévenir l'hospitalisation ;
- insuffisante prise en compte par la structure sanitaire des aidants naturels et institutionnels ;
- sorties retardées du fait du manque de structures d'accueil.

Cette problématique du soin et du manque de réponses sanitaires est renforcée par la faible médicalisation des MAS sur le département, ainsi que par les difficultés à recruter du personnel médical et paramédical. Il en découle une multiplication des allers-retours avec l'hôpital.

Le schéma départemental des enfants handicapés de mars 1998³⁵, après avoir rappelé que la Seine-et-Marne ne disposait d'aucune capacité d'hospitalisation sectorisée en psychiatrie infanto-juvénile, constate de ce fait un accès aux services existants problématique, particulièrement en urgence. Il note également l'absence de conventions entre les secteurs psychiatriques et les établissements médico-sociaux des annexes XXIV.

2.1.3.2 Les projets et restructurations : la réponse aux besoins identifiés

- o Dans le secteur de l'enfance handicapée :

Le schéma départemental des enfants handicapés prévoit une nouvelle distribution des lits et places offerts aux enfants autistes et psychotiques face au déficit constaté de 77 places. Celles-ci devront être créées, selon le schéma, sur le centre et le sud du département. En effet, la répartition géographique actuelle des places fait apparaître une bonne couverture du nord du département avec 55 places d'externat à Chelles (IME Michel de Montaigne) et 42 places d'externat à Mitry-Mory (EPE). Par contre, le sud est déficitaire avec seulement 28 places d'externat pour l'IME Caravelle à Fontainebleau. Le schéma prévoit de ce fait des restructurations et des extensions de capacité.

Les exemples de création recensés au cours du stage sont les suivants : l'Externat Psychothérapique Expérimental (EPE) situé à Mitry-Mory, qui accueille des enfants et adolescents âgés de 3 à 16 ans présentant des troubles « psychotiques-autistes » constate l'augmentation du nombre d'enfants proposés chaque année par la CDES et l'intersecteur de

³⁵ Schéma départemental en faveur des handicapés, secteur enfance - DDASS de Seine et Marne, mars 1998.

pédopsychiatrie. Face à la complexité de la prise en charge d'enfants et adolescents réunis dans une même institution, la création d'une structure pour adolescents est envisagée à long terme.

Par ailleurs, l'IME La Gabrielle situé également dans le nord du département a le projet de création d'une unité de 12 places pour adolescents autistes. Cette unité accueillerait en externat les 12-20 ans avec une séparation en deux groupes : 12-16 ans et 16-20 ans. Elle s'adresse aux jeunes ne présentant pas de troubles du comportement majeur nécessitant une prise en charge hospitalière ; une convention est cependant prévue avec le Centre Hospitalier de Lagny, secteur de rattachement (cf. supra 3.1.2.1).

L'association Sésame Autisme est également porteuse d'un projet de création de 16 places d'IME sur le nord du département, ceci dans le cadre de l'enveloppe nationale du plan autisme. Le projet est actuellement suspendu à la recherche d'un terrain.

Il ne s'agit ici que d'une présentation non exhaustive des projets en cours qui sont majoritairement situés dans le nord du département, contrairement aux préconisations du schéma. Il appartient à la DDASS d'opérer des choix entre des créations nouvelles sur une zone rencontrant des difficultés dans la prise en charge de ces adolescents autistes ou psychotiques, mais peut-être non prioritaire par rapport aux besoins existants dans le centre et le sud du département, et des extensions de capacité dans les établissements des zones prioritaires. Les créations nécessitent des porteurs de projet ; ceux-ci ne sont pas toujours présents dans les zones géographiques souhaitées, il appartient à la DDASS d'impulser un certain dynamisme associatif sur les secteurs qu'elle entend renforcer.

- o Les projets en médico-social adultes :

Le schéma adultes handicapés n'étant pas encore finalisé, les orientations du département en matière d'équipement médico-social adultes n'ont pu être posées. Un recensement des projets a cependant été effectué ; ceux-ci concernent uniquement des MAS qui sont soit en instance d'ouverture, soit en voie d'être créées. A été médiatisé au cours de mon stage le cas d'un jeune autiste de 20 ans pris en charge dans des conditions inadéquates au Centre Hospitalier de Lagny suite à l'arrêt de son accueil en MAS face à la violence de son comportement. Ce cas illustre la nécessité de création de lieux de vie spécifiques pour cette population. En l'espèce, la personne devrait pouvoir intégrer une MAS dont une unité spécifique aux cas très lourds doit être ouverte début 2002.

- ♦ MAS en instance d'ouverture :
 - MAS de 32 places pour personnes handicapées adultes mentales graves qui devrait s'ouvrir en décembre 2002 à La Ferté Gaucher.
 - MAS de 36 places à Meaux pour adultes autistes, psychotiques et handicapés mentaux sans autonomie. La date d'ouverture est inconnue à ce jour.
- o Autres projets en attente :
 - Projet de création d'une MAS entre Coulommiers et Meaux par collaboration entre l'Etablissement Public de Santé Maison Blanche et l'association des Cités du Secours Catholique. Il s'agit d'une MAS pour 30 patients de Maison Blanche et 20 autres, soit 50 places. Restent en suspens le choix du terrain et le montage financier.
 - Projet d'une MAS pour autistes par l'association Sésame Autisme ; le lieu d'implantation et le choix du terrain sont en suspens.

2.2 UN DISPOSITIF QUI RESTE INSUFFISANT FACE AUX BESOINS DE PRISE EN CHARGE

Les dysfonctionnements constatés dans les filières de prise en charge suite à mes rencontres avec les différents professionnels des champs sanitaire et médico-social peuvent être regroupés sous deux rubriques. Il s'agit tout d'abord de jeunes présentant des troubles autistiques ou psychotiques, pris en charge en psychiatrie et qui, à 12 ans, se retrouvent sans prise en charge (2.2.1). Il s'agit ensuite plus généralement de toutes les situations d'adolescents pris en charge mais pour lesquels se posent des problèmes d'articulation entre le sanitaire et le médico-social, en cas de crise notamment (2.2.2).

2.2.1 De jeunes adolescents sans prise en charge : enquête auprès de la CDES

Bien qu'il n'existe pas de réglementation fixant une limite d'âge pour la prise en charge en hôpital de jour sur les intersecteurs, celle-ci s'arrête, dans l'ensemble des hôpitaux de jour du département, à 12 ans. Les équipes d'intersecteur accentuent leur action sur les plus jeunes, et ceci dans une optique de prévention de la maladie mentale. Cependant, en l'absence de possibilités de prise en charge à temps complet en psychiatrie infanto-juvénile, la tranche des 12-16 ans se retrouve sans prise en charge sanitaire et de ce fait orientée vers le médico-social via la CDES. Cette problématique ayant été évoquée lors des rencontres avec les pédopsychiatres et au cours des séances de la CDES, une rencontre avec les coordinatrices des équipes techniques a été organisée afin d'étudier les dossiers de ces enfants (2.2.1.1). Ces situations s'expliquent par différentes raisons que nous examinerons dans un second temps (2.2.1.2).

2.2.1.1 Les situations d'enfants autistes ou psychotiques sortant d'hôpital de jour

La CDES de Seine-et-Marne comprend 4 équipes techniques d'orientation (Meaux, Marne-la-Vallée, Melun-Sénart, et Fontainebleau-Montereau) calées sur les intersecteurs. Les équipes majoritairement confrontées à des dossiers d'enfants sortant d'hôpital de jour sont celles du nord et de Marne-la-Vallée, ce sont donc les coordinatrices de ces équipes que j'ai rencontrées. L'ensemble des situations ne sera pas présenté dans la mesure où ces enfants présentent tous relativement le même profil.

- Etude de dossiers sur le secteur géographique de Marne-la-Vallée

Sur ce secteur, on recense 5 cas d'enfants sortant de l'hôpital de jour de Lagny ou de Torcy rattachés à l'intersecteur de Lagny.

Tout d'abord Tania, âgée de 13 ans, présente des troubles de la personnalité (dysharmonie psychotique) associés à de gros retards psychomoteurs. Elle a été suivie en CMPP puis est entrée, à l'âge de 7 ans à l'hôpital de jour de Lagny. Elle en est sortie en juillet 2000, à l'âge de 12 ans et demeure depuis sans prise en charge. Les orientations en établissement spécialisé (dans et hors du département) proposées par la CDES n'ayant pu aboutir faute de place, elle est depuis un an à domicile.

Emilie, âgée de 12 ans présente une pathologie autistique. Elle est suivie en psychothérapie depuis l'âge de 3 ans et est entrée à l'hôpital de jour de Torcy à l'âge de 5 ans. Des orientations ont été proposées par la CDES dans les départements franciliens et en Belgique mais toutes ont été suivies de refus. Elle est actuellement à domicile.

Les 3 autres enfants présentent des troubles autistiques, sont également âgés de 12 ans, sortis de l'hôpital de jour et actuellement à domicile. Un des enfants va être pris en charge par un SESSAD et intégrer une UPI à compter de septembre 2002, contrairement à l'avis du pédopsychiatre qui le juge trop violent.

- Etude de dossiers sur le secteur géographique de Meaux

Le seul hôpital de jour existant ici est celui de Coulommiers. Quatre enfants sortant de cette structure sont en attente d'orientation.

Audrey a 13 ans, elle présente des troubles de la personnalité massifs de type autistique. Après quatre années passées à l'hôpital de jour, elle présente encore une régression et des troubles importants et n'est pas acceptée dans les établissements médico-sociaux. Il s'agit du cas type d'enfant à la limite du médico-social et du sanitaire. Elle est à domicile depuis plus d'un an.

Jérémy, âgé de 12 ans souffre de troubles de la personnalité et n'est plus pris en charge. Il pourrait être accueilli par un établissement en Belgique en septembre 2002.

Les deux autres enfants sortis de l'hôpital de jour sont en attente d'orientation à l'APRIM, établissement du département spécialisé dans ce type de problématique.

Au-delà des cas d'enfants de 12 ans sans prise en charge à leur sortie d'hôpital de jour, la CDES recense, parmi les 101 cas d'enfants en attente d'orientation ou de réorientation, 46 situations d'enfants présentant des troubles de la personnalité de type autistes, psychotiques. Ces situations sont les plus problématiques pour la CDES qui ne parvient pas à les faire accueillir dans les établissements médico-sociaux ouverts à ce type de public.

2.2.1.2 Les raisons des ruptures de prise en charge

Il faut tout d'abord s'interroger sur l'adéquation des prises en charge proposées. En effet, l'orientation de la CDES est conditionnée par l'offre d'équipement existant, or le recours aux structures médico-sociales peut résulter de l'absence d'offre de prise en charge par la psychiatrie infanto-juvénile. Certains enfants de 12 ans relèvent encore du soin ; dans ces situations, l'orientation en médico-social n'est pas pertinente mais s'effectue faute d'autre alternative. Selon le secrétaire de la CDES, avoir un dispositif « confortable » en psychiatrie permettrait à la CDES de statuer en toute sérénité dans le cas où l'enfant ne relève pas du médico-social mais du sanitaire ; cela permettrait à chacun de travailler dans son champs de compétence.

Le secrétaire de la CDES fait également mention du problème de l'absence de pédopsychiatre au sein de la CDES. En effet, chacune des équipes techniques est animée par un ou plusieurs pédopsychiatres, ceux-ci donnent un avis mais la CDES se trouve parfois désemparée au moment de rendre sa décision en l'absence d'avis d'un tiers expert. Sa présence lui permettrait d'asseoir sa décision lorsqu'elle refuse l'orientation médico-sociale.

Une des raisons première des ruptures de prise en charge est donc à rechercher dans la faiblesse des équipements psychiatriques dans le secteur infanto-juvénile, que ce soit en ambulatoire ou en hospitalisation temps plein. Il semble important de souligner la nécessité de créer des hôpitaux de jour pour les 12-16 ans ou même pour les 12-20 ans, en intersectorialité avec la psychiatrie adulte. Des liens devant être prévus avec les hôpitaux de jour enfants (3-12 ans).

Une fois soignés, les jeunes adolescents sortant d'hôpital de jour vont nécessiter une orientation médico-sociale. Dans ce cas, l'absence de passerelles entre le sanitaire et le médico-social peut expliquer que les sorties de psychiatrie se traduisent en l'espèce par un retour à domicile. Il faudrait penser des périodes d'accompagnement pour la sortie d'hôpital de jour vers un établissement médico-social.

Le schéma régional et interdépartemental note que « les enfants psychotiques et déficients mentaux profonds sont moins souvent admis, constat illustrant bien le poids que représente la pathologie de l'enfant dans les critères de décision concernant son admission ». Pour que les établissements médico-sociaux acceptent d'accueillir ce type d'enfant, il faudrait que des liens forts existent avec les secteurs de psychiatrie afin d'assurer un relais, notamment pour les cas très lourds. Or le manque d'interfaces entre les deux secteurs constitue à l'évidence un facteur important à l'origine des ruptures de prise en charge.

Il faut enfin rappeler le rôle des parents qui parfois s'opposent, de manière légitime, à une prise en charge en internat, seule solution qui leur est proposée car ils ne veulent pas être séparés de leur enfant toute la semaine. Le secrétaire de la CDES fait mention de cette multiplication des demandes d'externat qui justifie que l'on privilégie les enfants du département afin de répondre à cette demande de prise en charge de proximité. Face à cette situation, les accueils en externat devraient être privilégiés, comme le préconise le schéma régional et interdépartemental de l'enfance inadaptée.

La CDES tente de mettre en place de nouveaux modes de prise en charge pour apporter une solution aux enfants à domicile faute d'orientation : les coordinatrices des équipes techniques font appel à des associations pouvant prendre en charge les enfants le temps d'un week-end ou pendant une demi-journée afin de soulager les familles.

Il faut en effet trouver des solutions pour ces jeunes adolescents qui ont un droit à l'éducation et aux soins, lesquels ne sont pas respectés quand on ne trouve pas d'orientation, qu'elle soit sanitaire ou médico-sociale, à leur proposer.

A côté des situations de jeunes adolescents sans prise en charge du fait de leurs troubles, j'ai pu relever que même accueillis en établissement médico-social, ils peuvent souffrir du manque d'interfaces avec la psychiatrie, notamment en cas de crise.

2.2.2 Des manques d'interfaces entre le sanitaire et le médico-social, principalement lors de situations de crise

J'ai choisi de rencontrer dans un premier temps les établissements médico-sociaux accueillant sur le département des adolescents et jeunes adultes présentant des troubles de la personnalité. Le discours de ces établissements fait ressortir, à quelques exceptions près, l'absence de soutien des secteurs de psychiatrie dans les moments de crise, qu'il s'agisse des établissements enfants et adultes (2.2.2.1). De l'autre côté, les psychiatres, pédopsychiatres et pédiatres rencontrés se plaignent majoritairement d'une défausse des structures médico-éducatives sur leurs secteurs (2.2.2.2).

2.2.2.1 Le point de vue des établissements médico-sociaux

Afin de constituer un échantillon le plus représentatif possible, j'ai rencontré 4 IME, 2 SESSAD, 1 CMPP et 1 MAS, répartis sur le nord et le sud du département. Il s'agit ici de la restitution du contenu des entretiens avec les différents directeurs d'établissements. L'objectif des entretiens était de déterminer si des liens existaient ou non avec les secteurs de psychiatrie et comment s'opéraient ces relations.

- Les IME

Deux des IME rencontrés se situent dans le sud du département, à Montereau et Ecuelles ; les deux autres sont localisés dans le nord, à Chelles et Claye-Souilly.

Dans le sud, l'IME La Sapinière à Ecuelles a une capacité de 110 places pour des garçons âgés de 12 à 20 ans souffrant de déficiences intellectuelles légères avec parfois des troubles associés de type troubles du comportement et de la personnalité. Une enquête effectuée par l'établissement concernant les caractéristiques de la population accueillie dénombre 10 jeunes présentant une déficience du psychisme. L'objectif de la DDASS est aujourd'hui de réduire la capacité de cette structure en privilégiant l'accueil d'enfants psychotiques. Cet IME compte dans ses effectifs deux psychologues à temps partiel et deux psychiatres présents à raison de deux journées par semaine, chacun étant référent de la moitié des enfants. Une vingtaine de jeunes sont sous traitement permanent de psychotropes. L'IME se situe sur l'intersecteur de Nemours et dit ne pas arriver à travailler avec lui. En 2000, il y a eu deux situations d'enfants en « décompensation obsessionnelle ». Ces situations avaient apparemment été repérées mais l'établissement reproche à l'intersecteur de ne pas accepter de travailler en prévention. Un des jeunes a été orienté à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière où il est resté temporairement afin d'ajuster son traitement ; il a ensuite été réorienté dans un IME

proche de son domicile, en externat. L'autre adolescent est sorti de l'établissement et est aujourd'hui placé en famille d'accueil. L'IME regrette de ne pas avoir d'interlocuteur sur l'intersecteur afin de prévenir de telles situations et d'intervenir pour l'adaptation des traitements lorsque nécessaire. Il dit travailler un peu avec les secteurs de Melun et Montereau.

Le second IME rencontré sur le sud du département est la Villa Marie-Louise à Montereau. Cette structure mixte accueille 48 jeunes de 6 à 20 ans, avec un découpage IMP/IMPro ; elle gère également un SESSAD de 6 places. Les personnes accueillies présentent une déficience intellectuelle avec troubles associés. Le psychiatre de la structure fait part de l'hétérogénéité des pathologies psychiatriques avec généralement des comportements de repli massif et une violence dans la communauté avec un problème de relation à l'autre. Cette structure qui avait vocation, à sa création, à accueillir beaucoup d'enfants autistes et psychotiques constate une nouvelle augmentation de cette population depuis 3 ans. Elle recense aujourd'hui 6 cas d'enfants psychotiques sur l'IMP et 5 cas dont trois lourds sur l'IMPro. Depuis 2001, l'IME a décidé de ne plus regrouper ensemble ces jeunes psychotiques car les résultats concernant l'adaptation sociale n'étaient pas très probants. Ces enfants ont été intégrés dans les autres groupes d'activité avec tout de même des moments où ils sont retirés et pris en charge par la psychologue, l'infirmière ou la psychomotricienne. La problématique des enfants psychotiques est qu'il faut adapter leur prise en charge au sein de la structure en privilégiant les petits groupes et davantage d'encadrement. Ils peuvent renvoyer des images négatives aux autres enfants de l'IME. Par ailleurs, leur accueil nécessite une formation spécifique des éducateurs, aujourd'hui encore trop limitée.

L'établissement parvient à gérer les situations de crise, en interne, avec la psychologue ou les éducateurs ; il travaille en parallèle avec la famille et semble avoir de bonnes relations avec l'intersecteur de Nemours. L'IME accueille des enfants sortant de l'hôpital de jour de Nemours et continue à travailler avec le pédopsychiatre de secteur. Les enfants sont suivis en thérapie par le CMP ou le CATTP de Montereau ; dans ce cadre, des réunions ont lieu entre les thérapeutes et l'IME. L'IME travaille également avec le CMPP et les psychiatres libéraux qui suivent certains enfants.

L'établissement note cependant qu'il est plus facile de travailler avec la pédopsychiatrie pour les enfants jusqu'à 12 ans, mais que pour les adolescents (12-18 ans) il y a un vide dans la prise en charge.

Pour conclure, le psychiatre de l'établissement rappelle qu'il s'agit d'enfants qui ne seront jamais autonomes, notamment dans le cas des maladies qui évoluent avec une dégradation de l'état. Dès lors, c'est un lieu de vie qu'il leur faut.

Dans le nord du département, l'IME Michel de Montaigne situé à Chelles accueille en externat des enfants de 6 à 20 ans et est axé sur la maladie mentale. Cette situation est certainement due à la présence à temps complet du médecin directeur psychiatre. Sur une capacité de 55 places, la directrice distingue 3 types de jeunes : une prépondérance des psychoses infantiles à tendance autistique, des enfants trisomiques également psychotiques et des enfants avec des troubles neurologiques déviants en problèmes psychotiques.

Les jeunes accueillis proviennent essentiellement et de plus en plus de l'hôpital de jour de Lagny puisque la sortie s'y fait à 12 ans ; ils viennent également du milieu scolaire.

Concernant la sortie de l'IME, une des difficultés tient à l'absence de places en CAT et foyer occupationnel. Cet élément ajouté à la présence de troubles psychiatriques fait que les enfants sont maintenus de plus en plus longtemps à l'IME. Les cas les plus lourds vont en Belgique. Il faut globalement compter 2 ans entre le moment où une décision de réorientation est prise et celui où elle devient effective.

S'agissant des liens avec l'intersecteur de Lagny, la directrice fait mention du problème du cloisonnement entre psychiatres ; l'échange d'informations sur un même cas semble difficile entre le psychiatre de l'établissement et le psychiatre de secteur. Malgré tout, la directrice rappelle l'importance d'une prise en charge immédiate, en cas de crise, en psychiatrie afin d'envisager une évolution de la médication. L'obstacle reste l'absence de lits d'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile. En cas d'urgence, le psychiatre de la structure arrive à faire admettre les jeunes à la fondation Vallée.

Le dernier IME rencontré est La Gabrielle, à Claye-Souilly, structure de 144 places qui accueille en internat et externat des jeunes de 12 à 20 ans déficients intellectuels. Dans 93% des cas, il existe des troubles associés : psychoses (32%), névroses (51%), pathologies de la personnalité (14%), troubles réactionnels (3%). Les prises en charge thérapeutiques se font en interne à l'IME. Des relations existent avec les intersecteurs de Lagny et Meaux. La directrice rappelle l'importance du travail en amont avec la psychiatrie pour éviter les ruptures en cas de crise. Le travail semble se faire avec le secteur dans les situations d'urgence, mais « chacun s'accroche à son champs de compétence ». La directrice fait état de l'insuffisance des ressources en pédopsychiatrie. L'IME a un projet d'unité pour adolescents autistes (ref.2.1.3.2). Dans ce cadre, un projet de convention a été élaboré avec l'hôpital de Lagny (ref.3.1.2.1).

- Les SESSAD

Les SESSAD travaillent sur l'environnement de l'enfant et semblent davantage tenir compte, de ce fait, des partenaires extérieurs. Ils ont dans ce cadre des relations avec les secteurs de psychiatrie.

Sur le nord du département, le SESSAD Mélanie 77 à Crégy-les-Meaux intervient sur le secteur géographique de Marne-la-Vallée où il existe 3 CLIS et 2 UPI. Il a des contacts avec les hôpitaux de jour de Lagny et Torcy. En principe, le SESSAD n'accueille pas, en accord avec le psychiatre d'intersecteur, les sortants d'hôpital de jour, mais actuellement deux sont au SESSAD. Un des jeunes est à mi-temps en UPI et à mi-temps à l'hôpital de jour ; l'autre enfant est à temps plein en UPI. Il s'agit ici de jeunes autistes présentant un léger repli autistique pour lesquels il peut y avoir un problème d'intégration dans les classes.

Sur le sud du département, le SESSAD Albizzia de Fontainebleau a un agrément spécifique pour l'accueil des enfants de 0 à 16 ans autistes et/ou présentant des troubles de la personnalité. Tous les enfants sont scolarisés à temps plein, en scolarité ordinaire ou en CLIS. Le SESSAD a des liens réguliers avec les CMP de Nemours et Fontainebleau puisque les psychothérapies débutent dans le secteur et s'y poursuivent après l'entrée au SESSAD. Il travaille également avec l'hôpital de jour de Nemours ; un lien se crée quand une intégration scolaire est envisagée. Des difficultés apparaissent cependant lorsqu'un enfant ne s'adapte pas, du fait de sa pathologie, à la structure scolaire : l'hôpital de jour n'accepte pas de les prendre en charge passé un certain âge. Ainsi, après 7 ans, il considère ne pas avoir suffisamment de temps pour travailler avec le jeune puisque l'accueil s'arrête à 12 ans et le refuse. Le SESSAD a cependant un fonctionnement adapté à la prise en charge des enfants avec troubles de la personnalité : il y a un psychiatre, un pédiatre et des psychologues dans la structure et il existe des thérapies de groupe. En cas de crise, le SESSAD parvient ainsi à adapter sa réponse en renforçant la prise en charge thérapeutique. L'orientation des enfants à la sortie du SESSAD se fait, pour les autistes, vers un établissement spécialisé en général.

- Le CMPP

Le CMPP de Melun suit les enfants de 0 à 20 ans. Il travaille en lien avec les différents référents de l'enfant : école, ASE, PJJ... En ce qui concerne les troubles de la personnalité, le psychiatre directeur évoque la nécessité de travailler avec les autres institutions, notamment le CMP mais évoque le problème du manque de moyens et de temps. Le

problème se pose également du suivi conjoint IME/CMPP puisque l'assurance maladie considère qu'il y a une double prise en charge et refuse de financer les consultations au CMPP. En cas de troubles très importants, le CMPP travaille avec le CMPA de Neufmoutiers ou avec les hôpitaux parisiens (La Pitié Salpêtrière). Le directeur regrette l'absence de capacités d'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile en Seine-et-Marne.

- La MAS

La problématique de l'articulation avec les secteurs de psychiatrie se pose de la même façon pour les établissements accueillant des adultes handicapés.

La MAS d'Emerainville accueille en principe les polyhandicapés, mais sur les 39 résidents ils ne représentent que 10 personnes. Le reste de la population présente des troubles psychiatriques graves (autismes, psychoses infantiles). Un service de soins a été mis en place en plus du service de vie quotidienne. L'établissement comporte un mi-temps de psychiatre et un mi-temps de psychologue. Le psychiatre assure le suivi des personnes et effectue les prescriptions médicales. La MAS est située sur le secteur de Lagny. La directrice reproche à l'hôpital de Lagny de ne plus vouloir prendre de patients venant de son établissement en cas de crise, mais de tenter malgré tout de placer ses patients stabilisés dans la MAS. Elle note cependant que le service de soins de la MAS est suffisamment important pour permettre le repérage des situations de crise ou à risques.

J'ai pu déduire de l'ensemble des entretiens avec les établissements ou services médico-sociaux un manque général d'interfaces avec cependant des capacités plus grandes à travailler en réseau dans les SESSAD et des exemples de liens existants dans certains établissements mais qui tiennent davantage aux personnes qu'à une organisation formalisée.

2.2.2.2 Le point de vue des secteurs de psychiatrie adulte et infanto-juvénile

Les professionnels rencontrés se situent dans le champs de la psychiatrie adulte et infanto-juvénile, ainsi que dans celui de la pédiatrie en raison du rôle joué par celle-ci dans la prise en charge des adolescents souffrant de troubles de la personnalité.

Dans le nord du département, les entretiens ont eu lieu avec les professionnels du secteur de Meaux, de l'intersecteur de Meaux, de Lagny ainsi que le chef du service de pédiatrie du Centre Hospitalier de Meaux.

Le médecin-chef du service de psychiatrie adulte de l'hôpital de Meaux se trouve démunie face à des patients maintenus en hospitalisation faute de place dans les structures médico-

sociales. Ainsi, une jeune femme présentant une psychose infantile vieillie est accueillie dans le service depuis de nombreuses années alors qu'elle ne nécessite plus de soins constants. Le service psychiatrique dispose d'un service social pour l'orientation à la sortie de l'hôpital mais les solutions, quand elles existent, sont le plus souvent dans des établissements en Belgique. Le médecin-chef fait part de l'absence de moyens supplémentaires que ce soit dans le sanitaire ou dans le médico-social.

La surveillante-chef du service de psychiatrie de liaison de l'hôpital de Meaux évoque le problème de la prise en charge des adolescents. En urgence, le service reçoit en majorité des adultes, ne dispose pas de lits et a peu de moyens en consultations. Il n'y a pas de référent pédopsychiatre aux urgences. En ce qui concerne la liaison avec les services de psychiatrie de l'hôpital, l'absence de lits en psychiatrie infanto-juvénile pose problème pour l'organisation du suivi. L'hospitalisation, quand elle a lieu, se fait soit en médecine soit en psychiatrie adulte.

Le pédopsychiatre responsable de l'intersecteur de Meaux qui a 8 CMP sur son intersecteur constate une forte demande des adolescents pour des pathologies névrotiques ou psychotiques. Le principe est celui du refus de nouveaux adolescents au-delà de 16 ans, mais cette règle peut être assouplie. Les difficultés de prise en charge surviennent lorsque le jeune ne peut être maintenu en milieu scolaire ; la pathologie va alors le désinsérer. « Dans ce cas, il faut des structures très adaptées, malheureusement il n'y a pas de réponse ». Faute de capacités d'hospitalisation temps plein, le pédopsychiatre d'intersecteur doit chercher des réponses ailleurs. Dans les situations aiguës, il peut s'adresser aux Centres Hospitaliers parisiens (La Pitié Salpêtrière, Institut Montsouris), mais il y a des listes d'attente. Le Centre Hospitalier d'Aulnay-sous-Bois dispose d'une petite unité d'accueil d'adolescents et accepte des jeunes de Seine-et-Marne. Pour certains cas trop agités, l'intersecteur adresse ces adolescents au service de pédiatrie ; lorsqu'ils sont très grands ils sont orientés en psychiatrie adulte. Le pédopsychiatre a des difficultés à recruter des psychiatres pour faire le lien avec le service de pédiatrie ; actuellement c'est un assistant généraliste qui joue ce rôle.

Pour le travail à plus long terme, les adolescents peuvent être accueillis au CMPA de Neufmoutiers. Là encore, un problème se pose qui est celui du niveau scolaire requis, souvent supérieur à celui des jeunes proposés par l'intersecteur. Le pédopsychiatre évoque le projet de CATTP et d'unité intersectorielle pour adolescents (ref. 2.1.2.2) en rappelant qu'il faut un cadre souple pour cette population. Contrairement au CMP qui n'est qu'un lieu de consultation, le CATTP propose des activités de groupe, dispose d'éducateurs et travaille en lien avec les collègues pour étudier les modalités d'intégration.

Concernant les relations avec les établissements médico-sociaux, le pédopsychiatre regrette qu'il faille un an pour trouver une solution une fois le dossier présenté à la CDES. Il constate que ces institutions étudient bien leurs admissions et refusent le jeune qui, à l'issue de la période d'observation, se révèle « trop fou ».

Comme cela a été soulevé lors de cet entretien, le suivi des adolescents en pédiatrie est une des réponses, c'est pourquoi j'ai rencontré le chef de service de pédiatrie confronté à cette hospitalisation difficile. Celui-ci accueille par an une quinzaine de jeunes présentant véritablement des pathologies psychiatriques, dans le cadre de bouffées délirantes notamment. Ces patients sont adressés ici par les urgences pédiatriques ou adultes car il n'y a pas d'autre organisation pour la prise en charge des adolescents. Le service comprend 2 psychologues à temps partiel ; le pédopsychiatre intervient deux fois par semaine. En cas de situation d'agitation importante, une convention a été passée avec la psychiatrie adulte pour le suivi thérapeutique. Le jeune reste hospitalisé en pédiatrie.

La durée moyenne de séjour est d'une semaine ; la sortie se fait vers une prise en charge en CMP ou un suivi en psychiatrie libérale. La situation n'est pas toujours si simple. A titre d'exemple, le service accueille depuis un mois et demi une adolescente qui ne sera prise en charge à Neufmoutiers qu'en janvier 2002. Des situations comme celle-ci peuvent fortement perturber le service.

Si le service n'a pas de lien direct avec les établissements médico-sociaux, le chef de service de pédiatrie a le sentiment que le lien s'opère davantage dans le sens d'une décharge des IME vers la pédiatrie que de l'accueil en établissement après hospitalisation.

Sur l'intersecteur de Lagny, la pédopsychiatre rencontrée m'explique les conditions d'accueil en hôpital de jour. L'arrêt de la prise en charge s'effectue à 12 ans (ref. 2.2.1.2) mais elle préférerait étendre l'âge à 15/16 ans ; les enfants proposés à l'hôpital de jour à 8 ou 10 ans sont refusés car le temps n'est pas suffisant pour un travail thérapeutique avec eux. Elle est contre une unité d'hospitalisation pour adolescents car « le risque d'une telle unité serait qu'elle devienne la décharge du social et de la justice. Si elle était créée, il faudrait préciser que les temps d'hospitalisation ne peuvent être supérieurs à 5 jours ».

Dans le sud du département, le psychiatre responsable de l'un des quatre secteurs de psychiatrie adulte, au Centre Hospitalier de Melun, souligne que les services de psychiatrie adulte ne sont pas adaptés pour les adolescents. En effet, pour les protéger de l'image négative que leur renvoient les adultes accueillis, ils sont placés en chambre d'isolement. Malgré tout, en raison des risques de fugue et des problèmes de violence, ils ne peuvent pas rester non plus en pédiatrie. La situation des autistes est, selon lui, dramatique :

« l'inadéquation du service est source d'énervement, ils dévastent leurs chambres et sont parfois enfermés de ce fait ». Le service accueille actuellement deux autistes de moins de 30 ans.

Les relations évoquées avec les établissements médico-sociaux ne semblent pas très positives. Le psychiatre reproche à ces structures de ne pas reprendre la personne une fois qu'elle a été hospitalisée. Par ailleurs, les demandes de placement n'aboutissent pas. Il faudrait, selon lui, mettre en place des conventions de réciprocité entre les deux champs.

Le pédopsychiatre responsable de l'intersecteur de Melun mentionne que les adolescents sont actuellement vus par la psychiatrie adulte et évoque l'importance de la création de l'unité d'accueil intersectorielle (ref. 2.1.2.2).

Après avoir retranscrit le contenu des entretiens réalisés avec les professionnels du champs sanitaire, il me semblait intéressant de présenter une enquête de la DDASS réalisée dans les secteurs, dont les résultats ont été remis le 21 novembre 2001 lors du CDSM. Celle-ci fait état des patients dont la pathologie ne relève plus d'une hospitalisation en psychiatrie. Elle concerne notamment les cas de maladie mentale stabilisée, qu'il s'agisse d'adolescents, d'adultes ou de personnes âgées. Il n'y a pas de mention des âges, il est donc difficile d'isoler les 12-25 ans. Il semblait malgré tout intéressant de mentionner ces résultats afin de montrer que, s'il existe un certain nombre de jeunes souffrant de troubles de la personnalité dans les établissements médico-sociaux, il en est d'autres qui attendent encore une telle orientation.

Les résultats dégagés par établissement sont les suivants :

- Nemours : 4 cas de psychose infantile ; un cas de psychose stabilisée ; 3 cas de schizophrénie stabilisée.
- Coulommiers : une personne relevant d'une MAS pour autistes ; une personne relevant d'une Mas pour handicapés ; une personne relevant d'un appartement thérapeutique ; 6 personnes relevant de foyers médico-sociaux ; 7 personnes relevant de foyers spécialisés.
- Meaux : 5 cas de schizophrénie stabilisée ; 6 cas de psychose infantile.
- Lagny : 5 cas de psychose infantile ; un autiste ; un schizophrène stabilisé.
- Melun : 2 autistes relevant d'une MAS ; 7 cas de psychose infantile stabilisée relevant de FDT.

3 - ELEMENTS DE REPONSE POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE

Face aux dysfonctionnements présentés dans les prises en charge, il faut rechercher des solutions, ou du moins des éléments de réponse à apporter. Je distinguerai ici les avancées effectuées au plan local dans le département de Seine-et-Marne (3.1) et les réponses nécessaires au plan plus général des politiques (3.2).

3.1 UNE AMORCE DE REPONSE PAR LES ACTEURS LOCAUX

Outre les projets en cours dans les deux champs présentés ci-dessus, il existe déjà dans le département de Seine-et-Marne des structures spécifiques pour apporter une réponse à la problématique posée (3.1.1). Par ailleurs, des exemples de partenariat entre les professionnels du sanitaire et du médico-social se développent (3.1.2).

3.1.1 Des structures innovantes et spécifiques

Bien que l'existence de ces structures ne permette pas de pallier les manques dans les prises en charge car celles-ci ne peuvent répondre à l'ensemble des besoins, il semblait intéressant de les présenter car elles ont une approche particulière et novatrice. Une des structures se situe dans le champs sanitaire, c'est le CMPA de Neufmoutiers (3.1.1.1) ; l'autre est médico-sociale : il s'agit du CAT Elisa de Chelles (3.1.1.2).

3.1.1.1 Le CMPA de Neufmoutiers

Le Centre Médical et Pédagogique pour Adolescents est un établissement privé PSPH qui apporte une réponse spécifique aux adolescents souffrants de troubles psychiatriques.

Cet établissement est géré par la Fondation Santé des Etudiants de France. Celle-ci a pour mission de répondre de façon originale (soins et études), en liaison avec l'Education Nationale, à un problème de santé publique touchant une catégorie de population, étudiants lycéens, collégiens, jeunes travailleurs, pour que la maladie compromette le moins possible leurs études et leur avenir.

Le CMPA de Neufmoutiers comprend à la fois un service de soins de suite pour adolescents (unité somato-psychiatrique, unité de neurologie, de traumatologie), et un service de psychiatrie. La présentation portera uniquement sur le service de psychiatrie, bien que le service de suite constitue un complément indispensable du traitement psychiatrique. L'établissement a, au total, 203 lits et places.

L'intérêt de l'institution est le double aspect à la fois médical et pédagogique. Ainsi, 40 professeurs du Collège-Lycée de Melun interviennent auprès de chaque adolescent hospitalisé. La scolarisation peut être partielle ou consister en des activités de soutien : elle est individualisée et tient compte de la psychopathologie. Les activités de soin s'organisent autour de cette scolarité. Celle-ci va de la 4^{ème} à la terminale. Les jeunes accueillis ont entre 14 et 20 ans mais la moyenne d'âge actuelle est inférieure à 16 ans.

Le service de psychiatrie s'est ouvert en 1981. Il ne comprenait à l'ouverture qu'une unité d'hospitalisation temps plein et a été amené à diversifier ses modalités d'accueil pour répondre à l'urgence des besoins concernant les adolescents de Seine-et-Marne. Il comprend aujourd'hui plusieurs services : une unité d'hospitalisation temps plein et un hôpital de jour. Une unité d'accueil rapide ainsi qu'un centre d'évaluation et de soins pour adolescents sont en cours d'ouverture. Ces quatre composantes seront présentées successivement.

- L'unité d'hospitalisation temps plein

Elle a une capacité de 20 lits et une file active de 60 à 70 enfants par an, environ. Les demandes d'admission sont de 300 par an et la période d'attente est de 4 à 8 mois. Les jeunes accueillis sont en majorité du département.

Les adolescents sont adressés par les psychiatres de secteur ou libéraux ; ils sont rencontrés en consultation avec leurs parents. Le principe est la contractualisation avec les familles sur les projets de scolarité et de soins.

L'unité prend en charge l'ensemble des pathologies de l'adolescence :

- troubles graves de la personnalité ;
- troubles psychotiques ;
- états dépressifs avec tentatives de suicide ;
- troubles des conduites alimentaires (anorexie).

Les jeunes arrivent souvent dans l'unité après plusieurs échecs de prise en charge : le suivi ambulatoire a échoué ; ils sont souvent l'objet de mesures éducatives, administratives et/ou judiciaires. La plupart ont un environnement social et familial déstructuré. La principale indication est la distance à mettre vis-à-vis du milieu familial.

Il n'y a pas cependant de césure avec la famille puisque des entretiens familiaux ont lieu au moins une fois par mois.

Chaque adolescent a un référent médecin qui sert d'interface entre l'institution et l'extérieur. Ce référent est attentif au maintien des liens avec la structure extérieure qui a adressé le jeune et représentera souvent l'aval de l'hospitalisation. Le psychiatre responsable de l'unité me rapporte que les liens avec les établissements médico-sociaux sont rarissimes dans la mesure où l'indication de prise en charge doit être portée par un psychiatre. Le CMPA encourage ces établissements à travailler avec les psychiatres de secteur et pas directement avec eux.

La durée moyenne de séjour est de 6 à 7 mois. La sortie du CMPA est travaillée tout au long du séjour avec la famille. Dans 70% des cas, il y a un retour au domicile avec un suivi ambulatoire. Il faut le plus souvent gérer le fait que les enfants entrent en étant orientés par la psychiatrie infanto-juvénile et seront suivis en psychiatrie générale à la sortie. Il y a fréquemment un arrêt de la scolarité (56% des cas). Une orientation en hôpital de jour peut être préconisée. Dans 4% des cas, la sortie se fait vers le secteur médico-social.

- L'hôpital de jour

Les caractéristiques des adolescents accueillis quant à leur pathologie sont sensiblement identiques à celles du service d'hospitalisation temps plein. Il s'agit cependant ici de situations où les capacités familiales sont préservées et où la séparation entre le jeune et sa famille sont impossibles. Ceci traduit le plus souvent une difficulté d'inscription dans un projet de soins, une tentation accrue de banalisation des troubles et présage par là-même un accompagnement thérapeutique plus ardu.

15 adolescents étaient accueillis à l'hôpital de jour en 1999. La file active est de 22 jeunes. Cette unité répond exclusivement à des demandes départementales, après consultations préalables et journées d'accueil qui visent, sur 2 à 3 jour, à valider la cohérence thérapeutique et pédagogique du projet.

Avant leur admission à l'hôpital de jour, 73% des jeunes étaient suivis en psychiatrie ambulatoire et 23% avaient déjà été hospitalisés au moins une fois. Ils sont adressés par les psychiatres libéraux et de secteur.

La durée moyenne de séjour est de 12 mois. La reprise de la scolarité a concerné l'ensemble des adolescents sortis en 2000. Sur les 15 jeunes sortis, 12 sont retournés au domicile et 3 ont été hospitalisés à temps plein.

- L'Unité d'Accueil Rapide (UAR)

Le projet d'UAR a été autorisé pour une capacité de 10 lits. L'unité doit ouvrir en 2003 mais 5 lits seront ouverts par anticipation fin 2001.

Cette unité est destinée à l'accueil d'adolescents présentant des troubles psychiatriques aigus (décompensation psychiatrique). L'agrément porte sur les jeunes de 14 à 20 ans. Elle est totalement dégagée de la philosophie soins-études et se consacre uniquement aux soins. Les patients seront adressés par les services d'urgence et de psychiatrie de liaison des centres hospitaliers de Seine-et-Marne.

Il s'agit ici d'un accueil de crise, la durée moyenne de séjour se veut donc la plus courte possible (avec 5 lits, une nouvelle hospitalisation toutes les 5 à 6 semaines est envisagée). L'effort de l'unité devra dès lors porter sur la mobilisation des familles et des réseaux environnants afin de réorienter dès que possible le jeune vers les secteurs, intersecteurs et le milieu scolaire.

Cette question de l'importance du réseau a été abordée lors de la journée organisée par le CMPA pour présenter le projet aux partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux. A été arrêtée, à cette occasion, une rencontre entre les professionnels des secteurs, intersecteurs, de la PJJ, de l'ASE et de l'Education Nationale afin de déterminer les priorités communes sur le département en ce qui concerne les adolescents en décompensation psychiatrique aiguë. Une telle démarche est en effet nécessaire pour éviter l'engorgement rapide de l'UAR.

- Le Centre d'Evaluation et de Soins pour Adolescents (CESA)

Ce centre a été conçu en partenariat et convention avec le Centre Hospitalier de Lagny, et plus directement ses services de psychiatrie générale et infanto-juvénile. Il vise à compléter le dispositif soins-études pour des adolescents, à partir de 14 ans, pouvant bénéficier d'une prise en charge ambulatoire. Il sera situé à Noisiel, dans la ville nouvelle de Marne-la-Vallée.

C'est un lieu de consultation, d'évaluation clinique, sociale et scolaire et d'orientation.

Les jeunes présentant des troubles à expression psychique, psychotique débutante ou somatique ainsi que des troubles de la conduite (absentéisme et échec scolaire, troubles du comportement en milieu scolaire et familial, tentatives de suicide...) seront adressés vers cette structure qui se veut être le pivot dans le réseau des professionnels de l'adolescent (médecine scolaire, structures de psychiatrie, ASE, PJJ).

Le CESA sera composé d'une équipe pluridisciplinaire : psychiatres, psychologues, enseignants, assistantes sociales ; il sera ouvert à raison de 10 demi-journées par semaine, à des horaires compatibles avec l'emploi du temps des collégiens et lycéens.

La seconde composante du CESA sera le CATTP qui constituera l'unité de soins pour des adolescents maintenus en insertion scolaire ou professionnelle. Il y aura là aussi une dimension pluridisciplinaire.

Le CESA envisage par ailleurs de créer une unité de thérapie familiale.

Cette structure se veut être un pôle de référence pour l'ensemble des partenaires sur le nord du département. Le fait que le projet soit porté conjointement par le CMPA et le Centre Hospitalier de Lagny permettra la mise en commun de compétences et de moyens. Cela aboutira également à faire bénéficier les usagers des synergies d'aval des deux institutions.

De par la diversité des réponses proposées, le CMPA de Neufmoutiers constitue une institution polyvalente et adaptée à chaque situation d'adolescent.

3.1.1.2 Le CAT Elisa : l'accueil spécifique de malades mentaux stabilisés

Le CAT Elisa situé à Chelles a pour spécificité de n'accueillir que des malades mentaux ; il a de ce fait adapté sa prise en charge à la spécificité de la population accueillie, notamment en développant des liens formalisés avec le secteur de psychiatrie. C'est en cela qu'il était intéressant de le présenter.

Le CAT est géré par l'association ELAN ; il s'est ouvert en 1998. Il accueille 78 personnes qui sont toutes des malades mentaux stabilisés. Il existe cinq ou six CAT de ce genre en Ile-de-France.

95% de la population est schizophrène ; ce sont des gens d'horizons très différents mais tous ont en commun une altération profonde de la personnalité (décompensation à l'âge de 17 ou 18 ans). Les personnes accueillies sont ici plus autonomes que dans les autres CAT : elles se déplacent seules ; 1/3 d'entre elles disposent de leur propre logement. Le deuxième tiers est hébergé dans la famille et le troisième est à l'hôtel, à l'hôpital ou en foyer. La moyenne d'âge est de 35 ans, les âges allant de 21 à 54 ans ; il y a deux tiers d'hommes et un tiers de femmes.

Au regard de cette spécificité du public, le CAT propose une approche particulière, que ce soit à l'intérieur de la structure ou à l'extérieur par le développement du partenariat avec les secteurs de psychiatrie.

- La prise en charge interne au CAT

Les difficultés de prise en charge tiennent au fait que la pathologie n'est pas maîtrisable et est très variable dans le temps. Elle a pour conséquences des problèmes de régularité dans le travail. Le taux d'absentéisme (25%) est plus élevé que dans les autres CAT accueillant des déficients mentaux (10%). Du fait de ces difficultés, le CAT a adapté sa prise en charge. La différence par rapport aux autres CAT tient à la présence permanente du psychologue, et à mi-temps du psychiatre. Ceux-ci apportent un soutien aux équipes. Des groupes de parole sur les pratiques professionnelles ont ainsi été mis en place avec le personnel. Il s'agit ici de leur apporter une formation pour leur apprendre à repérer un geste ou un mal-être.

- Les liens créés avec les secteurs de psychiatrie

Les liens établis avec les secteurs de psychiatrie sont de deux sortes.

Tout d'abord, l'ensemble de la population accueillie est suivie à l'extérieur par son psychiatre pour son traitement ; en effet, le psychiatre du CAT ne fait pas d'ordonnances.

Le CAT travaille donc avec l'ensemble des secteurs du département en fonction de l'origine des patients. Pour l'admission au CAT, les projets de réinsertion sont étudiés en amont avec les équipes de secteur qui suivent la personne. Celle-ci doit être stabilisée et présenter un minimum d'autonomie. Le rôle de l'équipe de secteur est également très important pendant les week-end et les soirées, moments auxquels les personnes ne sont plus au CAT, se retrouvent seules et où les problèmes resurgissent. Les équipes de secteur peuvent alors intervenir par des visites à domicile.

Enfin, comme le soulignent les responsables du CAT, il est important de ne pas défaire les liens avec le secteur car il y a l'après CAT.

Le CAT a également voulu formaliser des liens avec le secteur de psychiatrie de rattachement pour gérer les moments de crise. En effet, le travail effectué en interne permet de prévenir autant que faire se peut les moments de crise puisque le psychologue et le psychiatre forment à cela les éducateurs et formateurs. Cependant, le choix a été fait, lors de la création du CAT, de signer une convention³⁶ avec le Centre Hospitalier de Lagny.

³⁶ Cf. convention en annexe.

Cette convention prévoit une hospitalisation en cas de crise. Elle précise que, « les travailleurs relevant de secteurs de psychiatrie différents, cette convention ne s'inscrit que dans le cadre de la gestion des urgences, le suivi et la prise en charge à moyen comme à long terme appartenant au secteur d'origine ».

Lors des moments délirants, le psychiatre ou le psychologue du CAT évaluent si les troubles nécessitent des soins spécialisés immédiats. Si oui, il oriente la personne vers la psychiatrie de liaison des urgences. Le secteur décide ou non de l'hospitalisation. La convention note que la personne est maintenue le temps nécessaire pour contenir la crise. Si le temps d'hospitalisation doit être prolongé au-delà de la crise, « le travailleur sera réorienté sur le secteur de rattachement de son domicile ». « Durant l'hospitalisation, le psychiatre du CAT s'informe auprès du service de soins de l'évolution de l'état de santé du travailleur ». La convention prévoit que « le CAT s'engage à garder la place au travailleur dans une durée limitée de 12 semaines ». Au-delà de ce délai, l'objectif professionnel est considéré comme n'étant plus d'actualité et le travailleur sort du CAT. Une nouvelle procédure d'admission peut avoir lieu pour sa réintégration.

Pour l'instant, il n'y a pas eu de cas grave de rechute et donc pas de rupture de prise en charge au CAT.

La sortie du CAT se fait en milieu ordinaire ou protégé de travail. Chaque personne a un projet individuel ; la sortie se fait en plusieurs étapes : stages, contrats de détachement puis embauche. Les ateliers du CAT sont tournés vers l'extérieur, ce qui permet de tisser des liens avec les employeurs potentiels.

Cette structure constitue un exemple de partenariat entre le médico-social et la psychiatrie ; il s'agit d'une réponse innovante et adaptée aux jeunes adultes présentant des troubles de la personnalité. A l'instar de ses confrères du champs médico-social, la directrice du CAT mentionne que ce travail avec le secteur se fait de plus en plus difficilement du fait du manque de médecins psychiatres sur le département.

A côté des structures permettant d'apporter une réponse aux 12-25 ans souffrant de troubles de la personnalité, il existe également sur le département des exemples de partenariat entre professionnels des deux champs.

3.1.2 Des partenariats se mettent en place

Une des réponses essentielle qui vient à l'esprit pour favoriser la création d'interfaces entre le secteur médico-social et la psychiatrie est la mise en place d'instances de concertation, de

lieux de rencontre entre ces deux champs. En effet, le travail en partenariat passe par un apprentissage réciproque du travail de l'autre. Or, des initiatives intéressantes ont lieu en ce sens sur le département (3.1.2.1). Par ailleurs, la mise en place de groupes de travail réunissant des professionnels des deux champs autour de la problématique des adolescents a été décidée lors du récent CDSM de novembre 2001 (3.1.2.2).

3.1.2.1 Des acteurs du sanitaire et du médico-social se réunissent et créent des partenariats

- La réunion des acteurs autour de la problématique des jeunes autistes ou psychotiques

J'ai pu constater, suite à mes rencontres avec certains professionnels, l'existence d'une démarche de travail en partenariat. A l'origine, la directrice de l'IME Michel de Montaigne à Chelles m'a fait part, lors de notre entrevue, de réunions avec l'intersecteur. Face aux problèmes posés par la prise en charge des jeunes présentant des troubles de la personnalité, plusieurs acteurs concernés ont décidé de se réunir. Trois réunions ont ainsi eu lieu entre trois IME accueillant ce type de public (IME de Chelles, IME de Fontenay-Trésigny et EPE de Mitry-Mory), le CMPP de Chelles, l'intersecteur de Lagny et la CDES.

L'objectif de ces réunions était de « mettre à plat les cas incasables » pour voir s'ils relevaient du sanitaire ou du médico-social. Le but était également d'identifier les compétences de chacun et de tenter de contractualiser dans le travail en fonction des spécificités de chacun. Chacun des acteurs voulait connaître les projets en cours dans les différentes structures pour améliorer la prise en charge.

A la suite de ces réunions, le Centre Hospitalier de Lagny, et plus particulièrement le psychiatre responsable de l'intersecteur a organisé une réunion intitulée « Autisme et Psychose : quels besoins, quels projets ? ». Celle-ci a rassemblé environ 35 acteurs du sanitaire et du social. La DDASS et la CDES étaient présentes ainsi que des psychiatres, infirmiers ou éducateurs intervenant dans les différentes structures ambulatoires du secteur et de l'intersecteur, des directeurs et psychiatres d'IME, des responsables de CMPP.

Dans un premier temps un état des lieux et une analyse de l'existant ont été effectués. Chaque acteur présent a fait part des projets en cours dans sa structure et des échanges importants ont pu avoir lieu qui ont révélé notamment un besoin fort des établissements de connaître les orientations de la DDASS et de pouvoir disposer d'« une photo fiable des besoins en établissements pour enfants autistes, corrélée aux flux de population ».

A l'issue de cette rencontre plusieurs pistes ont été retenues, parmi lesquelles :

- l'élaboration et la finalisation de conventions entre l'intersecteur de Lagny et les IME de Roissy-en-Brie et Mitry-Mory ainsi qu'avec le CMPP de Chelles ;
- la rencontre avec des élus afin de les sensibiliser ;
- le développement d'une recherche en commun autour de l'autisme.

A la fin de la rencontre, le médecin-chef du service de pédopsychiatrie soulignait l'importance d'une telle réunion en rappelant que la dernière avait été organisée en 1997.

Pour aller dans le sens des pistes retenues lors de cette réunion, il est essentiel que les démarches de partenariat soient formalisées afin de se poursuivre dans le temps. Le danger est bien sûr que ces actions ne soient trop liées aux personnes et dès lors susceptibles de prendre fin ; les conventions écrites doivent être privilégiées pour pérenniser le travail de coordination.

- Présentation d'un projet de convention de réciprocité entre un IME et un Centre Hospitalier

A l'instar de la convention établie entre le CAT Elisa et le Centre Hospitalier de Lagny, il existe d'autres conventions qui formalisent le partenariat existant entre une structure médico-sociale et la psychiatrie. Ainsi, alors que l'unité pour adolescents autistes n'est encore qu'un projet (ref. 2.1.3.2), l'IME La Gabrielle a établi un projet de convention avec le Centre Hospitalier de Lagny. Ce projet pose le principe général d'un réseau à plusieurs niveaux.

Tout d'abord, il est rappelé que la majeure partie des adolescents autistes accueillis viendra des intersecteurs de Meaux et Lagny auxquels l'unité réservera un nombre de place équilibré.

La collaboration prévue se situe tout d'abord au plan clinique. Celle-ci aura lieu au moment de la transmission et du passage des patients de l'hôpital de jour vers l'unité pour autistes de l'IME. Celui-ci pourra également être amené à solliciter l'hôpital pour des soins aigus, psychiatriques ou somatiques. L'IME s'engage à reprendre le patient après l'épisode aigu sauf si une autre orientation s'impose.

La convention prévoit par ailleurs une collaboration avec les autres structures et associations du département, « sous la forme par exemple d'une journée annuelle autour de l'autisme ».

Enfin, la collaboration se traduira au plan de la formation des professionnels et de la recherche clinique.

Une évaluation du réseau constitué par le Centre de la Gabrielle et le Centre Hospitalier de Lagny aura lieu deux fois par an sur des critères de fonctionnement et d'adéquation aux objectifs définis.

3.1.2.2 La mise en place de groupes de travail dans le cadre du CDSM

Le CDSM de Seine-et-Marne s'est tenu le 21 novembre 2001. A cette occasion, la DDASS a proposé aux différents participants la constitution de groupes de travail au regard de problématiques identifiées. La première problématique identifiée est celle de la prise en charge des adolescents et des jeunes adultes ; la seconde est celle de des malades chroniques adultes ou malades mentaux stabilisés.

Nous nous attacherons ici à celle qui nous intéresse, c'est-à-dire les adolescents.

Le groupe de travail proposé serait intitulé « la prise en charge psychiatrique et médico-sociale des adolescents ». Deux sous-groupes pourraient être créés, dont les thèmes seraient : « Développement de la psychiatrie infanto-juvénile et coordination avec le secteur de l'enfance inadaptée » et « Création de structures de prise en charge pour les adolescents en situation de crise ».

Les constats effectués sont les suivants :

- l'absence de lits d'hospitalisation complète, à l'exception du CMPA de Neufmoutiers, pose problème en cas de crise ;
- elle induit des réponses par défaut, à savoir : des hospitalisations hors département ou des prises en charge par le secteur médico-social.

Face à ces constats, deux orientations de travail sont proposées.

Le premier axe de travail proposé est le renforcement des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et leur coordination avec le secteur de l'enfance inadaptée afin d'adapter le réponse aux enfants présentant des troubles envahissants du développement ou des troubles du comportement. Cette collaboration devrait passer par des conventions entre les établissements médico-sociaux et les secteurs.

Le second axe de travail, qui constituerait un deuxième sous-groupe de travail est la création de structures de prise en charge pour les adolescents en situation de crise. Dans ce cadre, un travail de définition et de chiffrage des besoins devra être mené au préalable. Il s'agira ensuite de déterminer les modes de réponse les plus adéquats : structures intersectorielles ou départementales ? Rattachement à la psychiatrie générale ou à la pédiatrie ? Durée des modes de prise en charge ?

L'ensemble des participants au CDSM a approuvé la constitution de groupes de travail et la constitution retenue du groupe est la suivante : urgentistes, psychiatres, pédopsychiatres, pédiatres, personnel soignant, ASE, CDES, établissements médico-sociaux, CMPA de Neufmoutiers, union des maires, PJJ.

Les discussions qui ont suivi la présentation de la démarche ont laissé présager les difficultés à venir. En effet, les psychiatres et pédopsychiatres ne semblent pas tous s'accorder sur la réponse à apporter pour les adolescents. Certains sont d'accord avec la création d'unités spécifiques, d'autres estiment au contraire que les adolescents ne constituent pas un groupe homogène (pathologies et âges différents) et qu'ils ne peuvent être rassemblés dans un même lieu. Ils doivent plutôt être répartis dans les établissements médico-sociaux ou en pédiatrie.

Il a été décidé qu'un prochain CDSM se tiendrait en juin 2002, au cours duquel les groupes de travail présenteront leurs compte-rendus et propositions. Ces groupes devraient se réunir à un rythme mensuel.

Si des solutions existent ou se mettent en place au plan local, force est de constater que des réponses doivent aussi être apportées à un niveau d'action plus global, c'est-à-dire au plan des politiques afin d'harmoniser les deux champs de prise en charge. L'objectif est ainsi de permettre que les démarches de partenariat entreprises puissent s'inscrire dans un cadre juridique cohérent.

3.2 LES SOLUTIONS A APPORTER AU PLAN DES POLITIQUES

Comme cela a été présenté dans la première partie, les facteurs à l'origine du manque d'interfaces tiennent à des logiques institutionnelles et juridiques différentes. Les solutions doivent donc être recherchées dans une mise en cohérence des politiques sanitaires et médico-sociales (3.2.1), elles doivent aboutir à davantage de souplesse dans les modalités de travail (3.2.2).

3.2.1 Mettre en cohérence les politiques sanitaires et médico-sociales

Cette mise en cohérence passe essentiellement par une réforme de la politique de planification. En effet, comme nous l'avons évoqué dans la première partie, alors que la carte sanitaire et le SROS sont juridiquement opposables aux promoteurs, il n'en va pas de même dans le secteur médico-social.

Disposer d'une planification, pour le moins contraignante dans les deux secteurs et au mieux unifiée permettrait d'avoir une réelle démarche prospective concernant les projets à mettre en œuvre dans le champ sanitaire et médico-social. Cela permettrait de développer de façon coordonnée les actions.

Il semble que cet axe soit à l'ordre du jour dans le secteur médico-social et dans le champs de la santé mentale.

Dans le champ médico-social, le projet de loi rénovant l'action sociale et médico-sociale vise à réformer la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales sur ce point. La réforme prévoit que les futurs schémas d'organisation sociale et médico-sociale seront établis en cohérence avec la carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire.

Les schémas médico-sociaux, tels qu'ils résulteront de cette réforme, devront également préciser le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services médico-sociaux avec les établissements de santé, ceci afin de satisfaire au mieux aux besoins de la population.

Le point le plus important de la réforme médico-sociale est la création d'un document identique à l'annexe du SROS. En effet, un document annexé au schéma précisera, pour la période des 5 ans, « la programmation pluriannuelle des établissements et services médico-sociaux qu'il serait nécessaire de créer, transformer ou de supprimer afin de satisfaire les perspectives et objectifs de développement de l'offre médico-sociale » (article 12 du projet de loi). Il y aurait donc dorénavant une annexe au schéma opposable aux établissements, comme cela est le cas dans le champ sanitaire.

Dans le champ de la santé mentale, le rapport Piel-Roelandt de juillet 2001 « De la psychiatrie vers la santé mentale » propose également la mise en cohérence des différents niveaux de planification. Selon le rapport, cette mise en cohérence doit passer dans un premier temps par une « harmonisation des logiques territoriales ». Ainsi, il serait souhaitable que soit effectués au niveau national une « révision globale et un rapprochement des cartes sanitaires, psychiatrique, sociale, judiciaire et scolaire, dans le sens d'une identité des découpages, pour une planification possible ».

Il est ensuite proposé d'articuler et de mettre en cohérence l'offre psychiatrique et médico-sociale « afin de faciliter au mieux le soin et l'insertion des personnes souffrant de troubles mentaux ». Pour cela, le rapport préconise l'intégration de la planification médico-sociale au niveau des ARH. Il rappelle le projet d'extension des missions des ARH avec la création d'ARS englobant le sanitaire et le médico-social.

Le rapport Piel-Roelandt innove en proposant une refonte de la sectorisation psychiatrique afin que le travail de prévention, de soins et de réinsertion dévolu au secteur devienne une réalité. Il propose de passer d'une logique institutionnelle à une logique de réseau.

Le nouveau dispositif proposé repose sur un service territorial de psychiatrie (STP) articulé à un réseau territorial de santé mentale (RTSM).

- Le STP est composé du regroupement des secteurs de psychiatrie générale et des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ; c'est un établissement public de santé communal ou intercommunal. Son territoire est le bassin de santé ou le territoire pertinent. Leur gestion financière est autonome et non fongible dans les budgets sanitaires généraux.
- Le RTSM couvre le même territoire que le STP. Ce réseau serait géré par un GIP et financé par l'ARH, le Conseil Général, les CPAM, les municipalités et les structures adhérentes au GIP. Le RTSM sera composé d'acteurs sanitaires, sociaux, judiciaires, médico-sociaux, culturels et de représentants des citoyens.

L'intérêt de la démarche est d'aboutir à une articulation des différents champs d'intervention. En effet, le RTSM devra élaborer un « projet territorial de santé mentale pour une durée de 5 ans, lequel comportera une déclinaison des politiques sanitaires, médico-sociales et sociales en santé mentale, définies au niveau national, régional et départemental ».

Cette nouvelle organisation n'est pas sans rappeler le conseil de secteur prévu par la circulaire du 14 mars 1995, qui devait rassembler autour de l'équipe de secteur des représentants des acteurs sanitaires et sociaux afin d'articuler au plan local les différents champs d'intervention.

Le plan d'action en santé mentale de novembre 2001 a suivi l'esprit du rapport Piel-Roelandt en fixant une rénovation de la planification. Il veut tout d'abord unifier le SROS et le SROS de psychiatrie afin d'intégrer la psychiatrie dans l'offre générale de soins. Les schémas départementaux de santé mentale et les CDSM devraient être supprimés et remplacés par des conseils locaux de santé mentale organisés au niveau des secteurs sanitaires.

Le plan semble préférer la contractualisation entre le sanitaire et le médico-social à une unification de la planification. Il prévoit en effet, afin d'assurer la coordination des décideurs institutionnels locaux, la création de contrats pluriannuels de santé mentale. Ceux-ci seront rendus obligatoires par la loi ; ils seront passés entre les directeurs d'ARH, les préfets et les élus locaux. Ils devront tenir compte des priorités des SROS, des schémas départementaux sociaux et médico-sociaux, des PRS etc... Les objectifs fixés dans le contrat devront être déclinés au niveau pertinent pour sa mise en œuvre : circonscription administrative, secteurs sanitaires, bassins de vie.

Les pouvoirs publics semblent prêts à réformer les modes actuels de planification. Il faut ajouter que, pour que cette planification des équipements soit pleinement efficace, il est nécessaire de disposer d'indices permettant d'identifier les besoins de la population sur une zone géographique donnée (bassin de vie, secteur sanitaire...). Ceci semble indispensable

dans un département comme la Seine-et-Marne qui est vaste et hétérogène. Les besoins sont en effet variables d'un territoire à l'autre. Les professionnels rencontrés ont interpellé la DDASS à ce sujet ; une démarche est en cours, en lien avec la DRASS, afin de disposer de données épidémiologiques.

A l'heure actuelle, les données recueillies le sont dans le champ médico-social (activité annuelle de la CDES par exemple) ou dans le champs sanitaire (rapport d'activité des secteurs et intersecteurs) mais sans mise en cohérence entre les deux. Or il serait nécessaire de pouvoir disposer d'indices permettant d'opérer un suivi des articulations entre la psychiatrie et le secteur médico-social. Ainsi, il faudrait disposer, sur le département, d'indices permettant d'identifier :

- le nombre d'adolescents pour lesquels la CDES se déclare incompétente au regard de la prééminence de la maladie mentale ;
- le nombre d'adolescents suivis en psychiatrie pour lesquels une orientation médico-sociale serait souhaitable ;
- les besoins de complément de prise en charge psychiatrique pour les jeunes pris en charge dans les établissements médico-sociaux ;

Des enquêtes devraient être menées par la DDASS dans les différentes structures médico-sociales identifiées dans leurs agréments comme accueillant des jeunes souffrant de pathologies mentales et dans les secteurs et intersecteurs de psychiatrie afin d'établir des indices de besoin concernant la prise en charge de ce public.

De là pourra découler une démarche prospective de planification plus cohérente entre les champs sanitaire et médico-social.

3.2.2 Favoriser la souplesse dans les modalités de travail

La création d'interfaces semble aujourd'hui difficile du fait de l'existence de certaines rigidités administratives. Ces rigidités tiennent essentiellement à des modes de financement différents qui ne laissent pas toujours place au développement de prises en charge conjointes. Elles tiennent également à une législation différente concernant les âges de prise en charge.

Il faudrait tout d'abord assouplir les modalités de financement du secteur sanitaire et médico-social afin de promouvoir les doubles prises en charge. Comme cela a été présenté dans le

première partie, la multiplicité des financeurs et des modes de financement constitue un des facteurs de cloisonnement des deux champs ou entre institutions médico-sociales.

La double prise en charge par l'assurance maladie est ainsi rendue impossible lorsque, par exemple, un adolescent est accueilli en IME et qu'une intervention auprès d'un CMPP est envisagée. L'assurance maladie refuse dans ce cas de financer deux prises en charge différentes pour une même journée. La question du financement du transport des enfants et adolescents à l'occasion des soins délivrés par le secteur de psychiatrie relève pose également problème. Ce financement va-t-il peser sur le prix de journée de l'IME ou sur la dotation globale de l'établissement de santé ?

Il serait opportun de développer des conventions particulières entre les caisses d'assurance maladie et les établissements afin d'éviter cet obstacle qui empêche la mobilité des usagers et le travail en partenariat entre établissements.

Une autre rigidité tient aux différences quant à l'âge limite pour le passage à une prise en charge dans le champ des adultes. A titre de rappel, la limite entre l'enfance et l'âge adulte se situe à 16 ans en psychiatrie et en pédiatrie, mais les services de pédiatrie semblent prendre en charge jusqu'à 18 ans (constat effectué suite à la rencontre avec le médecin chef du service de pédiatrie de l'hôpital de Meaux). Dans le champs du handicap, la CDES est compétente jusqu'à 20 ans. Autant de niveaux qui se superposent et complexifient les prises en charge pour le public des adolescents et jeunes adultes.

En psychiatrie, on constate que la tranche d'âge des 12-16 ans a du mal à trouver sa place. En effet, en Seine-et-Marne, les intersecteurs axent leur travail sur les jeunes enfants jusqu'à 12 ans et la psychiatrie adulte ne prend en charge qu'à 16 ans. Il existe donc un vide pour cet entre-deux âges. Des modalités plus souples d'intervention transcendant ces classes d'âge seraient nécessaires. On peut penser ainsi à la création d'unités intersectorielles entre les intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile et les secteurs de psychiatrie générale. Des exemples de ce type d'organisation existent déjà (cf. partie 2.1.2.2) et qui devraient être davantage formalisées.

Dans le secteur médico-social, une attention particulière doit être portée aux services de suite mis en place dans les établissements agréés au titre des annexes XXIV. Ces services permettent d'assurer le suivi du jeune à sa sortie de l'IME en vue du passage dans un établissement pour adultes handicapés. Il semble que le recrutement d'assistantes sociales pour assurer ce suivi dans les établissements est difficile. La transition entre établissements pour enfants et adultes est également suivie par la CDES qui doit rendre un avis à la COTOREP sur l'orientation et est donc informée des démarches.

Les services de suite ont un rôle important à jouer dans ce passage du statut d'enfant au statut d'adulte et permettent d'anticiper des ruptures de prise en charge ; ils doivent donc être développés au sein des établissements médico-sociaux.

Dans le champ sanitaire comme dans le champ médico-social, il faut savoir s'adapter à l'évolution des adolescents.

CONCLUSION

Les 12-25 ans souffrant de troubles de la personnalité doivent pouvoir bénéficier de soins et d'une prise en charge dans un lieu de vie. Les interfaces nécessaires à cette prise en charge conjointe existent parfois, mais souvent de façon informelle. Il appartient à la DDASS, qui est le lieu de rencontre des deux politiques sanitaire et médico-sociale, d'assurer la cohérence des actions entreprises ainsi que leur formalisation. Comme le montrent la mise en place de groupes de travail dans le cadre du CDSM, elle a un rôle privilégié à jouer dans la rencontre et la réflexion commune de ces deux champs de professionnels.

Il appartient ensuite aux politiques régionales et nationales de donner les moyens d'un équipement suffisant sans lequel la prise en charge ne saurait être adaptée.

Il faut rappeler enfin le rôle d'un acteur dont il a peu été question : les familles de ces adolescents et jeunes adultes. Celles-ci ont un rôle à jouer dans l'interpellation des pouvoirs publics, qu'il s'agisse du champs sanitaire avec la FNAPsy ou l'UNAFAM, ou du champs médico-social avec l'ADAPEI, l'APAJH...A ce titre, il me semblait intéressant de citer l'association TEDI 77, créée en avril 2001 dans le département de Seine-et-Marne. TEDI signifie Troubles Envahissants du Développement et Intégration. Cette association milite afin de « faire reconnaître le terme de Trouble Envahissant du Développement et donc voir abandonner les appellations de psychose dysharmonique, psychose infantile évolutive, notions uniquement utilisées en France. Le non-diagnostic d'autisme ou de TED prive, de fait, les personnes qui en sont atteintes, d'une prise en charge adaptée et d'un projet éducatif réel ». Cette association revendique le fait « qu'un enfant atteint d'un TED n'est pas un malade mais un handicapé qui a besoin d'outils pédagogiques et éducatifs pour s'intégrer ».

Nous avons vu en introduction que la distinction entre handicap et maladie mentale était floue, elle semble néanmoins importante dans l'esprit des gens puisqu'une image négative reste attachée à la maladie mentale et qu'on y préfère le terme de handicap.

Au-delà des interfaces à créer, c'est cette image que la société a de la maladie mentale qu'il faut corriger pour envisager une réinsertion des jeunes qui en souffrent.

Bibliographie

o Etudes et rapports

- La politique de santé mentale
Rapport du Professeur Massé, juin 1992
- Bilan d'application de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales – Rapport de l'IGAS, décembre 1995
- Prévention et soins des maladies mentales : bilan et perspectives
Rapport de M. Joly au CES, juillet 1997
- L'offre de soins en psychiatrie : des modèles différents selon les départements ?
Etudes et résultats n° 48, janvier 2000, DREES
- La souffrance psychique des adolescents et jeunes adultes
Rapport du Haut Comité de Santé Publique, février 2000
- L'organisation psychiatrique
Rapport de la Cour des Comptes, décembre 2000
- Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social 1999-2000 Ile-de-France
DRASSIF, janvier 2001
- Les institutions face aux usagers
Rapport annuel de l'IGAS, 25 juin 2001
- De la psychiatrie vers la santé mentale
Rapport de Mission, juillet 2001, Dr Piel et Dr Roellandt
- La santé des jeunes en Ile-de-France
ORS Ile-de-France, septembre 2001
- L'utilisateur au centre d'un dispositif à rénover
Plan Santé Mentale, Ministre délégué à la santé, novembre 2001

o **Ouvrages et articles**

- Créer, gérer, contrôler un équipement social ou médico-social – A. Thévenet, ESF 1990
- Actes du congrès Confrontations médico-administratives sur la psychiatrie de secteur Revue santé publique, septembre/octobre 1991
- Guide de l'intervention en santé mentale – Barbier, Privat 1993
- Parcours du sanitaire au social en psychiatrie – Jolivet, Frison-Roche 1993
- Psychiatrie de l'adulte – Lemperière et Féline, Masson 1993
- Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, tome 2 – S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé
- Les institutions sanitaires et sociales – D. Ceccaldi, Foucher 1993
- Evaluation et organisation des soins en psychiatrie – Reynaud et Lopez, Frison-Roche 1994
- L'adolescence – Science et Vie hors série n°188, septembre 1994
- Soins psychiatriques : guide des innovations – Massé et Mosnier 1996
- Psychoses et névroses de l'adulte – A. Manus, PUF 1996
- Guide Néret pour les personnes handicapées – 1999, Lamarre
- Mieux articuler le sanitaire et le médico-social en psychiatrie – Technologie et Santé n°38, septembre 1999
- Soigner, gérer, prévoir, quels contrats ? 3^{ème} journée des psychiatres publics d'enfants et d'adolescents d'Ile-de-France, 24 mars 2000
- Guide méthodologique de création des structures sociales ou médico-sociales par les établissements de santé – Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, mai 2000
- L'articulation du sanitaire et du médico-social – Revue Pluriels, la lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, 2000
- Modalités du travail en partenariat – Revue perspectives Psy, sept/oct 2000
- Les adolescents : quels lieux de soins ? – Revue l'information psychiatrique, novembre 2000
- Parcours des institutions : accès, carences, formations – Revue de Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, novembre 2000
- Le projet territorial des services de l'Etat en Seine-et-Marne – La lettre du Préfet et des services de l'Etat, juin 2001

o Textes législatifs, réglementaires et circulaires

- Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 relative à l'hospitalisation publique et privée
- Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées
- Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales
- Loi n°85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social légalisant le secteur psychiatrique
- Loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation
- Loi n°96-1076 du 11 décembre 1996 modifiant la loi n°75-535 du 30 juin 1975 et tendant à assurer une prise en charge adaptée de l'autisme
- Décret n°91-86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique
- Décret n°89-798 du 27 octobre 1989 remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter au décret du 9 mars 1956
- Décret n°93-1216 du 4 novembre 1993 relatif à la création d'un guide-barème pour l'évaluation des déficiences
- Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales
- Circulaire n°443 du 16 mars 1972 relative à la mise en place des intersecteurs infanto-juvéniles
- Circulaire n°62 AS du 28 décembre 1978 relative aux MAS
- Circulaire n°5780 du 21 décembre 1987 relative à la planification en santé mentale
- Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale
- Circulaire n°70 du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents
- Circulaire AS/EN n°95-12 du 27 avril 1995 relative à la prise en charge thérapeutique, pédagogique et éducative et à l'insertion sociale des enfants, adolescents et adultes atteints d'un syndrome autistique
- Circulaire n°98-232 du 10 avril 1998 relative à la formation continue et à l'adaptation à l'emploi des personnels intervenant auprès des enfants et adultes présentant un syndrome autistique
- Circulaire n°2000-443 du 11 août 2000 relative à la mise en œuvre du plan triennal en faveur des enfants, adolescents et adultes handicapés

o **Cartes et schémas**

- Schéma départemental en faveur des enfants handicapés
DDASS de Seine-et-Marne, mars 1998
- Carte sanitaire, Schéma régional de l'organisation sanitaire et annexe psychiatrie
ARH Ile-de-France, juin 1998
- Schéma régional et interdépartemental en faveur des personnes handicapées
DRASSIF, DDASS d'Ile-de-France, mai 1999

Liste des annexes

- Présentation méthodologique
- Modèle de grille d'entretien avec les établissements médico-sociaux
- Lettre de présentation de la démarche
- Exemple de convention entre un CAT et un Centre Hospitalier

PRESENTATION METHODOLOGIQUE

Le choix a été fait de procéder en premier lieu à des entretiens avec les professionnels du champs médico-social pour confronter ensuite les constats effectués aux points de vue des professionnels du champs sanitaire.

S'agissant des entretiens avec les professionnels du secteur médico-social, une sélection d'établissements a été effectuée avec l'inspecteur en charge de l'enfance inadaptée et le secrétaire de la CDES au regard du type de population accueillie, en l'occurrence des enfants et adolescents présentant des troubles de la personnalité. Ainsi, quatre IME, deux SESSAD et un CMPP ont été retenus, répartis dans le nord et le sud du département. Au préalable, une étude de leurs agréments et rapports d'activité avait été effectuée à la DDASS.

Dans le champs des adultes handicapés, la même démarche a été effectuée avec l'inspecteur et le secrétaire administratif travaillant sur ce secteur. Une MAS et un CAT ont été sélectionnés.

Une enquête a également été réalisée auprès de la CDES concernant les situations de jeunes autistes ou psychotiques sans prise en charge et posant des problèmes d'orientation. Une telle démarche n'a pu être menée auprès de la COTOREP faute de temps.

Dans le champs sanitaire, j'ai rencontré plusieurs psychiatres et pédopsychiatres publics répartis sur le département, au regard notamment de problématiques particulières qui avaient pu être évoquées lors des entretiens avec les directeurs d'établissements médico-sociaux.

Une rencontre avec un pédiatre fut également organisée car son service accueillait des adolescents en crise, faute de lits d'hospitalisation complète en psychiatrie infanto-juvénile. Enfin, j'ai rencontré le psychiatre d'un établissement privé PSPH dans la mesure où celui-ci accueille exclusivement des adolescents ayant des troubles d'ordre psychiatrique. Il s'agit également de la seule structure comportant des lits d'hospitalisation complète sur le département.

Les diverses opinions et problématiques soulevées ont ensuite été discutées avec les personnes en charge des secteurs médico-social et sanitaire à la DDASS.

o Liste des personnes rencontrées

➤ Dans le champs de l'enfance handicapée :

- M. Hernandez, directeur du SESSAD Albizzia à Fontainebleau
- Mme Angot, directrice du SESSAD Mélanie 77 à Crégy-les-Meaux
- Mme Mounot, directrice et chefs de service de l'IME La Sapinière à Ecuelles
- Mme Joly, directrice administrative et M. Gillis, directeur médical de l'IME Michel de Montaigne à Chelles

- Mme Solonel, directrice, le psychiatre et la psychologue de l'IME Villa Marie-Louise à Montereau
- Mme Grosyeux, directrice de l'IME La Gabrielle à Claye-Souilly
- Mme Pattin, directrice administrative et le médecin directeur du CMPP de Melun

➤ Personnels de la CDES :

- M. Sirrhugues, secrétaire de la CDES
- Mme Viala, coordinatrice de l'équipe technique de Marne-la-Vallée
- Mme Démoulin, coordinatrice de l'équipe technique de Meaux

➤ Dans le champs des adultes handicapés :

- Mme Mabin, directrice de la MAS d'Emerainville
- Mme Baron, directrice et M. Rousselet, psychologue du CAT Elisa à Chelles

➤ Dans le champs sanitaire :

- Docteur Georges, chef du service de pédopsychiatrie à l'hôpital de Melun
- Docteur Ballivet, chef de service du secteur G01 à Melun
- Docteur Zilliox, responsable des hôpitaux de jour de pédopsychiatrie de Torcy et Lagny
- Docteur Dumaine, chef de service de la clinique psychopathologique de l'hôpital de Meaux
- Docteur Salabelle, chef du service de pédopsychiatrie à l'hôpital de Meaux
- Docteur Gouraud, chef du service de pédiatrie à l'hôpital de Meaux
- Docteur Bié, psychiatre au CMPA de Neufmoutiers
- Madame Barlat, surveillante chef au service de psychiatrie de liaison du Centre Hospitalier de Meaux

GRILLE D'ENTRETIEN

ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX

1 - Rapide descriptif de la structure

- Activité de l'établissement
 - Personnel
 - Population accueillie : âge, part de personnes atteintes de troubles psychiatriques

2 - Modalités de prise en charge des enfants et adolescents présentant des troubles de la personnalité

- Comment les problèmes de santé mentale sont-ils appréhendés par le personnel ?
- Partenaires, interlocuteurs de l'établissement : travail avec l'intersecteur ?
- Si oui, liens formels, informels ? réseau formalisé ? avec quel pédopsychiatre travaillez vous ?
- Quid en cas d'urgence, de crise ?
- Si non, pourquoi l'articulation ne fonctionne pas : facteurs institutionnels ? liés aux personnes ? financiers ? capacités insuffisantes des structures ?
- Cas concrets posant problème
- Problèmes de filières de prise en charge

3 - Souhaits pour une articulation optimum

- Quelles sont, selon vous, les solutions : formaliser le travail par des conventions de prise en charge ? créer des instances de concertation ?
- Existe-t-il des projets innovants dans ce domaine ?

4 - Données chiffrées

- Nombre d'enfants qui viennent de services psychiatriques ; continuent-ils à y être suivis ? traitement médicamenteux ?
- Nombre d'enfants suivis par les psychiatres : en interne ? en externe ?



**MINISTÈRE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITÉ**

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DIRECTION DÉPARTEMENTALE
DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES
DE SEINE-ET-MARNE

PRÉFECTURE DE SEINE-ET-MARNE

Melun, le 5 octobre 2001

Tutelle, Contrôle,
Planification, Equipement
Tél : 01.64.87.62.40

Anne Garrec,
Inspectrice stagiaire

à

MadameX,
Directrice
CAT X

Madame,

Suite à notre entretien téléphonique, je me permets de vous envoyer une rapide présentation de ma démarche. Dans le cadre de ma formation d'inspecteur des affaires sanitaires et sociales je suis chargée par la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de Seine-et-Marne d'effectuer une étude concernant la prise en charge des jeunes de 12 à 25 ans présentant des troubles de la personnalité. Ce travail nécessite dans un premier temps une analyse des filières de prise en charge (sanitaires et médico-sociales), laquelle ne peut s'effectuer sans une rencontre avec les établissements concernés. Je m'intéresse plus précisément aux articulations pouvant exister entre les structures médico-sociales et les équipes de psychiatrie dans ce cadre.

Je vous indique quelques précisions quant à l'objet de notre entretien au cours duquel je souhaiterais aborder les points suivants :

- Un rapide descriptif de votre structure, et plus particulièrement de la population accueillie.
- Les modalités de prise en charge des personnes souffrant de troubles de la personnalité.
Notamment : quelles difficultés rencontrez-vous ? Existe-t-il ou non des relations avec le secteur de psychiatrie ?
Comment sont traitées les situations de crise ou d'urgence ?
- Les facteurs qui, selon vous, rendent problématique la prise en charge de cette population.

Je vous remercie par avance de l'aide que vous voudrez bien m'apporter lors de notre rencontre et vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes salutations distinguées.

L'inspecteur des affaires
sanitaires et sociales