





— **Le parcours de soins des adolescents pris en charge en hospitalisation temps plein en PACA pour troubles psychiques**

**CRCSM**

**Jeudi 8 septembre 2016**

**Evelyne FALIP (ARS) et Magali COLDEFY (IRDES)**

## — Le contexte

- Les ruptures de parcours de santé des enfants et adolescent sont une des 4 thématiques traitées par la conférence régionale de santé mentale en PACA
- Parmi les difficultés identifiées : l'accès aux capacités d'hospitalisation temps plein pour les adolescents
- Pour mémoire et par consensus avec les acteurs de santé mentale de PACA, un adolescent est défini comme un mineur âgé de 12 à 17 ans inclus

## — Approche quantitative : une difficulté à définir les besoins en « lits »

### — Arrêté du 11 février 1991

- relatif aux indices de besoins concernant les équipements psychiatriques
- un indice de 0,1 à 0,3 pour mille habitants de zéro à seize ans
- un indice peu adapté car il ne tient pas compte de la tranche d'âge des 16-17 ans dont l'hospitalisation en secteur adulte même si elle est possible réglementairement paraît souvent inadaptée.

### — Un rapport de 2005 de la MNASM

- « la psychiatrie en France, quelles voies possibles »
- 10/12 lits de psychiatrie IJ pour 500 000 habitants
- 4 916 069 habitants en 2011 soit une fourchette de 100 à 120 lits

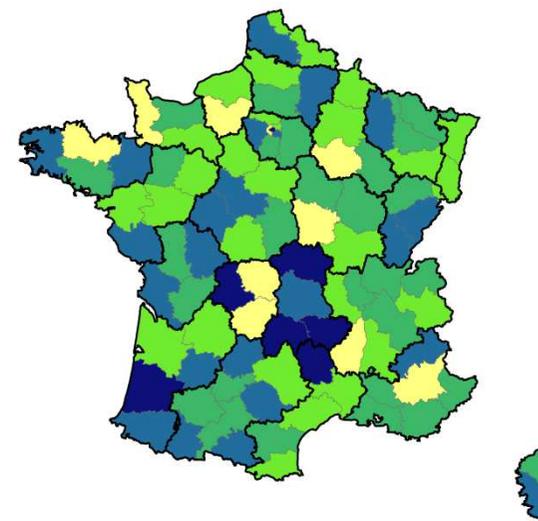
# — Approche quantitative : Des capacités d'HTP facialement satisfaisantes

## — Indice MNASM

- Un besoin de 100 à 120 lits
- Des capacités installées de 172 lits pour la psy IJ dont 152 pour les adolescents

## — Comparaison offre PACA / offre nationale

- Au 1<sup>er</sup> janvier 2014, selon les données Insee, il y a en PACA, 745 146 mineurs âgés de 6 à 18 ans pour 10 589 937 au niveau national soit **7 %** de la population de cette tranche d'âge.
- PACA dispose de **7,2 %** des capacités d'HTP en psy IJ



Taux d'équipement en pédopsychiatrie en 2012



# Approche quantitative : une offre inégalement répartie

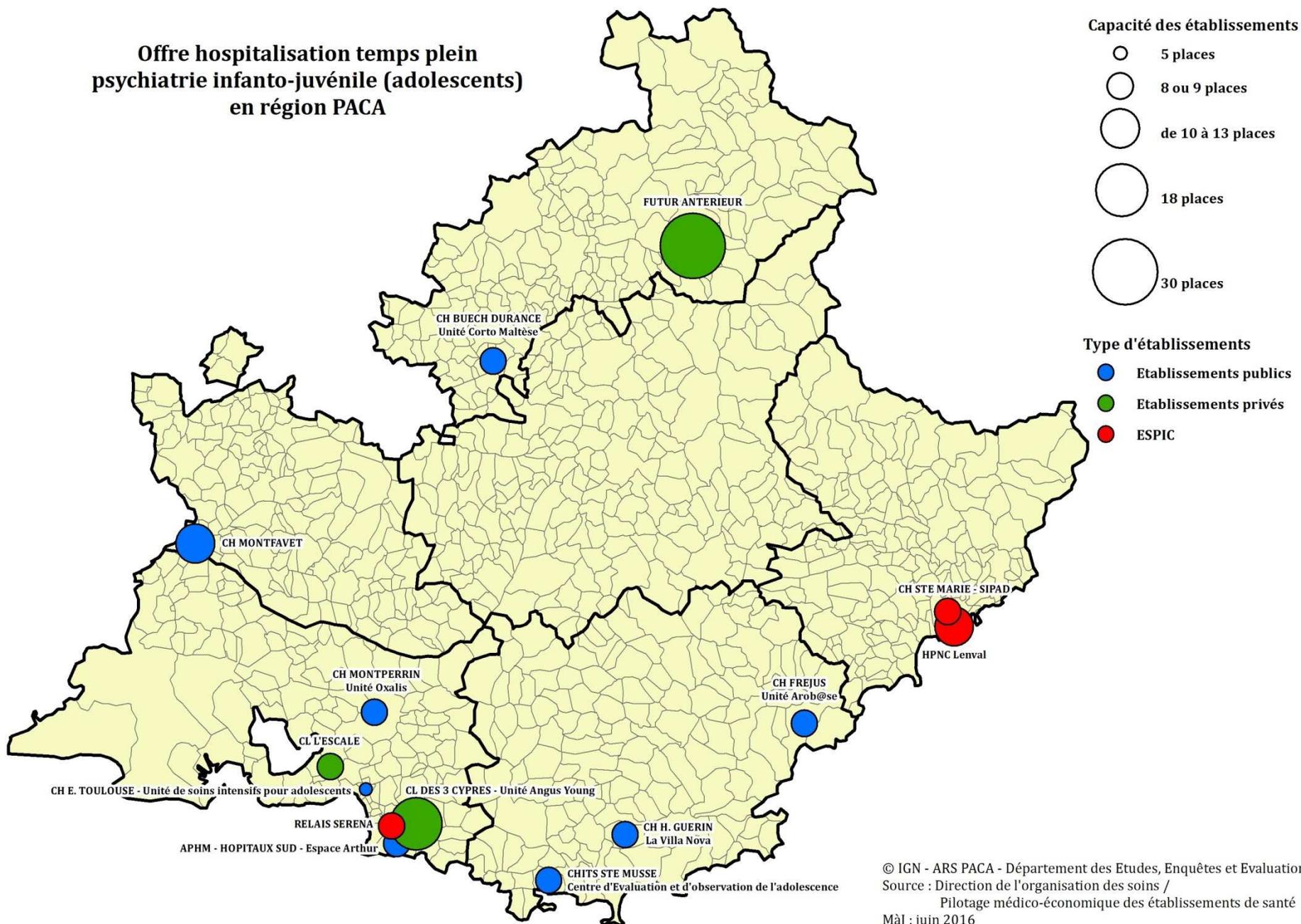
	Alpes-de-Haute-Provence	Hautes-Alpes	Alpes-Maritimes	Bouches-du-Rhône	Var	Vaucluse	PACA
<b>HTP</b>	0	38	31	53	32	18	172
<b>Taux pour 1000 (pop de 6 à 18 ans)</b>	0	1,76	0,20	0,16	0,22	0,21	0,23
<b>HTP publics</b>	0	8	22	18*	32	18	98
<b>Taux pour 1000 (pop de 6 à 18 ans)</b>	0	0,37	0,14	0,06	0,22	0,21	0,13
<b>HTP ciblées adolescents</b>	0	38	22	53	27	12	152
<b>Taux pour 1000 (pop de 6 à 18 ans)</b>	0	1,76	0,14	0,16	0,18	0,14	0,20
<b>HTP publics ciblées adolescents</b>	0	8	22	18*	27	12	62
<b>Taux pour 1000 (pop de 6 à 18 ans)</b>	0	0,37	0,14	0,06	0,18	0,14	0,08

Données ARS PACA 2014

## — Constat N° ①

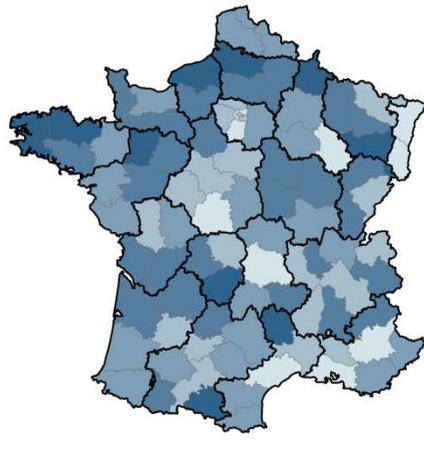
- Une offre territorialement très inégalement répartie.
  - Le territoire le moins peuplé, les Hautes Alpes est également celui qui a l'équipement le plus conséquent et ceci quelle que soit la typologie de l'offre : ensemble de la psychiatrie infanto-juvénile, offre publique stricto sensu, offre ciblée adolescents, offre publique ciblée adolescents
  - Le territoire le plus peuplé, les Bouches-du-Rhône est à l'opposé le moins bien doté et est également celui qui a l'équipement le moins conséquent, toujours quelle que soit la typologie de l'offre.
  - Un territoire, celui des Alpes de Haute Provence n'a aucune capacité d'hospitalisation temps plein.
  
- Un poids important de l'offre privé :
  - En PACA 57 % de l'offre est publique et 43 % relève de l'offre privée.
  - En France 72,5 % de l'offre est publique et 27,5 % relève de l'offre privée.
  
- Des évolutions en 2016
  - + 5 places armées par Edouard Toulouse sur le site de l'hôpital Nord
  - + 3 places au Relais Sérénia sur le site de l'hôpital Salvator

## Offre hospitalisation temps plein psychiatrie infanto-juvénile (adolescents) en région PACA

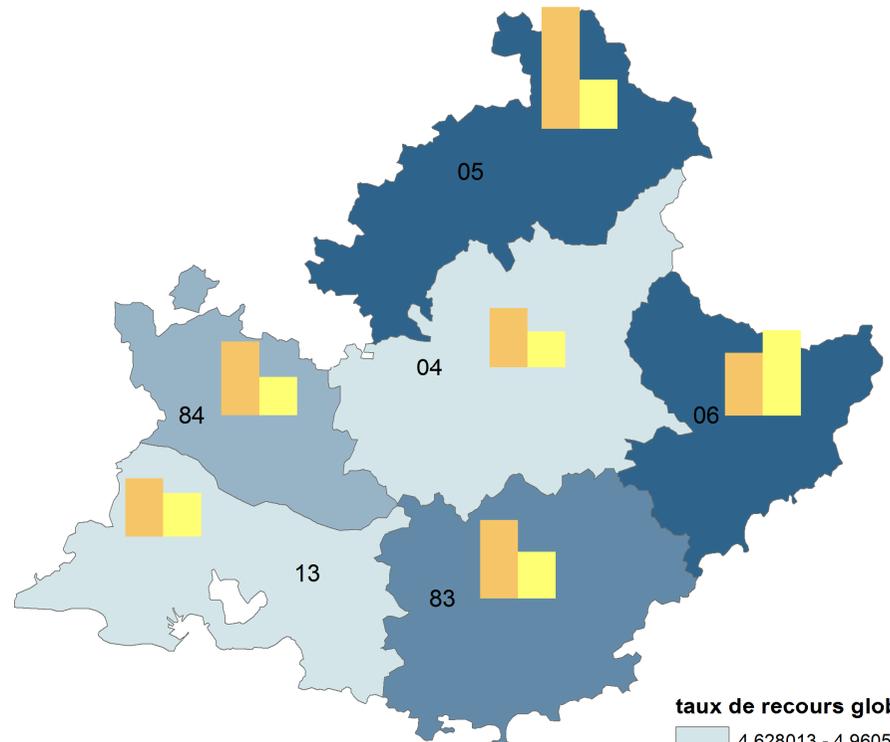


# Des taux de recours différents selon les départements

Taux de recours des adolescents hospitalisés pour des troubles psychiatriques en 2013



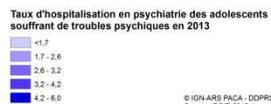
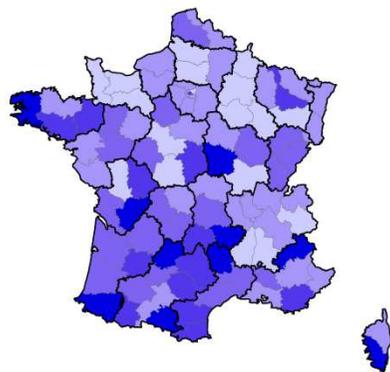
© IGN-ARS PACA - DDPRS - Service des Etudes et Evaluations  
Source : DCIR 2013, Insee 2012



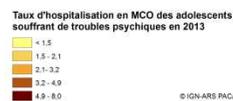
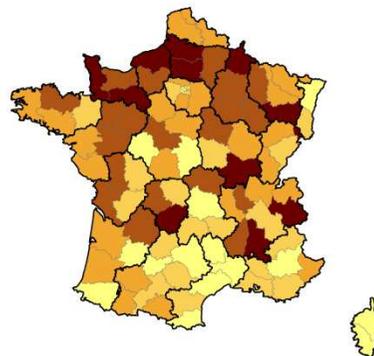
taux de recours global



© IGN-ARS PACA - DDPRS - Service des Etudes et Evaluations  
Sources : Rim-P, PMSI MCO 2013, Insee Rp 2011



© IGN-ARS PACA - DDPRS - Service des Etudes et Evaluations  
Source : DCIR 2013, Insee 2012



© IGN-ARS PACA - DDPRS - Service des Etudes et Evaluations  
Source : DCIR 2013, Insee 2012

## — Pour aller plus loin : exploitation des bases de données

- Sources : Rim-P, PMSI MCO 2013
- Etre âgé de 12 à 17 ans à l'admission
- Etre hospitalisé (à temps plein, en centre de crise ou postcure) en psychiatrie
- Ou en MCO pour un motif psychiatrique (code CIM10 F en diagnostic principal) ou une tentative de suicide (codes CIM S00-T98 en diagnostic principal et X60-X84 en diagnostic associé)
- Etre domicilié ou pris en charge en PACA

## — Pour aller plus loin : un audit

### Audit des 13 structures en 2015

- Sur site
- Rencontre avec les équipes : des échanges structurés avec plus de 100 personnes toute catégorie professionnelle confondue
- Visite des locaux
- Examen de 10 % des dossiers médicaux de l'année 2013 soit au total 155 dossiers
- Rencontre avec des adolescents (42) et/ou leurs familles (12) : 54 rencontres

Du 1<sup>er</sup> au 31 décembre 2011  
Carte Noël  
100% gagnante  
LA HALLE!



Bla . Bla . Bla...

Faut-il jeter...  
...les e-cigarettes?  
Selon l'Administration américaine, la fumée artificielle des cigarettes électroniques (généralement fabriquées sans aucun contrôle en Chine) peut contenir des nitrosamines cancérigènes ou bien du dihydroxy-diéthyl-éther, toxique.



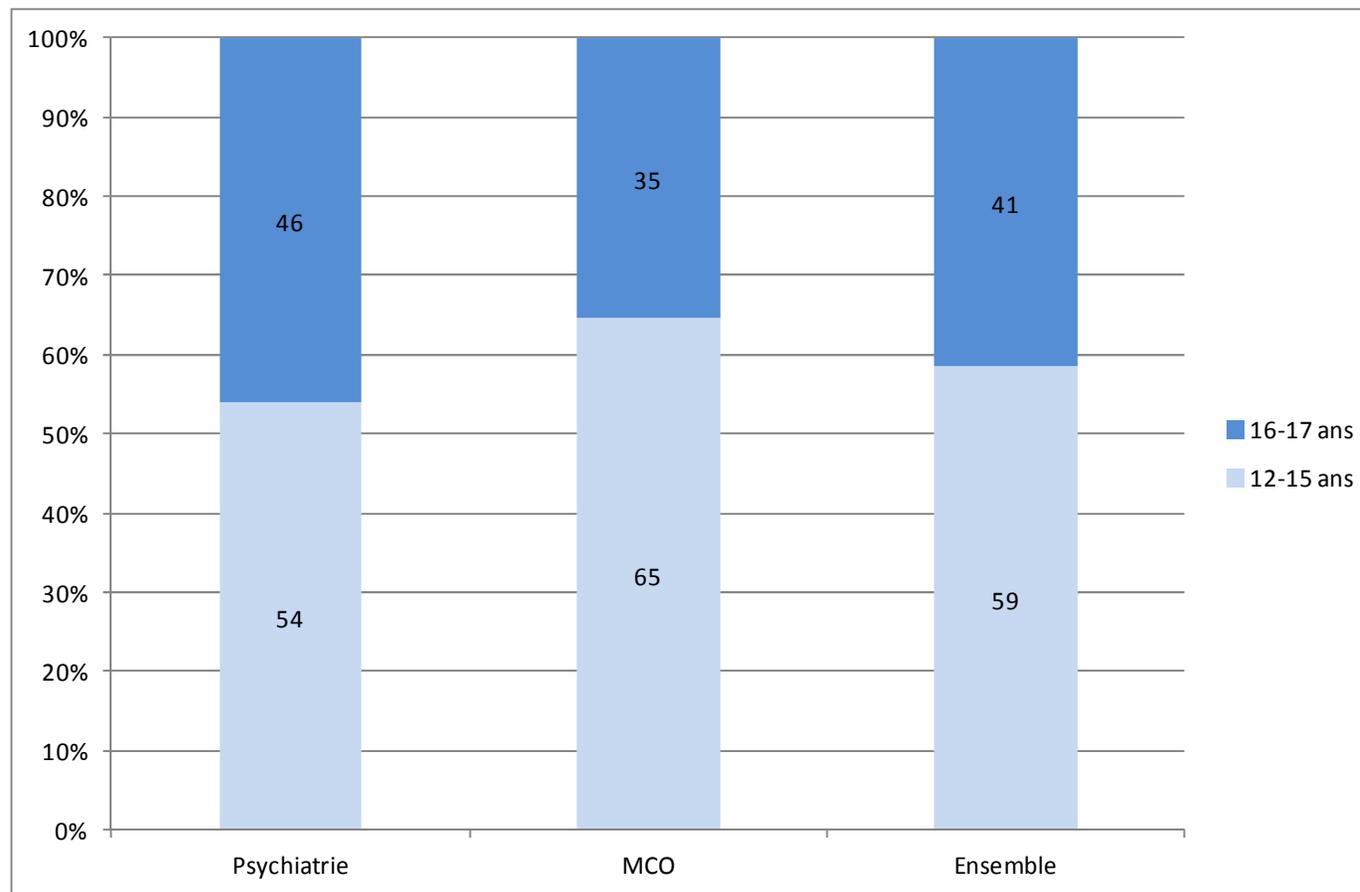
heh



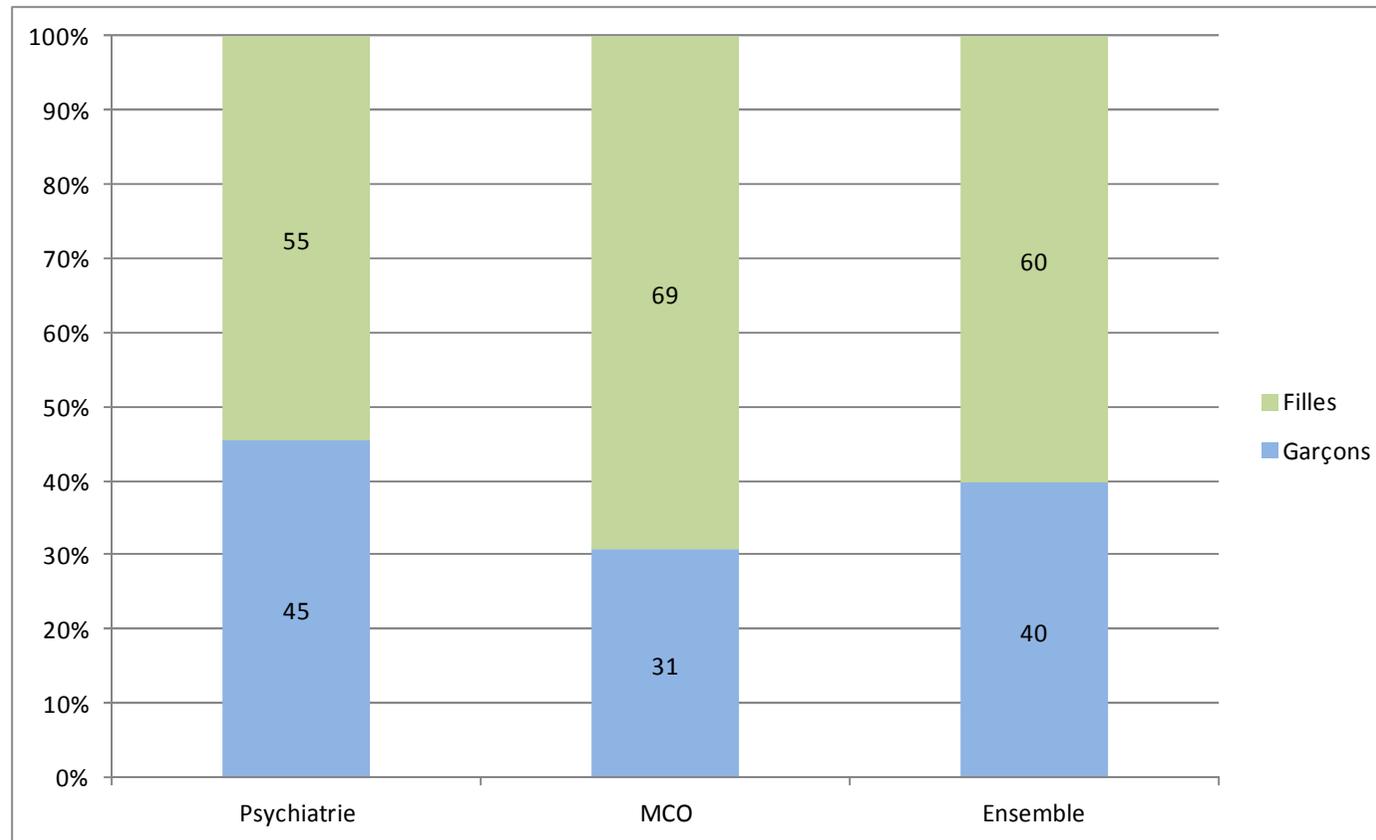


# — CES ADOS : QUI SONT ILS?

# Caractéristiques démographiques : une population plus jeune en MCO



# Caractéristiques démographiques : une population majoritairement féminine, encore plus marquée en MCO



## — Caractéristiques géographiques des adolescents

- Les adolescents résident majoritairement dans le département d'implantation de l'unité
- Les structures dépassent le principe de la sectorisation
  - Logiquement pour les établissements privés
  - Inévitablement de part l'approche spécifique développée par certains (orientation soins études, TCA...)
  - Obligatoirement en raison de l'absence d'unité dans un département ce qui impose l'accueil dans les unités de proximité
- La réponse est d'abord de proximité
  - 78 % des adolescents résident dans le département
  - Le département n'est pas une frontière
- Peu d'adolescents résident hors PACA
  - 6 ados sur 155 soit 4 %
  - Surtout dans les départements limitrophes (3 du Gard et 1 de la Drôme)
  - Plus exceptionnellement Paris (2 dont un voyage pathologique) et Hors France (1)

# — Des adolescents en souffrance dans un environnement perturbé

## Des familles « non traditionnelles »

- Une fréquence importante de familles monoparentales ou recomposées
  - Divorces ou séparations
  - Décès précoce d'un parent
  - Pas de connaissance du père biologique
  - 108 ados concernés soit 7 adolescents sur 10
- Des résultats à mettre en perspective avec ceux connus en population générale (Insee 2011)
  - 7 sur 10 vivent dans une famille « traditionnelle » avec leurs deux parents.
  - Les autres vivent dans une famille monoparentale (18 %) ou dans une famille recomposée (11 %).

# — Des adolescents en souffrance dans un environnement perturbé

## Un placement hors du milieu familial

### — Des adolescents hors milieu familial traditionnel avant leur hospitalisation

- Famille d'accueil, foyer, institut médico-social...
- 21 adolescents soit 13,5 %

### — Des résultats à mettre en perspective avec ceux connus en population générale

- En population générale 150 000 mineurs font l'objet d'une mesure de placement social hors du milieu familial (DREES 2012) soit environ 2% des 6-18 ans
- Environ 85 000 personnes accueillies en 2010 en IME ou ITEP (DREES 2010) soit environ 1% des 6-18 ans

# — Des adolescents en souffrance dans un environnement perturbé

## Présence d'autres facteurs de risque

### — L'adoption

- Pour 10 adolescents soit 6,5 % des ados dont les dossiers ont été examinés
- Le plus souvent adoption internationale (avec le facteur de risque supplémentaire lié au déracinement)

### — La présence dans l'entourage familial proche (parents ou grands parents ou fratrie) de troubles psychiques graves

- Pour 45 adolescents soit un peu moins d'un tiers

### — Mais aussi, le décès, l'incarcération, la notion de violences physiques ou sexuelles dans la famille, les antécédents de problèmes liés à l'usage de drogues...

# — Des adolescents en souffrance dans un environnement perturbé

## Présence d'autres facteurs de risque

- Des difficultés scolaires fréquentes
  - Documentées pour 78 adolescents soit dans 1 cas sur 2
- Des difficultés scolaires importantes
  - La déscolarisation est documentée pour 45 adolescents soit dans presque 1 cas sur 3
- Des résultats à mettre en perspective avec ceux connus en population générale
  - Entre 12 et 17 ans moins d'un ado sur 10 n'est pas scolarisé (Insee 2013)

## — Constat n° ②

- Enjeu de prévention, de dépistage et de prise en charge précoce
  - Accompagner l'enfant et/ou l'ado dans l'adaptation à la recomposition familiale pour les enfants de familles non traditionnelles
  - Mieux étayer les familles adoptantes
  - Accompagner les institutions dans leur fonction d'accueil des ados placés en dehors de leur milieu familial
  - Prendre soin de l'enfant du ou des patients présentant des troubles psychiques graves

## — Constat n° ③

- Enjeu d'une prise en charge globale
  - L'adolescent mais aussi sa famille ou son entourage proche
  - La santé mais aussi le volet Education, le volet médico-social, le volet social
  
- L'hospitalisation, décision d'admission, durée de prise en charge puis sortie vers l'ambulatoire
  - Dépend de la pathologie sous jacente
  - Mais aussi de la souffrance psychique de l'ado parfois sans pathologie sous jacente
  - Mais aussi de la capacité de la famille ou de l'institution qui accueille l'enfant à le prendre en charge à un instant T et à le reprendre en charge quand le soin peut redevenir ambulatoire

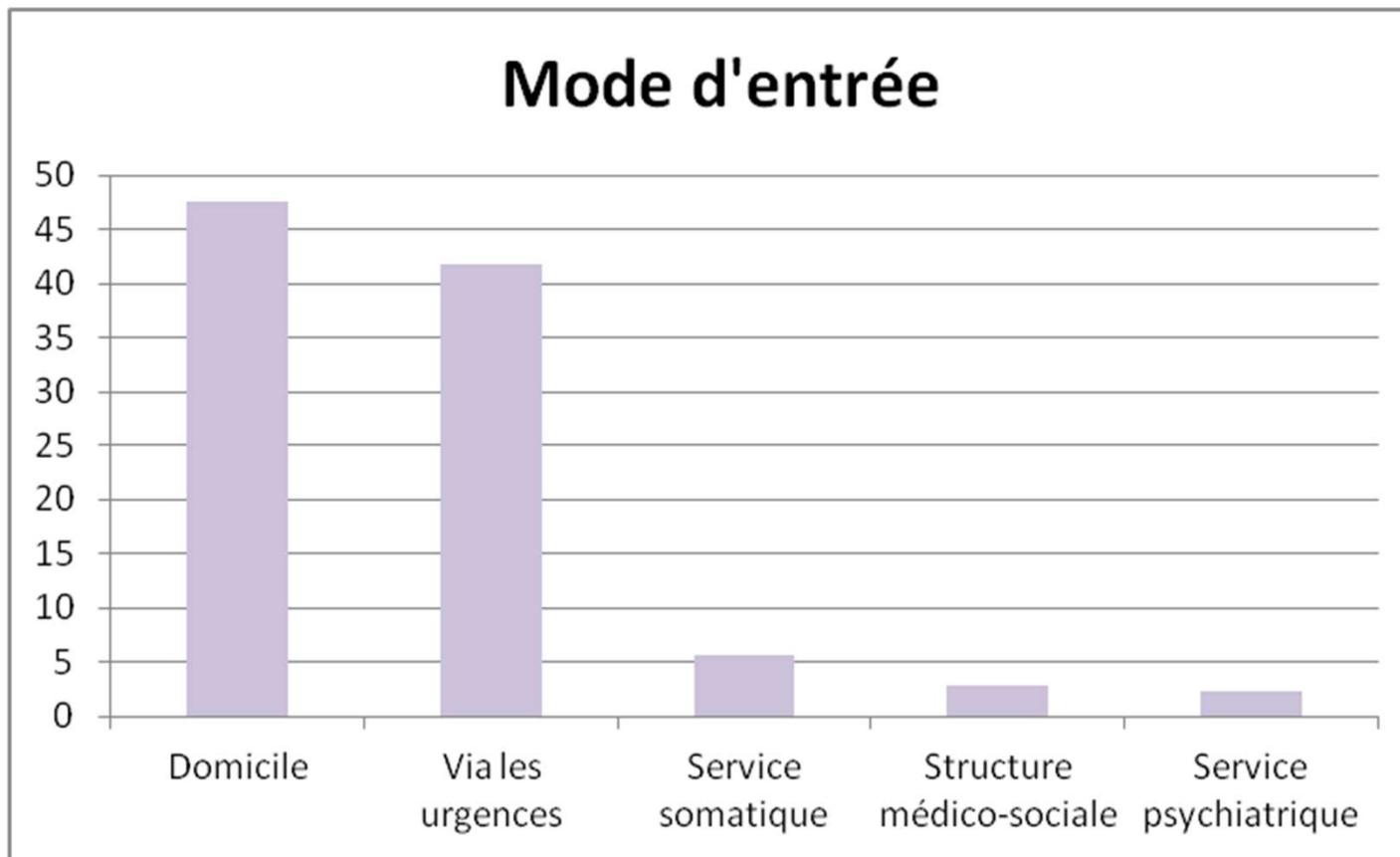




# — L'AMONT DU PARCOURS DE L'ADOLESCENT

# Le parcours du patient : l'amont (1)

L'importance du passage aux urgences comme mode d'entrée



## — Le parcours du patient : l'amont (2)

### Une organisation des unités de soins qui ne correspond pas à la réalité du parcours

- Des données qui contrastent avec le positionnement affiché des unités pour ado
- Trois unités acceptent les adolescents en aval direct des urgences (CEOA, HPNCL et Montfavet)
- 10 unités accueillent les adolescents au décours d'une visite de pré admission et avec un délai avant admission d'environ trois semaines. La pré admission filtre les ados en fonction de leur consentement aux soins et de l'adéquation de la structure aux besoins de soins repérés de l'ado
- Hormis à Toulon, à Nice et en Avignon, ce sont vers les services de pédiatrie que les ados reçus en urgence sont principalement orientés

## — Le parcours du patient : l'amont (3)

### L'hypothèse d'une insuffisance de la prise en charge en amont

- L'entrée par les urgences est elle liée à une impossibilité de prise en charge en amont ?
  
- Ce que montrent les données de ville :
  - 18% ont consulté un psychiatre libéral l'année précédant l'hospitalisation,
  - 3% un pédopsychiatre,
  - 71% un médecin généraliste (avec 3 consultations ou + pour 50%, et 41% ont vu 2 MG différents)
  - Des délivrances de psychotropes pour plus d'un ado sur 3
  
- Ce que montrent les dossiers :
  - 10 adolescents seulement n'avaient pas eu de contact antérieur suivi avec la psychiatrie (secteur, libéral, HDJ, prise en charge organisée par l'institution qui accueille l'ado...) soit 6,5 % de premier contact avec la psychiatrie par une hospitalisation temps plein dans une unité ado.
  - La prise en charge antérieure par le médecin traitant est très rarement documentée.

## — Le parcours du patient : l'amont (4)

### L'hypothèse d'une insuffisance de la prise en charge en amont

- Ce que disent les ados ou leurs parents
  - Difficulté à identifier les structures de soins pour adolescents
  - Les médecins traitants ou les professionnels de l'Education Nationale semblent avoir les mêmes difficultés
  - Une difficulté encore plus importante pour repérer la structure adaptée (adaptée à l'ado, adaptée à la pathologie, adaptée aux parents...)
  - Un système de soins qui peine à répondre aux besoins quand ils se font urgents : délai de prise en charge en ambulatoire, dispositif de pré admission
  
- Les parents et ados rencontrés finissent par repérer les structures de soins
  - Un parcours du combattant
  - Mais que deviennent ceux qui n'y arrivent pas ?

## — CONSTAT N° ④

- Les adolescents accueillis en hospitalisation temps plein sont inscrits dans un parcours de soins
- La pression sur l'hospitalisation rend difficile pour les unités l'organisation d'un positionnement mixte, accueil en post urgence immédiat et accueil programmé d'où des choix radicaux de structures sur l'un ou l'autre des volets
- La pédiatrie se trouve dans une situation paradoxale : non spécialisée, non conçue architecturalement pour recevoir des ados à de rares exceptions près, elle est amenée à recevoir l'aval immédiat des urgences et parfois des ados avec des troubles du comportement

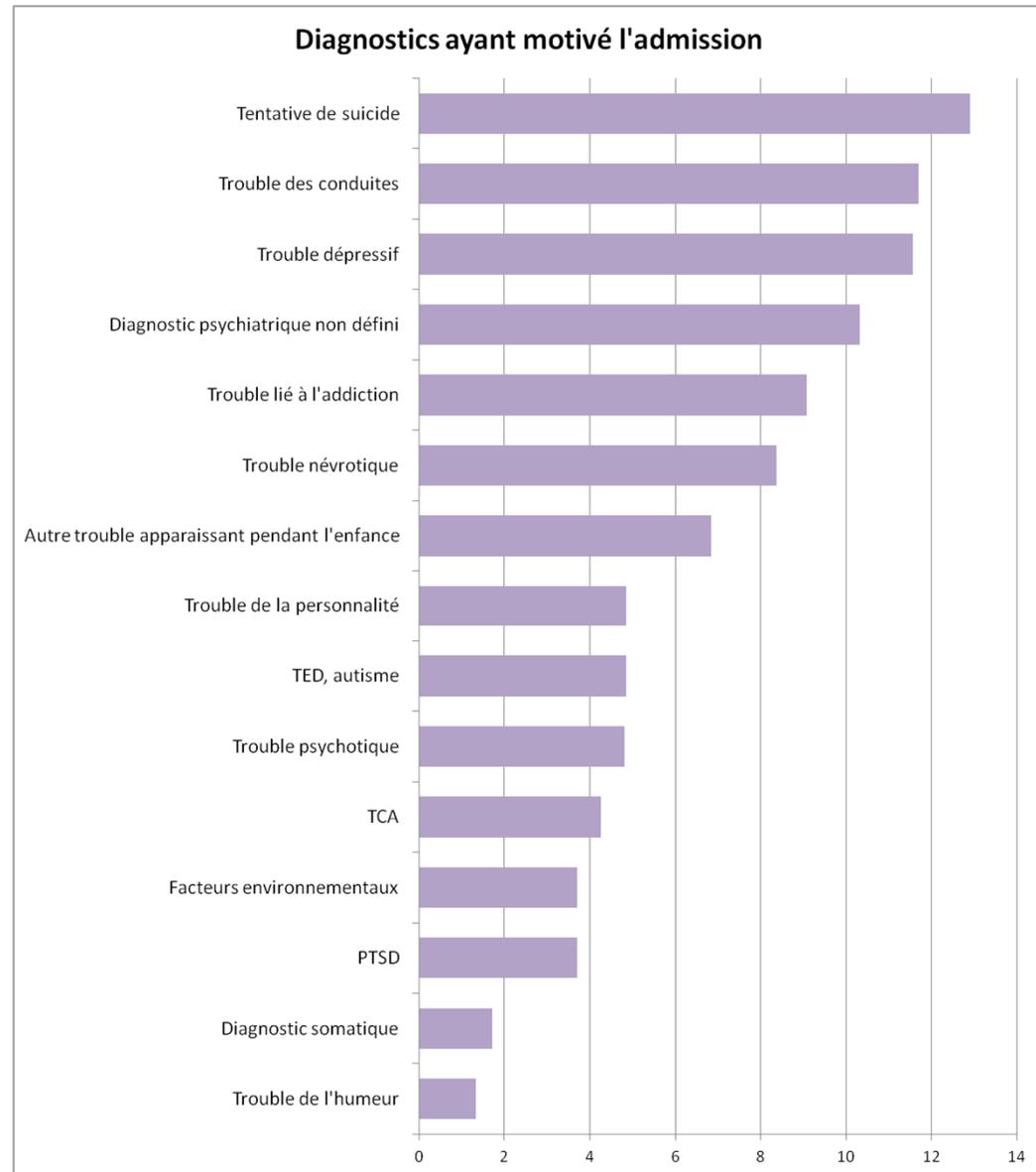




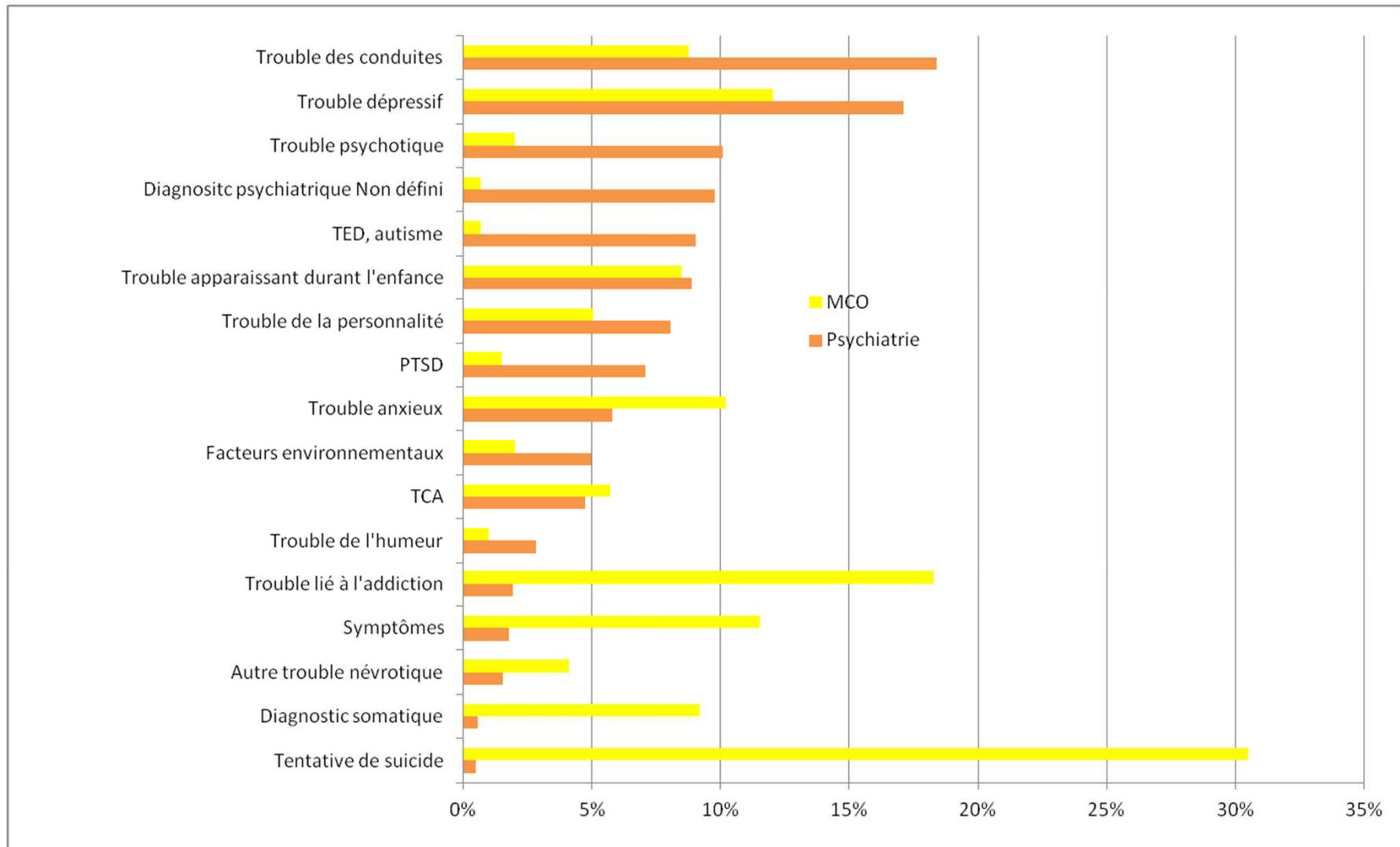
# — LA PRISE EN CHARGE EN COURS D'HOSPITALISATION

# — Caractéristiques cliniques (1<sup>er</sup> séjour)

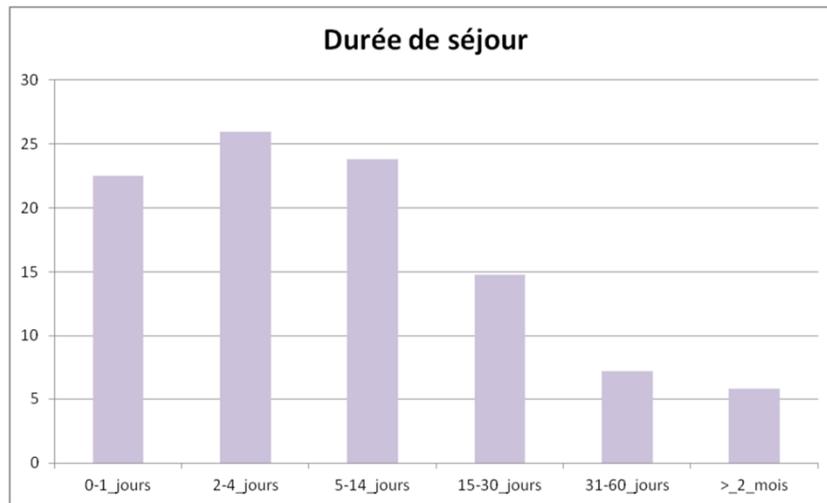
Des différences selon le sexe et l'âge



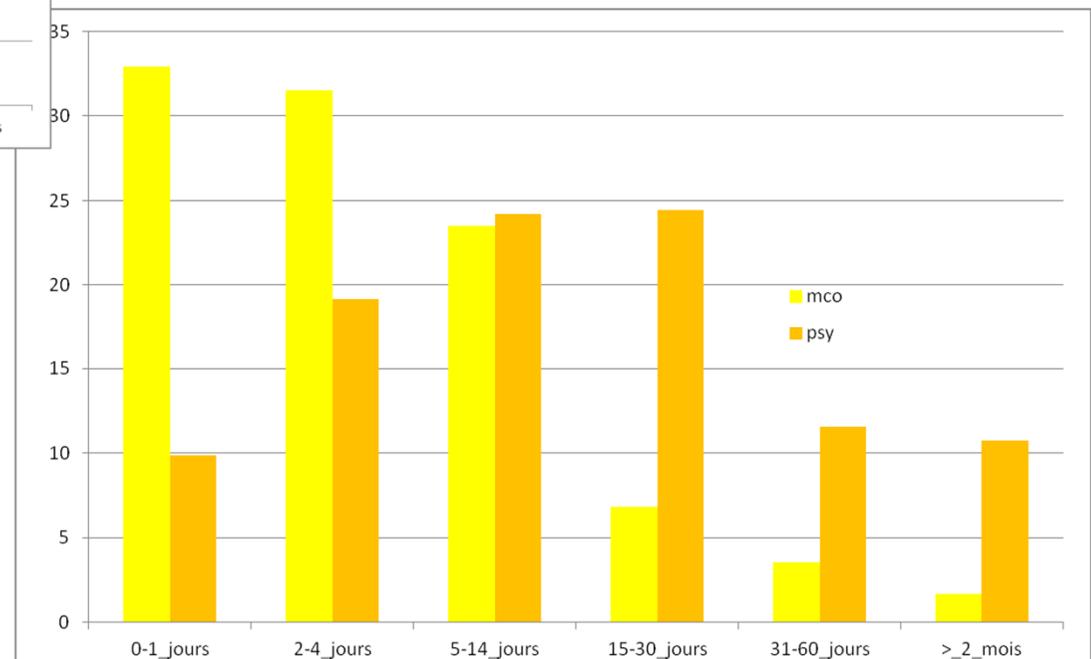
# — Caractéristiques cliniques : des différences selon la discipline d'hospitalisation



# Caractéristiques de la prise en charge : une hospitalisation inférieure à 5 jours pour la moitié des adolescents



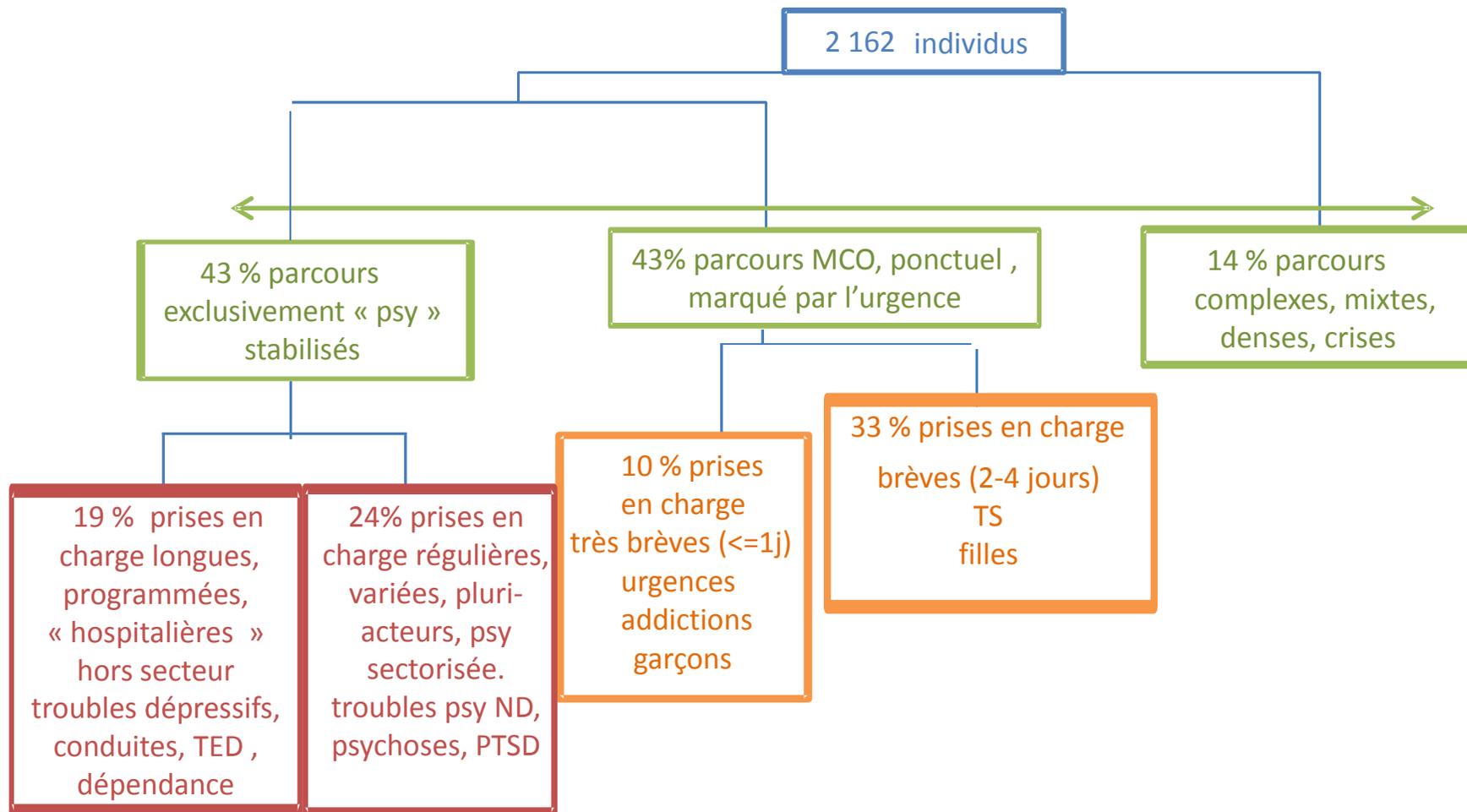
**12% des hospitalisations en psychiatrie  
ont lieu dans un service de  
psychiatrie générale**



# Prise en charge des adolescents en psychiatrie : analyse par établissement – temps complet

Raison_sociale	Nombre d'adolescents hospitalisés	Nb moyen de séj	DMS	DMAH	
HOPITAUX PEDIATRIQUES NICE CHU LENVAL	172	2,4	9	23	
CHI TOULON	141	1,4	14	19	
CLINIQUE DE L'ESCALE	126	1,5	16	24	
AP-HM	126	1,4	19	27	
CHS MONTFAVET	125	1,3	21	28	
CHS SAINTE MARIE NICE	97	1,5	<b>27</b>	<b>40</b>	
CHS MONTPERRIN	97	1,5	18	26	
MAISON D ENFANTS LE FUTUR ANTERIEUR	82	1,2	<b>100</b>	<b>122</b>	
CHI FREJUS	81	1,5	16	23	
CLINIQUE DES TROIS CYPRES	74	1,4	<b>30</b>	<b>41</b>	
CENTRE HOSPITALIER BUECH DURANCE	57	<b>5,1</b>	<b>2</b>	11	
HOPITAL DE JOUR LE RELAIS	46	<b>5,9</b>	<b>5</b>	28	
CHS PIERREFEU	32	<b>3,9</b>	<b>29</b>	<b>115</b>	
CH D'ARLES	23	1,2	5	7	
CHS VALVERT	13	1,3	6	8	
CH DIGNE	9	1,1	12	13	

# L'hospitalisation : typologie exploratoire



# — Caractéristiques de la prise en charge en HTP, les forces



# — Caractéristiques de la prise en charge en HTP, les faiblesses



— **Caractéristiques de la prise en charge en HTP: du soin psy mais pas que ...**



# Paroles d'ados

Un lieu où  
prendre soin de  
soi

On se sent bien,  
ce n'est pas  
triste

Je suis dans  
une bulle

On déconnecte

Trop de  
barreaux

Ouvrir les portes

Il faut demander  
la permission  
pour tout

C'est très blanc,  
c'est trop strict,  
le plafond est  
trop haut

Je tourne en  
rond

L'impression  
d'être en cage

Le personnel  
« des purs  
amours »

Ils savent mettre  
des limites

Ils ont les mots  
pour parler avec  
nous

Les jeunes avec  
des sondes, non

Je ne veux pas  
moisir à l'hôpital

# Paroles de parents

Votre fille est sur  
liste d'attente

Le monde  
s'écroule autour  
de nous

La psychiatrie  
fait peur

On n'a pas de  
diagnostic

Il faut du monde  
pour s'occuper  
des ados

Ce n'est pas  
qu'une question  
de rose et de  
bleu sur les murs

Le parent est pris  
en compte,  
écouté,  
accompagné

Cette structure,  
c'est exactement  
ce qu'il lui fallait

La psychiatrie  
adulte, c'est très  
violent

## — CONSTAT N° ⑤

- Les adolescents accueillis en hospitalisation temps plein s'inscrivent dans trois parcours d'hospitalisation distincts : pédiatrie / pédopsychiatrie / psychiatrie adulte
- Les adolescents accueillis ont des besoins différents en intensité et en durée de soins
- Une prise en charge de pédiatrie de droit commun et non stigmatisante qui mérite d'être étayée par des intervenants spécialisés : structuration de la liaison en psychiatrie infanto-juvénile pour l'intervention aux urgences puis l'accompagnement en pédiatrie
- Des anomalies :
  - Des adolescents avec troubles du comportement en pédiatrie cohabitant avec d'autres, des petits voire des tout petit
  - La quasi absence de secteur dédié aux adolescents dans les services de pédiatrie
  - Des mineurs hospitalisés en psychiatrie générale





# — L'AVAL DU PARCOURS DE SOINS

## — Le parcours du patient : l'aval

### La sortie : un point critique du parcours de soins

- Les fugues, une modalité de sortie sans autorisation qui reste peu fréquente
  - Concerne les structures ouvertes comme les structures fermées
  - Les fugues ou tentatives de fugues dans les structures fermées engendrent des prises de risque non négligeables
  - Des établissements dont la responsabilité est engagée
  
- Les sorties contre avis médical : l'exception
  - Même quand l'adolescent n'adhère pas au principe de l'hospitalisation, le travail réalisé par l'équipe permet une bonne adhésion aux soins
  
- Des sorties parfois accélérées pour laisser place à des entrées « en urgence »
  
- Des sorties « en temps voulu » mais avec un relai de prise en charge fragile

## — Le parcours du patient : l'aval

### La sortie : un point critique du parcours de soins

- Le relai vers l'ambulatoire est peu formalisé
  - Une synthèse ou un compte-rendu ou un courrier de sortie sont présents dans les dossiers
  - Le contenu est dense mais peu de diagnostics posés et peu d'orientations précises en matière de thérapeutiques
  - Le délai d'envoi est variable parfois important (plusieurs semaines)
  - Le médecin qui a adressé l'ado et la structure vers laquelle il est orientée sont destinataires
  - Le médecin traitant, grand oublié du parcours?
  
- La préparation à la sortie ne comprend pas toujours la structuration du relai de soins (orientation vers un CMP ou un HDJ sans que les rendez vous soient pris ou les équipes contactées)
  
- Les capacités de relai par l'ambulatoire sont un facteur limitant important (parfois l'offre de soins n'existe pas – capacité d'HDJ par exemple)

## — CONSTAT N° ⑦

- Le « succès » de la prise en charge en hospitalisation temps plein repose également sur le relai d'aval
- La globalité de la prise en charge nécessite de mobiliser largement autour de l'adolescent
- La rareté voire l'absence de certains types de prise en charge et les délais d'attente quand les structures existent entravent la qualité de la prise en charge

**HALDOL  
EST GRAND ET  
VALIUM EST SON PROZAC**



**HALDOL  
EST GRAND ET  
VALIUM EST SON PROZAC**



## — 6 RECOMMANDATIONS : qui dépassent largement le champ de la psychiatrie...

- Inscrire la thématique de la **prévention et du repérage précoce** dans le prochain PRS pour en faire un axe fort des 10 ans à venir en prenant en compte les constats effectués
- Aller vers l'adolescent pour le prendre en charge chaque fois que cela est possible dans son lieu de vie, **avant l'hospitalisation**, et intervenir auprès de son entourage, en particulier lors des placements en foyer et en établissement médico-social, dans une logique de donnant-donnant
- **Accompagner les services de pédiatrie** qui accueillent les enfants et ou adolescents présentant des troubles psychiques en structurant et renforçant la liaison (impact positif attendu sur la prise en charge des urgences) et en pensant un accueil spécifique ado lors de chaque restructuration de service de pédiatrie

## — 6 RECOMMANDATIONS : ... qui concernent aussi la psychiatrie

- **Accompagner chacune des unités ado** dans son projet médical et son projet de soins en fonction des forces et faiblesses identifiées en pensant la prise en charge de l'ado dans sa globalité
- **Mettre en réseau** les structures de la région pour construire une vision commune et partagée de la prise en charge et de ses objectifs tout en réfléchissant avec le groupe expert en psy IJ aux spécialisations nécessaires
- **Structurer l'aval du parcours hospitalier** pour assurer la fluidité de la prise en charge (CMP, CATTP, Equipes mobiles, HDJ – impact positif attendu sur l'amont) en s'appuyant sur tous les partenaires mobilisables dans le soin (dont le médecin traitant) et dans l'environnement social de l'enfant (protection de l'enfance, éducation...).