

Travaux préparatoires du PRS 2

Parcours santé mentale

Groupe de travail santé mentale et adolescents

Réunion n°1 du 14 mars 2017

CHOIX DU THEME DE L'ATELIER

Les ruptures de parcours de santé des enfants et adolescents étaient une des 4 thématiques prioritaires par la conférence régionale de santé mentale en PACA en 2014.

Le groupe de travail avait identifié l'accès aux soins comme une des causes majeures de rupture, accès aux consultations de psychiatrie infanto-juvénile mais également accès aux possibilités d'hospitalisation temps plein quand celle-ci est nécessaire.

Suite à ces constats, l'ARS a mené en 2015 et 2016 un travail sur le parcours de santé des adolescents hospitalisés pour troubles psychiques en PACA en collaboration avec l'IRDES qui a exploité les données du RIM-P et du PMSI.

Le vocable adolescent s'entend pour les mineurs âgés de 12 à 17 ans inclus.

Le groupe de travail, lors de cette 1^{ère} réunion, a une composition identique à celle du groupe expert réuni au cours de l'audit. Il regroupe les pédopsychiatres responsables des unités de soins pour adolescents. L'objectif est de tracer les objectifs à 10 ans et les axes d'action à 5 ans pour la prise en charge psychiatrique des adolescents. Les questions d'interactions de l'adolescent avec son environnement (médecins généralistes ; MDA ; Education nationale ; PJJ ; ASE...) seront traitées lors de la deuxième réunion. La base de travail est la restitution des travaux de l'audit qui a permis d'identifier les points de rupture et de fragilité du parcours de soins (voir PP en pièce jointe).

Dans ce travail, les bases de données utilisées sont celles de 2013.

POINT DE FRAGILITE ①: HOSPITALISATION DES ADOLESCENTS PRESENTANT DES TROUBLES PSYCHIQUES EN DEHORS DES UNITES SPECIALISEES EN PEDO-PSYCHIATRIE

1. Prise en charge en pédiatrie

Sur les 2162 adolescents hospitalisés en PACA pour troubles psychiques en 2013, 55 % ont été pris en charge en pédiatrie.

Ces adolescents sont plus jeunes que ceux pris en charge en pédopsychiatrie, la proportion d'adolescentes y est plus marquée et les pathologies prises en charge diffèrent : tentative de suicide ; troubles liés aux addictions et troubles dépressifs et anxieux font partie du trio de tête.

La pertinence de cette prise en charge n'est pas remise en cause par le groupe de travail :

- La pédiatrie a vocation à prendre en charge l'adolescent dans sa globalité y compris la dimension psychique.
- L'hospitalisation en pédiatrie est plus adaptée que l'hospitalisation en pédopsychiatrie pour les enfants (moins de 12 ans)
- L'hospitalisation en pédiatrie facilite la prise en charge pour les pathologies pour lesquelles les dimensions somatiques et psychiatriques sont intriquées
- L'hospitalisation en pédiatrie est moins stigmatisante que celle en psychiatrie, mieux acceptée par l'adolescent et son entourage.

Toutefois, l'hospitalisation en pédiatrie nécessite :

- Une acceptation par le service de pédiatrie et chaque fois que cela est possible une structuration particulière et une sécurisation de l'accueil des adolescents (unité ado ou lits ado dans l'unité de pédiatrie en fonction de la capacité d'accueil de l'établissement de santé). Les adolescents vivent mal la proximité avec les tout petits car ils ne se reconnaissent pas dans cet environnement (activités non adaptées). Les troubles du comportement de certains adolescents perturbent l'activité des services de pédiatrie.
- Un étayage de la prise en charge par la pédopsychiatrie de liaison, au-delà de la consultation par le pédopsychiatre, pour proposer un accompagnement soignant spécialisé.

Axes d'action :

- Renforcement de la pédopsychiatrie de liaison (10 équipes renforcées en 2016 – évaluer les besoins complémentaires pour les établissements non demandeurs)
- Réflexion à mener dans tout projet d'établissement sur le lien pédiatrie et pédopsychiatrie avec pour les établissements disposant de plusieurs unités de pédiatrie une insertion d'un service de pédopsychiatrie au sein de la pédiatrie
- Réflexion à mener lors de toute restructuration architecturale des services de pédiatrie sur l'accueil des adolescents.

2. Prise en charge en psychiatrie générale.

257 séjours (sur 2133 de séjours en psychiatrie) et 96 patients parmi les 1238 adolescents pris en charge en psychiatrie ont lieu en psychiatrie générale. Cela représente 9 % des séjours et 8 % des patients.

Le groupe de travail considère que cette prise en charge n'est pas adaptée :

- Les psychiatres adultes sont en difficulté pour la prise en charge des adolescents.
- La confrontation avec des patients adultes présentant des troubles psychiques graves est iatrogène pour les adolescents et leur entourage même si cette iatrogénie est plus dans la représentation que dans la réalité. Elle rend toxique la projection dans l'avenir.
- Les conditions d'hospitalisation sont sous optimales et souvent en chambres d'isolement soit du fait de troubles du comportement de l'adolescent au premier plan soit pour le protéger de son environnement.

L'objectif du PRS doit être de réduire ces hospitalisations en psychiatrie générale avec plusieurs pistes possibles.

Des solutions à trouver en psychiatrie pour un accueil adapté des adolescents en crise :

- Création d'unités dédiées (type USIA du CH Edouard Toulouse) avec une architecture adaptée. Celle de l'USIA doit être repensée.
- Création de lits dédiés au sein d'unités spécialisées (ex : hôpital le Relais ou unité de Montfavet ou SIPAD).
- Création de lits fléchés au sein des structures permanentes d'accueil des urgences psychiatriques (CAP) : espace sécurisé au sein des CAP avec un à deux lits et une souplesse d'utilisation (adultes quand non utilisés par les ados) avec liaison renforcée par la pédopsychiatrie.

Des interventions à mettre en place pour prévenir l'hospitalisation en psychiatrie non adaptée pour :

- Les adolescents qui décompensent sur un état déficitaire ou un trouble envahissant du développement : privilégier la création d'un petit nombre de lits d'urgence dans un IME (2 pour les départements les plus importants) avec intervention en appui d'une équipe mobile de l'intersecteur.
- Les adolescents placés qui présentent des troubles socioéducatifs.

Dans les trois cas de figure, le nombre de personnels, leur formation et la sécurisation de l'architecture des locaux d'accueil sont déterminants pour proposer une prise en charge contenant adaptée.

POINT DE FRAGILITE ② : ARTICULATION DE LA PEDOPSYCHIATRIE AVEC LES AUTRES DISCIPLINES MEDICALES

1. Psychiatrie générale

L'articulation présente plusieurs enjeux :

- Un peu moins d'un tiers des adolescents dont les dossiers ont été étudiés dans le cadre de l'audit ont dans leur entourage proche un parent présentant des troubles psychiques graves. Il existe donc un enjeu de repérage de ces familles et un intérêt à proposer un accompagnement de ces enfants et adolescents (même si le refus risque d'être fréquent du fait de l'image dégradée que les parents eux-mêmes pris en charge peuvent avoir de la psychiatrie).
- Le relais lors du passage de l'adolescence à l'âge adulte est complexe. Une prise en charge de qualité devrait se structurer autour d'une prise en charge spécialisée pour les jeunes adultes. Des initiatives se développent : unité pour jeunes adultes lors de la restructuration de la psychiatrie de la Seyne sur Mer – équipe mobile jeunes adultes du CH Edouard Toulouse. Ces initiatives méritent d'être encouragées.
- La prise en charge en thérapie familiale dans certaines indications ciblées et relativement rares nécessitant un savoir-faire particulier. Dans les autres cas, la famille est incluse dans le soin. Un temps lui est consacré dans la consultation de l'adolescent. Il y a un intérêt à développer des groupes de parole pour les parents avec une adhésion à la démarche parfois limitée mais qui peut être améliorée : groupes thématiques selon les pathologies ; groupes co-animés avec un parent-pair...
- La prise en charge des TCA : pathologie au long cours dont la prise en charge articule pédiatrie, pédopsychiatrie, endocrinologie et psychiatrie adulte. La structuration de la prise en charge passe par la mise en réseau au sein de la pédopsychiatrie (réseau méditerranéen des TCA impulsé par l'AP-HM) et la coordination avec les autres spécialités dont la psychiatrie adulte.

2. Médecine générale

L'analyse des bases de données montre qu'en amont de l'hospitalisation, 71 % des adolescents ont vu un médecin généraliste avec un certain degré d'intensité : pour 50 % d'entre eux, 3 consultations ou plus ; 41 % voient deux médecins généralistes différents.

Il y a à ce niveau :

- Un enjeu de formation. Le groupe de travail fait état d'une thèse de médecine générale indiquant la difficulté pour les MG à aborder les questions du mal être et des addictions. Il est également fait état de l'intérêt de former les pédiatres y compris lors de leur cursus initial ; d'impulser une réflexion sur l'accueil spécifique des ados au sein de leur consultation (ex : consacrer des plages horaires aux adolescents) et de former les médecins généralistes volontaires. Cette formation doit également être proposée aux médecins et infirmiers scolaires. Elle doit s'inscrire dans le long terme.
- Un enjeu de lisibilité du dispositif de soins spécialisés pour permettre aux médecins généralistes ou aux intervenants scolaires de repérer facilement l'offre de soins adaptés.
- Un enjeu de coordination de la prise en charge en incluant systématiquement le médecin généraliste comme destinataire du compte-rendu d'hospitalisation sauf opposition des parents et de l'adolescent.
- Un enjeu d'intervention au plus près du patient : il existe des expériences avec des équipes mobiles qui interviennent à la demande du médecin traitant pour prendre en charge l'adolescent au sein du cabinet du médecin généraliste (après un repérage du besoin par le MG et sous 48 H).

3. Addictologie

En PACA, deux problématiques nécessitent une attention particulière : la consommation de cannabis et les jeux vidéos.

Le groupe de travail s'accorde quant à l'intérêt d'une prise en charge spécialisée de l'addiction en sus de la prise en charge proposée par la pédopsychiatrie avec la nécessité d'une spécialisation jeune (CJC - intervenants formés) et d'une prise en charge prenant en compte la psychopathologie sous-jacente.

POINT DE FRAGILITE ③ : PLACE RELATIVE DES THERAPIES MEDICAMENTEUSES ET NON MEDICAMENTEUSES

L'audit a mis en évidence la disparité des pratiques ce qui interroge sur leur pertinence. Le groupe de travail partage ce sentiment, souligne que l'évolution au fil des ans montre une augmentation des prescriptions, indique que les médecins généralistes sont souvent désarmés quand ils doivent prescrire en 1^{ère} intention ou prendre le relais en sortie d'hospitalisation avec des traitements parfois très lourds.

La mise en place d'un dispositif de formation adossé sur les deux CHU (AP-HM et HPNCL) et indépendant de l'industrie pharmaceutique est proposée.

Ce dispositif doit intégrer les pédopsychiatres et les infirmiers (qui assurent la continuité de la prise en charge 24/24) et les modalités de prise en charge non médicamenteuses alternatives à la prescription lors des situations difficiles (bouffée d'angoisse ; troubles de l'endormissement...).

POINT DE FRAGILITE ④ : PLACE DE LA PRISE EN CHARGE HORS HOSPITALISATION TEMPS PLEIN

La fluidité du parcours de soins repose sur le développement de la prise en charge en amont et aval de l'hospitalisation.

Le groupe de travail estime que le développement des alternatives à l'hospitalisation temps plein est une priorité par rapport à l'implantation de nouveaux lits (en dehors des lits de réponse à la crise) :

- CMP : Délai d'attente à réduire pour les premières consultations (entrée dans le parcours) puis entre deux consultations (pour assurer la continuité des soins)
- Hospitalisation de jour : conserver la polyvalence (les adolescents tolèrent bien la cohabitation ; la mise en place de structures spécialisées pour les troubles psychotiques débutant par exemple pourrait être stigmatisante et institutionnaliser les adolescents).

Si l'offre HDJ est adaptée, elle peut représenter la quasi-totalité de la réponse pour les phobies scolaires – l'offre de soins études de la région (Futur antérieur) permet de répondre aux besoins pour des indications spécifiques qui nécessitent par ailleurs une rupture du milieu familial – Mais le retour vers le dispositif de soins de l'intersecteur d'origine doit être travaillé car il est difficile (pas toujours de réciprocité).

Peu d'intérêt à développer une offre spécifique de CATTP.

Toute unité d'hospitalisation devrait disposer a minima d'une offre d'hospitalisation de jour.

L'implantation de l'offre d'hospitalisation de jour pour adolescent sur les zones d'intervention des établissements de santé qui ne disposent pas d'unité d'hospitalisation devra faire l'objet d'une réflexion par territoire.

- Equipes mobiles (vers le médico-social et l'ASE en priorité ; vers les médecins traitants éventuellement) avec une zone géographique de couverture à réfléchir selon les territoires mais sans doute à développer inter-établissements pour disposer d'une équipe autonome et solide.

POINTS DIVERS

- Adoption : les données de PACA (6,5 % des enfants pris en charge en unité de pédopsychiatrie) rejoignent les chiffres nationaux. Il serait utile de mettre en place des actions de prévention en proposant aux familles adoptantes une évaluation annuelle pluridisciplinaire de l'enfant adopté.
- TIC : la question des jeux vidéos renvoie à l'utilisation par les adolescents des technologies de l'information et de la communication et de la place à leur accorder dans la prise en charge.
- Soins études pour les jeunes adultes : un besoin mais non prioritaire par rapport au développement des prises en charge alternatives à l'hospitalisation temps plein.