

Dispositif Expérimental Santé Mentale Jeunes

Bilan d'Activité

1er mars 2013 au 31 décembre 2015

Sommaire

A- Rappel des objectifs.....	5
Objectif général	5
Objectifs spécifiques.....	5
Objectifs opérationnels.....	5
Moyens	6
B-Le territoire	6
C- Le public ciblé:	6
D - Historique- Description du dispositif	7
1. Organisation du projet.....	7
1.1. Le comité de pilotage.....	7
1.2. Les outils du projet.....	7
1.3. Les critères d'inclusion	8
1.4. Le rôle de l'équipe de coordination.....	9
1.5. Professionnels de santé adhérents du projet	10
1.6. Grandes réunions cliniques-concertation pluridisciplinaire.....	10
1.7. Collecte des données	11
1.8. Facturation.....	11
2. Parcours du patient.....	12
2.1. Dépistage et orientation.....	12
2.2. Evaluation psychologique et inclusion	12
2.3. Protocoles et suivi des prises en charge	13
2.4. Sortie du dispositif et réorientation.....	13
2.5. Liens avec les services sanitaires et sociaux et les réseaux	13
E - Activité du 1er mars 2013 au 31 décembre 2015	15
1. Evolution du dispositif	15
1.1. Comité de pilotage	15
1.2. L'équipe de coordination.....	16
1.3. Les professionnels de santé adhérents au projet	16
1.4. Evaluation satisfaction des professionnels	17
Enquête d'évaluation.....	17
Réunion de bilan en fin de dispositif	18
1.5. Les réunions cliniques	18
1.6. Liens avec les services sanitaires et sociaux et les réseaux	19
1.7. Les limites du dispositif	20
1.8. Particularités de l'année 2015- Clôture du dispositif	20

Une année d'incertitude	20
Un projet discuté au sein du Contrat Local de santé	21
2. - Analyse de la file active du 1er mars 2013 au 31 décembre 2015	26
2.1. Prises en charge	26
Patients orientés et inclus	26
Délais de prise en charge	27
Origine du repérage et des prescriptions	27
Critères d'inclusion ou de non inclusion.....	28
Répartition des protocoles prescrits.....	30
Nombre de consultations réellement effectuées.....	31
Répartition par âge et par sexe	32
Montée en charge du dispositif.....	32
2.2. Répartition géographique	33
Répartition des professionnels de santé libéraux	33
Lieux de prescription	34
Lieu de prise en charge psychologique.....	34
Répartition des domiciles des patients pris en charge par le dispositif	35
2.3. Caractéristiques des consultations	38
Répartition des consultations par type.....	38
Détail des consultations pour chaque parcours	38
2.4. Implication de l'entourage des patients	43
Part des consultations avec présence d'un accompagnant.....	43
Qualité de l'accompagnant.....	43
Niveau de l'accompagnement	44
Soutien à la parentalité.....	44
2.5. évolution des parcours et des patients.....	44
Evolution des parcours	44
Evolution des patients	46
Détail des orientations vers des prises en charge spécifique	46
Impact de la clôture du dispositif	47
Motifs de la sortie avant la fin du parcours.....	47
G- Synthèse	49
H- Conclusion - perspectives.....	49
Des résultats très positifs pour les patients pris en charge.....	49
Un travail en réseau facilité et encouragé.....	50
Mais en parallèle des freins qui créent un décalage avec le reste du territoire.....	50

A- RAPPEL DES OBJECTIFS

Ce projet vise à expérimenter un **dispositif de prévention secondaire et des parcours de soins en santé mentale pour des jeunes de 10 ans à 25 ans**. Il répond à des **objectifs communs partagés** entre les réseaux de santé mentale du bassin et l'Agence Régionale de Santé.

Il agit sur trois points repérés comme des **points de criticité par les acteurs locaux et par l'ARS** :

- **Le repérage précoce**
- **L'accès précoce aux soins psychologiques** en amont d'un parcours en santé mentale en psychiatrie et en pédopsychiatrie
- **La coordination** des différents soignants intervenant dans une **prise en charge complexe**

OBJECTIF GENERAL

L'objectif est de montrer **qu'en intervenant le plus en amont possible des parcours de soins en santé mentale et en facilitant l'accès à des soins spécifiques**, on peut, selon les situations :

- **éviter l'entrée dans un parcours long en santé mentale**
- **réduire la durée des parcours des adolescents en situation de mal-être, prévenir les ruptures et améliorer leur qualité de vie**
- **améliorer la qualité, la continuité et la cohérence des parcours pour les situations complexes et les pathologies psychiatriques avérées.**

OBJECTIFS SPECIFIQUES

Il s'agit de

- Améliorer le **repérage précoce**
- **Prévenir l'aggravation de difficultés psychologiques** de l'enfant et de l'adolescent
- Permettre une **orientation adaptée** avec une **prise en charge rapide** et favoriser les **circuits courts**
- Faciliter et améliorer **la prise en charge et l'accompagnement des parents** d'enfants en souffrance psychique
- **Améliorer la coordination des différents acteurs** du soin pour une meilleure efficacité des services de soins
- **Réduire la durée des prises en charge**
- Réduire les **inégalités sociales et territoriales** d'accès aux soins en santé mentale

OBJECTIFS OPERATIONNELS

- **Sensibiliser** les différents professionnels et les familles à **dépister et alerter** le plus en amont possible
- Orienter les adolescents dépistés et leurs parents sur une **consultation psychologique d'évaluation** organisée avec le secteur libéral
- **Mettre en place des protocoles** de prise en charge psychologique pour les enfants et leurs familles
- Favoriser **l'accompagnement pluridisciplinaire** dans un **parcours de soins coordonné**

MOYENS

Le dispositif est organisé

- autour **du financement des consultations psychologiques** effectuées par les **psychologues libéraux**
- de **rencontres cliniques pluriinstitutionnelles** rassemblant les médecins et psychologues qui effectuent les prises en charge
- d'une **équipe de coordination** composée d'une coordinatrice (0,5 ETP) et d'un secrétariat médical (0,3 ETP)

B-LE TERRITOIRE

Il s'agit du territoire du Pays Cévennes élargi au secteur ouest du Vigan-Ganges pour la psychiatrie infanto juvénile.

C- LE PUBLIC CIBLE:

Le projet cible des jeunes de 10 à 25 ans en souffrance psychique et leurs parents.

Le choix de cette tranche d'âge repose sur la volonté **de prendre en compte les spécificités de l'adolescence**, période de transformations psychiques entraînant fréquemment un mal-être et pouvant être parfois concomitant avec des troubles psychiques importants.

Il s'agit d'encourager un **dépistage le plus précoce possible** (dès 10 ans), de couvrir **la tranche d'âge charnière des 16-20 ans** qui correspond à la sortie du secteur psychiatrique adolescent et à l'entrée dans le secteur adultes et qui peut impliquer une rupture dans la prise en charge, à un âge particulièrement propice aux décompensations psychotiques et de prendre en compte **la population 15-25 ans** qui représente une population particulièrement fragile

La place des parents est prépondérante et le **soutien à la parentalité et la guidance parentale**, nécessaires dans la plupart des prises en charge, peuvent se faire soit **lors des consultations de l'enfant** soit, dans certaines situations, **avec une prise en charge psychologique spécifique.**

D - HISTORIQUE- DESCRIPTION DU DISPOSITIF

Le dispositif est issu **des constats convergents** entre les acteurs locaux en santé mentale regroupés au sein de 2 réseaux de santé, (Réseau clinique du lien du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent et du Réseau santé mentale adultes) et l'Agence Régionale de Santé du Languedoc Roussillon.

Ces constats sont:

- une difficulté pour chacun (secteurs de psychiatrie, éducation nationale, PJJ, secteur médico social, médecins généralistes...) **d'orienter rapidement les adolescents en mal être ou en souffrance psychique repérés** vers des **soins spécifiques accessibles**.
- l'importance **d'agir le plus en amont possible** pour développer la prévention, pour réduire la durée des parcours, limiter les ruptures,...et éviter aux adolescents d'entrer dans un parcours long en santé mentale,
- une difficulté pour accompagner en parallèle les parents.

L'Agence Régionale de Santé (ARS) a sollicité le bassin alésien en juin 2012 pour élaborer et mettre en œuvre une expérimentation de **parcours de soins en santé mentale pour les jeunes**.

A partir du diagnostic commun, du repérage des besoins, les acteurs du bassin ont pensé un dispositif expérimental permettant d'apporter des réponses aux besoins repérés.

Le projet a été validé par l'ARS en octobre 2012. **Le dispositif est porté sur le plan juridique par la Maison des Adolescents (MDA)** pour le compte de l'ensemble des partenaires impliqués dans le projet.

Le comité de pilotage, constitué dès juin 2012, a **préparé la mise en œuvre concrète du projet** et la **conception des outils du dispositif** afin de cadrer au mieux le projet pour qu'il puisse effectivement être opérationnel dès la signature officielle de la convention. **Le projet a démarré effectivement au 1^{er} mars 2013**.

Ce dispositif s'intègre dans une dynamique plus large de travail en réseau sur le territoire du Pays Cévennes, dynamique qui fait l'objet d'un Contrat Local de Santé (CLS), signé par le Pays Cévennes, l'Agence Régionale de Santé et le Conseil Départemental du Gard.

Il constitue un des dispositifs de mise en œuvre de plusieurs axes d'intervention du CLS: **La santé mentale, la santé des jeunes et l'accès aux soins** (respectivement axes d'intervention N° 10, 2 et 11 du CLS).

L'animation du CLS est confiée à l'association Reseda qui assure la coordination des réseaux de santé du bassin alésien et dispose pour cela d'une équipe de santé publique mutualisée.

1. ORGANISATION DU PROJET

1.1. LE COMITE DE PILOTAGE

Le rôle **du comité de pilotage** est de suivre l'évolution du projet. Il est le garant de la conduite du projet, décide des orientations et des ajustements destinés à répondre aux difficultés rencontrées.

Au démarrage du projet il se composait d'un pédopsychiatre et d'un psychiatre du Centre Hospitalier Alès Cévennes, de 3 médecins généralistes, du coordinateur de la MDA, d'un représentant d'association de patients (UNAFAM), de 2 psychologues libéraux. Un membre de l'équipe de santé publique mutualisée de Reseda y assiste. (cf évolution page 14)

Les réunions du comité de pilotage sont programmées en fonction des besoins, à la demande de ses membres ou de la coordination.

1.2. LES OUTILS DU PROJET

2 types d'outils ont été conçus:

Des outils qui cadrent le contexte expérimental et le rôle de chacun :

- Charte du dispositif (*annexe 1*)
- Document d'information du patient (*annexe 2*)
- Engagement du patient (*annexe 3*)
- Engagement des médecins libéraux (*annexe 4*)
- Engagement des psychologues libéraux (*annexe 5*)
- Critères d'inclusion (*annexe 6*)

Des outils qui permettent de collecter les données, d'organiser concrètement le suivi des protocoles, suivre le budget au plus près et préparer l'évaluation:

- Fiche d'orientation (*annexe 7*)
- Fiche d'inclusion et protocoles (*annexe 8*)
- Fiche de liaison (*annexe 9*)

Un schéma organisationnel a été établi afin que chacun puisse repérer qui fait quoi et à quel moment utiliser les différents outils du dispositif. (cf page 13)

Les protocoles

4 protocoles ont été prévus avec un nombre variable de consultations psychologiques (cs psy) :

Protocole 1: 4 cs psy de suivi pour le patient, 1 cs psy pour les parents

Protocole 2: 6 cs psy de suivi pour le patient, 2 cs psy pour les parents

Protocole 3: 8 cs psy de suivi pour le patient, 3 cs psy pour les parents

Protocole 4: 10 cs psy de suivi pour le patient, 4 cs psy pour les parents

D'emblée, la possibilité **d'ajuster le parcours du patient** a été posée afin de garantir **la souplesse** nécessaire à l'évolution de la situation de chaque patient. Selon les situations, les consultations sont rapprochées ou espacées (surtout en fin de prise en charge) .

Ainsi, les protocoles 1 et 2 s'étalent sur environ 2 à 6 mois et les protocoles 3 et 4 sur 6 à 12 mois voire plus.

1.3. LES CRITERES D'INCLUSION

La **définition des critères d'inclusion** a été précisée au démarrage **avec les professionnels** adhérents au dispositif à partir de l'analyse de cas cliniques afin qu'il s'approprient le sens du dispositif et qu'ils puissent mieux comprendre les critères d'inclusion et de non inclusion.

Les critères ont ensuite été affinés après les premières inclusions.

Les critères d'inclusion définis sont les suivants: (*cf fiche inclusion annexe 8*)

Jeunes de 10 à 25 ans et leurs parents

Sans antécédents

Jeune ou famille en demande de parole

Troubles fonctionnels et/ou relationnels d'apparition récente (suite à évènement de vie personnel ou familial)

Détérioration partielle de la sphère relationnelle, changement d'habitudes

Inquiétude récente des parents

Besoin d'un soutien pour passer un cap

Caractère d'évolutivité positive de la séance d'évaluation psychologique

Les critères de non inclusion retenus sont les suivants

Symptômes délirants et hallucinatoires, bizarreries, changement brutal des habitudes, repli sur soi, rupture scolaire, perte de contacts

Atteinte concomitante de plusieurs champs relationnels (familial, scolaire, social, ..)

Décalage entre inquiétude des parents et symptômes du jeune.

Antécédents personnels ou familiaux importants

Séance d'évaluation difficile, sans caractère d'évolutivité positive

La situation n'est pas une problématique spécifique de l'adolescence

Prise en charge pluri institutionnelle déjà en place

Evaluation en vue d'un dossier MDPH

1.4. LE ROLE DE L'EQUIPE DE COORDINATION

- **Rôle de la coordinatrice,**

Sa mission porte sur deux volets:

- **animation du dispositif,**
- **appui et conseil en santé mentale**

- La coordinatrice est chargée de **la mise en œuvre, de l'animation, de la coordination et du suivi** du «Parcours en santé mentale des jeunes 10-25 ans » en lien étroit avec le comité de pilotage et l'équipe de santé publique mutualisée.

Elle est donc chargée:

- de l'organisation et de la préparation des comités de pilotage, de la rédaction et de la diffusion des comptes-rendus des réunions
- de l'information des professionnels et des partenaires sur les objectifs et le fonctionnement du dispositif de façon à ce qu'ils se l'approprient.
- de l'organisation concrète des rencontres cliniques pluriinstitutionnelles qui ont lieu tous les 2 mois, des réunions pluridisciplinaires, de l'animation de ces réunions, de la rédaction et de la diffusion des comptes rendus à l'ensemble des professionnels adhérents du dispositif.

- La coordinatrice qui dispose de **compétences en santé mentale**, a un **rôle d'appui et de conseil** auprès des professionnels de santé qui incluent et qui prennent en charge des patients et elle apporte **une aide au diagnostic et à l'orientation**.

Les médecins généralistes ont clairement exprimé **ce besoin d'aide au diagnostic et à l'orientation et ils considèrent cet apport du dispositif comme essentiel. La coordination est sollicitée en appui spécialisé** par la plupart des psychologues au moment de la décision d'inclusion ou lors de la nécessité de changement de protocole ou d'une réorientation.

Elle organise en cas de besoin les réunions pluridisciplinaires de réévaluation des situations à la demande des soignants et y participe en tant **qu'appui à la décision**.

Ce rôle a été positionné dans le schéma organisationnel pour que les professionnels puissent bien le repérer.

Ce rôle s'est affiné au fur et à mesure du développement du dispositif.

Elle **repère les difficultés de fonctionnement** (déroulement des parcours, collecte des données...) et les freins et met les questions à l'ordre du jour du comité de pilotage ou des rencontres pluriinstitutionnelles. Elle met en place les décisions destinées à améliorer le fonctionnement.

Elle est chargée de **repérer**, en lien avec le secrétariat et les professionnels du dispositif, **les patients qui ont interrompu leur prise en charge** (tableaux de bord, rythme des consultations) et d'aider à la reprise du suivi psychologique avec les professionnels qui effectuent la prise en charge

- **Rôle de la secrétaire médicale**

La secrétaire médicale est chargée du soutien logistique au comité de pilotage et à la coordinatrice du dispositif.

Concrètement, elle assure

- la **gestion des dossiers patients** (réception, enregistrement des fiches de liaison, des inclusions, des sorties, des engagements, des protocoles, des consultations de suivi, repérage des ruptures de prise en charge);
- la **gestion des dossiers des professionnels de santé** engagés dans le dispositif (gestion des listings des membres du dispositif: tenue à jour, enregistrement des engagements des professionnels);
- la **tenue à jour des tableaux de bord des activités du dispositif et la collecte des données** en vue des statistiques, de l'évaluation et du rapport annuel d'activités en lien avec la coordination;
- la **préparation de la facturation** pour le paiement des professionnels en lien avec la secrétaire et le comptable de la structure employeur, la MDA.

Dans un premier temps, l'équipe du dispositif a été hébergée dans **des locaux** mis à disposition par Alès Agglomération au sein du Centre de Santé des Prés Saint Jean à Alès.

Depuis le 10 octobre 2013, l'équipe est installée dans les mêmes locaux que l'équipe de santé publique mutualisée du territoire sanitaire portée par l'association Reseda. Elle dispose d'un bureau qui lui est propre

- **Rôle de l'équipe de santé publique**

Les coordinateurs de l'équipe de santé publique **assistent la coordination et le comité de pilotage** dans la conduite et l'adaptation du dispositif. Ils assurent le lien et la coordination avec les autres dispositifs du Contrat Local de Santé. Ils apportent un **soutien en ingénierie** pour la réflexion, la mise en œuvre des actions et l'analyse des données d'activité. Ils participent à la réalisation du bilan d'activité.

1.5. PROFESSIONNELS DE SANTE ADHERENTS DU PROJET

En amont du projet, le comité de pilotage a sollicité seulement les médecins généralistes et les psychologues investis activement dans les 2 réseaux santé mentale du territoire, chacun de ces professionnels devant "coopter" d'autres confrères sensibilisés à la santé mentale.

Une liste de 20 médecins généralistes et de 20 psychologues a ainsi été établie.

Au démarrage du projet, la coordinatrice a été **chargée par le comité de pilotage de rencontrer d'autres professionnels** susceptibles d'être intéressés pour leur présenter les objectifs du dispositif et son fonctionnement. Ce travail de **développement a été conduit de façon très progressive**, au regard du développement de l'activité et de la file active et compte tenu de la contrainte, en lien avec le caractère expérimental et les moyens budgétaires disponibles, de limiter le nombre de médecins prescripteurs au regard du nombre de prises en charge possibles. (cf bilans d'activité N1 et N2 annexes 10 et 11)

Chaque professionnel signe l'engagement du dispositif et accepte la charte qui y est annexée. Un tableau de bord des professionnels adhérents est tenu à jour.

L'évolution de la participation des professionnels est détaillée page 15

1.6. GRANDES REUNIONS CLINIQUES-CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE

Les réunions pluridisciplinaires du dispositif sont appelées "Grandes réunions cliniques" afin de les identifier clairement par rapport aux réunions cliniques pluriinstitutionnelles organisées par ailleurs par le réseau clinique du lien autour de l'enfant et de l'adolescent. Elles sont **animées par la coordinatrice du dispositif et par le pédopsychiatre** membre du comité de pilotage.

Les grandes réunions cliniques **ont lieu tous les 2 mois de 20h à 22h.**

Un calendrier annuel est établi et les dates sont diffusées aux professionnels adhérents du dispositif afin que chacun puisse s'organiser au mieux pour y participer.

Contenu:

Les réunions cliniques sont organisées en deux temps :

- un temps en début de séance qui permet de régler des problèmes d'ordre pratique au fur et à mesure de l'avancement du projet (documents, facilitation du circuit des fiches de liaison, facturation, collecte de données...). **Ces questions organisationnelles** sont amenées par la coordination, le comité de pilotage ou un professionnel du dispositif.
- un temps **d'étude clinique** sur la base de 2 situations présentées par un médecin ou un psychologue du dispositif. Ce sont les cas les plus délicats ou complexes qui sont mis à l'ordre du jour-

Un compte rendu est rédigé systématiquement et adressé à l'ensemble des participants.

Par ailleurs, **la coordinatrice est chargée de faciliter les concertations pluridisciplinaires** de synthèse pour les situations qui posent problème (choix du protocole, réévaluation de la situation, orientation ..) afin que les professionnels qui prennent en charge un patient puissent partager les éléments cliniques qui le concernent .

La coordinatrice vient en appui logistique pour l'organisation de cette rencontre en cas de besoin. Elle leur propose de se concerter par téléphone ou lors d'une rencontre physique, à leur cabinet, et, s'ils le souhaitent, en sa présence pour une aide à la décision. Elle peut également faire le lien entre les professionnels si la rencontre ne peut se tenir.

1.7. COLLECTE DES DONNEES

Chaque patient est affecté d'un code lors de son entrée dans le dispositif de façon à anonymiser les données.

La collecte des données est réalisée au moyen des fiches de liaison.

Les fiches de liaison ont été affinées dès N1 pour améliorer la collecte de données sur les patients ou pour faciliter le travail des professionnels:

- **fiche N°1 d'orientation** vers le dispositif: rajout d'un item sur **le lieu de résidence du patient**
- **fiche N°2 d'inclusion** - un item sur le professionnel à **l'origine du repérage et de l'orientation** vers le dispositif. (*cf annexe 12*)
- **document d'engagement du patient**: rajout d'un item sur la **catégorie socio professionnelle des parents** à la demande du comité de pilotage et de l'ARS. (*cf annexe 12*) bis

Des tableaux de bord sont renseignés régulièrement: inclusions, caractéristiques du patient (âge, sexe, origine géographique..), critères d'inclusion, consultation d'évaluation, médecin prescripteur, psychologue, protocole prescrit, consultations de suivi, présence des parents, ...

1.8. FACTURATION

La facturation est réalisée une fois par mois avec une facture par professionnel, celle-ci regroupant les consultations effectuées et les participations aux réunions cliniques et aux réunions pluridisciplinaires.

Le secrétariat réalise les factures et les transmet au secrétariat de la MDA pour paiement.

Des ajustements ont été réalisés: lorsque les patients sont inclus par un psychiatre, c'est celui-ci qui réalise l'évaluation de la situation et décide de l'inclusion dans un protocole. Il n'y a donc pas de consultation psychologique d'évaluation et la prise en charge dans le protocole prescrit démarre directement. Le comité de pilotage a cependant décidé que la tarification de cette première consultation psychologique resterait à 45 € compte tenu de la nécessité pour le psychologue de **faire son propre travail d'évaluation pour pouvoir établir un projet de prise en charge psychologique.**

2. PARCOURS DU PATIENT

2.1. DEPISTAGE ET ORIENTATION

Le projet est basé sur

- le repérage par un **médecin généraliste** engagé dans le dispositif

et

- l'orientation sur un des **psychologues** du dispositif pour une consultation d'évaluation.

Compte tenu du rôle important des professionnels du **service de promotion de la santé des élèves** de l'Education Nationale dans le **dépistage des jeunes en situation de mal être** susceptibles de pouvoir être orientés sur le dispositif, le comité de pilotage a élargi le **repérage à ces professionnels dès N1**.

Le travail de concertation avec les services de l'éducation nationale a été mené en partenariat avec le réseau clinique du lien et la MDA.

Un document élaboré avec l'infirmière responsable départementale de l'Education Nationale et diffusé à l'ensemble des infirmières scolaires du territoire reprend la **procédure d'inclusion** et leur permet d'orienter des patients sur une prise en charge dans le dispositif. (cf annexe 13)

L'organisation est la suivante

- pour l'orientation vers le dispositif, les infirmières scolaires passent par le médecin traitant si celui-ci est déjà adhérent du dispositif.

- pour les patients dont le médecin traitant ne souhaite pas entrer dans le dispositif (ou pour les patients qui ne souhaitent pas que leur médecin traitant soit informé), les infirmières scolaires adressent le patient à un pédopsychiatre hospitalier qui réalise l'évaluation et l'inclusion (il est aussi possible, en accord avec le médecin traitant, d'adresser le patient à un médecin généraliste adhérent pour réaliser l'orientation).

Par ailleurs, après des contacts lors des rencontres formations organisées par le réseau clinique du lien avec **plusieurs CPE, principaux de collèges, professionnels de la réussite éducative et de la prévention spécialisée**, ceux-ci ont sollicité le dispositif pour prendre en charge des jeunes. En effet, ces professionnels repèrent un grand nombre d'enfants et d'adolescents qui auraient besoin de soins psychologiques.

Dans ce contexte, le choix a été d'organiser l'orientation par le biais de l'infirmière scolaire ou la coordinatrice du dispositif qui vérifient que la situation correspond aux critères d'inclusion, le risque étant que le dispositif soit saturé de demandes dépassant le cadre de l'expérimentation (en particulier un grand nombre de ces jeunes relèvent d'une prise en charge pluri institutionnelle et médico sociale et présentent donc des critères de non inclusion)

2.2. EVALUATION PSYCHOLOGIQUE ET INCLUSION

L'**inclusion** est réalisée après la consultation d'évaluation psychologique.

L'évaluation psychologique est réalisée:

- soit par un psychologue du dispositif auquel le patient est adressé par son médecin traitant, la **décision d'inclusion ou de non inclusion** se faisant de manière **concertée** entre le médecin généraliste et le psychologue avec l'appui si besoin de la coordinatrice. (cf schéma organisationnel)
- soit par les psychiatres et pédopsychiatres du dispositif qui prennent alors la décision d'inclusion du patient dans un protocole adapté.

Si la décision d'inclusion est prise, le patient est adressé à un psychologue du dispositif (qui peut être- ou pas- celui qui a réalisé l'évaluation) pour la prise en charge. Dans la mesure du possible, les patients sont orientés au plus proche de leur domicile.

Le comité de pilotage a souhaité laisser du temps aux patients, ceux-ci laissant fréquemment passer plusieurs semaines ou mois entre l'orientation et la prise effective de rendez vous pour l'évaluation psychologique. (Les patients sont alors qualifiés de "en cours d'inclusion".)

2.3. PROTOCOLES ET SUIVI DES PRISES EN CHARGE

L'inclusion est réalisée par le médecin qui **prescrit un protocole adapté** aux besoins de la situation après la consultation d'évaluation psychologique.

Le comité de pilotage a souhaité une grande souplesse avec la possibilité de **pouvoir changer de protocole, dans le sens de la diminution ou de l'augmentation** des consultations de suivi selon les besoins du patient. Les consultations destinées aux parents peuvent être affectées (ou pas) à l'enfant si le travail de guidance parentale effectué lors des consultations pour l'enfant suffisent et que la situation ne justifie pas une prise en charge spécifique des parents dans le cadre du dispositif.

Le repérage des patients qui interrompent leur suivi (délais important pour une reprise des consultations après une période de vacances par exemple) est organisé. La coordination exerce **une veille à partir des tableaux de bord**. Les professionnels du dispositif participent à ce repérage et alertent la coordination. Ces patients ne sont pas sortis du dispositif et le psychologue, le médecin ou la coordination décident ensemble, selon le contexte, soit de laisser du temps au patient pour reprendre le protocole interrompu, soit de l'appeler pour l'inciter à reprendre les consultations psychologiques. Selon les situations, c'est le médecin traitant, le psychologue ou la coordinatrice qui les rappelle afin qu'ils reprennent le suivi.

2.4. SORTIE DU DISPOSITIF ET REORIENTATION

La sortie du dispositif est effective à la fin d'un protocole.

Cependant, selon l'évolution de la situation, il est possible de prolonger la prise en charge en basculant sur un protocole comportant plus de consultations. Dans certains cas, un second parcours (en général avec le protocole 1) peut être prescrit pour terminer les soins psychologiques. Il est aussi possible d'écourter le protocole si l'évolution est satisfaisante.

Pour certaines situations, **la réorientation** vers la psychiatrie de secteur ou vers un autre dispositif (ASE, CMPP, ...) peut être décidée **soit à l'entrée dans le dispositif, lors de la consultation d'évaluation** pour les patients qui ne relèvent pas du dispositif, **soit au cours de la prise en charge** si des éléments cliniques surviennent qui viennent modifier le diagnostic et donc l'orientation.

Le comité de pilotage a souligné **l'importance de la réorientation**, qu'elle survienne à la non inclusion ou en cours de prise en charge dans le dispositif. Elle est systématiquement accompagnée et suivie pour qu'elle soit effective le plus rapidement possible. Elle est facilitée par les liens du dispositif avec les partenaires locaux et se fait au cas par cas. *(cf schéma page 13)*

2.5. LIENS AVEC LES SERVICES SANITAIRES ET SOCIAUX ET LES RESEAUX

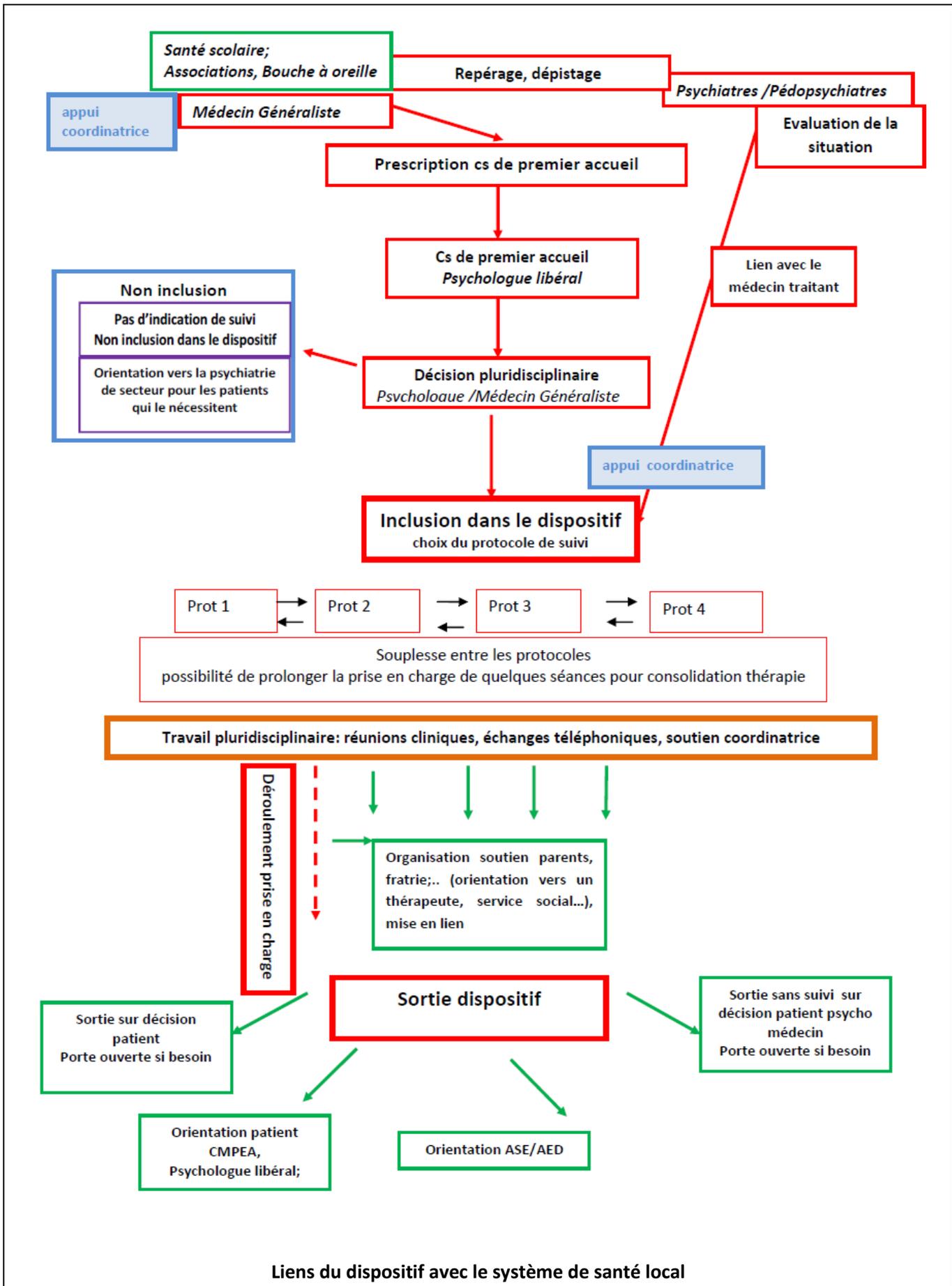
Le dispositif est en lien avec l'ensemble des structures et services sanitaires et sociaux du territoire: Professionnels libéraux, CMPEA, CMPP, ASE, Santé scolaire

Les professionnels du dispositif et la coordination travaillent en relation étroite avec eux pour la prise en charge des patients mais aussi, selon les besoins, avec les structures qui prennent en charge les parents ou la fratrie et ces liens **permettent de coordonner au mieux les prises en charge des patients et de leur famille**.

Ce travail est réalisé pendant le déroulement du suivi psychologique du patient mais aussi lors de la sortie du dispositif avec, selon les besoins, la mise en place d'un suivi social ou éducatif, une orientation des parents vers un service social ou un thérapeute. *(cf schéma ci après page 13)*

Au-delà du dispositif, la coordinatrice est membre du réseau clinique du lien et elle participe aux réunions cliniques mensuelles autour de l'enfant et de l'adolescent.

Cependant, le développement de ces liens indispensables est aussi une des raisons de la "mise sous pression du dispositif": il est difficile de travailler avec les acteurs sans leur offrir la possibilité d'utiliser facilement le dispositif pour les jeunes qui le nécessitent. *(cf page 18)*



E - ACTIVITE DU 1ER MARS 2013 AU 31 DECEMBRE 2015

Le dispositif a démarré le 1er mars 2013 et un **premier bilan d'activité** a été rendu au bout d'une année de fonctionnement au 28 février 2014. (N1)

Un **bilan intermédiaire** arrêté au 31 octobre 2014 concernant la deuxième année de fonctionnement (N2 du 1er mars 2014 au 28 février 2015) a été rendu en novembre 2014. Ce bilan a été **complété** en février 2015 par une **actualisation des données principales de la file active**.

Le présent bilan concerne les 33 mois de fonctionnement sur N1 (du 1er mars 2013 au 28 février 2014), N2 (du 1er mars 2014 au 28 février 2015) et N3 (du 1er mars 2015 au 31 décembre 2015).

1. EVOLUTION DU DISPOSITIF

1.1. COMITE DE PILOTAGE

La composition initiale (cf page 6 ci dessus) du comité de pilotage (constitué dès le dépôt du dossier auprès de l'ARS, en septembre 2012) a évolué en raison du départ à la retraite d'un des 3 médecins généralistes et du psychiatre hospitalier qui n'ont pas été remplacés.

Le comité de pilotage a structuré le projet pour qu'il puisse démarrer dès son autorisation (cf page 6 et suivantes -bilan d'activité N1 annexe 10)

Il a suivi régulièrement l'évolution du projet, l'a adapté au fur et à mesure des difficultés rencontrées. Il a organisé les remplacements nécessaire des membres de l'équipe de coordination marquée par plusieurs remaniements (cf ci après page 15),.

Récapitulatif des réunions du comité de pilotage			
Avant le démarrage du projet			
Date	Objet	Nb présents	Nb structures
06/11/2012	Comité de pilotage: Rencontre préparatoire réunion Agence Régionale de Santé du 13/11/2012	9	7
13/11/2012	Rencontre comité de pilotage/ARS : mise en place administrative du projet	10	6
13/12/2012	Jury de recrutement coordinatrice projet	7	6
08/01/2013	Comité de pilotage du projet expérimental : organisation concrète du projet	9	8
16/01/2013	Jury de recrutement secrétaire projet	6	6
01/03/2013	Démarrage du dispositif		
24/04/2013	Ajustement des procédures, du schéma organisationnel	8	7
10/07/2013	Ajustements pratiques, repérage ruptures des parcours, collecte des données	9	8
23/10/2013	Bilan intermédiaire avec l'ARS	15	11
04/02/2014	Modalités enquête satisfaction, amélioration collecte des données - adaptation des outils- Bilan d'activité	9	8
17/02/2014	Recrutement remplacement secrétariat	4	3
23/09/2014	Modalités recrutement remplaçante de la coordinatrice Difficultés du secteur psychiatrie adultes	9	7
30/09/2014	Entretiens d'embauche remplaçante coordinatrice	8	7
10/12/2014	Bilan d'activité intermédiaire, avenir du dispositif , Diversité des formations des psychologues adhérents du dispositif	5	5
25/03/2015	Perspectives d'avenir du dispositif- négociations en cours, conduite à terme des prises en charge - forme et conduite des grandes réunions cliniques	11	7

Par ailleurs, les responsables techniques du dispositif, délégués par le comité de pilotage ont participé à **une rencontre avec les services de l'ARS, le 19 décembre 2014 afin de discuter du bilan et des perspectives de maintien et de développement du dispositif sur une seconde année.**

1.2. L'EQUIPE DE COORDINATION

La composition de l'équipe de coordination a changé à deux reprises et le comité de pilotage s'est efforcé d'assurer au maximum la continuité dans l'organisation de ces remplacements:

- 2 personnes se sont succédées sur le **poste de secrétariat** : au 1er mars 2014 avec le remplacement de la secrétaire du dispositif . Une semaine de tuilage a eu lieu début mars afin de transmettre les informations essentielles sur les outils existants et le fonctionnement du dispositif .

En mars 2015, le contrat de travail de la secrétaire (en CDD) n'a pu être prolongé au regard du droit du travail. Compte tenu de l'incertitude de la reconduction du dispositif, le comité de pilotage a préféré ne pas renouveler le poste de secrétariat avec une nouvelle personne, les tâches inhérentes à ce poste étant assurées par la coordinatrice et le secrétariat de la MDA. *(Cette répartition était possible dans la mesure où les inclusions ont été limitées sur N3 - cf ci après)*

- sur le **poste de coordination**: La coordinatrice a dû être remplacée pour une durée prévue d'au moins 3 mois à compter de la mi octobre 2014. Le choix du comité de pilotage pour ce remplacement temporaire a été de solliciter les psychologues libéraux engagés dans le dispositif dans la mesure où ceux-ci avaient une bonne connaissance de ses outils et de son fonctionnement. Une période de tuilage d'une semaine a permis de faire le relais pour faciliter la prise de poste et la continuité du travail. La coordinatrice a repris ses fonctions le 1er février 2015.

Dans ce contexte d'instabilité de l'équipe de coordination, le rôle de l'équipe de santé publique mutualisée de Reseda a été très précieux afin d'assurer la continuité du dispositif. Elle a apporté **un soutien conséquent** à l'équipe de coordination: soutien au secrétariat et à la coordinatrice sur le plan administratif (coordination du dispositif, bilans d'activité, organisation, accueil téléphonique, tableaux de bord...)*(cf bilan intermédiaire année N2 annexe 11*

1.3. LES PROFESSIONNELS DE SANTE ADHERENTS AU PROJET

Depuis le 1er mars 2013, le nombre de professionnels adhérents du dispositif ainsi que leur répartition a varié dans le temps:

Sur la première année de fonctionnement, 20 médecins généralistes, 1 psychiatre et 5 pédopsychiatres hospitaliers, 1 pédopsychiatre du CMPP, 1 pédiatre libéral et 19 psychologues se sont engagés dans le projet. *(cf bilans annexes 11 et 12)*

Le travail de développement du dispositif s'est poursuivi avec la rencontre d'autres médecins ou psychologues en particulier sur des territoires non couverts par les médecins adhérents, et ce en lien avec les sollicitations des établissements scolaires pour les enfants qu'ils avaient repérés (Saint Ambroix, Anduze..)

Sur les deux années N2 et N3

- 12 médecins généralistes ont rejoint le dispositif et 1 l'a quitté (départ en retraite)
- 5 psychologues ont rejoint le dispositif et 3 l'ont quitté (1 départ du territoire, 2 pour raisons personnelles)
- 2 pédopsychiatres ont quitté le dispositif (1 départ en retraite et un départ du territoire). 1 pédopsychiatre a rejoint le dispositif. (Il s'agit d'un praticien retraité qui assure provisoirement une présence sur un temps partiel au CMPEA pour combler l'absence du pédopsychiatre sur le secteur de Saint-Hippolyte du Fort.)
- le seul psychiatre hospitalier (psychiatrie adultes) adhérent au dispositif a quitté le réseau en juin 2014 en raison de son départ à la retraite. Aucun médecin psychiatre hospitalier n'est pour le moment engagé dans le dispositif compte tenu de leur charge de travail (plusieurs postes de psychiatres non pourvus).

Au 31 décembre 2015, 53 professionnels de santé dont 27 médecins généralistes libéraux, 1 pédiatre libéral , 6 pédopsychiatres (dont 5 hospitaliers) et 21 psychologues libéraux étaient engagés dans le dispositif.

Tableau récapitulatif des professionnels engagés dans le dispositif - Evolution				Total
Nb de professionnels engagés	Au 28 février 2014	Au 28 février 2015	Au 31 décembre 2015	Du 1ermars 2013 au 31 décembre 2015
Professionnels				
Médecins généralistes et pédiatres libéraux	20	27	32	33
Psychologues libéraux	19	20	21	24
Psychiatres hospitaliers	1	0	0	1
Pédopsychiatres hospitaliers	5	4	5	6
Pédopsychiatre CMPP	1	1	1	1
Total	46	52	59	65

Au total, ce sont 65 professionnels différents qui ont participé aux 3 années de fonctionnement du dispositif: 32 médecins généralistes, 1 pédiatre libéral, 24 psychologues, 7 pédopsychiatres et 1 psychiatre.

1.4. EVALUATION SATISFACTION DES PROFESSIONNELS

Enquête d'évaluation

Une évaluation de la satisfaction des professionnels adhérents du dispositif a été conduite à la demande du comité de pilotage sur la période N2.

Les questionnaires de satisfaction ont été adressés aux professionnels début mars 2014.

41 questionnaires ont été adressés par mail et/ou par courrier aux 23 médecins et 18 psychologues présents à ce moment dans le dispositif. Il se présentait sous la forme d'une seule question, (*pouvez vous en quelques mots définir les qualités et le fonctionnement des liens que vous avez établis grâce au dispositif expérimental?*) déclinée en 5 et 7 rubriques selon les destinataires (psychologues ou médecins).

19 questionnaires ont été récupérées ce qui représente un taux de réponse de 46%. Les répondants étaient 10 psychologues et 9 médecins. Le taux de réponse des médecins répondants (39.1% des médecins adhérents) est inférieur à celui des psychologues (55% des psychologues adhérents)

Pour les médecins, les répondants sont 3 pédopsychiatres et 6 médecins généralistes

Sur l'apport des réunions cliniques, les réponses des médecins et des psychologues sont globalement identiques: **cet espace est jugé très important pour la possibilité qu'il offre de se rencontrer physiquement, échanger autour des situations**. L'apport d'un **regard extérieur, d'une expertise** est cité ainsi que la **rupture de l'isolement** pour les libéraux (étayage de la clinique, enrichissement individuel, soutien à la décision, regards multiples). Par contre la question du temps nécessaire et la difficulté d'y participer sont également citées même pour les plus assidus. Ce frein est plus cité par les médecins que par les psychologues.

En ce qui concerne l'apport de la fonction de coordination, là aussi il y a unanimité entre les médecins et les psychologues: elle constitue une **ressource pour un soutien à la décision**, pour **l'inclusion**, le choix du protocole et une **guidance** dans la prise en charge. Elle apporte un regard extérieur apprécié. Elle a aussi une fonction de soutien à la gestion administrative important. Son rôle d'interface et de coordination entre les partenaires est précieux et apporte de la souplesse et de la fluidité.

L'apport sur la qualité du lien avec les médecins généralistes et les psychiatres pour les psychologues: Les réponses sont contrastées. La plupart des psychologues estiment que le dispositif leur a permis de renforcer les liens existants et d'en nouer avec d'autres médecins. Les contacts sont riches, très fonctionnels, respectueux et constructifs. Pour d'autres, le dispositif n'a pas apporté d'amélioration sur ces questions et les liens sont inexistantes ou peu satisfaisants.(difficulté pour les joindre, échanges restant difficiles..). En ce qui

concerne le lien entre les psychologues et les psychiatres, là aussi le constat est très contrasté selon les psychologues: soit il y a peu de réponse, la plupart n'ont pas de contacts directs, ils sont difficiles à joindre et les contacts se font au travers des réunions cliniques: dans ces conditions, l'apport d'un regard d'expert est jugé très soutenant et étayant. Soit les échanges sont riches, facilités par une grande disponibilité.

L'apport sur la qualité du lien avec les psychologues pour les médecins généralistes:

Les médecins citent l'intérêt de développer des échanges avec les psychologues, échanges jusqu'ici peu nombreux ou inexistant. Ils notent la pertinence de leur retour clinique, très appréciable. Cela permet une meilleure prise en charge les liens renforcés qui donnent le sentiment d'appartenir à une "super équipe". Le lien leur semble facile.

Enfin dans la question libre, il y a unanimité: le dispositif est très apprécié même s'il nécessite un travail administratif assez lourd, mais cette **lourdeur administrative** est repérée comme un **frein** pour des professionnels qui n'y participent pas. Il permet d'apporter une **réponse rapide et sécurisante pour les patients et facilite l'accessibilité aux soins psychologiques**.

La question de la lisibilité est aussi pointée avec notamment cet antagonisme entre l'« aspect confidentiel » du dispositif et la nécessité d'élargir le repérage et l'orientation au-delà des professionnels adhérents. Et la question du caractère chronophage est encore citée.

Réunion de bilan en fin de dispositif

Lors de la réunion plénière organisée en octobre 2015, après l'arrêt des inclusions et avant la clôture définitive du dispositif (cf ci après) **les professionnels ont fait état des impacts sur leur pratique** et de l'intérêt qu'ils avaient eu à travailler dans un tel dispositif :

Au-delà des bénéfices très clairs pour les jeunes qu'ils avaient en charge, **ils notent que leur posture a été modifiée de façon importante**: ils se sentent **en capacité d'aborder ces problématiques de santé mentale** alors que **jusqu'ici, sans possibilité de réponse, ils les évitaient**. Ce constat rejoint le constat fait dans le cadre du réseau obésité infantile: les médecins dépistent et abordent le sujet avec leurs patients et les parents lorsqu'ils ont une réponse à apporter à leur patient alors qu'avant, ils évitaient le sujet.

1.5. LES REUNIONS CLINIQUES

Organisation et territoires

Les grandes réunions cliniques ont été rapidement mises en place et les premières séances ont permis en particulier d'ajuster les modalités de fonctionnement et les critères d'inclusion en s'appuyant sur les cas cliniques étudiés.

En raison de la situation géographique du secteur de Saint-Hippolyte-Le Vigan-Ganges et à la demande des médecins (hospitaliers comme généralistes) et des psychologues, **un groupe de proximité** composé au départ de deux médecins généralistes, du médecin du CMPEA, de trois psychologues et d'une infirmière scolaire s'est peu à peu formé. Ce groupe a abouti à l'organisation de réunions cliniques spécifiques au territoire, animées par le pédopsychiatre membre du Comité de pilotage et la coordinatrice du dispositif et ce dès la fin de N1.

Le dispositif a donc fonctionné avec l'organisation régulière de grandes réunions cliniques sur le territoire d'Alès et sur le territoire de Saint Hippolyte du Fort.

Participation des professionnels

La participation des médecins généralistes aux grandes réunions cliniques reste difficile car ceux-ci ont du mal à se libérer du fait de leur charge de travail. **Les psychologues parviennent plus aisément à s'organiser pour y participer**. Un compte rendu est rédigé et adressé aux professionnels au regard du **rôle formateur des réunions cliniques**. **Sur N1 et N2 le compte rendu était adressé à l'ensemble des professionnels adhérents**. Depuis N3, l'envoi a été limité aux professionnels présents et excusés

Au total ce sont 20 réunions cliniques qui ont eu lieu, totalisant 190 participations. elles ont permis l'analyse collective de 40 situations cliniques.

Des exemples de cas cliniques exposés en réunion clinique figurent page 21 et 22.(exemple 1 et 2) Par ailleurs, deux cas non traités en réunion clinique sont également exposés (exemples 3 et 4) (page 23)

Récapitulatif des réunions cliniques - N1-N2-N3		
Contenu : Etude de 2 cas cliniques ; Ajustements de fonctionnement		
Date	Lieu	Nb présents
23 /04/13	Alès	13
25/06/13	Alès	11
26 /09/13	Alès	12
26/11/13	Alès	15
23/01/14	Alès	12
19/02/2014	Secteur de Saint Hippolyte du Fort	7
23/03/2014	Alès	13
25/03/2014	Alès	10
22/04/2014	Secteur de Saint Hippolyte du Fort	8
22/05/2014	Alès	11
19/06/2014	Secteur de Saint Hippolyte du Fort	9
30/09/2014	Alès	15
20/11/2014	Secteur de Saint Hippolyte du Fort	7
27/11/2014	Alès	9
29/01/2015	Secteur de Saint Hippolyte du Fort	4
24/02/2015	Alès	5
02/04/2015	Secteur de Saint Hippolyte du Fort	6
07/04/2015	Alès	10
21/05/2015	Secteur de Saint Hippolyte du Fort	5
24/09/2015	Secteur de Saint Hippolyte du Fort	8

Par ailleurs, une **réunion plénière** rassemblant l'ensemble des professionnels participant au dispositif a été organisée le **16 octobre 2015**. 15 personnes étaient présentes.

L'objectif était d'informer les professionnels **sur l'arrêt programmé du dispositif**, d'organiser la fin des prises en charge en cours et d'envisager les perspectives de reconduction éventuelle du projet.

Compte tenu de l'intérêt des échanges développés au sein du dispositif et de l'apport de ce regard extérieur dans la pratique de chacun, la décision a été prise, à la demande des professionnels présents, **de poursuivre le projet a minima en maintenant des réunions cliniques autour des cas rencontrés, et ce même sans reconnaissance financière de ce travail**. Plusieurs réunions sont déjà programmées (en janvier 2016 pour Alès et en février 2016 pour Saint Hippolyte du Fort).

1.6. LIENS AVEC LES SERVICES SANITAIRES ET SOCIAUX ET LES RESEAUX

Les liens des professionnels adhérents avec l'ensemble des acteurs locaux (Services sociaux, ASE, Education nationale, Santé scolaire;..) **sont permanents dans le cadre des prises en charge**. Ces liens se font lors des orientations qui ont lieu si le patient n'est pas inclus, en cours de prise en charge ou à la sortie du dispositif si nécessaire (orientation CMPEA, Service social...).

Ils sont établis également en cours de prise en charge et les professionnels témoignent des liens créés autour des situations avec l'infirmière scolaire, le collège, les professionnels qui prennent en charge un membre de la famille... Ils témoignent également de la capacité du dispositif à s'appuyer sur le travail en réseau, à l'entretenir et le développer. (cf schéma page 13)

Cependant ce travail n'est pas "comptabilisable"; Cela nécessiterait des outils supplémentaires de recueil de données que le contexte expérimental ne permet pas de mettre en place (temps de coordination et de secrétariat, outils à créer, dossier de suivi commun, travail administratif supplémentaire pour les libéraux...)

Les liens se font aussi au travers **des activités du réseau clinique du lien** dont la coordinatrice fait partie. Celle ci participe aux journées de formation mises en place par le réseau en direction de l'ensemble des acteurs en lien avec des enfants et des jeunes, qu'ils soient du secteur sanitaire, social ou éducatif. Elle participe à leur organisation dans le cadre de la commission formation du réseau.

Sur les 3 années elle a donc participé activement aux

- Rencontres-formations autour des «*Modalités d'accompagnement et d'articulation pluri-institutionnelle pour des nourrissons, enfants et adolescents en souffrance psychique ou relationnelle*» en mars 2013

- Rencontres Formations sur le thème "*Autorité et pouvoir*" qui ont eu lieu en février, mars 2014 et octobre 2015 pour les secteurs de La Grand Combe, Alès et Saint Hippolyte du Fort.

et à 2 colloques

- Colloque «*Désir, savoir et (re)création, entre l'enfant et l'adulte*» en avril 2013
- Colloque «*Entre l'enfant et l'adulte : D'art en art, parole et (re)création*» en mai 2014

Ces formations et colloques **rassemblent beaucoup de professionnels** des secteurs **sanitaire, social, éducatif** (de 30 à 60 personnes pour les rencontres formation et près de 100 personnes pour les colloques) et constituent des **espaces privilégiés de mise en lien**.

A chaque fois, **c'est l'occasion de nouer des relations et de présenter le dispositif aux différents professionnels présents**.

1.7. LES LIMITES DU DISPOSITIF

Cependant l'aspect expérimental a créé des malentendus sur le territoire et le dispositif a subi des "pressions" importantes. Les possibilités de prise en charge psychologique suscitent un vif intérêt de la part des acteurs de l'éducation nationale (CPE, Principaux..), de la prévention spécialisée, de la réussite éducative... Ils ont tous en charge des jeunes en souffrance psychique et le dispositif leur a laissé entrevoir des solutions de prise en charge pour ces jeunes.

Le dispositif a donc été très fréquemment sollicité pour prendre en charge des jeunes repérés par ces professionnels. Ce phénomène était d'autant plus fort dans les territoires où les ressources sont peu nombreuses ou en diminution (secteur de pédopsychiatrie sans pédopsychiatre...).

Cependant, la capacité limitée du dispositif expérimental, le nombre volontairement limité de médecins adhérents et donc habilités à prescrire l'inclusion dans le dispositif ne permettait pas d'inclure ces jeunes. (Il convenait en effet de ne pas se retrouver avec trop de prises en charge au risque de dépasser l'enveloppe budgétaire allouée et, en conséquence de ne pas pouvoir les mener à leur terme en raison du caractère non pérenne du dispositif).

Par ailleurs ces jeunes cumulaient souvent des ruptures scolaire, sociale et familiale (décrocheurs) et ce cumul est un critère de non inclusion du dispositif actuel ("*Atteinte concomitante de plusieurs champs relationnels - familial, scolaire, social*"), et ce critère avait justement cette fonction, entre autres, d'éviter que le dispositif expérimental ne soit submergé. Dans certaines situations, le "curseur" de ce critère a pu être déplacé si le critère "*Caractère d'évolutivité de la séance d'évaluation psychologique*" était positif et que le patient se saisissait du soutien qui s'offrait à lui.

Mais la plupart de ces demandes n'ont donc pu aboutir à une prise en charge au sein du dispositif.

En quelque sorte, ces partenaires se retrouvaient donc avec une réponse à "portée de main" pour les jeunes qu'ils ont en charge, réponse à laquelle ils n'ont eu que difficilement accès. Plusieurs situations difficiles ont été rencontrées et montrent que ces acteurs (CPE, principaux...) ont déployé des stratégies pour faire prendre en charge des jeunes qu'ils avaient repérés: soit ils appelaient directement la coordinatrice, soit ils "prescrivaient" eux même une entrée dans le dispositif, court-circuitaient le processus d'inclusion en adressant directement le jeune à un médecin du dispositif sans avertir le médecin traitant. La coordinatrice a joué un rôle primordial pour limiter ces effets et faire respecter le cadre du dispositif. Mais il a été très compliqué d'expliquer le caractère expérimental et donc forcément limité de ce dispositif. **Pour autant, dans une organisation plus générale, sans limitation du nombre de prises en charge, ces jeunes en souffrance pourraient relever de ce type de prise en charge**

Ces constats appuient la pertinence du dispositif pour répondre aux besoins du terrain pour accompagner les jeunes en souffrance psychique et leur permettre un accès précoce et facile à des soins psychologiques .

1.8. PARTICULARITES DE L'ANNEE 2015- CLOTURE DU DISPOSITIF

Une année d'incertitude

La fin de l'année N2 et le début de l'année N3 ont été marquées par l'incertitude quant à l'avenir du dispositif.

Note : L'année N2 s'étendait du 1er mars 2014 au 29 février 2015. La convention de financement portait, elle, jusqu'au 30 avril 2015. (décalage survenu sur le plan conventionnel entre N1 et N2)

A la suite du rapport intermédiaire rendu en octobre 2014, le comité de pilotage a sollicité l'ARS afin de pouvoir **organiser la suite du dispositif. Une réunion a eu lieu le 19 décembre 2014** entre une délégation du comité de pilotage et les référents du dossier à l'ARS, pour discuter du bilan et permettre à la direction de l'ARS de prendre une décision de reconduction ou d'arrêt du dispositif. Les éléments de bilan ont donc été transmis à la direction de l'ARS.

Dans la mesure où aucune réponse n'était parvenue au 31 mars, le comité de pilotage, par **principe de précaution**, a préféré anticiper une décision de clôture au 31 avril : il a été décidé **de stopper les nouvelles inclusions** et de débiter le processus de licenciement de la coordinatrice (pour le secrétariat, le contrat à durée déterminée s'arrêtait au 28 février).

Il souhaitait en effet pouvoir assurer les frais liés aux licenciements nécessaires et, surtout, **être en mesure d'organiser la transition en cas de clôture du dispositif** et s'assurer que les adolescents et les familles engagés dans des protocoles de soins puissent trouver **des solutions de prises en charge adaptées, en continuité** avec le travail effectué jusqu'ici.

Le comité de pilotage a ensuite été informé **le 18 mai 2015** de la **décision de reconduire le dispositif pour une année** mais de ne pas le pérenniser au-delà d'avril 2016 dans la mesure où il n'était pas intégré dans des actes de droit commun.

Dans ces conditions, le processus de licenciement de la coordinatrice a été suspendu mais la procédure de recrutement d'un secrétariat n'a pas été entamée, le comité de pilotage préférant attendre la convention officielle.

Par contre, **compte tenu des attentes des professionnels qui sollicitaient le dispositif pour des situations qui les préoccupaient**, le comité de pilotage a décidé de **reprandre les inclusions** dans le dispositif ce même jour.

Ce n'est le 18 juin 2015 que l'information officielle a été transmise et que le comité de pilotage a appris que, si le dispositif était reconduit, **cette prolongation n'irait pas au-delà du 31 décembre 2015**, date de la fusion des ARS Languedoc Roussillon et Midi Pyrénées. **Les inclusions ont alors été à nouveau stoppées** et ce définitivement.

Ainsi, les **inclusions ont été effectives sur une durée de 2 mois** sur la période des 9 mois de fonctionnement de N3, ces 2 mois étant **morcelés en 2 périodes** étalées sur 3 mois et demi: du 1er mars au 31 mars 2015 et du 18 mai au 18 juin 2015.

Ces incertitudes ont été difficiles à gérer, d'autant plus que **l'incompréhension des professionnels de santé était grande**, malgré le travail d'information fait par le comité de pilotage et la coordinatrice. Elles ont eu un effet important de démobilisation des professionnels.

Plusieurs médecins et psychologues, mobilisés en fin de N2 n'ont pas eu le temps d'orienter des patients ou de réaliser des prises en charge.

Sur la période de fin juin à décembre 2015, le travail s'est concentré **sur la fin des parcours** afin d'organiser et accompagner la mise en œuvre d'une prise en charge adaptée pour les patients qui nécessitaient encore des soins psychologiques (*cf ci après page 45*)

Un projet discuté au sein du Contrat Local de santé

En parallèle, **le dispositif a fait l'objet d'une présentation au sein du comité d'animation paritaire élargi du Contrat Local de santé (CLS) en février 2015.**

En effet, le comité de concertation politique du Contrat Local de santé auquel plusieurs caisses d'assurance maladie participent (CPAM, Carsat, Sécurité sociale Minière) a souhaité que le comité d'animation paritaire soit élargi à des techniciens des caisses afin que cette instance puisse discuter des projets structurants pour le territoire à un niveau technique, avant de les présenter aux instances politiques décisionnelles

Le dispositif expérimental a été présenté lors d'une réunion qui abordait également le projet de la PFIDASS porté par la CPAM du Gard.

Lors de ce comité technique paritaire élargi, il a été acté que:

- **le dispositif expérimental était clairement en lien avec le renoncement aux soins** du fait que le non remboursement des consultations psychologiques est une des raisons du renoncement aux soins psychologiques.

- **la santé mentale des adolescents est une priorité dans toutes les politiques publiques**, et que cela ne concerne pas que les pathologies mentales mais aussi les "pathologies sociales" comme la délinquance, les addictions...

- il y a une **consommation** extrêmement importante **d'anxiolytiques chez les adolescents** et un accès à des soins psychologiques pourrait **réduire le recours aux traitements médicamenteux**

- cette expérimentation est d'autant plus importante que le service public de psychiatrie infanto juvénile est en difficulté en particulier sur le recrutement de pédopsychiatres.

- le dispositif ne résout pas le manque de psychiatres mais que **l'accès à une prise en charge psychologique évite le renoncement aux soins** et que la coordination permet de mieux organiser la prise en charge des situations les plus complexes.

Chacun était chargé de faire remonter ces constats en interne et de voir si des solutions pour pérenniser ce dispositif pouvaient être proposées.

Dans la mesure où, il s'agissait de parcours plutôt que de paiements à l'acte, avec une plus grande maîtrise sur le nombre de consultations, la possibilité que l'assurance maladie pourrait peut être plus facilement s'investir dans le cofinancement de ce projet a été évoquée, l'ARS prenant en charge pour sa part le volet coordination.

Cette possibilité a également été abordée avec le délégué départemental de l'ARS fin 2015.

Cependant, le contexte de l'année 2015, en lien avec la fusion des régions et des ARS n'a pas permis aux instances de gouvernance du CLS de fonctionner correctement et ce sujet n'a pu être abordé en comité de pilotage politique.

Exemple 1 présenté en septembre 2014 - réunion clinique

La psychologue présente un cas déjà mis au travail quelques mois auparavant dans le cadre d'une Grande Réunion Clinique. L'objectif étant cette fois-ci de mettre en évidence les évolutions de la prise en charge dans le cadre du Dispositif, tant sur le plan des différents partenaires impliqués dans le maillage d'une prise en charge à plusieurs que dans l'adaptabilité des protocoles prescrits permettant un accompagnement au plus près de la clinique du sujet.

Rappel du cas:

Il s'agit du cas d'une jeune fille de 11 ans, adressée par un praticien hospitalier sur les observations suivantes : « Troubles réactionnels suite à un AVC du père il y a deux ans. Enfant inquiète ayant tendance à se «parentifier».Mère en difficulté, suivie par un psychiatre. »

Le protocole prescrit est le n°2 (6 consultations patient, 2 consultations parents).

Les parents et les 3 enfants (dont T. est l'aînée) ont été suivis en psychiatrie (dans un département du centre de la France, où ils habitaient alors) pour le traumatisme subi lors de l'accident vasculaire du père (qui a eu lieu en présence de toute la famille), et les bouleversements qui lui ont succédé.

A la demande du père, désormais hémiplegique, la famille s'est installée dans le bassin alésien. La dépression post-traumatique de la mère retient l'attention de la psychologue : partagée entre son travail (elle est assistante sociale et c'est désormais le seul salaire du foyer), ses enfants et les exigences des soins nocturnes à son mari, cette femme trouve refuge dans les médicaments et le sommeil. La jeune T. a donc pris sur elle, à la demande de sa mère, de rester aux aguets la nuit pour répondre aux éventuels besoins de son père.

Bien que la situation ait pu sembler trop complexe pour le Dispositif expérimental, il s'est avéré que T. s'en est emparée avec soulagement, qu'elle a dès l'abord établi un lien de transfert avec la psychologue et qu'au fil des séances, elle a pu lui confier, sous le sceau du secret, que bien que l'accident de son père n'ait rien changé à son amour pour lui, elle souhaiterait qu'il soit placé. Au cours du traitement, elle a montré une réelle bonne volonté à soulager sa mère mais a pu décliner ses limites quant à la place que cette dernière lui fait occuper auprès de ses frères et sœurs cadets – place de « parent » - et de son père -place de garde malade- qu'elle se sent à juste titre incapable de tenir. Ainsi a-t-elle pu intégrer le collège sans angoisse et s'y faire rapidement des amis. Le père, quant à lui, refuse toute aide psychologique et se désintéresse de la vie familiale mais sollicite beaucoup sa fille. D'autre part la mère ne veut pas faire appel à ses collègues des services sociaux et le personnel soignant désigné pour le père se transforme bénévolement en garde d'enfants.

Le débat a conduit aux conclusions suivantes :

- Le protocole 2 a été prolongé en passant à un protocole 3 pour permettre à T. de stabiliser sa position subjective d'aînée, mais encore enfant, dans la famille.

- Une réunion a été décidée entre les protagonistes, à savoir le pédopsychiatre prescripteur, la psychologue de l'enfant, le psychiatre de la mère et la représentante des services de soin à domicile du père, afin de coordonner les actions de soin autour de cette famille meurtrie mais par ailleurs unie, en mettant à distance le traumatisme par une éventuelle prise en charge hospitalière momentanée du père.

Evolution depuis la Grande Réunion Clinique

Le protocole 2 initialement proposé a été prolongé une première fois en protocole 3 puis en seconde fois en protocole 4.

T. s'étant approprié l'espace de parole offert par la psychologue dans le cadre du Dispositif, il semblait nécessaire de pouvoir l'adapter en fonction de son évolution sur le plan psychothérapeutique mais également en fonction du tissage effectué avec les différents acteurs sociaux pour soutenir cette famille.

Suite à la demande d'AED de la maman, T. ainsi que sa petite sœur ont été placées en Maison d'enfants à caractère Social l'ANCA sur Anduze à raison d'une demi journée par semaine. Les relations entre T et sa sœur étant conflictuelles, des activités ont été pensées séparément afin que chacune puisse y trouver sa place d'enfant.

Sur proposition de la psychologue, T. a parlé à son père des séances chez la psychologue et de ses progrès. Dans un premier temps, cela a permis au père et à sa fille de se rapprocher, de recréer du lien. Par la suite, le père acceptera un suivi psychologique à domicile et son état de santé physique permettra d'améliorer les relations avec la famille. La sœur de T. devrait reprendre un accompagnement psychologique avec le CMPP de st Christol Les Alès

Bilan de la prise en charge :

Deux bilans auront permis de prolonger l'accompagnement de T. jusqu'au protocole 4 qui aura duré plus d'un an. T. effectuera sa rentrée en classe de 5eme, elle passera avec les félicitations.

Elle poursuit ses activités avec l'ANCA. Elle s'est rapprochée de son père et les relations avec sa mère se sont améliorées. Selon cette dernière, T. ne se parentifie plus, elle ne commande plus sa fratrie. Le traumatisme de l'accident est moins présent, elle ne fait plus de cauchemars et ne se lève plus la nuit..

Exemple 2 présenté en mai 2014- réunion clinique pluridisciplinaire

H est une jeune fille âgée de 11 ans. Elle a été orientée par un pédopsychiatre pour des manifestations anxieuses et des troubles du sommeil évoluant depuis l'âge de 6 ans. Bien que les troubles relationnels soient d'apparition récente, les troubles du sommeil étaient eux anciens ce qui est un critère de non-inclusion dans le cadre du Dispositif. La présentation du cas en Grande Réunion Clinique à la suite de la consultation d'accueil a permis de prendre une décision collégiale quant à l'inclusion de cette jeune fille dans le cadre du Dispositif pour répondre rapidement à une demande de soin des parents et travailler dans un second temps à une réorientation vers la pédopsychiatrie si nécessaire.

La problématique :

H. est une enfant scolarisée en 6ème en sport étude « danse ». Ses résultats sont très bons malgré le rythme soutenu lié à son emploi du temps chargé. H. parle peu, mais évoque les difficultés qu'elle rencontre à se faire des amis, à nouer des relations aussi bien au collège qu'à la danse. Selon ses parents, ces difficultés peuvent être liées au milieu scolaire dans lequel elle évolue. H décrit des tensions dans son corps, une fatigue importante liée aux troubles du sommeil. Dans un premier temps, elle ne parle pas de ses difficultés, ses capacités d'élaboration sont pauvres. La maman, elle-même infirmière décrit une petite fille très phobique des soins infirmiers et des piqûres depuis l'âge de 3-4 ans. Si bien qu'une hospitalisation pour l'appendicite à l'âge de 6 ans a nécessité la présence de 6 adultes pour maintenir H. afin de lui faire une prise de sang. Cet épisode a motivé une orientation vers une prise en charge au CMPEA . Suite aux difficultés nouvelles décrites au collège, la maman de H. a donc appelé le CMPEA qui l'a ensuite orientée vers le Dispositif.

Le suivi :

1 - Un protocole 1 a été choisi dans un premier temps pour permettre de mieux comprendre la problématique de cette jeune fille dans l'attente d'une éventuelle réorientation vers le CMPEA. Durant les premières rencontres, H. se montre peu expressive, élaborant très peu, ne montrant pas d'affect. Très vite la maman parle à la place de H. et développe autour de ses propres difficultés à assumer son enfant en bas âge, grondant et "criant beaucoup sur elle". Le soutien d'une psychologue à cette époque lui a d'ailleurs été nécessaire pour trouver les bons gestes avec H. et trouver sa place de mère. L'espace de parole de H. se trouve rapidement investi par la maman qui associe chaque difficulté de H. à son propre vécu ou à ses propres difficultés. Le père est très effacé, disponible mais peu expressif.

Sur la base du cadre proposé par le Dispositif, il est rappelé à la maman que les séances psychologiques sont prises en charge pour H. spécifiquement mais qu'il est possible aussi qu'elle soit elle-même soutenue par une collègue dans un autre espace distinct de celui de sa fille pour travailler sur sa propre situation.

2 – Il est entendu que la maman soit suivie dans un lieu qui lui soit dédié et que H. poursuive sa prise en charge dans le cadre du Dispositif dans un espace de parole qui lui appartienne .A partir de ce moment, H. parle un peu plus en entretien et commence à élaborer autour de ses propres angoisses. Par ailleurs, suite au travail amorcé par la maman dans son propre espace de psychothérapie, l'annonce du divorce du couple parental a été formulé à H. Contrairement à ce qu'a pu en dire sa mère, H. ne semble pas affectée par cette annonce qui ne constitue pas pour elle un véritable changement. Elle décrit de bonnes relations avec son papa qui organise des sorties en spéléologie et des relations plus contraignantes avec sa maman.

3. Bien que H. commence à élaborer autour de ses propres angoisses et des changements qui ont cours dans sa vie familiale, elle décrit des troubles du sommeil toujours très présents. Nous décidons avec la coordination du Dispositif de poursuivre la prise en charge avec un protocole 4 afin de soutenir H. dans son travail d'élaboration. Petit à petit H. fait des liens entre ses angoisses nocturnes et son vécu en journée. Elle commence à parler de ses angoisses au collège. Elle commence à s'approprier un projet scolaire qui lui conviendrait. Elle dit vouloir aller en internat pour s'éloigner de ses parents, puis changer de classe pour se rapprocher d'amis qu'elle côtoie, puis changer de collège pour se spécialiser dans l'étude de langues asiatiques. Un bilan psychologique est réalisé au collège, des rencontres ont lieu avec le principal pour accompagner H dans son désir très adolescent de se réapproprier sa vie.

4- A l'issue du protocole 4, H. est dans une démarche active pour réfléchir autour de son projet scolaire. Le bilan psychométrique confirme des capacités permettant à H. de pouvoir accéder à la branche qu'elle souhaite sans pour autant être diagnostiquée «précoce».

5- Sur le temps de la séparation, H. évoque pour la première fois des difficultés alimentaires. Un nouveau protocole 2 a été prescrit par le pédopsychiatre pour travailler rapidement autour des troubles alimentaires naissants. Très vite H. associe ses difficultés aux repas avec l'ambiance au sein du collège qui semble encore difficile pour elle. Cela venant réaffirmer la nécessité pour elle d'aller au bout de son projet scolaire.

Bilan de la prise en charge :

H. a trouvé une place dans le seul collège français enseignant le japonais dès la classe de 5ème. Ce collège étant à Paris, un accueil en internat a été organisé. Les 2 parents ont soutenu la démarche. Le couple parental, bien qu'en instance de divorce, communique de façon cohérente pour accompagner H. dans ses projets. A la fin de la prise en charge, les troubles du sommeil étaient moins envahissants et troubles alimentaires totalement disparus.

Exemple 3 - prise en charge Janvier-Juin 2015

Agé de 12 ans, Z. est adressé au Dispositif expérimental par le CMPEA sous les critères suivants: depuis trois ans, les enseignants et sa famille se demandent si son comportement relève d'une « hyperactivité » ou de « précocité » car il est toujours en mouvement, agité même dans son sommeil. Les tests psycho-scolaires ont conclu que « Madame donne trop d'amour à son fils ». Les parents se sont séparés un an avant la prise en charge mais sont restés en très bon termes. Un protocole 4 est préconisé.

De multiples exclusions de plusieurs jours du collège mettant en péril sa scolarité montrent que Z. rencontre de grandes difficultés dans ses relations à l'adulte. Compte tenu du fait qu'il évolue dans un environnement qui offre peu de cadre, la psychologue décide, en accord avec le pédopsychiatre, d'effectuer avec Z. un travail à visée éducative, en étroite collaboration avec les parents. Cependant, après la deuxième consultation, consacrée aux relations au sein de la famille, une commission éducative du collège se réunit pour faire état du « comportement déviant » de Z, qui sera de nouveau exclu pendant une semaine. Un long entretien avec la mère permettra alors de faire le point sur la relation de cette dernière avec son fils, puis s'engagera un travail autour du génogramme pour comprendre les résonances familiales. Avec les deux parents, deux séances seront ensuite consacrées aux limites et au cadre dont a besoin leur fils, qui montre une carence éducative inquiétante.

Le collège décidera, avec les parents, d'un mi-temps scolaire, allègement qui soulagera notablement l'enfant – et un travail pourra s'engager avec la mère afin qu'elle accepte une orientation ITEP, qu'elle considérait jusque-là comme une exclusion sociale. Elle en viendra peu à peu à accepter une aide éducative à domicile, après un travail sur les liens qu'elle-même entretient avec sa famille et qui mettent en relief la fonction qu'occupe Z. auprès d'elle.

Bilan

Le suivi attentif dont ont pu bénéficier Z. et sa mère a permis, en 14 séances sur 5 mois, de mettre au travail et de réaliser l'entrée de Z. à l'ITEP, envisagée par chacun comme un véritable projet éducatif et thérapeutique – Z. étant désormais prêt à s'investir dans ce nouveau départ pour construire son avenir, dont il attend beaucoup.

Exemple 4 - prise en charge février/novembre 2015 .

Adressée au Dispositif par un médecin généraliste début février 2015, cette jeune fille de 16 ans présente de petits traumatismes subis dans son ancien collège, traumatismes qui la poursuivent, et un mal être récent en toile de fond. Elle réagit très bien à l'entretien d'accueil, en énonçant clairement les événements ayant entraîné par cumul son malaise actuel. Un protocole 4 est décidé conjointement par son médecin traitant et la psychologue.

Lors de la première consultation proprement dite, d'autres traumatismes plus anciens ressurgissent. V. montre de bonnes capacités d'analyse et d'élaboration mentale. Sa famille est structurée et soutenante. Très vite, elle entame un travail sur sa prise de position dans les relations interpersonnelles et prend du recul, commençant à trouver mieux sa place parmi ses camarades. Elle entame alors une réflexion sur son orientation scolaire et se sert dans son quotidien de ce dont elle prend conscience au cours des entretiens. L'amélioration globale se maintient, scandée de quelques réminiscences de chocs passés dans le contexte de déclencheurs dans le présent. L'apaisement se stabilise bien que quelques déclencheurs restent sensibles, sur lesquels V. se concentre avec le soutien de sa thérapeute.

Dès la sixième séance, elle est à même de prendre position sur son avenir. Elle commence alors un travail sur la communication avec ses parents. Son humeur est très bonne et ce, de façon stable. Mais elle a toujours besoin d'aide au niveau relationnel, pour prendre du recul par rapport aux réactions des autres. Ce travail sur la distance intersubjective va lui permettre de développer ses capacités d'expression de son vécu en situation de groupe et de mieux s'investir dans son travail scolaire.

Bilan

La dixième séance (sur les 14 envisagées) marquera la fin de la prise en charge : V. s'est remarquablement investie dans le processus thérapeutique. Après avoir traité de ses blessures psychiques, elle a participé activement à la mise en place d'un nouveau fonctionnement et ne manifeste plus aucun symptôme. La prise en charge aura duré 10 mois, à raison de une à deux consultations par mois compte tenu des vacances scolaires.

2. - ANALYSE DE LA FILE ACTIVE DU 1ER MARS 2013 AU 31 DECEMBRE 2015

Rappel

Le dispositif a démarré le 1er mars 2013.

Deux bilans d'activité ont été rendus : le premier au bout d'une année de fonctionnement (**N1 du 1er mars 2013 au 28 février 2014**) puis un bilan intermédiaire arrêté au 31 octobre 2014 pour la deuxième année de fonctionnement (**N2 du 1er mars 2014 au 28 février 2015**). En février 2015, une actualisation des données principales de la file active de N2 a complété ces bilans

Le présent bilan concerne les 33 mois de fonctionnement sur N1, N2 (et N3 (du 1er mars 2015 au 31 décembre 2015)).

A noter le décalage de l'année d'exercice avec l'année civile (de début mars à fin février). L'année N3, avec l'arrêt du dispositif en fin d'année civile est donc incomplète et porte sur 9 mois d'exercice.

2.1. PRISES EN CHARGE

Patients orientés et inclus

204 patients ont été orientés par un médecin avec une prescription pour une inclusion dans le dispositif mais 19 patients n'ont pas donné suite à l'orientation. (classés "sans suite")

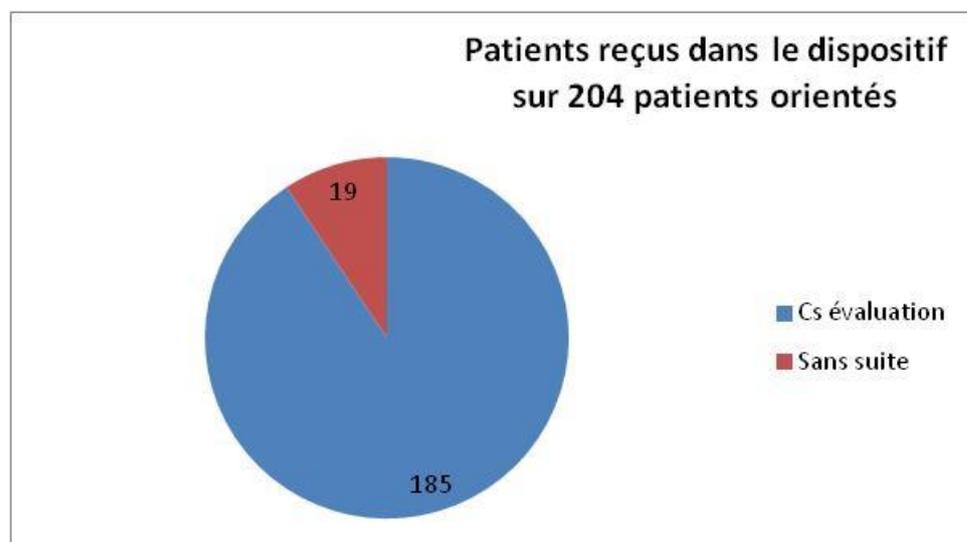


Figure 1-

L'analyse des prises en charge porte sur les 185 situations pour lesquelles il y a eu une consultation d'accueil avec un psychologue que ce soit pour l'évaluation psychologique ou une première consultation dans le cadre du protocole prescrit.

(Rappel : l'évaluation psychologiques est réalisée par un psychologue du dispositif pour les patients adressés par un médecin généraliste. Les pédopsychiatres ou psychiatres réalisent eux même cette évaluation et prescrivent directement le protocole nécessaire. La première consultation psychologique d'accueil permet alors d'établir le projet de prise en charge avec le patient)

- **185 patients ont eu une consultation d'accueil.**

- **14 patients n'ont pas été inclus:**

- **8 patients ont été réorientés d'emblée sur une prise en charge adaptée:** 3 vers le CMPEA, 1 vers le CMPP, 2 vers un professionnel libéral, 1 vers un CHRS et 1 vers l'unité adolescent de Nîmes.
- **3 patients ont refusé d'être inclus,**
- **2 familles ont refusé que leur enfant soit inclus,**
- **1 patient ne remplissait pas les conditions d'âge;**

- **171 patients ont été inclus** dans un des 4 protocoles prévus.

On note que les 19 orientations restées sans suite (essentiellement faites par le CMPEA) sont concentrées plutôt sur la première année et le début de la seconde année de fonctionnement. Cette progression est

certainement en lien avec une meilleure appropriation du dispositif par les professionnels et à une plus grande capacité à susciter l'adhésion des patients.

Délais de prise en charge

Les délais entre la date de prescription et celle de la consultation d'accueil, sont très variables selon les situations : ils vont **de 1 jour à six mois** – vacances scolaires incluses mais la majorité des patients (80%) est prise en charge en moins de 1 mois ½. Seuls 20 % ont des délais plus longs.

Après la prescription faite par le médecin, dès que les parents ou le jeune font appel à une psychologue du dispositif, ils sont reçus **dans un délai de 1 semaine à 15 jours ou exceptionnellement dans le mois qui suit.**(souvent à la demande du patient en raison de vacances scolaires)

Le protocole choisi est mis en œuvre dès la décision conjointe prise entre le médecin et le psychologue après la consultation d'accueil. Lorsque le patient est adressé par un psychiatre, le protocole est prescrit d'emblée et les soins peuvent commencer dès la première consultation psychologique ce qui raccourcit encore de quelques jours le délai de prise en charge.

Les délais longs de prise en charge sont en lien avec **le temps pris par certains parents pour se convaincre ou convaincre l'enfant (ou vice versa) de s'engager dans la prise en charge psychologique.** Il est même parfois nécessaire que le médecin prescripteur rappelle la patient et sa familles. Il y a effectivement souvent des réticences pour les jeunes et même les parents à engager des soins psychologiques avec souvent l'attente d'une hypothétique résolution des symptômes ou par une méconnaissance de la souffrance psychologique de leur enfant, dont ils ne prennent pas la mesure en termes d'ampleur et de conséquences.

Pour les familles qui s'engagent dans la prise en charge, les délais sont donc rapides et bien en deçà des délais de prise en charge dans le secteur public. La réactivité du dispositif participe à **diminuer le renoncement aux soins**, souvent lié à la longueur des délais de rendez vous.

Origine du repérage et des prescriptions

L'analyse porte sur les 204 situations orientées sur le dispositif.

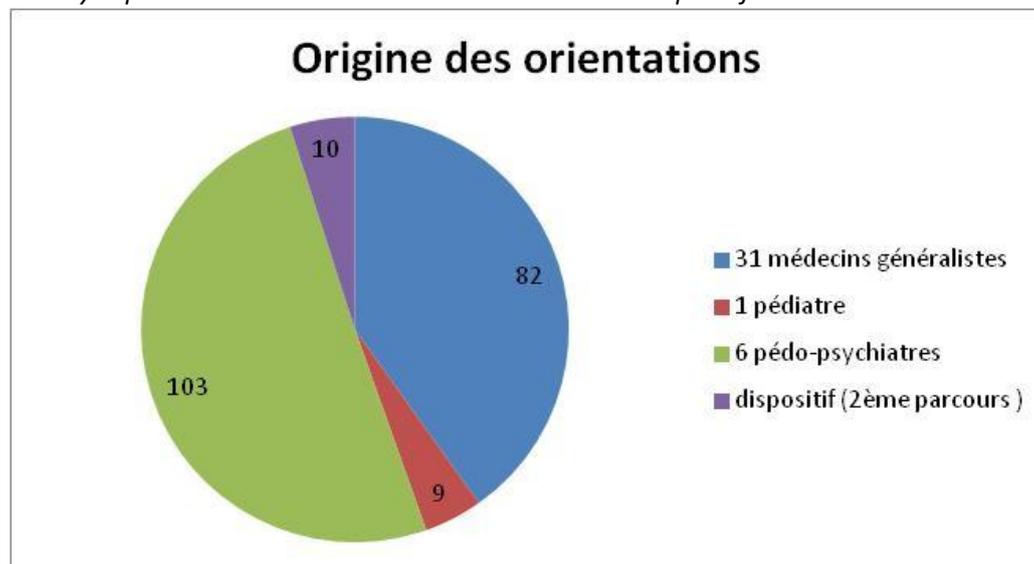


Figure 2

Les 10 patients orientés par le dispositif sont des patients qui ont nécessité une seconde prise en charge. Même s'il s'agit de patients déjà présents, ils ont été à nouveau inclus dans le dispositif. Ces patients sont donc comptabilisés comme une nouvelle inclusion.

Répartition des prescripteurs

Prescripteur	33 médecins généralistes	1 pédiatre	6 pédo-psychiatres	Dispositif
Nb patients	82	9	103	10
%	40.19%	4.41%	50.5	4.9%

La part des prescriptions par les psychiatres représente 50.5 % des prescriptions soit la moitié.

Les premières prescriptions au démarrage ont été faites en majorité par le service de pédopsychiatrie, en lien avec la montée en charge progressive du nombre de médecins généralistes mais aussi avec le temps nécessaire pour qu'ils s'approprient le dispositif. D'ailleurs, 3 médecins, engagés début 2015 n'ont pas eu le temps de prescrire de prises en charge au sein du dispositif du fait que les inclusions n'ont été possibles que sur de courtes périodes, qui plus est morcelées. (2 mois d'inclusions sur les 9 mois de fonctionnement en 2015).

Entre N1 et N2, la part des prescriptions par les psychiatres a baissé de 65.7% à 55.1% au profit de la part des prescriptions par les médecins libéraux (généralistes et pédiatre).

Cette proportion reste cependant plus importante que ce qui avait été prévu.

Le dispositif expérimental est resté de fait assez "confidentiel" en raison de son caractère expérimental et de la nécessité de le maîtriser compte tenu du nombre limité de prises en charge possibles sur le plan financier (100 par an). Peu de médecins ont été sollicités pour y participer et en conséquence, un grand nombre de médecins qui ne connaissent pas le dispositif adressent encore en première intention leurs patients au secteur de psychiatrie faute d'autres possibilités connues. Ce sont alors les pédo-psychiatres qui font l'inclusion.

Même si la moitié des inclusions sont réalisées par le secteur de psychiatrie, le dispositif joue donc bien là sa fonction en offrant un relais accessible en ambulatoire. Il participe également au désengorgement du secteur psychiatrique, conséquence attendue..

Le repérage par les infirmières scolaires a été organisé en fin de N1. Les outils de recueil de données ont été modifiés en conséquences pour mieux cerner leur rôle dans l'orientation des jeunes vers les médecins engagés dans le dispositif.

4 patients ont été orientés par une infirmière scolaire et 4 par un travailleur social. Cependant ce chiffre ne reflète pas vraiment la réalité, dans la mesure où cet item n'a pas toujours été renseigné dans les fiches d'orientation et où en conséquence, l'orientation a été attribuée au médecin prescripteur.

D'autre part la procédure établie s'est heurtée au caractère limité du dispositif, l'infirmière devant orienter en priorité sur le médecin traitant, et compte tenu du nombre limité de médecins engagés dans le dispositif, il faut ensuite organiser l'orientation sur la psychiatrie.

Cependant les professionnels des secteurs scolaires et social sont très en demande et, dans la mesure où ils connaissent de plus en plus le dispositif (*cf page 18*), le nombre de demandes a régulièrement augmenté : de nombreuses demandes pour des jeunes que ces professionnels avaient repérés ont eu lieu au second semestre 2015 alors que le dispositif ne faisait plus d'inclusion et sont restées sans réponses.

A noter également qu'une patiente **a été adressée au dispositif par le réseau obésité infantile (ROI)**. La jeune fille ayant retrouvé un poids normal et adopté un mode d'alimentation équilibré, sa prise en charge n'était plus nécessaire dans le cadre du réseau obésité. Cependant, des changements dans sa situation familiale ont entraîné désarroi et souffrance psychique et le relais a été organisé entre le médecin traitant, la psychologue et les coordinatrices des deux dispositifs. La prise en charge s'est terminée de façon satisfaisante.

Critères d'inclusion ou de non inclusion

Les critères d'inclusion les plus fréquents sont «Troubles fonctionnels d'apparition récente» (cité 99 fois) et «Besoin d'un soutien pour passer un cap» (cité 97 fois)

Ils témoignent de la précocité de l'intervention dans le parcours des patients et de l'adéquation avec les objectifs du dispositif: intervenir le plus en amont possible avec un accès facilité à des soins psychologiques afin d'éviter l'aggravation des situations et l'entrée dans un parcours santé mentale long.

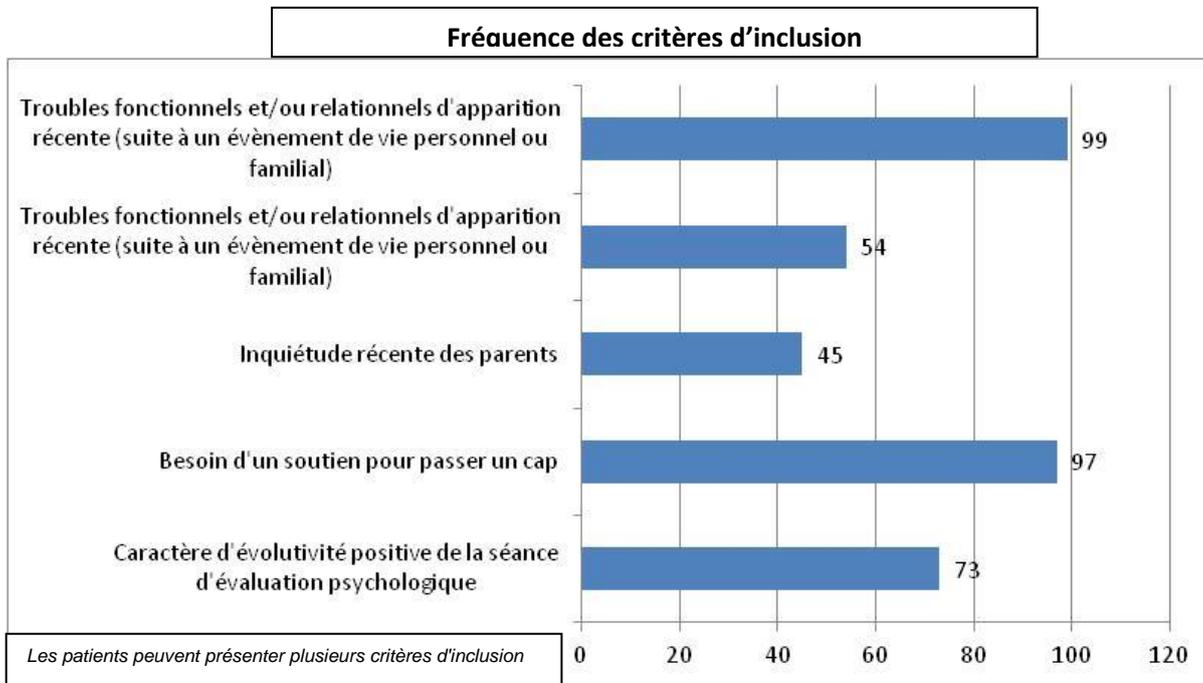


Figure 3-

Pour les 14 patients non inclus, les critères de non inclusions les plus fréquemment retrouvés sont "Atteinte concomitante de plusieurs champs relationnels", "Antécédents personnels ou familiaux importants".

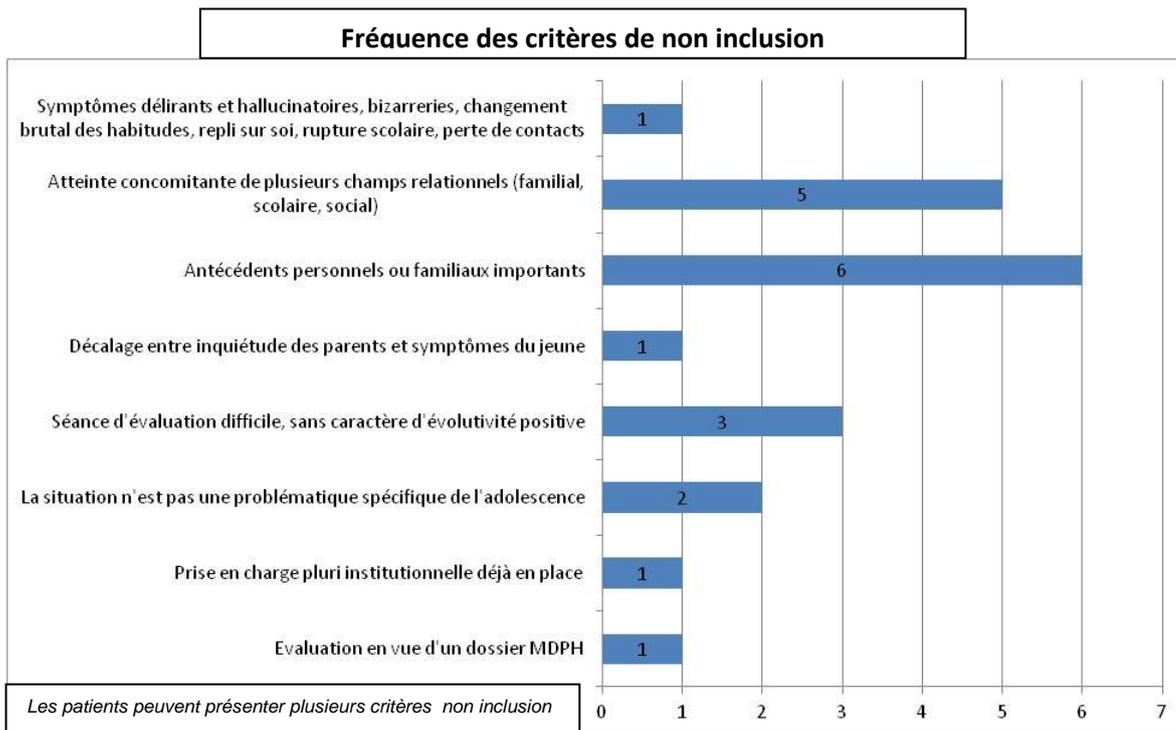


Figure 4

Le projet prévoyait qu'un patient sur 2 parmi les patients adressés ne serait pas inclus. Il s'avère que cette proportion n'est pas retrouvée dans la réalité ce qui **témoigne du fait que les critères d'inclusion définis sont suffisamment pertinents, que les professionnels du dispositif se les sont bien appropriés et que les orientations sont faites à bon escient.**

- **Protocoles prescrits en première intention**

Pour les 185 situations pour lesquelles il y a eu une consultation d'accueil avec un psychologue, **14 patients n'ont pas été inclus et 171 protocoles ont été prescrits.**

C'est le protocole 4 qui est le plus souvent prescrit (64 soit 34,5% des prescriptions). Le protocole 2 arrive en seconde position (45 soit 24,3%) puis le protocole 3 (34 soit 18,3%). Enfin, le protocole 1 a été le moins souvent choisi (28 fois soit 15,1%). Il faut noter que ce choix de la part des professionnels de santé n'est pas toujours en lien avec l'état clinique du patient mais plutôt à une précaution prise par les prescripteurs afin de ne pas compliquer le parcours s'il était nécessaire de changer de protocole en cours de prise en charge

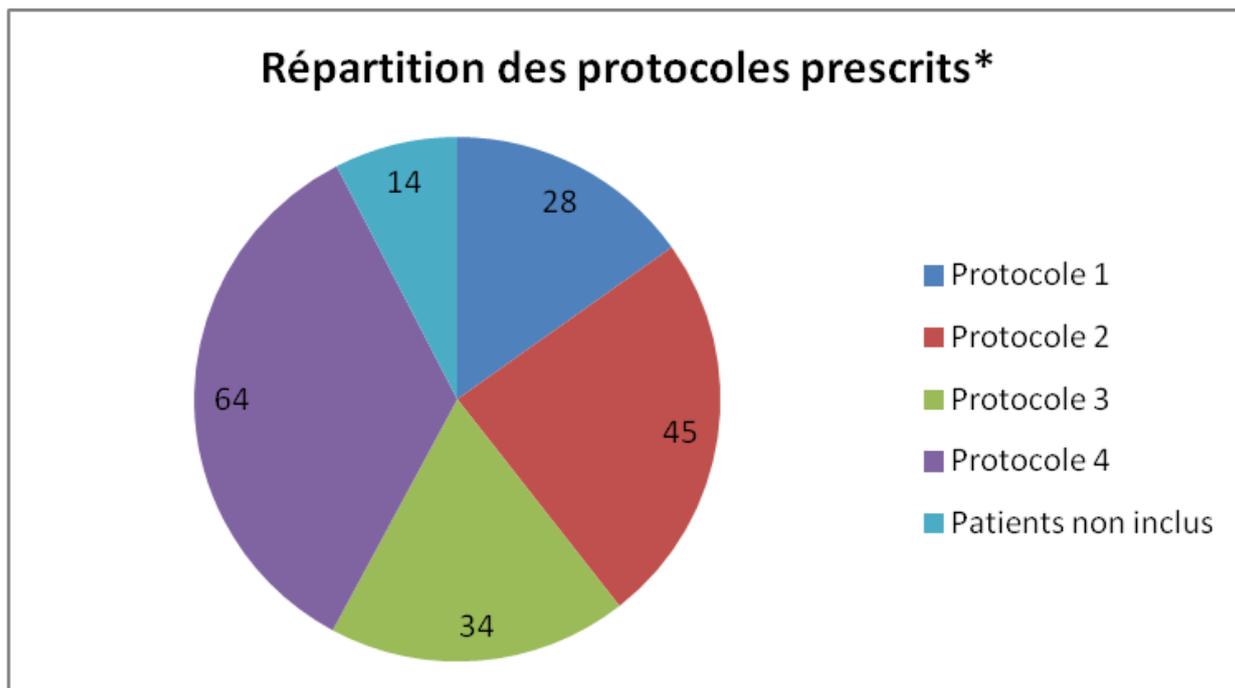


Figure 5* Il s'agit des protocoles prescrits en première intention lors de l'inclusion. Certains patients ont nécessité un changement de protocoles en cours de prise en charge (cf ci après)

Rappel :

Protocole 1: 4 cs psy de suivi pour le patient, 1 cs psy pour les parents

Protocole 2: 6 cs psy de suivi pour le patient, 2 cs psy pour les parents

Protocole 3: 8 cs psy de suivi pour le patient, 3 cs psy pour les parents

Protocole 4: 10 cs psy de suivi pour le patient, 4 cs psy pour les parents

Possibilité d'utiliser les consultations « parents » pour le patient et inversement

- **Protocoles effectués réellement**

171 parcours ont été effectués.

La souplesse prévue entre les protocoles a permis à **14 patients de changer de protocole** en cours de parcours afin de bénéficier de plus de consultations pour adapter le dispositif à leurs besoins:

2 patients sont passés d'un protocole 1 à un protocole 2;

2 patients d'un protocole 1 à un protocole 4;

1 patient est passé d'un protocole 2 à un protocole 3;

5 patients sont passés d'un protocole 2 à un protocole 4,

3 patients sont passés d'un protocole 3 à un protocole 4 ;

1 patient est passé d'un protocole 2 à un protocole 3 puis 4.

Au final, ce sont 76 patients qui ont effectué un protocole 4, 32 patients qui ont effectué d'un protocole 3, 39 patients qui ont effectué un protocole 2 et 24 patients ont effectué un protocole 1.

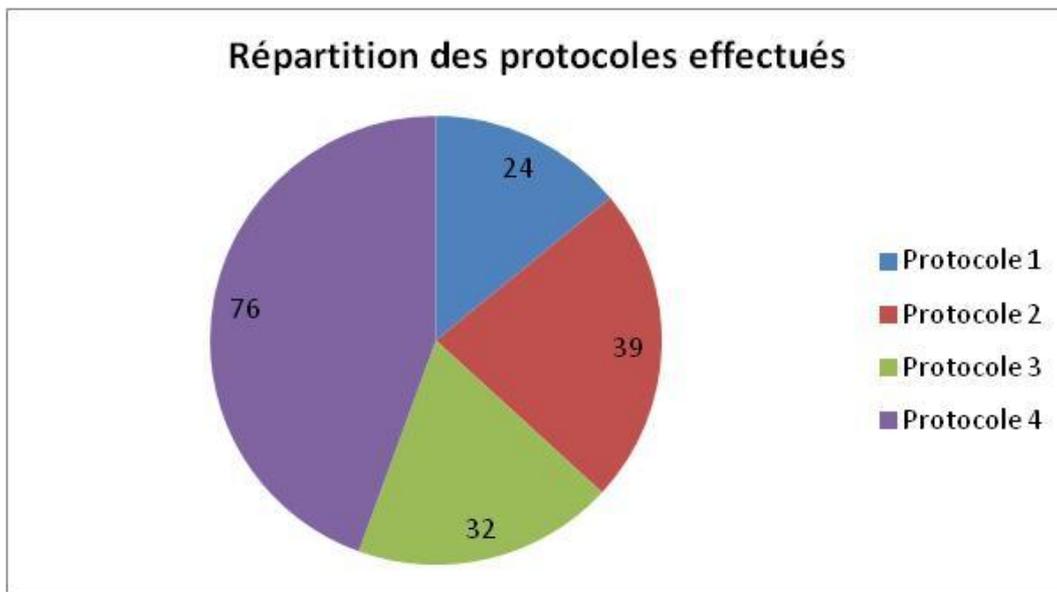


Figure 6

85 patients n'ont pas eu besoin de la totalité des consultations de suivi prévues dans le protocole qui leur a été prescrit. Dans ces conditions il n'y a pas eu passage d'un protocole à un autre comprenant moins de consultations mais simplement arrêt des consultations.

Nombre de consultations réellement effectuées

Si l'on regarde la part des protocoles qui comprennent le plus de consultations, les protocoles 3 et 4, elle est importante (près de 53%).

Pour autant, tous les patients qui ont bénéficié d'un protocole 4 **n'ont pas utilisé la totalité des 14 consultations prévues**. Sur les 76 protocoles 4 prescrits, seuls 30 ont été conduits en totalité avec 14 consultations effectuées.

Il en est de même pour les protocoles 3. mais aussi les protocoles 1 et 2. (cf ci-dessous)

Protocole	Nb de Patients	Nb total Cs attendues	Nb cs effectuées	Nb cs attendues par patient	Nb moyen de cs effectuées par patient
Protocole 1	24	120	84	5	3,5
Protocole 2	39	312	239	8	6,2
Protocole 3	32	352	237	11	7,4
Protocole 4	76	1064	810	14	10,6
Total	171	1848	1370	10,8	8

Le choix majoritaire des protocoles prévoyant un nombre conséquent de consultations n'a donc pas été inflationniste en termes de consultations : 1370 consultations de suivi ont été effectuées pour les 171 parcours au lieu des 1848 attendues.

La moyenne des cs effectuées par protocoles est inférieure au nombre de consultations prévues.

De fait, dès que le patient va mieux, le protocole est arrêté avant son terme.

Répartition par âge et par sexe

Sur les 204 patients orientés sur le dispositif, 114 soit 55,8% sont des filles et 90 des garçons soit 44,1%. La part des filles est donc dominante.

La moyenne d'âge est de 13,74 années.

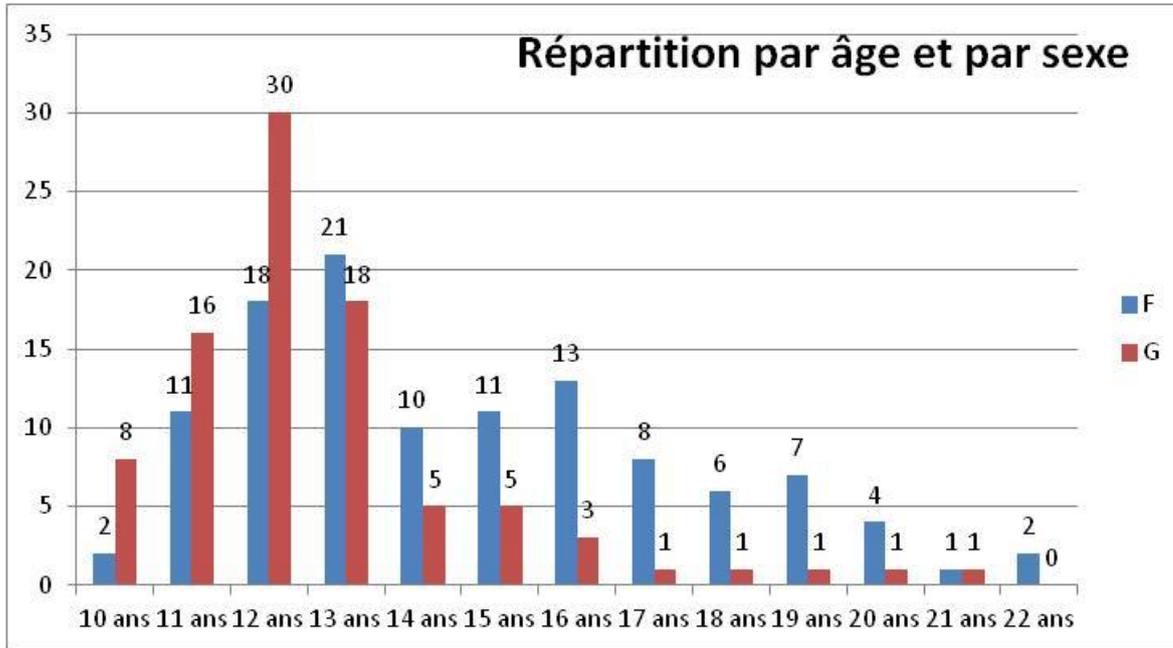


Figure 7

On note une différence d'âge par rapport au sexe assez marquée: les garçons orientés et inclus dans le dispositif sont nettement plus jeunes que les filles avec une moyenne d'âge, pour les garçons, de 12,64 années et, pour les filles, de 14,6 années.

Montée en charge du dispositif

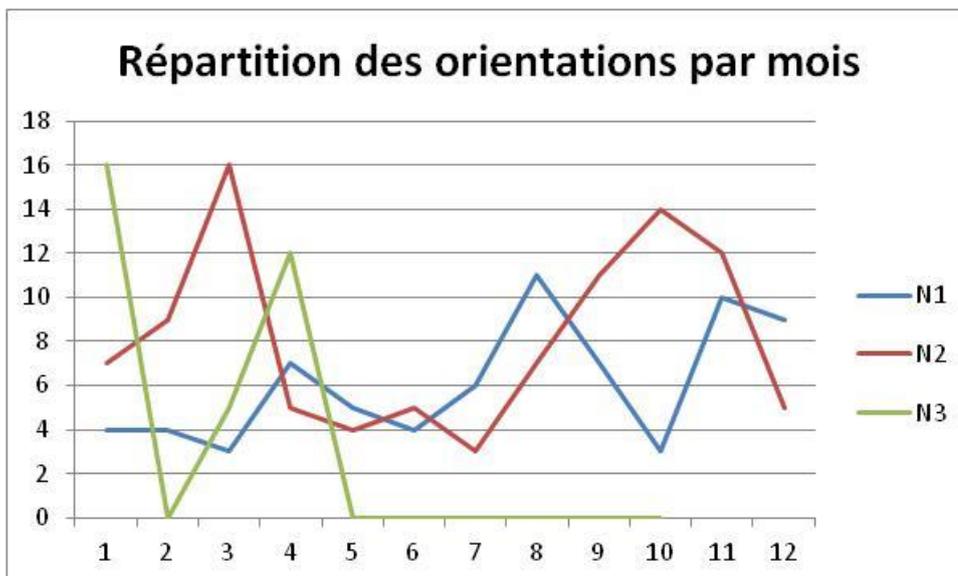


Figure 8

N1	Mars 2013	Avril 2013	Mai 2013	Juin 2013	Juil 2013	Août 2013	Sept 2013	Oct 2013	Nov 2013	Déc 2013	Janv 2014	Fév 2014	Total N1
	4	4	3	7	5	4	6	11	7	3	10	9	73
N2	Mars 2014	Avril 2014	Mai 2014	Juin 2014	Juil 2014	Août 2014	Sept 2014	Oct 2014	Nov 2014	Déc 2014	Janv 2015	Fév 2015	Total N2
	7	9	10	5	4	5	3*	6*	11	14	12	5	98
N3	Mars 2015	Avril 2015	Mai 2015	Juin 2015	Juil 2015	Août 2015	Sept 2015	Oct 2015	Nov 2015	Déc 2015			
	16	0*	5	12	0	0	0	0	0	0			33

La période des vacances d'été reste une période creuse sur les deux années pleines de fonctionnement, N1 et N2.

Dans l'attente d'une réponse sur le maintien du dispositif en début d'année 2015, les inclusions ont été stoppées au 31 mars 2015 par mesure de précaution. Après décision d'un prolongement du dispositif, elles ont été reprises au 20 mai. Ce n'est que dans un second temps que le comité de pilotage a appris la décision de clôturer le dispositif au 31 décembre 2015 et non au 28 février 2016. Le comité de pilotage a alors décidé de les arrêter définitivement au 18 juin 2015 afin d'avoir l'assurance de terminer les prises en charge en cours et de ne pas laisser des patients sans recours du jour au lendemain. (cf ci dessus page 20).

Les inclusions ont donc eu lieu sur une période de 2 mois sur les 9 mois de N3, ces 2 mois étant par ailleurs morcelés en 2 périodes séparées par une période de non inclusion .

La période de juillet à décembre 2015 a été consacrée à l'organisation de la fin des prises en charge en cours avec des réorientations pour les patients qui le nécessitaient.

2.2. REPARTITION GEOGRAPHIQUE

Répartition des professionnels de santé libéraux

Les **57 professionnels libéraux** adhérents du dispositif sont répartis sur **11 cantons ruraux et les 3 cantons d'Alès**.

Cette répartition des professionnels a permis de prendre en charge des patients résidants sur **68 communes du territoire**. (cf ci après)

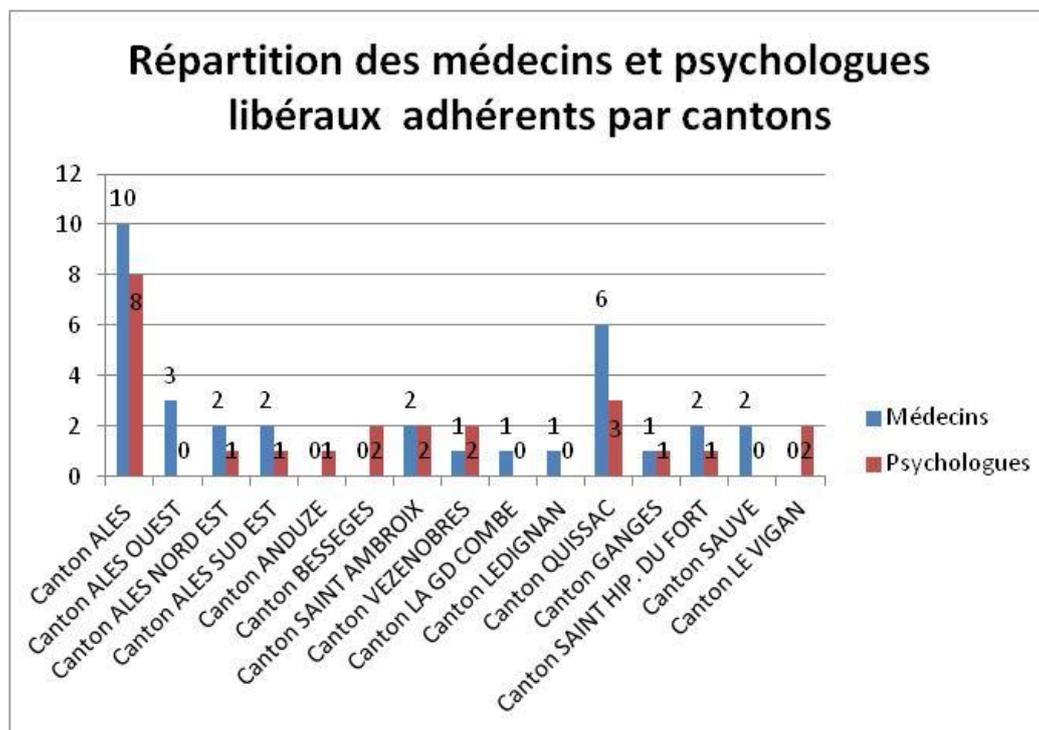


Figure 9

La majorité des professionnels sont concentrés sur la ville d'Alès et ses environs directs. Ils sont aussi, en proportion, assez nombreux sur le territoire du CMP de Saint Hippolyte du Fort (Quissac, Saint Hippolyte, Sauve) en lien avec la dynamique de proximité développée sur ce territoire éloigné (cf page 17).

Mais ils sont répartis de façon inégale : sur 7 des cantons, il y a un médecin mais pas de psychologue ou un psychologue mais pas de médecin.

Cependant, au regard de la répartition géographique des patients, cette inégalité n'a pas été un frein à l'accessibilité, les patients se sont déplacés vers le psychologue le plus proche sur un autre territoire. (cf ci-dessous).

Lieux de prescription

Plus de la moitié des patients (121 soit 59,3%) ont été orientés par un professionnel d'Alès. La part de la psychiatrie publique est importante. Ce sont en effet les pédopsychiatres du CMPEA, du CMPA d'Alès ou du CMPP qui ont orienté une grande majorité des patients pris en charge dans le dispositif: 90 patients. Les 10 médecins généralistes situés sur la ville d'Alès ont orienté pour leur part 31 patients. (cf figure ci-dessous)

Le secteur de pédopsychiatrie a bien sûr largement participé à la couverture géographique sur le plan médical avec la présence de 5 pédopsychiatres des secteurs couvrant la totalité du territoire mais avec des lieux de consultations peu nombreux sur Alès, Saint Ambroix, La grand Combe et Saint Hippolyte du Fort. En particulier le secteur du CMPEA d'Alès recouvre de nombreuses communes.

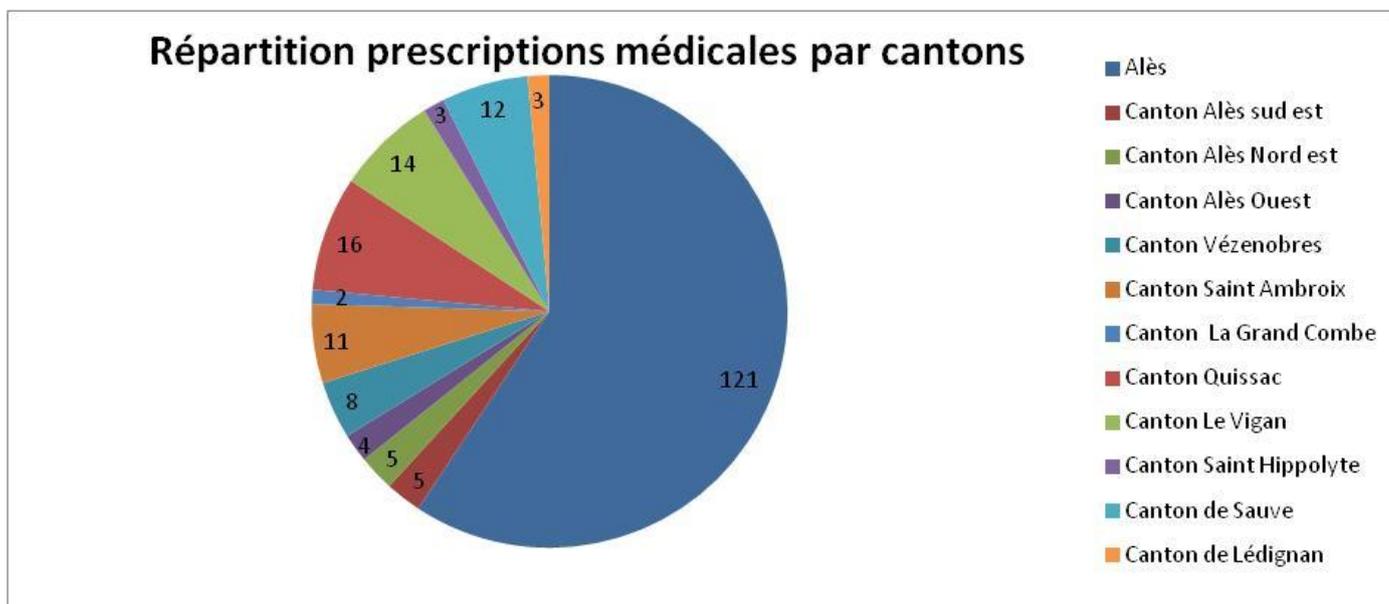


Figure 10

Lieu de prise en charge psychologique

Sur les 185 patients qui ont bénéficié d'une consultation d'évaluation psychologique dans le dispositif :

- 70 patients (69 issus du territoire d'Alès plus 1 patient issu d'un autre territoire) ont été ou pris en charge par les 8 psychologues adhérents implantés sur les cantons d'Alès (moyenne de 8.75 patients par psychologue).

- 32 patients issus du canton de Quissac ont été pris en charge par les 3 psychologues adhérents implantés sur ce canton (moyenne de 10.66 patients par psychologue).

La couverture géographique pour la prise en charge psychologique est donc plutôt bonne même si certaines zones sont moins couvertes (ex Bessèges et Saint Ambroix avec 2 psychologues adhérents implantés sur ces territoires, qui ont chacun pris en charge 11 patients).

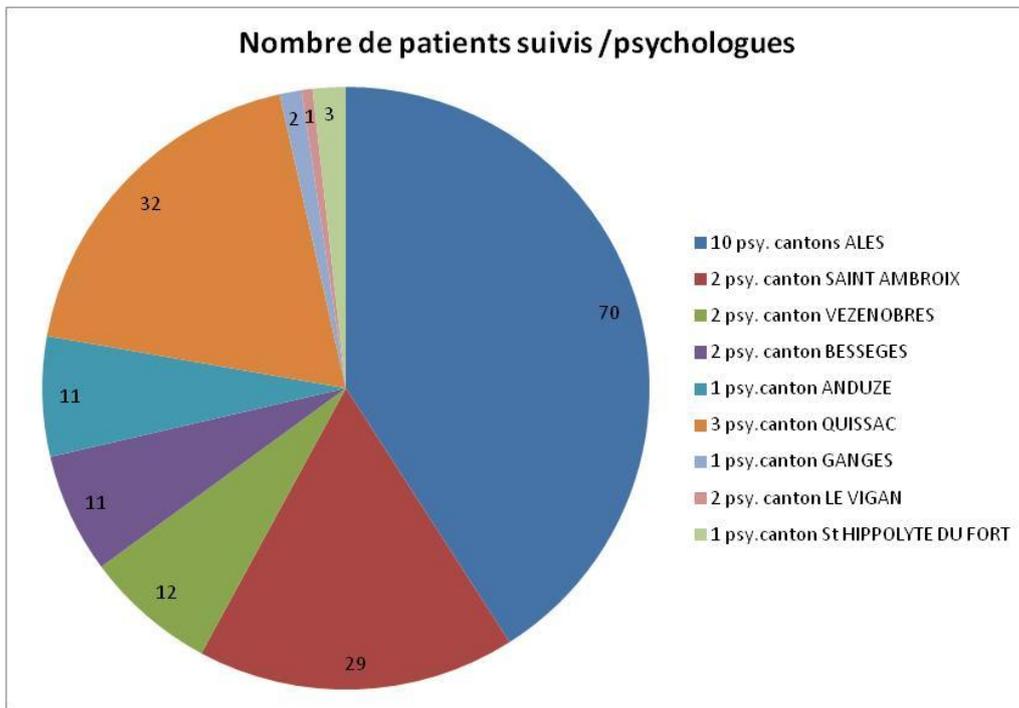


Figure 11

Répartition des domiciles des patients pris en charge par le dispositif

69 soit 37.3% des 185 patients qui ont bénéficié d'une consultation d'accueil ou d'un parcours au sein du dispositif sont concentrés sur Alès (27 soit 14,6%) et la couronne d'Alès (42 soit 22,7%) .

Les patients se sont donc déplacés vers le psychologue le plus proche sur lequel ils ont été orientés en priorité, même si les professionnels ont fait remonter la difficulté pour certains patients de venir aux consultations en raison des déplacements nécessaires.

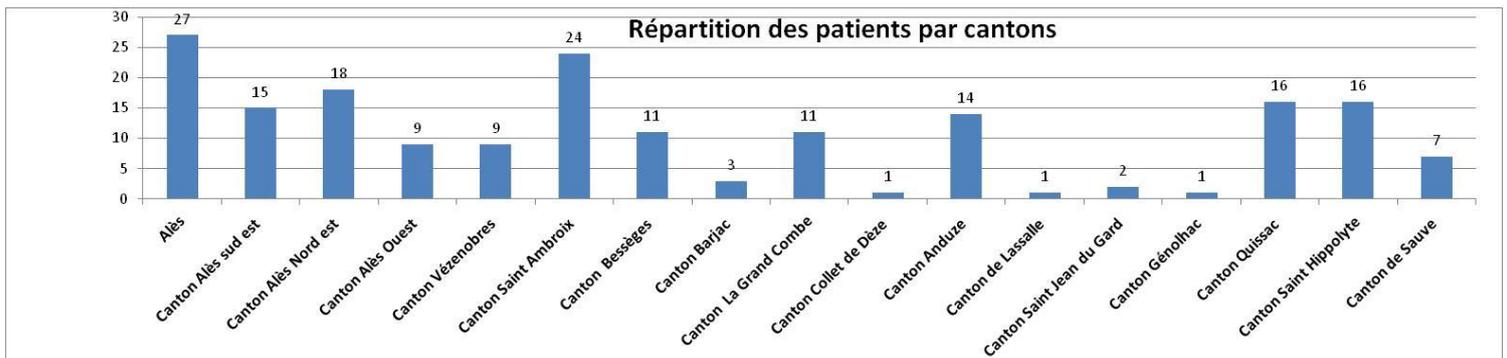


Figure 12

Note : Les 3 cantons d'Alès comprennent chacun une partie de la commune d'Alès. Sur ce schéma, la ville d'Alès a été distinguée de façon à séparer la ville elle-même et les communes qui l'entourent.

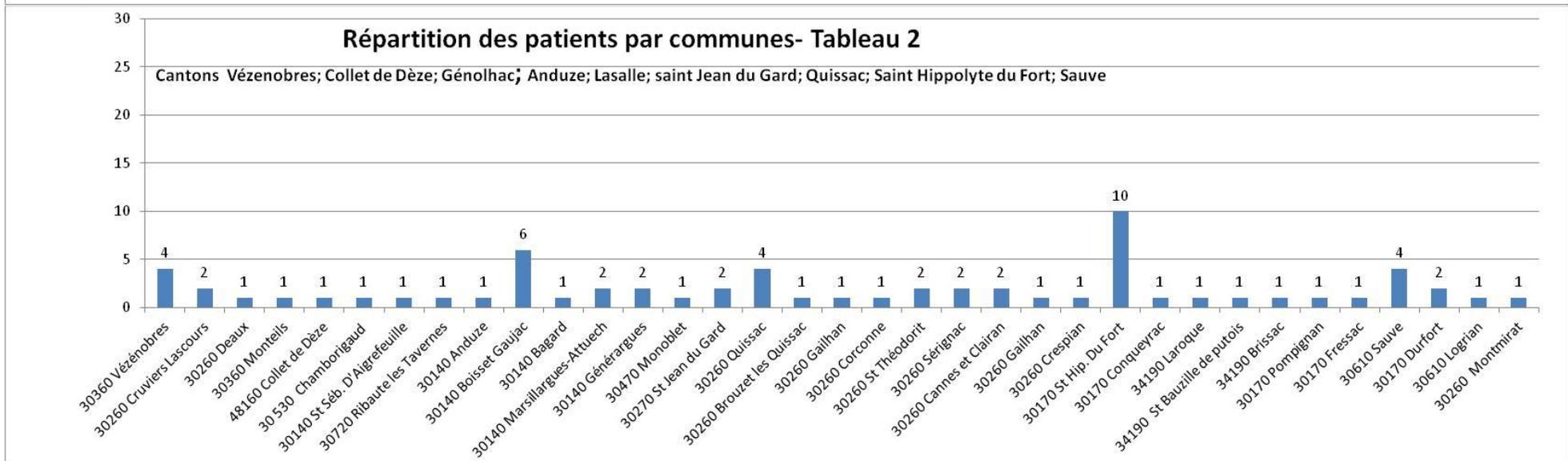
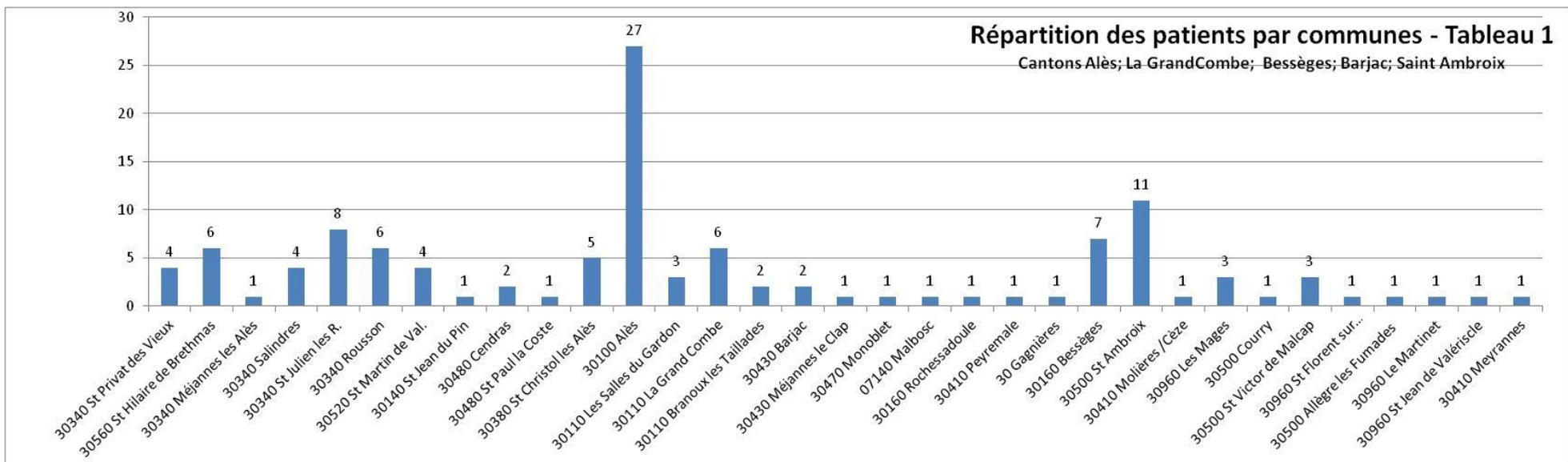


Figure 13

Répartition des patient par cantons

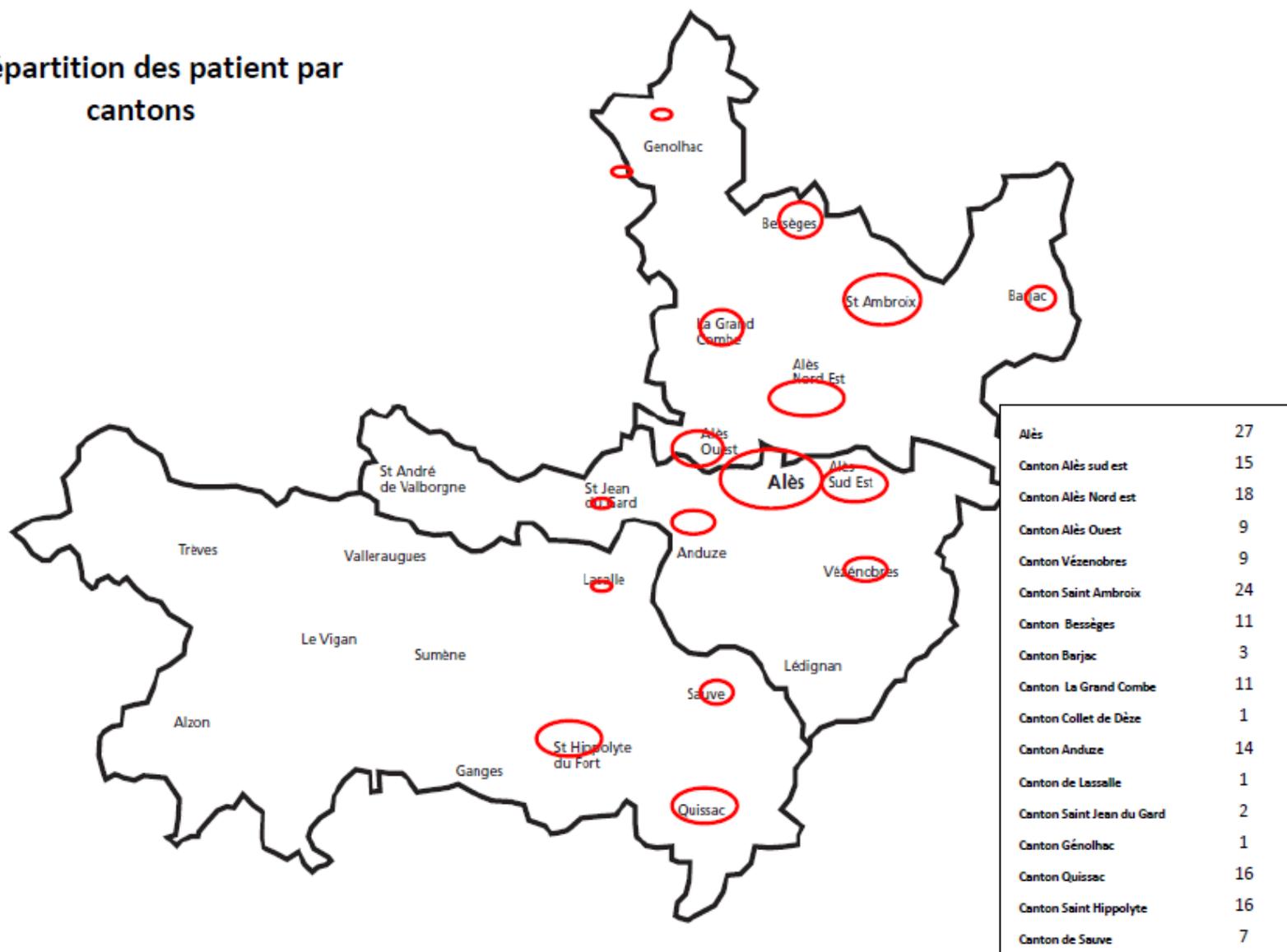


Figure 14

2.3. CARACTERISTIQUES DES CONSULTATIONS

Répartition des consultations par type

Les parcours sont composés

- d'une consultation d'évaluation qui peut être faite par un psychiatre ou un psychologue adhérent du dispositif, -
- de consultations de suivi (en nombre variable selon le protocole (*cf ci-dessus*))
- de consultations pluridisciplinaires en fonction des besoins

Sur la durée totale du dispositif, **pour les 204 patients adressés au dispositif**, il y a eu **194 consultations d'évaluation, 1370 consultations de suivi et 27 consultations pluridisciplinaires soit un total de 1591 consultations**. (*cf figure 15*)

(*Note : ces consultations n'ont pas toutes nécessité de rémunération spécifique puisque une partie des consultations d'évaluation sont réalisées par un pédopsychiatre salarié. Les professionnels salariés qui participent à une consultation pluridisciplinaire ne perçoivent pas non plus de rémunération spécifique*)

Seuls les 10 patients qui ont bénéficié d'un second parcours n'ont pas eu de consultation d'évaluation, la décision de ré inclusion dans un second parcours étant prise en fin de premier parcours, de façon concertée entre le psychologue, le médecin prescripteur et la coordinatrice du dispositif.

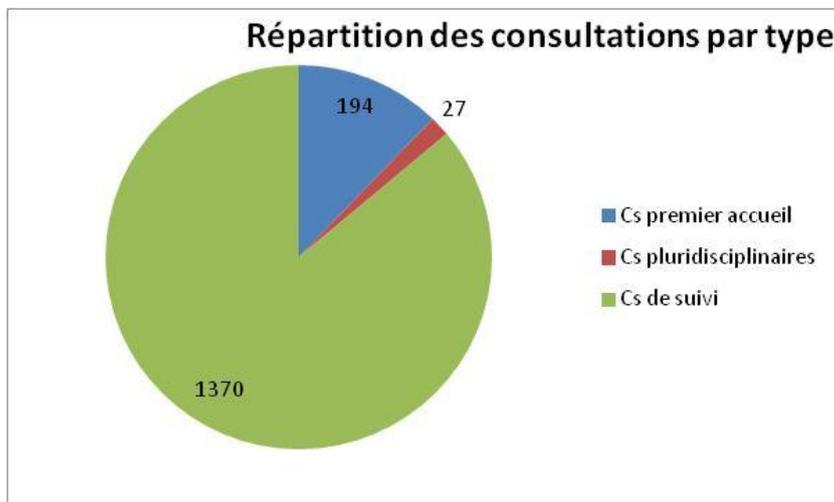


Figure 15

Les **27 consultations pluridisciplinaires** qui sont répertoriées sont les consultations pluridisciplinaires rémunérées qui ont occasionné une rencontre des professionnels avec ou sans la coordinatrice pendant le parcours d'un patient.

18 patients sont concernés par ces consultations pluridisciplinaires et certains patients ont nécessité plusieurs rencontres entre les professionnels qui l'avaient en charge : 10 patients ont nécessité 1 consultation pluridisciplinaire, 7 patients ont nécessité 2 consultations pluridisciplinaires et 1 patient a nécessité 3 consultations pluridisciplinaires.

Mais ces consultations ne **reflètent pas la totalité du travail pluridisciplinaire à l'œuvre au sein du dispositif**. Au-delà du processus d'inclusion (*cf page 11*), **le travail pluridisciplinaire** est réalisé aussi et surtout par relations téléphoniques ou en lien avec la coordinatrice. Dans la mesure où il ne donne pas lieu à rémunération et il n'y a pas de document de traçabilité dans le cadre du dispositif et ce travail n'est pas répertorié.

Le travail pluridisciplinaire est également réalisé lors des grandes **réunions cliniques** au cours desquelles ce sont les situations les plus délicates qui sont présentées et pour lesquelles un éclairage collectif apporte une aide à la prise de décision

Au total, **ce sont 40 situations cliniques** qui ont été présentées par les professionnels qui les avaient en charge (psychologue et prescripteur) et discutées **en pluridisciplinarité**. (*cf exemples de cas pages 19 et 20*)

Détail des consultations pour chaque parcours

La répartition des ces consultations pour chaque parcours est représentée dans les 4 tableaux ci après : figures 16-1 ; 16-2 ; 16-3 ; 16-4)

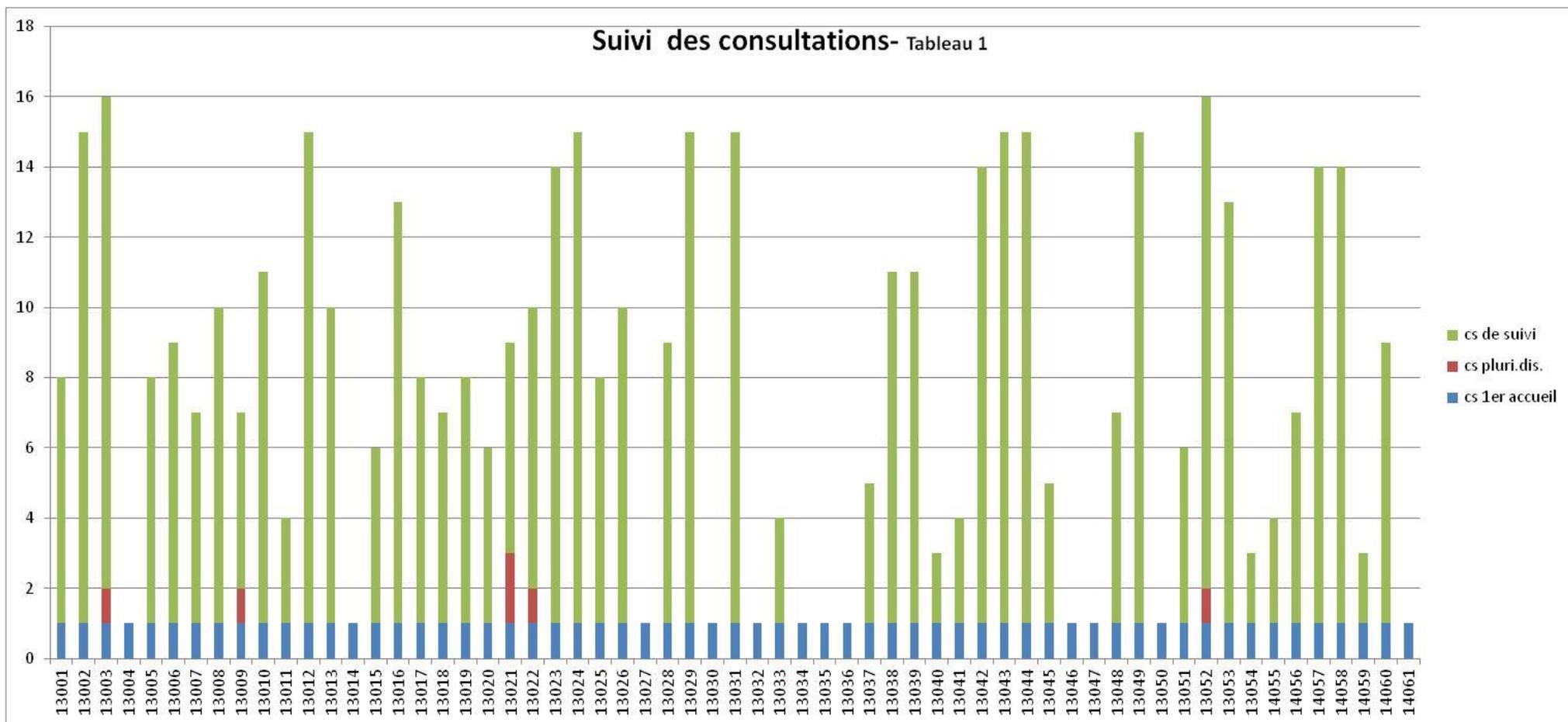


Figure 16-1

Note : Chaque patient est désigné par un code comprenant l'année d'inclusion et le N° d'ordre: 13001, 13002.... 14055.....

Suivi des consultations- Tableau 2

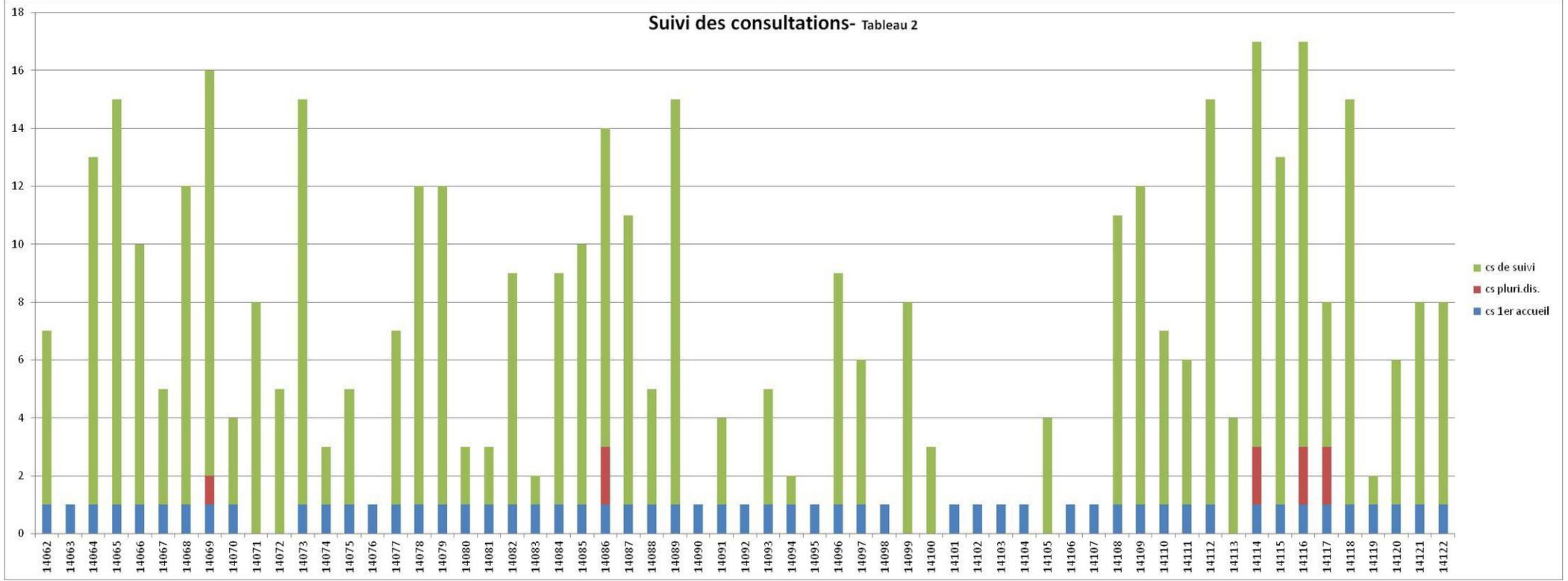


Figure 16-2

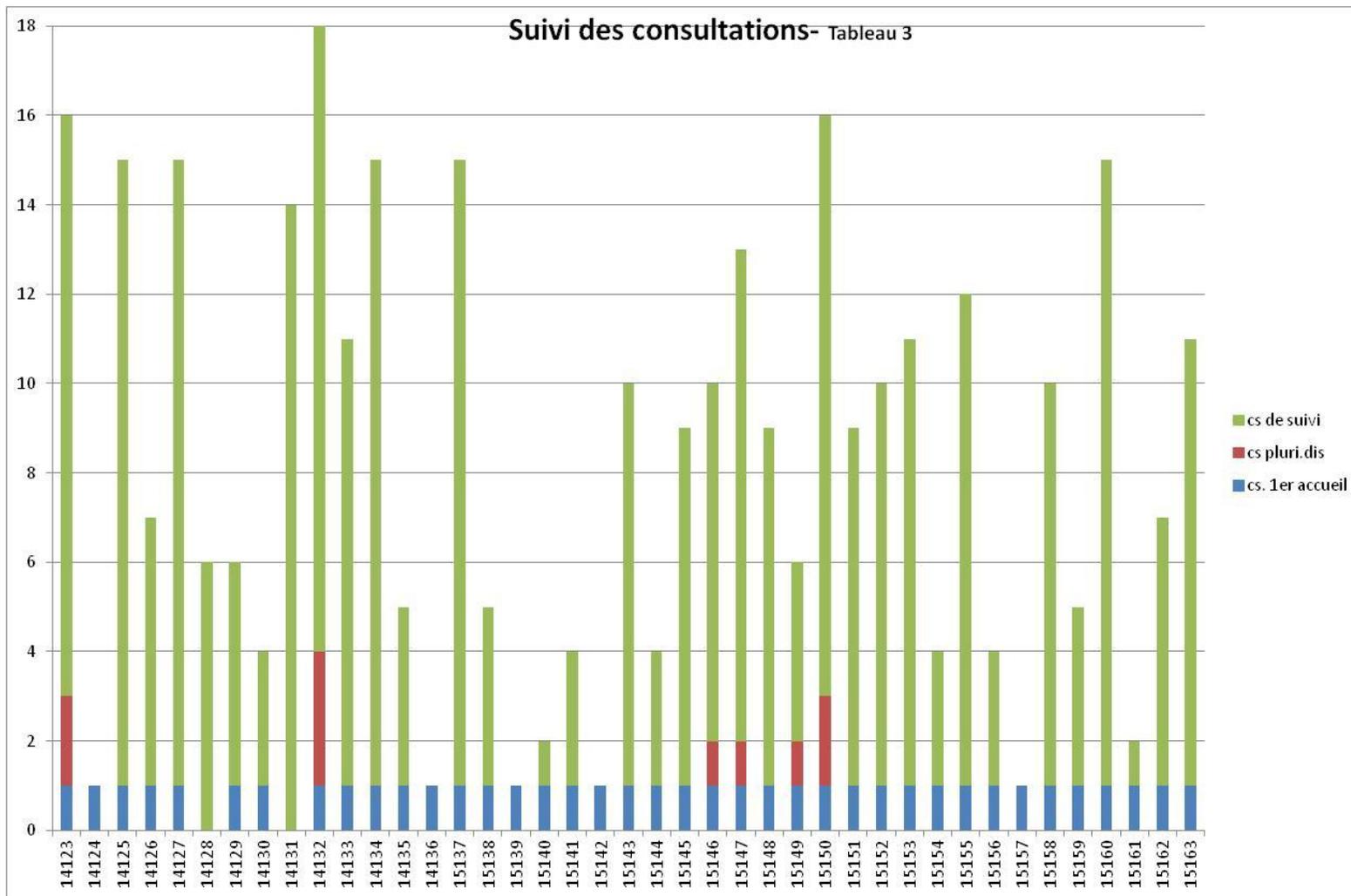


Figure 16 -3

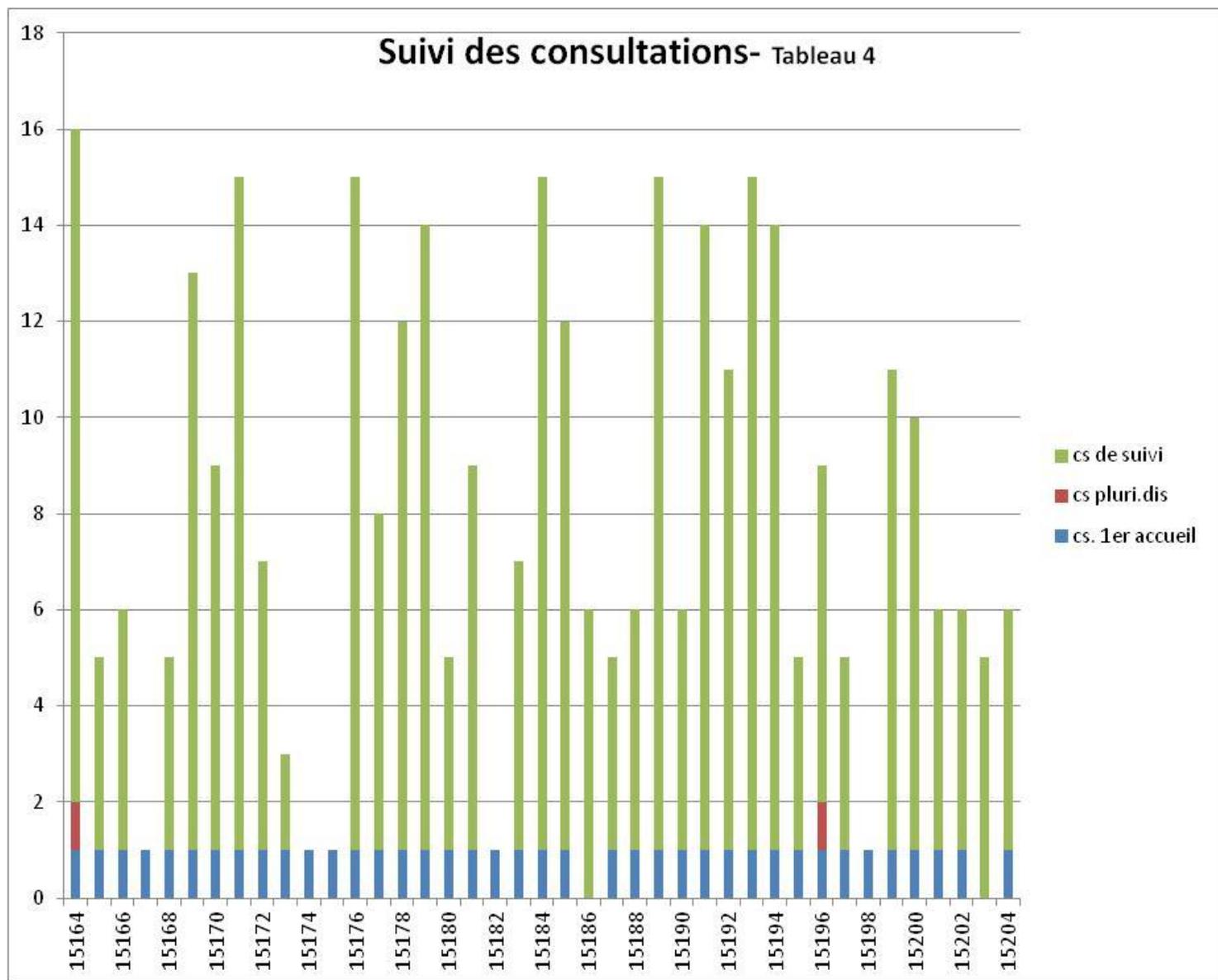


Figure 16 -4

2.4. IMPLICATION DE L'ENTOURAGE DES PATIENTS

Part des consultations avec présence d'un accompagnant

Sur les 171 protocoles, les patients qui sont venus **au moins une fois accompagnés par un proche** (88 soit 51.46%) sont un légèrement plus nombreux que les patients qui sont venus seuls à toutes les consultations (83 soit 48.5%) (cf figure 17 ci-dessous)

Note : il ne s'agit pas ici des consultations d'accueil où les parents étaient présents dans la majorité des cas afin de signer l'engagement en particulier pour les mineurs.

L'âge intervient certainement : 24 patients sont des patients majeurs. 65 patients ont plus de 15 ans.

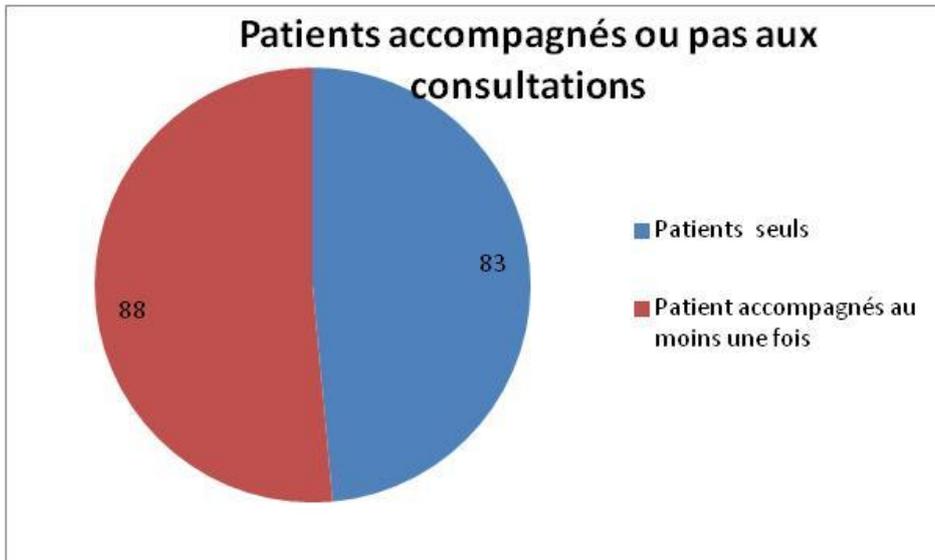


Figure 17

Qualité de l'accompagnant

Dans ces 88 parcours, 212 consultations au total ont été conduites (en partie ou en totalité) en présence d'un ou des 2 parents ou d'un accompagnant (grand parent, sœur, tuteur ou famille d'accueil)

Dans la majorité des consultations accompagnées (145) ce sont **les deux parents ensemble** (68,4%) ou **de la mère seule** (50 soit 23,5%). Les consultations accompagnées par le père seul sont peu nombreuses (9 soit 4,2%)

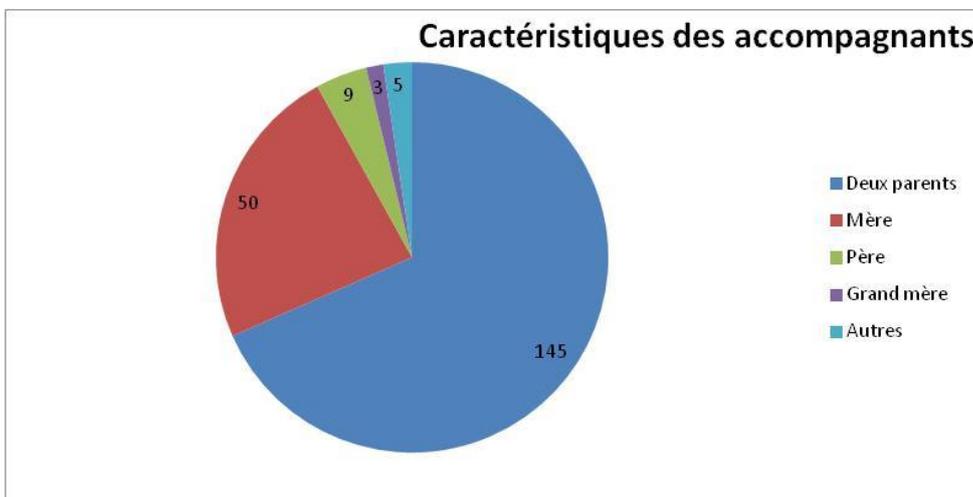


Figure 18- Autres : tuteur (3 fois), sœur (1 fois), ou famille d'accueil (1 fois)

Niveau de l'accompagnement

Dans la majorité de ces 88 parcours, les patients n'ont été accompagnés que sur une ou deux consultations (respectivement 40 et 21 soit au total 69,3% des parcours)

Pour 19 patients, les parents se sont organisés pour accompagner leur enfant ensemble ou alternativement sur la plupart des consultations.

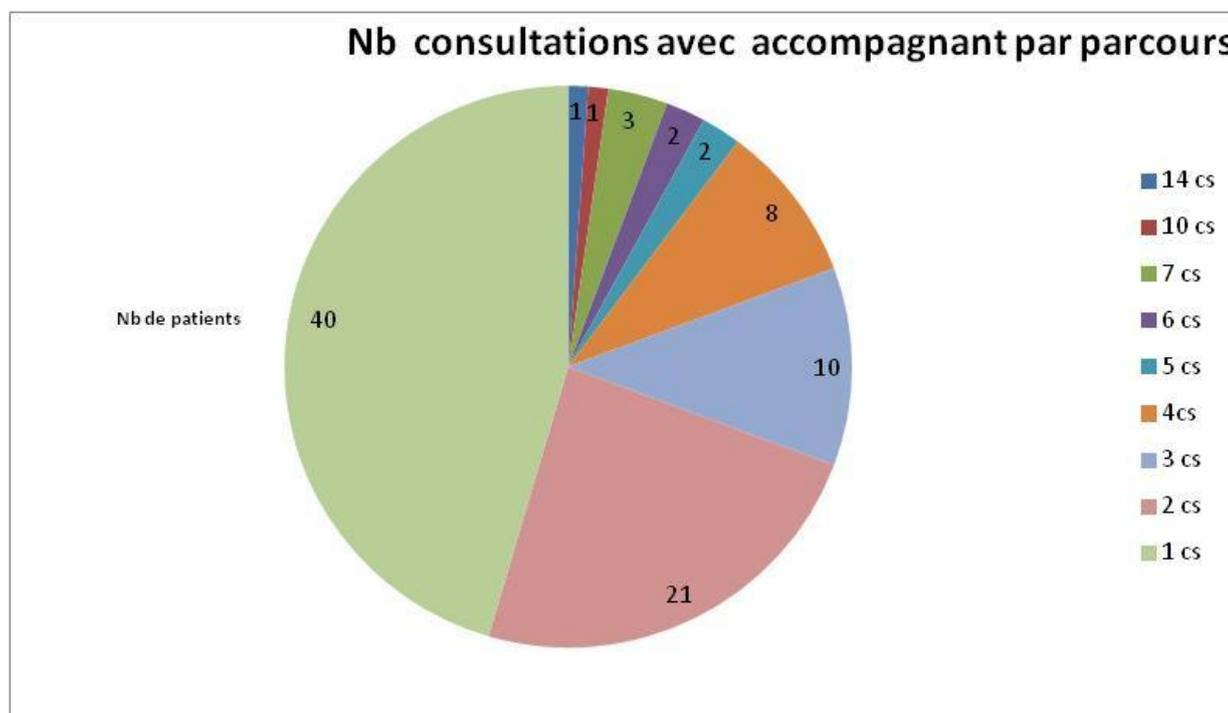


Figure 19

Soutien à la parentalité

Le soutien à la parentalité et la guidance parentale sont des éléments importants du dispositif et chaque protocole prévoit des consultations à destination du ou des parents (de 1 à 4 cs selon le protocole), consultations qui peuvent être organisées avec les parents seuls ou avec les parents et le patient.

En particulier, **9 situations ont nécessité une guidance parentale importante** avec entre 5 et 14 cs au total sur la prise en charge (consultations avec le patient et ses parents et consultations spécifiques parents).

Cependant les modalités de collecte des données ne permettent pas de discerner toutes les consultations qui concernent seulement les parents ou les consultations avec le patient au cours de laquelle le psychologue fait ce travail de guidance auprès des parents.

2.5. EVOLUTION DES PARCOURS ET DES PATIENTS

Evolution des parcours

171 parcours ont été effectués par 161 patients dans le cadre du dispositif (au-delà de la consultation d'évaluation ou d'accueil).

Note : Sur ces 171 parcours, 10 sont des seconds parcours effectués par 10 patients à l'issue d'un premier parcours au sein du dispositif (cf ci après)

(Pour rappel, la durée d'une prise en charge dans le cadre du dispositif va de 3 mois à 1 an selon le protocole prescrit et le rythme plus ou moins soutenu des consultations.)

Sur 171 parcours

- **103 patients** sont sortis du dispositif au terme de la prise en charge (**soit 60.2% de ces patients**) et présentent **une évolution de leur situation satisfaisante** sans qu'il soit nécessaire de continuer des soins psychologiques.

Parmi ces patients, **85 d'entre eux n'ont pas eu besoin** de la totalité des consultations prévues par le protocole qui leur avait été prescrit. La fin de la prise en charge a donc été anticipée, sur décision conjointe du patient, de la famille et des professionnels de santé. (*cf détails ci dessus*)

A noter qu'une patiente présentant une obésité a été orientée sur le Réseau obésité infantile pour une prise en charge diététique.

Il faut noter aussi que **des jeunes et des familles ont manifesté spontanément leur satisfaction** d'avoir pu bénéficier de ce dispositif expérimental. Ils ont adressé des remerciements par téléphone, mais aussi quelquefois par courriers ou même pour des jeunes par SMS (en particulier, une jeune fille qui quittait le dispositif en raison d'un déménagement a adressé un sms à la psychologue qui l'avait prise en charge et à qui elle avait demandé de lui indiquer un dispositif identique sur Marseille : « *d'accord tempis alors mais merci beaucoup pour votre aide jespere que ce processus va encore plus ce développer car pour mon cas sa m'a beaucoup aider Merci mille fois!* »

- **38 patients** ont été **réorientés en cours ou en fin de parcours** sur des prises en charge adaptées à leurs besoins,

- **10 patients ont été orientés sur un second parcours au sein du dispositif**, leur état clinique nécessitant le prolongement de leur prise en charge par un second parcours, toujours de plus courte durée que le premier parcours.

- **20 parcours ont été interrompus** pour différentes raisons (*cf détails des raisons ci après*)

Parmi les 10 patients qui ont effectué un second parcours,

- 8 patients ont terminé leur parcours dans un état satisfaisant (pour 6 d'entre eux sans utiliser la totalité des consultations du second protocole). A noter qu'un de ces patients a été orienté sur le Réseau obésité infantile pour une prise en charge diététique sans qu'il soit besoin d'un accompagnement psychologique supplémentaire.

- 2 patients ont été ré orientés lors de l'arrêt du dispositif afin de terminer la prise en charge et non en raison d'un besoin clinique: 1 a été orienté sur le CMPEA et 1 sur le libéral (*cf ci après*) .

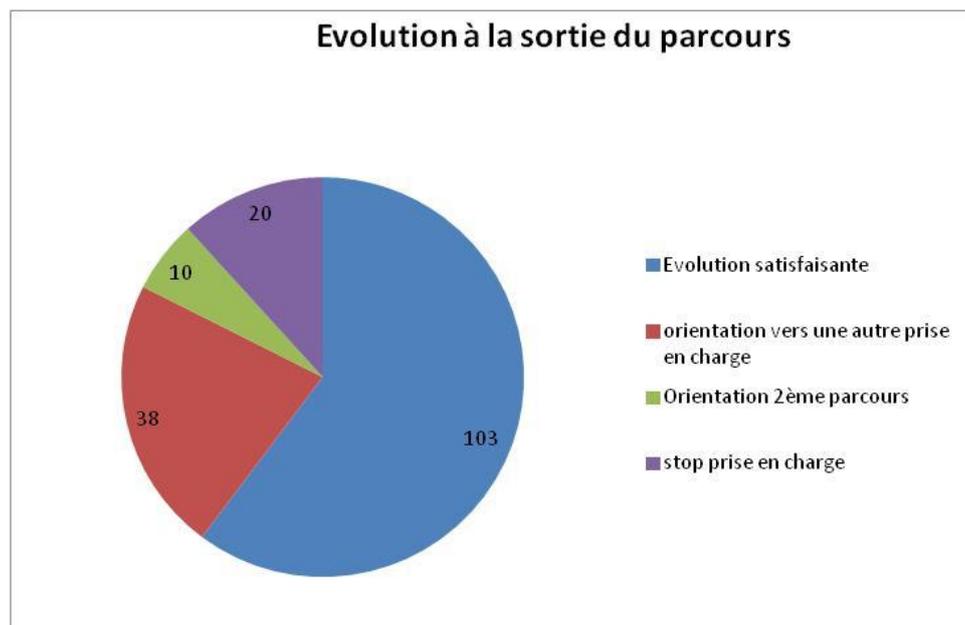


Figure 20

Evolution des patients

Si l'on considère les patients (161) et non les prises en charge (171) qui ont suivi un ou deux parcours, ce **sont 111 patients sur les 161 patients soit 68,94% des patients** pris en charge dans le cadre du dispositif qui en sont **sortis dans un état psychologique satisfaisant**.

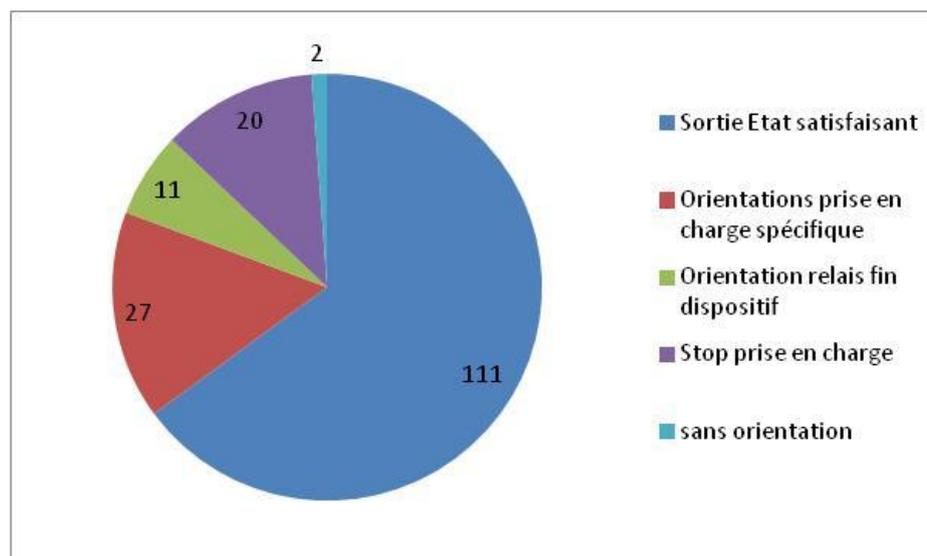


Figure 21

Si l'on prend en compte les 11 patients réorientés (*cf page suivante*) en raison de la clôture du dispositif mais qui présentaient une évolution satisfaisante de leur état clinique avec juste la nécessité de quelques séances de soins psychologiques pour consolider leur état, **cela porte à 122 le nombre des patients soit 75,7% des patients** pris en charge par le dispositif qui en sont sortis dans une **situation clinique satisfaisante**.

Détail des orientations vers des prises en charge spécifique

Sur les 38 patients orientés sur des prises en charge spécifiques en cours du parcours au sein du dispositif,

- **2 patients** ont été orientés sur une **prise en charge au CHU** de Nîmes.
- **17 patients** ont été ré orientés vers le **CMPEA** pour une prise en charge pluridisciplinaire spécialisée:
- **1 patient** a été orienté vers le **CMPP**.
- **8 patients** ont été orientés **en libéral**
- **6** ont été orientés sur des services sociaux : Aide Sociale à l'enfance(ASE), PJJ , AEMO ou famille d'accueil
- **2** ont été orientés vers un **ITEP**
- **2 patients n'ont pu être orientés** en raison de la fin du dispositif (*cf page suivante*)

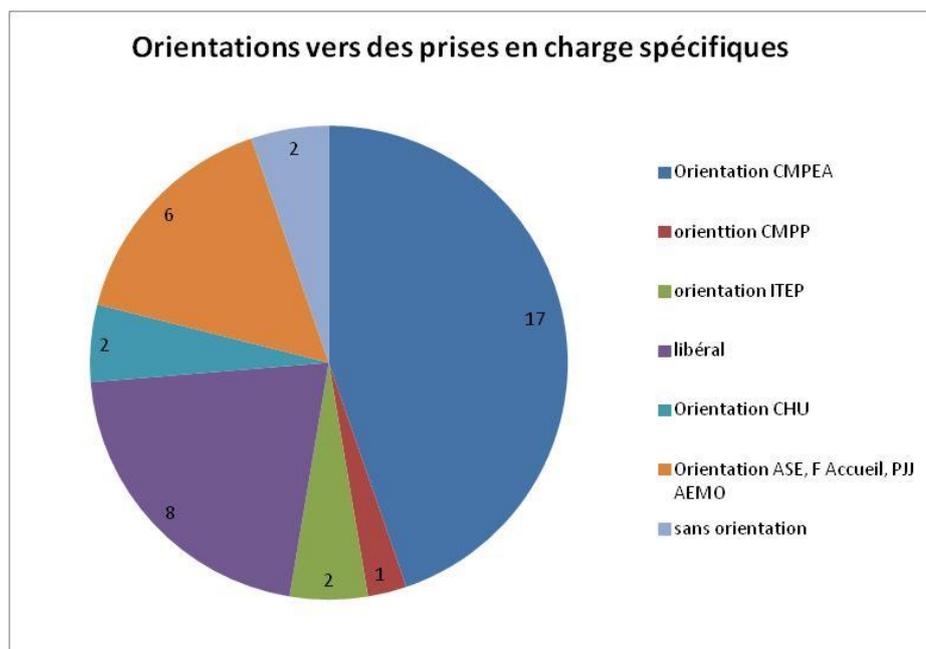


Figure 22

Impact de la clôture du dispositif

Cependant le nombre d'orientation vers le CMPEA et vers le libéral **n'est pas représentatif des besoins cliniques des patients** car il a été impacté par la nécessité d'organiser la **suite des prises en charge non terminées à la clôture** définitive du dispositif au 31 décembre.

- 150 patients sur les 161 patients qui ont bénéficié d'un ou deux parcours sont sortis du dispositif avec une prise en charge terminée au sein du dispositif. (état satisfaisant ou orientation)

- **11 patients ont été réorientés** afin qu'ils puissent terminer les soins psychologiques dont ils avaient besoin après la clôture du dispositif: sur ces 11 patients, **5 ont été orientés sur le CMPEA, 6 vers une prise en charge libérale.**

Le choix du secteur psychiatrique n'est pas du à une nécessité clinique mais au fait que les parents ne pouvaient supporter le coût d'un suivi en libéral pour mener les prises en charge à leur terme et ne pas « lâcher » ces patients sans relais.

Par ailleurs ces parcours écourtés auraient certainement eu une issue satisfaisante, dans la mesure où l'évolution était positive avec une nette amélioration.

De fait, sur les 17 patients orientés sur une prise en charge spécialisée au CMPEA, **12 seulement le nécessitaient au regard de leur situation clinique.**

Le rôle du dispositif en matière de repérage des pathologies relevant d'une prise en charge spécialisée et le rôle dans l'orientation de ces patients d'orientation sont aussi à souligner. L'orientation peut avoir lieu **lors de la consultation d'évaluation de la situation clinique ou en cours de prise en charge**. Dans tous les cas la décision est pluridisciplinaire et **l'orientation est accompagnée et rapide**. En particulier les prises en charge spécifiques ont démarré tout de suite et le dispositif participe à l'accessibilité à des soins spécifiques en santé mentale

Motifs de la sortie avant la fin du parcours

-**20 patients sont sortis du dispositif avant la fin de leur parcours au sein du dispositif (cf figure 23):**

- **6 sont sortis en raison d'un déménagement.** Parmi ces 6 patients, 1 patient est sorti dans un état satisfaisant après avoir effectué 8 consultations sur les 14 prévues. 1 a été orienté sur un service social, 1 autre a été orienté sur Resagard.

- **1 patient** est sorti en raison de son inscription dans **un internat** dans un autre département (Lozère).

- **6 patients** sont sortis en raison d'une **opposition du patient** lui-même(2), de la **mère** (2) ou du **père** (2) les effets du travail de soin entraînant une remise en question de la structure familiale

Deux d'entre eux cependant avaient effectué pratiquement la totalité du parcours prescrit (13 séances sur 14, 11 séances sur 14) même s'ils auraient nécessité une poursuite des soins psychologiques.

4 patients ont été **perdus de vue** soit à la suite de l'entretien d'accueil, soit quelques séances plus tard, sans que les rappels des psychologues n'aient eu d'effet. (0/5, 1/8, 2/14, 3/11 séances)

Enfin, **3 patients** sont sortis du dispositif en raison d'une **rupture d'alliance thérapeutique** et n'ont pas fait le choix de reprendre un suivi avec un autre psychologue.

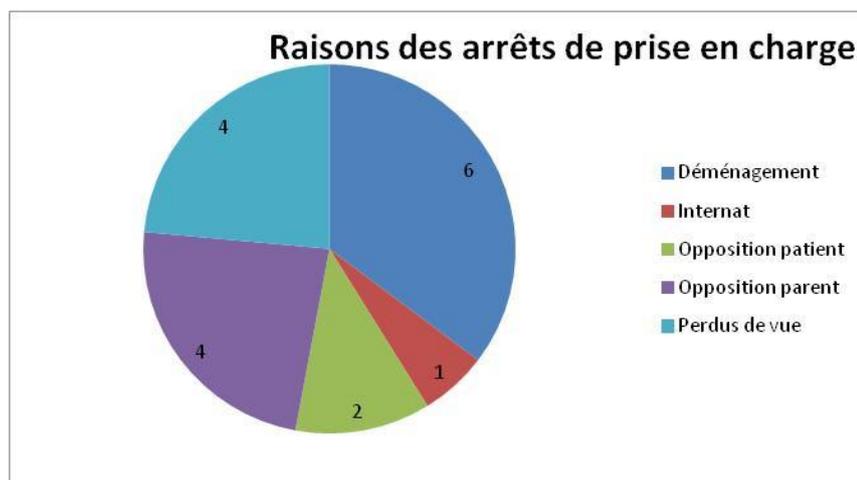


Figure 23

G- SYNTHÈSE

Synthèse

<i>Indicateur</i>	<i>Détail</i>	<i>Effectif patients</i>
Population cible	Nombre de patients que le dispositif prévoyait de prendre en charge entre le 01/03/2013 et le 31/12/2015 (en réalité jusqu'au 20 juin 2015)	217 * <i>Inclusion sur seulement 2 mois pour N3,</i>
Nombre d'inclusions examinées	Nombre de dossiers patients examinés en vue d'une inclusion (que ces patients aient été finalement inclus ou pas)	204
Nombre de patients non inclus	Nombre de patients non inclus et réorientés entre le 01/03/2015 et le 31/12/2015	14
Nombre de patients sans suite	Nombre de patients orientés qui n'ont pas donné suite	19
Nombre de patients inclus	Nombre de patients inclus entre le 01/03/2013 et le 31/12/2015	171
File active	Nouveaux patients réorientés ou inclus entre 1/03/2013 et le 31/12/2015 (30) + patients inclus en N1 et N2 et encore présents au 1er mars 2014 (61)	171
Situation au 31 /12/2015	Nombre total de patients présents dans le dispositif au 31/12/2015	11 (avec orientation pour terminer le suivi)
Sortie Etat satisfaisant	Fin de prise en charge	122

H- CONCLUSION - PERSPECTIVES

Des résultats très positifs pour les patients pris en charge...

Les résultats pour les patients sont réels.

Sur 161 patients sortis du dispositif, on note que pour 111 des patients soit 68,9% d'entre eux la prise en charge se termine avec **une évolution satisfaisante**. Si l'on prend en compte les 11 patients qui n'ont pu terminer leur prise en charge au sein du dispositif mais dont l'évolution était positive, **cela représente 122 patients soit 75,7% des patients en situation de souffrance psychologiques qui ont pu bénéficier d'une prise en charge précoce et rétablir des liens constructifs avec leur entourage (parents, école, amis...) et éviter une aggravation de leur situation**. Les durées de prise en charge dans le cadre du dispositif sont courtes : elles varient de 3 mois à 1 an selon le protocole prescrit et selon le rythme plus ou moins soutenu des consultations.

Pour les patients qui ont été orientés vers une prise en charge spécifique, adaptée à leurs besoins, le bénéfice est aussi réel: **l'orientation réalisée dans le cadre du dispositif est rapide, accompagnée**, qu'elle ait lieu au moment de la prise en charge ou en cours de parcours.

Le dispositif répond bien aux objectifs fixés: repérage précoce, (12 à 14 ans en moyenne) **accès** à des soins spécifiques de façon **rapide** avec des **circuits courts** et **prévention de l'aggravation** de difficultés psychologiques.

Enfin, chaque fois que cela a été nécessaire et possible, le dispositif a permis de mettre en place un soutien à la parentalité ou une guidance parentale bénéfique pour les patients. Il répond donc aussi aux **objectifs de facilitation et d'amélioration de la prise en charge des parents des enfants en souffrance psychique.**

Un travail en réseau facilité et encouragé...

La coordination des professionnels autour de chaque prise en charge est améliorée et le rôle de soutien de la coordination du dispositif est très apprécié par les professionnels avec en particulier un rôle de soutien à la prise de décision.

Ce soutien est complété par les réunions cliniques qui constituent un espace d'échanges et de travail pluridisciplinaire et un lieu de formation, d'étayage et de soutien à l'exercice libéral.

Le dispositif n'est pas isolé, et les prises en charge se font en lien avec l'ensemble des acteurs locaux du territoire (Services sociaux, ASE, Education nationale, santé scolaire, secteur de psychiatrie...) .

Il faut noter aussi que les professionnels eux-mêmes estiment avoir **changé de posture** au regard des troubles psychologiques ou du mal être des jeunes : **ils n'évitent plus la question** comme ils le faisaient mais, dès lors qu'ils ont les moyens d'apporter une réponse, **ils se sentent en capacité de prendre en charge les problématiques de santé mentale chez les jeunes.**

Le dispositif s'est efforcé d'avoir une **couverture géographique** la plus complète possible et l'origine géographique des patients en témoigne. Mais le nombre forcément limité de professionnels a cependant constitué un frein à une égalité territoriale d'accès aux soins.

Par contre, le fait que les **consultations psychologiques soient prises en charge comme tout acte de soins réduit clairement le renoncement aux soins** et remplit l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé.

Pour autant, cette facilité d'accès à des soins psychologiques n'a pas pour conséquence une «inflation de consultations» et les patients, dès que leur état est satisfaisant, stoppent le protocole, en accord avec le psychologue. Seuls 10 patients ont nécessité la reconduction d'un protocole afin de consolider leur progression. Il apparait clairement que **le parcours coordonné garantit aussi la maîtrise des coûts.**

Mais en parallèle des freins qui créent un décalage avec le reste du territoire...

Ce dispositif expérimental forcément restreint sur le nombre de professionnels engagés et le nombre de prises en charge possibles a cependant été en permanence "en tension" compte tenu **des besoins du territoire pour la prise en charge précoce des jeunes en souffrance psychique.**

Il a fallu trouver un équilibre entre développement du dispositif et nécessité de gérer l'enveloppe financière limitée. Il a fallu à la fois communiquer et limiter l'accès alors que les besoins sont importants.

Les différents professionnels qui ont en charge des jeunes (collèges, lycées, prévention spécialisée, réussite éducative...) sont très en demande: **ce dispositif constituait une réponse à portée de main, réponse à laquelle ils n'ont eu que difficilement accès puisque l'expérimentation ne leur était pas destinée...**

Par ailleurs, la majorité des médecins du territoire ne connaissait pas ce dispositif expérimental du fait de son caractère volontairement restreint. Ils ont donc continué d'adresser leurs patients sur le secteur, faute d'autres possibilités connues, et ceux-ci ont alors été inclus par les pédopsychiatres. Cela limite la rapidité d'accès aux soins psychiques offerts par le dispositif pour ces patients qui, ainsi, sont toujours pris en charge en première intention par le secteur psychiatrique. Le résultat attendu de désengorger le secteur de la psychiatrie publique est donc que difficilement évaluable dans ce contexte.

Les attentes sont très fortes vis-à-vis d'une reprise et d'une extension du dispositif à davantage de professionnels et de patients.

Liste des annexes

- Annexe 1- Charte du dispositif
- Annexe 2- Document d'information du patient
- Annexe 3 - Engagement du patient
- Annexe 4 - Engagement des médecins libéraux (
- Annexe 5 - Engagement des psychologues libéraux
- Annexe 6 - Critères d'inclusion
- Annexe 7 - Fiche d'orientation
- Annexe 8- Fiche d'inclusion et protocoles
- Annexe 9 - Fiche de liaison
- Annexe 10 - Bilan d'activité N1
- Annexe 11 - Bilan d'activité N2
- Annexe 12 - Fiche 1 orientation corrigée
- Annexe 12 bis - Fiche engagement patient modifiée
- Annexe 13 - Information infirmières EN et procédures d'inclusion