

Ecole Supérieure Montsouris

Université Paris Est Créteil Val-de-Marne



Hospitaliser un adolescent en psychiatrie dans le département de l'Eure

Antoine HOUEL

MTMOS

2013-2014



TABLE DES SIGLES

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-Soignant(e)

ASHQ : Agent de Service Hospitalier Qualifié

CAC : Centre d'Accueil et de Crise

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CHIES : Centre Hospitalier Intercommunal Eure Seine

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CMP : Centre Médico-Psychologique

DRH : Direction des Ressources Humaines

ETP : Equivalent Temps Plein

ESMS : Etablissement sanitaire et Médico-sociaux

GOLC : Groupe Opérationnel Local de Concertation

HDJ : Hôpital de Jour

IDE : Infirmier (e) Diplômé(e) d'Etat

INSEE : Institut National de Sondage et d'Etudes Economiques

ISP : Infirmier de Secteur Psychiatrique

MAS : Maison d'Accueil Spécialisé

MDA : Maison des adolescents

NHN : Nouvel Hôpital de Navarre

PTD : Programme Technique Détaillé.

SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale

SROS : Schéma Régional de l'Organisation des Soins

UMAH : Unité Mobile pour Adolescents Hospitalisés

URHEA : Unité Régionale d'Hospitalisation pour Enfants et Adolescents

Sommaire

I. Hospitaliser un adolescent ?	1
A. Qu'est-ce qu'un adolescent en 2014 ?	1
1. L'adolescence	1
2. L'adolescent d'aujourd'hui	2
B. L'aspect juridique et éthique	4
C. Les recommandations de l'HAS et bonnes pratiques	7
I. L'hospitalisation en psychiatrie des adolescents de l'Eure – Le contexte	8
D. La région Haute-Normandie	8
1. Présentation	8
2. L'offre de soin en Haute-Normandie	9
3. L'organisation de la psychiatrie en Haute-Normandie	11
E. Le département de l'Eure :	19
1. Le point sur la psychiatrie dans le département	19
2. Le Nouvel Hôpital de Navarre	20
3. Le projet d'établissement	22
4. Le Pôle départemental de psychiatrie de l'enfant et de l'Adolescent	23
a) Historique	23
b) Le projet du Pôle	24
F. L'hospitalisation des Adolescents en psychiatrie	25
1. Au niveau national	25
2. Au niveau régional	26
3. Pour le département de l'Eure	29
4. Le parcours du patient (recours à l'hospitalisation)	30
II. Les rapports de la MNASM	32
A. Un déficit de lits pour la région	33
A. Trois critiques en défaveur d'une implantation dans l'Eure	37
1. Une démographie médicale fragile	37
2. Un projet architectural inadapté	37
3. Un développement préalable de l'ambulatoire	38
III. Des réponses aux rapports :	38
A. Une démographie médicale stabilisée	38
B. Un projet architectural réalisé	40
C. La création d'un dispositif ambulatoire	41
1. Le GOLC (Groupe Opérationnel Local de Concertation)	42
a) Bilan depuis la création	43

2.	Analyse du fonctionnement de l'équipe mobile pour adolescents	44
a)	l'activité après un peu plus d'un an de fonctionnement	45
b)	Les évolutions à venir	47
3.	Analyse du fonctionnement de la Plateforme pour Adolescents	47
a)	L'analyse de l'activité après un an de fonctionnement	48
b)	L'analyse de la satisfaction des partenaires	49
(1)	En interne	49
(2)	Le médico-social	51
c)	Une comparaison avec l'UMAH en Seine Maritime	52

IV. Création d'une unité régionale d'hospitalisation temps plein pour adolescents dans l'Eure 55

A. Les objectifs 56

B. Un plan d'action 57

1.	Une coopération régionale	57
a)	Une organisation régionale et la formalisation de procédures	58
b)	Une contribution à un travail commun pour la création d'une nouvelle unité régionale	59
2.	Une démarche institutionnelle	59
a)	Convaincre l'ARS	59
a)	Un projet du Pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'Eure, un médecin porteur de projet	60
b)	Pertinence de l'hospitalisation	61
c)	Une articulation avec les autres unités d'hospitalisation du NHN	62
d)	Une communication interne et externe du projet	63
3.	La budgétisation du projet	64
a)	Les agents(nombre et compétences)	64
b)	L'équipement	66
4.	Recrutement et compétences	67
a)	La constitution d'une équipe autour d'un projet	67
b)	Les fiches de poste	68
c)	Le lien avec l'éducation nationale	69

V. La finalisation du projet 69

A. Les étapes du projet 69

B. Les critères d'évaluation du projet 70

C. Les limites du projet 71

1.	Les limites institutionnelles	71
2.	Au niveau régional	72

VI. Conclusion 73

VII. Bibliographie _____

VIII. Annexes _____

Preamble:

Cadre de santé depuis 2004 sur le Pôle départemental de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'Eure j'ai choisi de réaliser mon projet managérial de ce Master II à propos du recours à l'hospitalisation complète en psychiatrie pour les adolescents du département.

En effet, depuis de longues années, et déjà quand étudiant j'ai travaillé au sein de l'hôpital de Navarre en tant qu'ASH en 1978, les quelques adolescents qui nécessitaient une hospitalisation à temps complet en psychiatrie étaient accueillis dans les unités pour adultes faute de mieux...

Aujourd'hui, plus de trente-cinq ans plus tard, des adolescents souffrants de troubles psychiatriques se trouvent hospitalisés dans des services de vingt-cinq lits accueillants des adultes en souffrance.

Les propos des soignants récurrents et parfois virulents :

« Il est insupportable que des adolescents côtoient des adultes souffrants de maladies psychiatriques graves »

Ou encore,

« C'est scandaleux de voir un enfant de onze ans et demi dans la même unité qu'un vieux schizophrène potentiellement dangereux »

n'ont pas permis à ce jour qu'une solution adéquate soit apportée dans notre établissement, face à ce constat.

Après avoir été, depuis 2006, moteur et pilote pour l'ouverture de structures dédiées aux adolescents de l'Eure (Création d'un CATTP adolescents, d'un Hôpital de jour départemental pour adolescents¹, d'une maison des adolescents, d'une équipe mobile pour adolescents et d'un dispositif départemental d'appui et d'évaluation pour adolescent ouvert en 2013) je souhaite aujourd'hui, au travers de ce projet, ayant reçu lettre de mission² du Pôle départemental de l'enfant et de l'adolescent de l'Eure, être force de proposition afin de pouvoir contribuer, si possible, à un accueil adapté pour l'hospitalisation des adolescents de l'Eure en psychiatrie.

¹ <http://www.chs-navarre.fr/userfiles/file/Jin72.pdf>

² Voir annexe 1

Oui, il existe des écueils, oui, vous le lirez, des questions restent en suspens, mais je me propose avec l'écriture argumentée de ce projet d'éclairer et de fédérer les personnes qui pourront agir sur les décisions futures, afin de changer radicalement l'accueil en hospitalisation psychiatrique des adolescents, vivant dans le département de l'Eure, et de leurs famille.

Enfin, je crois en la faisabilité de ce projet en termes humains, financiers et institutionnels car il m'apparaît nécessaire de construire une étape supplémentaire, dans le parcours de soin en psychiatrie pour les adolescents du département de l'Eure

I. Hospitaliser un adolescent ?

A. *Qu'est-ce qu'un adolescent en 2014 ?*

1. L'adolescence

A l'adolescence s'associe bien souvent l'image d'un carrefour ou encore d'une passerelle entre deux mondes : celui de l'enfance qu'on laisse derrière soi et celui de l'adulte qui se construit pas à pas. Ce concept est relativement récent. Ce n'est que vers la fin du XVIIIe -début XIXe siècle que l'adolescent moderne fait son apparition dans la littérature (P.ALVIN, 2005, p3). Werther DE GOETHE, à la fin du XVIIIème siècle, consacre un large développement à cette transformation intérieure (F. DOLTO, 1988, p51). Jusqu'alors la période adolescente n'était pas caractérisée, on passait de l'enfance à l'âge adulte sans autre dénomination intermédiaire.

Cette notion est également évolutive. La définition de l'adolescent aujourd'hui n'est pas la même qu'hier et peut être sera-t-elle encore différente demain. Mais, comme le signale P.ALVIN (2005, p3) : « les réelles différences ne sont-elles pas surtout imputables à celles des contextes socioculturels ? »

Par ailleurs, l'adolescence représente le moment où s'installent diverses pathologies (troubles du comportement, anorexie mentale), où se déséquilibrent certaines maladies chroniques (diabète) et où se fixent de nombreuses démarches de prévention.

Parallèlement, il semble que les professionnels de santé se sentent souvent désarmés face à ces adolescents en proie à de multiples bouleversements.

L'histoire montre que l'adolescent, présenté souvent comme un sujet d'opposition, fait l'objet de vives critiques. « Notre jeunesse est mal élevée. Elle se moque de l'autorité et n'a aucune espèce de respect pour les anciens » (PLATON IVème siècle avant J.-C. cité par P. ALVIN, 2005, p3). Encore aujourd'hui, l'imaginaire collectif reprend cette image d'un jeune irrespectueux, agressif, en rébellion, Comme le souligne F. MARTY psychologue clinicien et psychanalyste (2004, p57) « Grandir est un acte agressif » et la communication de l'adolescent avec l'adulte est souvent difficile : « il a envie, pendant des temps variables, qu'on le laisse en paix, manifestant un refus d'échanger. En même temps il désire qu'on le comprenne, qu'on partage avec lui des désirs et des émotions qu'il a lui-même peine à verbaliser ». (H. HAREL-BIRAUD, 1994, p65)

Les définitions n'ont eu de cesse d'évoluer à travers l'histoire. Encore aujourd'hui, il s'agit d'une période difficile à circonscrire selon les aspects considérés (biologiques, sociologiques, psychiques, culturels, etc.).

L'OMS définit comme adolescent tout individu de 10 à 19 ans. Une circulaire de la Direction Générale de la Santé précise « s'il est difficile de définir l'adolescence en terme chronologique, en pratique doivent être considérés comme adolescents les patients âgés de 13 à 19 ans, étant entendu que les limites d'âge ne sauraient être strictes et doivent être adaptées en fonction de variables individuelles. » (DGS/DH, n°132, 1988).

Ailleurs encore, le Haut Comité de la santé publique rend compte en décembre 1992, dans son rapport « Stratégie pour une politique de santé », de la complexité de la période de l'enfance et de l'adolescence et de ses conséquences sur la santé de l'enfant et du futur adulte : « L'enfance et l'adolescence sont des périodes du développement physique et mental, de l'acquisition d'un capital culturel et scolaire plus ou moins important, de l'intégration à la vie sociale, plus ou moins réussie. C'est aussi un moment d'identification personnelle et sociale et celui où achève de se constituer le capital - santé [...]»

Toujours est-il que l'adolescence est un moment de «réorganisation profonde de la personnalité entraînant des déséquilibres momentanés et l'accès à un nouveau palier de maturation » (A. DONVAL, O. THIBAUT, 1993, p6). Cette période s'accompagne de transformations à la fois physiques, cognitives et psychosociales.

F. DOLTO (1989, p14-15) utilise l'image du homard pour représenter la crise d'adolescence. L'enfant se défait de sa carapace, soudain étroite, pour en acquérir une nouvelle. Entre les deux, il est vulnérable, agressif ou replié sur lui-même.

2. L'adolescent d'aujourd'hui

Même s'il ne s'agit pas aujourd'hui de faire table rase des concepts du passé, l'adolescent qui vit en 2014 a considérablement changé. D'ailleurs, Michel SERRES nous l'illustre pleinement dans son ouvrage « Petite Poucette » parut en 2012.

« Ces enfants habitent donc le virtuel. Les sciences cognitives montrent que l'usage de la Toile, la lecture ou l'écriture au pouce des messages, la consultation de Wikipédia ou de Facebook

n'excitent pas les même neurones ni les mêmes zones corticales que l'usage du livre, de l'ardoise ou du cahier. Ils peuvent manipuler plusieurs informations à la fois. Ils ne connaissent, ni n'intègrent, ni ne synthétisent comme nous, leurs ascendants. Ils n'ont plus la même tête. » (M. SERRES p12)

« Sans que nous nous en apercevions, un nouvel humain est né, pendant un intervalle bref, celui qui nous sépare des années 1970. Il ou elle n'a plus le même corps, la même espérance de vie, ne communique plus de la même façon, ne perçoit plus le même monde, ne vit plus dans la même nature, n'habite plus le même espace. » (M. SERRES p13)

Philippe JEAMMET Chef du service de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte à l'Institut Mutualiste Montsouris (Paris 14) nous livre également son point de vue sur la mutation de cet adolescent durant ces dernières décennies.

« L'évolution sociale permet aux jeunes, pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, en tout cas à une si grande échelle, de concevoir un avenir qui ne soit pas la pure répétition de la vie de leurs parents. » (P. JEAMMET p10)

Cette ouverture vers un mode de vie en partie inconnu, accompagnée d'un affaiblissement des interdits mais d'un accroissement des exigences de performance et de réussite individuelles, favorise tout naturellement l'expression des inquiétudes narcissiques et des besoins de dépendance, tout en diminuant les occasions de conflits. Le slogan implicite des sociétés de type occidental pourrait être : «fais ce que tu veux mais sois le meilleur». Mais si l'on peut faire ce qu'on veut, on ne sait plus toujours ce qu'on veut ou bien on veut des choses contradictoires.

On sent bien actuellement une espèce de culte de la performance qui sert d'idéal à la société. Pour les adolescents, il y a un combat acharné, à tous les niveaux de la compétition, avec ce que cela a de créatif mais aussi de violent et de potentiellement destructeur.

On retrouve dans le fonctionnement de la famille le même affaiblissement des interdits et des limites au profit de l'accroissement des exigences narcissiques.

Dès lors, l'adolescence est révélatrice de la qualité de ce que l'on a pu emmagasiner, intérioriser pendant l'enfance. Plus on arrive à l'adolescence pourvu d'une sécurité intérieure, d'une estime de soi suffisante, nourries de la qualité des liens avec l'environnement, plus on sera capable de gérer la distance relationnelle avec une certaine souplesse. Mais plus on y accède avec un passif important, des traumatismes, une dépendance exagérée à l'environnement, plus ce sera difficile. Les jeunes ont d'autant plus besoin de se sentir reconnus qu'ils ne sont pas sûrs eux-mêmes de leur propre valeur.

De plus, une évolution sociétale dégradée est à prendre en compte également comme facteur de comorbidité d'apparition de troubles suscitant un recours à la psychiatrie. En effet, à l'occasion de la Journée internationale des droits de l'enfant (20 novembre 2013), l'UNICEF France publie les résultats de sa Consultation nationale des 6-18 ans, effectuée auprès de 22 500 enfants et adolescents vivant en France. Cette publication³ met en lumière le fait que près d'un enfant sur cinq (17%) vit dans une situation d'intégration sociale précaire dont 7% sont « déjà pris dans un processus de disqualification sociale ». Enfin l'analyse des résultats de cette Consultation souligne le lien entre précarité et exclusion sociale.

Selon moi, ces éléments plaident pour une évolution qui tend à faire apparaître un accroissement du nombre d'adolescents entrant dans le champ de la psychopathologie durant ces dernières décennies.

B. L'aspect juridique et éthique

De 1972 à 1992 un décret et trois circulaires précisent la mise en place de la sectorisation psychiatrique infanto-juvénile, l'organisation et l'orientation de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents.⁴

Depuis 1992 d'autres textes abordent également l'hospitalisation en psychiatrie pour les adolescents.

³ <http://www.unicef.fr/contenu/actualite-humanitaire-unicef/2013/11/19/france-1-enfant-sur-5-en-situation-d-integration-sociale-precaire-20812>

⁴ Synthèse de ces différents textes en annexe 2

« Moment particulier dans le projet thérapeutique et socio-éducatif d'ensemble, l'hospitalisation doit être négociée et préparée en amont, dans ses différentes modalités, avec l'adolescent et sa famille, mais aussi entre les équipes soignantes, sociales et éducatives, et répondre à une indication précise. La préparation en amont de l'hospitalisation doit permettre qu'elle ne soit pas vécue par l'enfant et l'adolescent comme une sanction ou comme une contrainte insupportable ». (Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n° 2002-282 du 3 mai 2002)

« L'hospitalisation complète sert principalement à déployer des soins intensifs et permanents autour de l'adolescent. L'hospitalisation à temps plein a également pour fonction de contenir et contrôler le comportement extrême du jeune, de le séparer de son environnement et d'observer son comportement. Elle permet également de transférer la charge du soin de la famille ou du milieu de vie vers les professionnels du soin et de réguler les tensions microsociales, effet et cause du symptôme ». (Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n° 2002-282 du 3 mai 2002)

Néanmoins, ce qui reste obligatoire pour le médecin est « qu'il mette en œuvre les moyens les plus adéquats pour protéger l'enfant, l'adolescent en faisant preuve de prudence et de circonspection »⁵. Si cette obligation est non respectée, notamment lorsque l'enfant ou l'adolescent est victime de violences, le médecin peut être poursuivi pour « non-assistance à personne en péril »⁶.

D'un point de vue éthique

L'établissement de soin, de par la haute technicité qu'il renferme et la qualification du personnel médical peut sécuriser le patient en lui donnant la conviction d'être à l'abri. Imaginairement, l'hôpital peut être un lieu de protection. La mission des soignants est de « prendre soin », ils soulagent la souffrance. Cette vision rassurante de l'institution permet l'instauration d'une relation de confiance et d'une alliance thérapeutique. En effet, l'hospitalisation d'un adolescent selon le contexte peut être envisagée comme une séparation bénéfique. Elle peut venir rompre les interactions pathogènes qui cristallisent le symptôme. Elle peut donner lieu à une rupture d'avec un environnement « toxique ». Par ailleurs, les limites qu'induisent ce cadre participent à contenir, rassurer et donner des repères chez certains adolescents « morcelés » ou qui

⁵ art 44 du Code de déontologie médicale

⁶ art 223.6 du Code Pénal

«débordent ». Enfin, «l'entrée du jeune à l'hôpital induit un effet de reconnaissance et d'officialisation de ses troubles (...), permettant d'asseoir une prise en charge thérapeutique. » (D.BRIARD and cie, 2005, p68). L'adolescent se sentant reconnu dans sa souffrance, écouté, pris en considération pourra amorcer un travail thérapeutique. Il revient donc au soignant de mettre l'accent sur la force positive d'une institution hospitalière rassurante, cadrante, contenant.

Cependant, le cadre institutionnel peut également s'avérer porteur d'une représentation négative. L'institution hospitalière est aussi un lieu de séparation et de pouvoir. L'Hôpital suscite une promesse de guérison et génère dans le même temps de l'angoisse, de l'anxiété ainsi que de la dépendance.

La séparation, même si elle est parfois souhaitable, signifie la perte des repères, la rupture d'avec ses semblables (si importants à cet âge) et la perte d'autonomie.

Quant à la notion de pouvoir, un détour par le statut juridique de l'adolescent à L'Hôpital est nécessaire. En effet, l'adolescent jusqu'à 18 ans est un mineur et à ce titre il est un objet de droit et non un sujet de droit. De plus le droit au secret médical « ne joue pas en faveur des mineurs et n'est pas opposable aux représentants de l'autorité parentale » (I.GÉNOT-POK, 1998, p15). Difficile dans ce contexte d'établir une véritable relation de confiance, condition préalable à toute prise en charge.

Les commentaires de « La charte européenne des droits de l'enfant »⁷ en matière d'hospitalisation précisent que, pour les adolescents, le secret devient applicable à cette population de patients comme à tout majeur, dès lors qu'une partie de ces patients risque d'échapper à toute médicalisation de peur que leurs parents ne soient mis au courant. « Certes le médecin peut ne pas tout révéler aux parents mais, du point de vue juridique, il en prend la responsabilité (...) La volonté de l'adolescent restera de l'ordre de l'avis et non du consentement ».

⁷ Parlement Européen le 13 mai 1986

C. Les recommandations de l'HAS et bonnes pratiques

La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en décembre 2011 un guide : « enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé ».

Ce document, comme précisé dans son préambule « n'a pas vocation à établir de nouvelles exigences. Il appartient à l'établissement d'identifier ses propres risques, de les analyser et de prioriser les démarches d'amélioration et de sécurisation de la prise en charge des enfants et des adolescents en tenant compte de ses activités et modes de prise en charge ».

Néanmoins il attire l'attention des divers professionnels sur la spécificité de cette prise en charge.

« Les enfants et les adolescents constituent une population identifiée dans ce critère 19.a du [manuel de certification V2010](#) car les besoins et risques qui accompagnent leurs prises en charge sont spécifiques et représentent un enjeu de santé publique. » (H.A.S. *Guide enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé - décembre 2011*)

Egalement, la charte européenne des droits de l'enfant sert de référence pour la prise en charge des adolescents à l'hôpital.

Les commentaires de cette « charte » sont rédigés de telle façon qu'ils peuvent être utilisés comme guide pour un management respectueux de « l'intérêt supérieur de l'enfant ou de l'adolescent » de la part de la direction de l'établissement de soins.

Enfin, ce guide identifie quinze thématiques essentielles pour la prise en compte des spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents. Parmi celles-ci certaines retiennent mon attention pour ce projet : l'organisation de la prise en charge, la pertinence de l'hospitalisation, l'accueil de l'adolescent et de son entourage, la formation des professionnels, la continuité des soins et la scolarisation.

En conclusion de ce chapitre je pense, pour ma part, qu'il faudrait plutôt parler d'une « chance d'hospitalisation » et non d'un risque. Le travail institutionnel serait alors de prendre acte d'un certain nombre de ces risques afin de placer son intervention sur un mode « cousu main » dans le respect de chaque sujet en tant qu'adolescent vivant en 2014.

I. L'hospitalisation en psychiatrie des adolescents de l'Eure – Le contexte

D. *La région Haute-Normandie*⁸

1. Présentation

Une région composée de deux départements : La Seine Maritime (76) et l'Eure (27)

Créée il y a une quarantaine d'années, la région de Haute Normandie compte environ 1.800.000 habitants répartis dans deux départements, 1.200.000 pour la Seine-Maritime, et 600.000 pour le département de l'Eure. Elle connaît un solde migratoire faiblement déficitaire, qui s'accroît.

En particulier le département de l'Eure, qui attirait de nombreux franciliens dans sa frange sud-est, perd de son attractivité, mais cette partie du département maintient un solde migratoire positif.

Trois grands constats peuvent être effectués concernant la région :

Une forte concentration de la population

La région se structure autour de deux grandes polarités urbaines : Rouen et Le Havre (Les deux grands ports maritimes du Havre et de Rouen se situent respectivement au 2^e et 6^e rang national). Pour le reste de la région Haute-Normandie environ 80% des bassins de vie de la région sont des zones rurales. Cette région compte environ 1,8 millions habitants, dont **un tiers réside dans l'Eure**, soit une densité de population supérieure à la moyenne nationale (147 habitants /km² pour 114 hab./km² au niveau national).

Le taux de natalité est en régression, comme partout en France, mais la population Haute-Normande est plus jeune que la moyenne métropolitaine, et la différence paraît plus nette pour le département de l'Eure. Pour autant, la population qui augmente proportionnellement le plus est celle des 75 ans et davantage, dont deux tiers de femmes.

⁸ Site INSERM <http://www.insee.fr/fr/regions/haute-normandie/default.asp?page=faitsetchiffres/presentation/presentation.htm> consulté le 29/10/2013

L'existence d'une surmortalité

Le taux de mortalité diminue, malgré le vieillissement de la population, mais la région connaît une surmortalité, à prédominance masculine, de 8 % par rapport à la moyenne française. Elle est particulièrement marquée pour les tumeurs, les pathologies liées à l'alcool, les infarctus et les suicides.

Le contexte social

Une situation sociale dégradée, avec notamment un taux de chômage en constante augmentation depuis 2008 et toujours supérieur à celui observé au niveau national, une population moins diplômée que dans le reste de la France métropolitaine, une proportion de bénéficiaires des minima sociaux et de la Couverture Maladie Universelle supérieure à celle observée au niveau national.

On relève 11,6 % de chômeurs dans la population active (la région est au quatrième rang de celles qui sont le plus en difficulté dans ce domaine). Les jeunes de moins de 25 ans représentent 19 % des sans-emploi. Le passé industriel et les problèmes de qualification des travailleurs régionaux expliquent un taux élevé de chômage de longue durée (43 % contre 39 en moyenne nationale). En huit ans le nombre de bénéficiaires du RSA a doublé, et le nombre d'allocataires régionaux de minima sociaux a progressé de 20 %. Le salaire brut moyen régional apparaît inférieur de 8 % à la moyenne française, et le taux de dossiers de surendettement atteint 4 % (pour 3,1 % de la population nationale).

2. L'offre de soin en Haute-Normandie⁹

La Haute-Normandie présente des indicateurs sanitaires globalement peu favorables et ce depuis un certain nombre d'années. Les différentes analyses réalisées au niveau régional montrent en effet que la région se caractérise par :

⁹ Site INSERM : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=14&ref_id=18409#un consulté le 27/11/2013

... une situation sanitaire très préoccupante avec une surmortalité générale de près de 8 % par rapport à la moyenne nationale (10 % chez les hommes et 6 % chez les femmes) tous âges confondus.

... une offre de soins déficitaire en professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, spécialistes, chirurgiens-dentistes, etc...) mais aussi en lits et places d'hospitalisation qui induisent des difficultés d'accès aux soins et de prise en charge,

... une offre médico-sociale importante notamment en termes de prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées.

Les quatre territoires de santé haut-normands présentent des profils très différents que ce soit en termes d'indicateurs sociodémographiques, d'offre de soins ou d'état de santé.

Le territoire de santé de Dieppe représente moins de 10 % de la population régionale et se caractérise par la plus forte proportion de personnes âgées de plus de 75 ans. La structure sociale de la population révèle la plus forte proportion d'ouvriers et d'agriculteurs-exploitants parmi les personnes âgées de 15 ans ou plus et à l'inverse la plus faible part de cadres et de professions intellectuelles supérieures de la région. Au sein du territoire de santé de Dieppe, certaines zones sont nettement marquées par le chômage et présentent des taux de chômage localisés supérieurs au taux régional.

Globalement, peu d'indicateurs sont favorables sur ce territoire, à l'exception de l'offre de soins médico-sociale, notamment à destination des personnes âgées et des adultes handicapés. Cette offre s'avère supérieure à la moyenne régionale, elle-même plus élevée que celle observée en France métropolitaine.

Le territoire de santé du Havre au même titre que celui de Dieppe est marqué par une surmortalité générale importante par rapport à la région. Si l'offre de soins ambulatoire et hospitalière est moins déficitaire qu'à Dieppe, le territoire havrais présente néanmoins un déficit en équipements de soins de suite et de réadaptation.

Le territoire de santé d'Évreux-Vernon (un cinquième de la population régionale) est également marqué par une surmortalité générale par rapport à la région. Il se distingue notamment

par une mortalité par suicide et par accidents de la circulation plus élevée que sur l'ensemble de la région.

Les indicateurs sociaux et d'offre de soins sont plus favorables qu'en moyenne régionale avec une plus faible proportion de bénéficiaires du Revenu de Solidarité active et une offre de structures médico-sociales à destination des personnes âgées et des personnes handicapées plus fournie qu'en région.

Le territoire de santé de Rouen-Elbeuf est de loin celui qui présente des indicateurs socio-sanitaires les moins dégradés. L'offre de soins ambulatoire ou hospitalière est notamment supérieure sur ce territoire.

3. L'organisation de la psychiatrie en Haute-Normandie¹⁰

Une disparité des moyens

La Haute-Normandie connaît une offre de soins déficitaire. Les budgets attribués en 2010 au titre de la psychiatrie aux établissements publics s'élèvent au total à 207 millions d'euros, soit un coût de 110 euros par habitants. En 2009, le coût par habitant France entière ressortait à environ 140 euros.

Au sein de la région, en psychiatrie générale comme en psychiatrie infanto juvénile, il existe une disparité importante des moyens pour une population donnée entre les hôpitaux et/ou entre les secteurs, tant pour les équipements (lits d'hospitalisation à temps complet - HTC, places d'hôpital de jour - HDJ, nombre d'implantations de centres médico-psychologiques - CMP et de centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel - CATTP) qu'en terme d'effectifs.

Hospitalisation à temps complet

La région est globalement sous dotée par rapport à la moyenne nationale, dans un contexte de diminution du nombre de lits d'hospitalisation en France¹¹. Le taux d'équipement pour 1000 habitants de plus de 16 ans en 2010 est de 0,84 pour une moyenne en France métropolitaine de 1,10 (*source DRESS 2010*). En 2012-2013, avec l'installation de deux nouvelles cliniques (au Havre et

¹⁰ Source : SROS Ht Normandie 2012 -2017

¹¹ <http://www.insee.fr/fr/ffc/figure/NATTEF06117.gif>

à Yvetot), la région comptera 1358 lits de psychiatrie générale et le taux d'équipement régional atteindra 0,95.

En 2010, les capacités intersectorielles en hospitalisation à temps complet (HTC) représentent 12,7% du total et sont inégalement réparties.

Hôpitaux	Capacités HTC intersectorielles								%
	Capacités HTC sectorisées des ES	Lits en hôpitaux généraux dédiés aux malades en hospitalisation libre	Géronto psy.	Hospitalisations sans consentement (HSC)	Addicto	Urgence et crise	Psychoses résistantes (lits régionaux)	Total capacités intersectorielles	
Rouvray	450	20 (CHU)	20	0	8	12	8	68	12,8%
Dieppe	50	0	0	25	0	0	0	25	33,3%
Le Havre Lillebonne	166	35	0	0	0	5	0	40	18,6%
Bernay Navarre Vernon	286	0	0	0	0	9	0	9	3%
Total région	960	55	20	25	8	26	8	142	12,7%

Ce paysage est en constante évolution et le développement de l'intersectorialité se poursuit. Dans l'Eure, la reconstruction de l'hôpital de Navarre s'accompagne d'un projet de restructuration qui modifie les organisations avec pour l'intra hospitalier le maintien de quatre unités d'admission sectorisées et la création d'unités intersectorielles (centre d'accueil et de crise - CAC, unité fermée sécurisée, unité soins prolongés, unité pour anxio-dépressifs, unité de gérontopsychiatrie...).

En 2012, le CH du Rouvray a créé une unité fermée intersectorielle à destination des malades hospitalisés sans consentement nécessitant une surveillance renforcée, notamment les personnes incarcérées à la maison d'arrêt de Rouen et au centre de détention de Val-de-Reuil. Les unités d'hospitalisation connaissent une saturation quasi chronique depuis plusieurs années.

Hospitalisation de jour

Psychiatrie générale

Les taux d'équipement en HDJ varient d'un secteur à l'autre, allant de 0 à 0,54 places pour 1 000 habitants et le nombre d'implantations est de 0 à 3 hôpitaux de jour par secteur.

L'Eure est globalement moins bien dotée que la Seine-Maritime, avec un taux d'équipement de 0,14 places pour 1 000 habitants contre 0,3 places en Seine-Maritime.

Il existe en plus de ces équipements, une offre intersectorielle à destination de publics spécifiques : l'agglomération Rouennaise dispose d'un HDJ intersectoriel spécialisé dans la réhabilitation psychosociale, le CH du Rouvray dispose d'un hôpital de jour intersectoriel de géronto psychiatrie.

Psychiatrie infanto juvénile

Les taux d'équipement en HDJ varient d'un secteur à l'autre, allant de 0,034 à 0,11 place pour 1000 habitants et le nombre d'implantations varie de 1 à 4.

Il existe trois hôpitaux de jour pour adolescents, deux dans l'agglomération de Rouen et un à Evreux.

L'agglomération Rouennaise dispose d'un hôpital de jour non sectorisé, géré par une association, spécialisé dans la prise en charge des enfants souffrant d'autisme.

Moyens en personnel

Des disparités importantes existent selon les territoires :

Taux de personnels services de soins (hors personnels médicaux) pour 1 000 habitants par regroupement de secteurs en psychiatrie générale – données SAE 2009

Hôpitaux	Rouvray	Dieppe	Le Havre Lillebonne	Bernay Navarre Vernon
Taux personnels pour 1 000 habitants	1,07	0,48	1,03	0,82

Taux de personnels services de soins (hors personnels médicaux) pour 1 000 habitants par regroupement de secteurs en psychiatrie infanto juvénile – données SAE 2009

Hôpitaux	Rouvray	Dieppe	Le Havre	Lillebonne	Bernay	Navarre	Vernon
Taux personnels pour 1 000 habitants	1,53	0,59	1,87	0,95	0,85	0,85	0,57

Conséquences sur l'activité

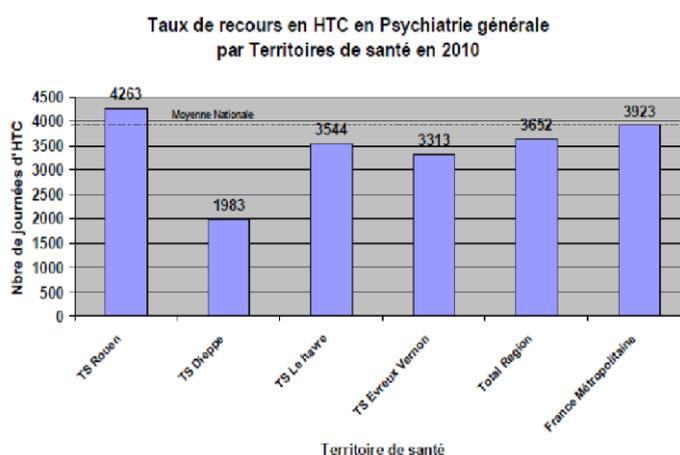
L'importance des disparités conduit inévitablement à des files actives pour 1000 habitants variables d'un territoire à l'autre, mais ces variations dépendent aussi d'autres facteurs, notamment l'histoire des institutions (anciens hôpitaux départementaux ou hôpitaux généraux).

Les files actives pour 1000 habitants en hospitalisation complète en psychiatrie générale en 2009 vont de 2,5/1000 à 5,6/1000 pour une moyenne régionale de 4,1/1000 (données SAE 2009).

On note dans la région que, malgré des taux d'équipement inférieurs à la moyenne nationale, les taux de recours à l'hospitalisation complète pour 10 000 habitants en psychiatrie générale par territoire de santé en 2010 sont proches de ceux de la moyenne nationale à l'exception du territoire de Dieppe qui est de 50% inférieur. Le taux de recours concerne les patients Haut-

Normands qui ont recours à l'hospitalisation que ce soit en établissements Haut-Normands ou en établissements hors région (source : DGOS-ATIH données 2009).

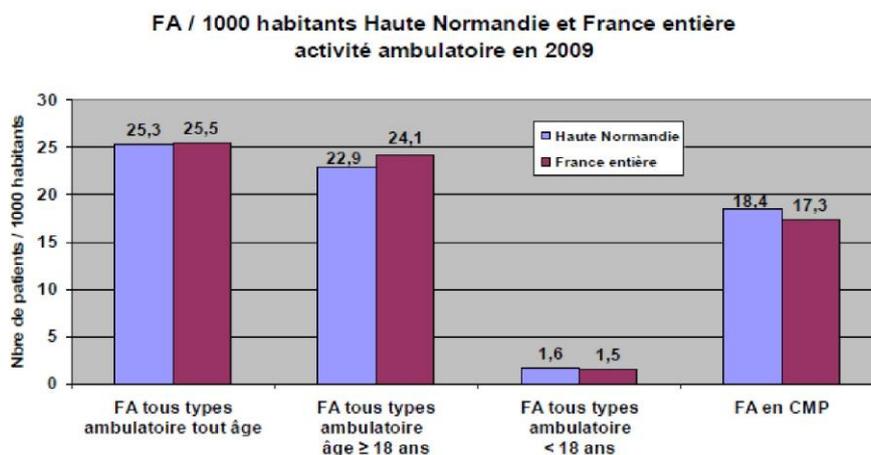
L'analyse des flux des patients (source PMSI 2010 régionales) montre que dans l'immense majorité des cas les patients sont hospitalisés au sein de la région (96% pour le territoire de santé de Rouen, 96% pour le territoire de santé du Havre, 85% pour le territoire de santé d'Evreux Vernon et 93% pour le territoire de santé de Dieppe). Ces données illustrent bien l'importance de l'activité et de la tension permanente qui règnent dans les services d'hospitalisation à temps complet qui sont tous saturés de manière chronique.



Sources : DGOS – 2010 – données pour 10 000 habitants

Les files actives (FA) pour l'activité ambulatoire rapportées à 1000 habitants (données SAE 2009) sont variables d'un établissement à l'autre et ces variations sont à mettre en lien avec les taux d'équipement et les effectifs dédiés à ces activités.

Là encore, l'activité ambulatoire dans la région est proche de celle constatée au niveau national, avec une file active/1000 habitants de 25,3 en Haute-Normandie contre 25,5 en moyenne nationale, ce qui illustre bien l'importance de l'activité en Haute-Normandie.



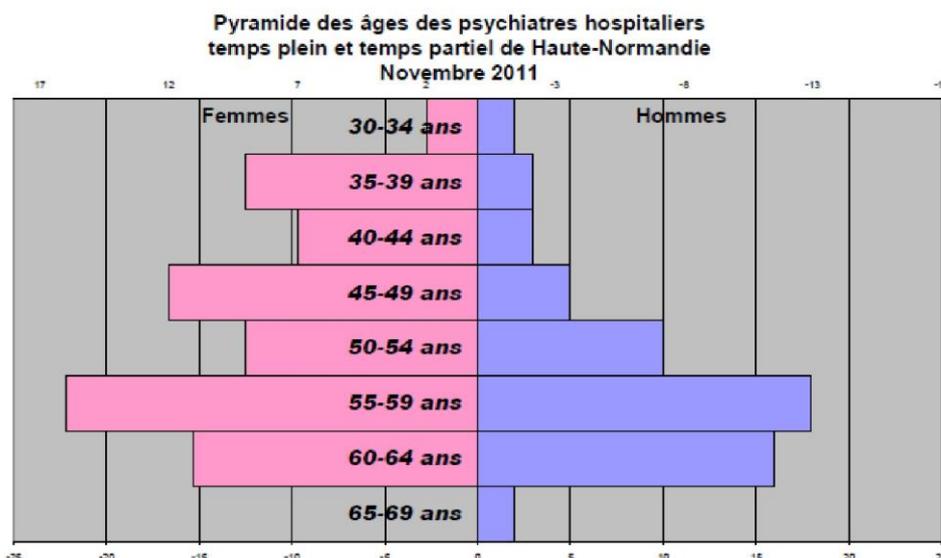
Sources ATIH-PMSI 2009

La démographie médicale

La région se trouve confrontée à un déficit préoccupant de médecins psychiatres.

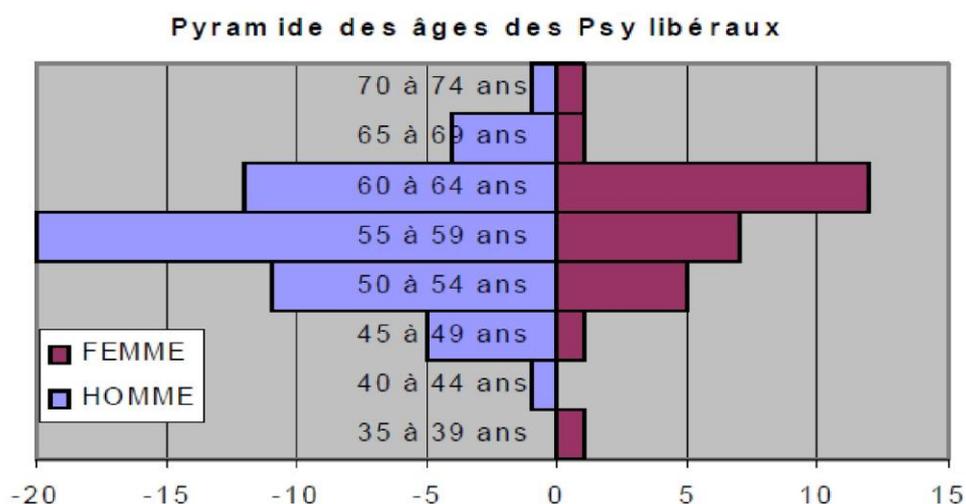
Le nombre de psychiatres tous types d'exercice confondus est de 252 professionnels en 2011 (*DRESS 2011*), soit une densité inférieure de 37% à celle du niveau national. La densité régionale est de 14 médecins/100 000 habitants au 1er janvier 2011 pour une densité nationale de 22, avec une inégalité entre les deux départements : 17/100 000 habitants en Seine- Maritime et 8/100 000 dans l'Eure.

Les hôpitaux fonctionnent avec des praticiens hospitaliers titulaires et également des praticiens contractuels. En novembre 2011, la pyramide des âges des praticiens hospitaliers (PH) laisse craindre une aggravation de la situation dans les années à venir en l'absence de mesures correctrices. A cette date, la région comptait 125 PH, 101 en Seine-Maritime et 24 dans l'Eure.



Le déficit en psychiatres libéraux est considérable et proportionnellement plus important que celui des psychiatres hospitaliers. L'offre en psychiatres libéraux est très inférieure à la moyenne nationale avec en 2009 une densité en médecins pour 100 000 habitants de 4,6 contre une moyenne nationale de 10,4 avec des disparités entre les départements (densités de 5,8 pour la Seine-Maritime et 2,1 pour l'Eure) et une pyramide des âges qui fait apparaître que sans nouvelles installations, la situation ne peut que s'aggraver.

A fortiori, comme le montre le schéma suivant, dans un contexte où peu de psychiatres libéraux sont installés dans le département de l'Eure et où beaucoup sont proches d'une fin de carrière.



L'accès aux dispositifs de soins et les soins ambulatoires

L'accès aux soins

En psychiatrie générale comme en psychiatrie infanto-juvénile, on constate de manière chronique des délais importants pour obtenir un premier avis psychiatrique. Les équipements sont inégalement répartis et leurs modalités de fonctionnement différents d'un site à l'autre. Les mutualisations de structures extrahospitalières sont le fait d'initiatives locales.

Les maisons des adolescents d'Evreux, de Rouen et du Havre qui doivent notamment répondre aux demandes de consultations non programmées pour les adolescents ont des moyens très inégaux.

Les soins ambulatoires

Un fonctionnement global peu lisible et insuffisamment coordonné

A partir des CMP, des équipes de secteur assurent un travail dans la cité sous différentes formes (visites à domicile, interventions dans certaines structures sociales et/ou médico-sociales, liens avec l'éducation nationale, liaison dans les hôpitaux généraux...). Ce travail fait l'objet d'une organisation singulière au sein de chaque secteur ou d'une organisation intersectorielle. La répartition des moyens attribués aux activités mobiles et au travail au sein des CMP manque de lisibilité.

Actuellement, l'offre de soins proposée dans chaque CMP ne permet pas de répondre aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) relatives aux modes de prises en charge pour les différentes pathologies rencontrées.

La psychiatrie infanto-juvénile : une offre insuffisamment diversifiée

En psychiatrie infanto-juvénile, les offres ambulatoires en CMP, et à temps partiel en hôpital de jour et en CATTP sont essentiellement centrées sur les enfants d'âge scolaire et se sont développées ces dernières années vers les adolescents, mais de manière inégale selon les territoires.

La prise en charge des suicidants dans les territoires se fait dans le cadre de l'intervention de la psychiatrie de secteur dans les services d'urgences. Des actions spécifiques sont mises en œuvre sur des initiatives locales : pratique de recontacts téléphoniques systématiques des suicidants dans le territoire de santé de Dieppe, mise en place d'un observatoire des tentatives de suicide depuis 2008 sur le secteur de Vernon avec plus de 700 tentatives de suicide enregistrées et la possibilité de détecter les récidivistes et surtout les multirécidivistes...

L'offre en direction de la petite enfance (0-3 ans) reste marginale.

Les populations spécifiques

Les personnes âgées

Seul le CH du Rouvray a développé depuis plus de 15 ans une filière de gérontopsychiatrie, en articulation avec les partenaires sanitaires (filière gériatrique, neurologie, secteurs psychiatrie adultes,...) et médicosociaux. Le Rouvray gère ainsi 20 lits d'HTC intersectoriels, 15 places d'HDJ intersectorielles, 5 sites de consultations non sectorisées avec 1 CATTP, une unité spécifique de 15 lits de gérontopsychiatrie en EHPAD à l'hôpital de Gournay-en-Bray et une équipe mobile à destination des EHPAD (couvre 28 EHPAD). En 2010, cette équipe mobile a eu une file active de 422 patients avec une moyenne de 11,9 actes par patients.

Le territoire d'Evreux vient d'être doté d'une équipe mobile pour intervenir notamment en direction des EHPAD et travailler en lien avec les filières gériatriques d'Evreux/Verneuil/Vernon/Gaillon, Pont- Audemer/Bernay et Louviers/le Neubourg. Le CH de Navarre a prévu d'individualiser 15 lits de gérontopsychiatrie.

Pour le territoire de santé du Havre, la clinique Océane prévoit l'ouverture de 10 lits de gérontopsychiatrie.

Les adolescents

L'offre en direction des adolescents s'est développée ces dernières années, mais des disparités importantes existent entre les territoires.

Les maisons des adolescents ont vocation à devenir le support des réseaux adolescents. Les territoires de santé de Rouen, du Havre et d'Evreux disposent chacun d'une maison des adolescents.

Celles-ci sont de conceptions différentes et ont des moyens très variables qui conditionnent en grande partie leur fonctionnement. La plus ancienne se situe en ville au Havre et dispose d'un CATTP. Elle a des horaires d'ouverture large avec des accueils sans rendez-vous y compris les dimanches et jours fériés.

Le territoire de santé de Rouen dispose d'une maison des adolescents avec deux sites, l'un en ville avec un CATTP, avec horaires d'ouverture larges et des accueils sans rendez-vous du lundi au vendredi, un deuxième site situé au CHU dispense des consultations de seconde ligne sur rendez-vous.

A Evreux, une maison des adolescents (dont les accueils sont plus restreints) a été récemment ouverte en ville.

Il existe 5 implantations de lieux « écoute adolescents » sur le Territoire de Rouen, 1 sur le territoire de Dieppe et 1 accueil pour parents d'adolescents à la maison du patient au Havre. Le territoire de santé d'Evreux n'en dispose pas.

Seuls les territoires de santé d'Evreux et de Rouen disposent de places d'hôpital de jour pour adolescents : 20 places à Rouen (10 places CH du Rouvray, 10 places MGEN) et 10 places CH de Navarre.

Il existe 1 CATTP à Evreux.

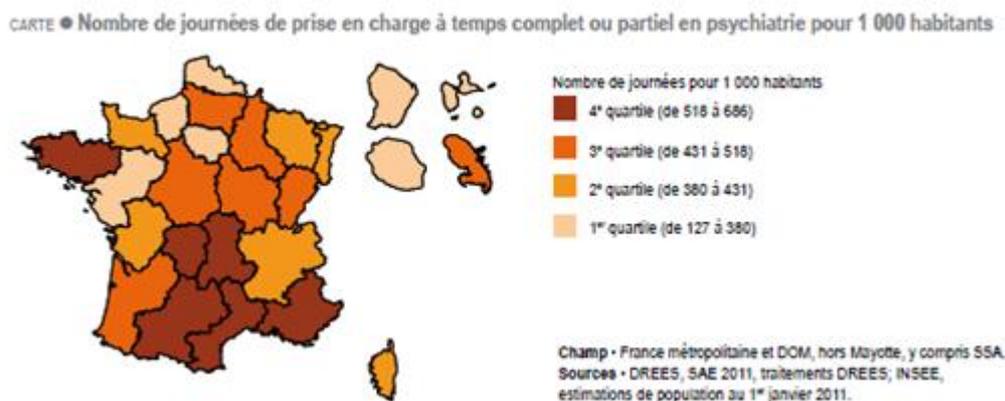
« L'hospitalisation à temps complet des adolescents reste problématique »¹²

¹² Rapport 2012 de la Mission Nationale d'Appui en Santé mentale

E. Le département de l'Eure :

1. Le point sur la psychiatrie dans le département

Comme on l'a vu plus haut, la psychiatrie dans le département de l'Eure est le parent pauvre d'une région qui elle-même reste sous dotée en terme d'équipement par rapport à la moyenne nationale. Cela se traduit par un nombre de journées de prise en charge dont le ***taux est un des plus bas du pays*** :



De plus, notre département souffrait d'une difficulté supplémentaire en matière d'organisation puisque l'activité de psychiatrie était répartie sur 3 établissements hospitaliers du département (Evreux, Bernay et Vernon).

Grâce à une véritable volonté politique et sous l'impulsion de l'ARS haute Normandie la situation a pu évoluer.

En effet, alors que depuis une quinzaine d'années aucun projet de regroupement de l'activité en psychiatrie, sous l'égide d'un établissement départemental de référence n'avait pu aboutir, la fusion a pu enfin avoir lieu en 2011 et 2012.

Dès lors, depuis juin 2013, l'ensemble de la psychiatrie publique est regroupée sous la responsabilité d'un établissement départemental : ***Le Nouvel Hôpital de Navarre.***

Il faut signaler également, sur le département, la clinique psychiatrique d'Ymare (Seine-Maritime) transférée en 2011 dans l'Eure. Cet établissement accueille quatre-vingt-huit patients souffrant d'addictions ou de pathologies psychiatriques ne nécessitant pas d'hospitalisation sous contrainte.

En 2014, une autre clinique de psychiatrie générale à Vernon (dans l'Eure) pourra accueillir 65 patients en hospitalisation et 15 patients en hôpital de jour.

Ces nouveaux moyens contribueront à un rééquilibrage de réponses sanitaires pour les soins psychiatriques du département de l'Eure.

2. Le Nouvel Hôpital de Navarre

Le Nouvel Hôpital de Navarre est un établissement public de santé spécialisé en psychiatrie adulte et infanto-juvénile. Il est installé à Evreux dans le département de l'Eure. Sa vocation est de prendre en charge des pathologies en santé mentale nécessitant une technicité et une prise en charge multidisciplinaire.

Etablissement de référence en psychiatrie dans le département, le Nouvel Hôpital de Navarre à achevé sa reconstruction fin 2013. Ses bâtiments, typiques de l'architecture asilaire du XIX^{ème} siècle, ne permettaient pas une rénovation. Les patients sont progressivement accueillis dans des bâtiments neufs adaptés aux besoins de la psychiatrie moderne. Les services administratifs, logistiques et techniques bénéficient de bâtiments rénovés. Les bâtiments désaffectés seront cédés à un bailleur social (SILOGE) afin de rompre avec l'image asilaire de l'hôpital psychiatrique, et d'ouvrir l'hôpital sur la ville sans faire supporter les frais d'entretien de ces bâtiments à l'Assurance Maladie.

Parallèlement, l'établissement s'ouvre sur l'extérieur par la création d'un pôle extrahospitalier à vocation départementale, d'un pôle de psychiatrie et d'addictologie sur Vernon et d'un pôle Accueil et Spécialités Santé Mentale prenant en charge les personnes les plus démunies. Les actions de coopération avec les secteurs sociaux et médico-sociaux permettent un développement des structures en amont et en aval de l'hospitalisation.

L'Eure est découpé en 6 secteurs de psychiatrie adulte et 3 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

Depuis le 1er janvier 2013, le Nouvel Hôpital de Navarre assure l'offre de soins psychiatriques publique sur l'ensemble du département. Cette responsabilité couvre la totalité des 591 communes du département, soit 582.034 habitants suivis par l'hôpital de Navarre.

Le Nouvel Hôpital dispose :

- de 278 lits d'hospitalisation complète sur le Site de Navarre,
- 25 lits médico-sociaux dans sa Maison d'Accueil Spécialisé sur le site de Navarre,
- 9 lits d'hospitalisation au Centre d'Accueil et de Crise au sein de l'hôpital Intercommunal d'Evreux,
- 15 lits d'hospitalisation de courte durée à l'unité Calmette au sein de l'hôpital de Vernon,

Vue aérienne du Nouvel Hôpital de Navarre en juillet 2013



Ainsi, il s'est organisé en 6 pôles cliniques et un pôle médicotechnique, en privilégiant le parcours de soins du patient et la prise en charge spécialisée :

- le pôle « Accueil et Spécialités Santé Mentale »
- le pôle « Admissions »,
- le pôle « Long cours »,
- **le pôle de « Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent »,**
- le pôle « Psychiatrie et d'Addictologie de Vernon »,
- le pôle « Extrahospitalier »,
- le pôle « Transversal pluridisciplinaire »

3. Le projet d'établissement

Le projet d'établissement du Nouvel Hôpital de Navarre 2013 -2017 a été validé par les instances en mai 2013.

En lien avec le SROS, ce projet souhaite s'inscrire dans une stratégie départementale et avoir une « vision d'avenir ».

Dans la préface le directeur de l'établissement dans la préface ne manque pas de souligner le contexte difficile de notre département :

« Il faut s'orienter, pour les prochaines années, sur des axes stratégiques départementaux forts, positifs et faire face, ensemble, au faible niveau de moyens sanitaires dont dispose le Département.»¹³

L'axe de coopération régional est également visé :

« Redéfinir le partenariat entre le Nouvel Hôpital de Navarre (département de l'Eure (27)) et le CH du Rouvray (Département de Seine- Maritime (76)) sur la filière Adolescents.

1er temps : En intégrant les nouveaux dispositifs mis en place par le Nouvel Hôpital de Navarre (équipe mobile et plate-forme)

2ème temps : En définissant les modalités de concertation avec l'unité d'hospitalisation pour mineurs, préalablement à son ouverture au Nouvel Hôpital de Navarre » (Projet d'établissement p25)

Concernant les adolescents, le projet d'établissement aborde cette thématique sous l'angle de la création d'une unité d'hospitalisation de 8 lits. Ce projet est explicité dans la partie : Projets Titre 1 : Projet de prise en charge des patients chapitre 3 : « les prises en charge particulières » (page 44) **fiche 17** : créer 8 lits départementaux d'hospitalisation complète pour adolescents. (Annexe 3)

¹³ <http://www.nouvel-hopital-navarre.fr/-notre-projet-d-etablissement-158.html>

4. Le Pôle départemental de psychiatrie de l'enfant et de l'Adolescent

a) Historique

La psychiatrie infanto-juvénile a été créée en 1972 par le Dr Fontaine, petite-fille de Valentin Magnan, sous la forme d'un secteur unique départemental. En dépit d'un rattachement administratif à Évreux, la plupart des équipements de l'inter secteur furent au départ concentrés le long de la vallée de la Seine (Gisors, les Andelys et Vernon), zone géographique connaissant un fort développement démographique avec, néanmoins, un internat à Évreux et des antennes à Louviers, Bourgtheroulde et au Val-de-Reuil. Puis intervint la création d'un deuxième inter secteur, avec les moyens nouveaux afférents sur Bernay, et enfin l'autonomisation d'Évreux.

L'inter secteur 27 I02, rattaché au CHS de Navarre, occupe longitudinalement la partie centrale du département, du Nord au Sud. Émergeant sur deux bassins MCO, dont l'un est situé dans le département voisin de Seine Maritime et, également, sur le territoire des quatre secteurs de psychiatrie générale du Centre Hospitalier de Navarre, il dessert une population de 229.000 habitants, un peu supérieure à la moyenne nationale mais en régression, puisqu'il a compté jusqu'à 250.000 habitants.

Ses équipements sont centrés sur Évreux et Louviers où il dispose, sur chaque site, d'un CMP et d'un hôpital de jour avec, en plus, un CATTP à Évreux. L'implantation à Saint Michel (Évreux) date des débuts du service, avant le redécoupage du secteur et la création du secteur de Vernon. Celle de Louviers est plus récente et date de 1995.

En juin 2012 rattachement de l'inter secteur 27 I03, puis en janvier 2013 rattachement de l'inter secteur 27 I01, au Pôle départemental de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

A ce jour, le pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est devenu départemental et fait partie du Nouvel Hôpital de Navarre situé à Evreux. Il est dirigé par le **Docteur Hervé ABEKHZER**. Son champ d'intervention est départemental depuis janvier 2013 et ses structures de soin se répartissent géographiquement dans l'Eure (Evreux, Louviers, Bernay, Pont-Audemer, Verneuil-sur Avre, Vernon, Gisors).

Il comprend 8 centres médico-psychologiques, 6 hôpitaux de jour dont l'Hôpital de jour départemental pour adolescents, 6 centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel et la Maison des adolescents. Une plate-forme pour adolescents ainsi qu'une équipe mobile pour adolescents mis en place en juin 2012 complètent l'offre de soins à destination des enfants et des adolescents.

b) Le projet du Pôle

Le Pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est donc devenu depuis peu (janvier 2013) la référence départementale dans l'Eure, pour une réponse sanitaire concernant la spécialité de la pédopsychiatrie.

Le projet du pôle (2011-2015), élaboré en mai 2011, souligne que la mise en place et l'agrégation successive d'unités ne s'est pas faite sans une réflexion continue d'intégration et de développement d'un réseau départemental de pédopsychiatrie. Il sert de base à la négociation du contrat de pôle annoncé.

Ce projet met également l'accent sur une participation à un réseau pédopsychiatrique régional fort dans la perspective de créer une synergie régionale autour des difficultés rencontrées par les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et de valoriser l'activité développée par notre pôle. Il rappelle ici que le renforcement des liens avec les services universitaires a d'ores et déjà permis la mise en place :

- D'un poste assistant spécialiste régional,
- Le pourvoi d'un poste d'interne,
- De réflexions régulières entre les chefs de pôles de la région.

En ce qui concerne l'hospitalisation des adolescents du département, ce projet de Pôle rappelle : « *Cette unité est prévue depuis au moins 2004. Nombre de groupes de travail ont participé à ce projet et ont conclu à la nécessité de la mettre en place. Le CHS a même inscrit son existence dans le PTD¹⁴ de sa reconstruction. Cette nécessité est encore actuelle, c'est une évidence que tous les praticiens du pôle reconnaissent.* »

¹⁴ PTD (Programme Technique Détaillé) dans le cadre de la reconstruction de l'hôpital de Navarre

F. L'hospitalisation des Adolescents en psychiatrie

1. Au niveau national

En concordance avec la diminution du nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie, la spécificité de la prise en charge des adolescents n'échappe pas à cette tendance. On remarque dans le tableau ci-dessous que la baisse est constante au fil des années et qu'elle est plus accentuée pour le secteur public par rapport au secteur privé.

Lits installés en hospitalisation complète en 2011

	1998	2003	2009	2010	2011
Secteur public	313 315	305 297	271 057	258 307	255 758
Secteur privé	175 395	160 405	156 175	156 068	156 239
Total	488 710	465 702	427 232	414 375	411 997

Note : données au 31 décembre 2012, source: DREES

On peut penser que durant cette période d'environ 15 ans il ne s'agit pas seulement d'une diminution de ces lits mais qu'il s'est opéré également un « rééquilibrage » de la répartition des moyens vis-à-vis de cette population au bénéfice des régions encore peu dotées de lits d'hospitalisations pour adolescents.

C'est ce que rappelle une circulaire de 2002 de la DGOS :

« Disposer de lits spécifiques pour adolescents au sein de petite unités intersectionnelles. L'approche globale de l'adolescent qu'elles permettent a été mise en avant lors du séminaire santé-justice des 25 et 26 mai 2000. La réduction des inégalités de moyens entre les secteurs psychiatriques et l'ouverture de lits d'hospitalisation complète en psychiatrie infanto-juvénile dans les départements actuellement dépourvus restent des priorités de financement de la mise en œuvre des schémas régionaux de psychiatrie. »¹⁵

Pourtant certaines régions restent aujourd'hui sous dotées en terme de moyens. En effet les adolescents de la région Haute-Normandie (Eure et Seine-Maritime) ne disposent pas d'un nombre suffisant de lits lors d'un recours aux soins psychiatriques nécessitant ce type d'outils.

C'est ce que nous allons détailler ci-après.

¹⁵ Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n° 2002-282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté

2. Au niveau régional

La région se situe dans un contexte où le taux d'équipement en lits pour 1000 habitants en 2010 est de 0,84 pour une moyenne en France métropolitaine de 1,10 (*source DRESS 2010*). Ce contexte défavorable est de surcroît en déséquilibre, à la défaveur du département de l'Eure.

Des données de morbidité nous éclairent sur des tendances générales au niveau régional. Ainsi, les troubles mentaux sont la première cause d'ALD¹⁶ des moins de 15 ans en Haute-Normandie (41% chez les garçons et 28,3 % chez les filles pour les ALD déclarées en 2007)¹⁷ avant les maladies respiratoires et les problèmes cardio-vasculaires. Le taux de décès par suicide de la population générale est supérieur à la moyenne nationale (3,4% chez les hommes, 1,3% chez les femmes). A structure d'âge comparable, la surmortalité par suicide en Haute-Normandie est supérieure de 22% pour les hommes et 13% pour les femmes¹⁸.

La Haute-Normandie¹⁹ compte 3 unités d'hospitalisation dédiées aux enfants et adolescents : l'unité Equinoxe (GH Le Havre) de 8 lits, l'unité régionale d'hospitalisation d'enfants et d'adolescents dite « unité Arthur Rimbaud » (CHS du Rouvray) de 10 lits, l'unité de psychopathologie et de médecine de l'adolescent (CHU Rouen) de 12 lits. Cela représente **un total de 30 lits dédiés, tous situés en Seine-Maritime, pour une population d'environ 415 000 enfants et adolescents de moins de 17 ans** (dont environ 2/3 en Seine-Maritime et 1/3 dans l'Eure).

L'unité Equinoxe : c'est une unité située au Havre (Seine-Maritime). Elle comprend 8 lits d'hospitalisation pour adolescents (12 à 17 ans inclus). Les indications sont : toutes souffrances psychiques majeures sauf anorexie mentale typique et cure de sevrage.

Peu de données statistiques sont disponibles. Cependant la cadre de santé de l'unité me communique des éléments (ci-après) concernant l'activité de cette unité pour l'année 2012 :

¹⁶ Affection de Longue Durée (définie par l'article L 324 du Code de la Sécurité Sociale)

¹⁷ ORS : Observatoire Régional de la Santé de Ht Normandie, 2011

¹⁸ ORS, *La santé mentale en Haute-Normandie*, n°1, décembre 2008

¹⁹ « Organisation de la psychiatrie infanto-juvénile en Ht Normandie » Rapport MNASM mai 2012

TEMPS COMPLET			
Nb entrées	138 dont 6 présents au 01/01/12	patients présents tt 2012	0
File active	80	Ratio H/F	45 / 35
Âge s extrêmes	12 ans /17 ans	Âge moyen H/F	14,5 ans/15,5 ans
Nb journées	2502	Taux de réhospitalisation	1,74
DMS/entrée	18,13 jours	DMS/patient	31,27 jours
TOM sans CI	85,45%	TOM avec CI	75,96%
NOMBRE DE JOURS DE PERMISSIONS : 104 jours			

Au-delà de ces chiffres il est précisé **qu'aucun adolescent de l'Eure ne fut accueilli dans cette unité** durant l'année 2012 (ni même durant l'année 2013).

L'unité URHEA : C'est une Unité Régionale d'Hospitalisation pour enfants et Adolescents (URHEA) située à Sotteville-Lès-Rouen (Seine-Maritime) à l'intérieur du Centre Hospitalier du Rouvray (établissement public de psychiatrie générale). Cette unité de 10 lits reçoit des enfants et adolescents (dont la limite d'âge est fixée à 16 ans) souffrants de troubles psychiatriques.

Là encore peu de chiffres ont été transmis malgré les nombreuses relances auprès du Pôle concerné. Toutefois, on peut remarquer que les adolescents du département de l'Eure ne peuvent bénéficier que de manière succincte d'un recours à l'hospitalisation en psychiatrie.

Année	File active	DMS	Nombre de journées d'hospitalisation	% plus de 11 ans	% département de l'Eure
2010	54	63.6	3437	41	25
2011	50	66.9	3343	38	17
2012	55	54.7	3008	25	9.5

Concernant les adolescents de moins de 18 ans, la région Rouennaise est régulièrement en difficulté pour l'accueil d'adolescents nécessitant une hospitalisation en psychiatrie. Un grand nombre d'entre eux est hospitalisé en unité de psychiatrie pour adulte. Pour ceux-ci, il existe une prise en charge en journée par une unité de liaison : l'UMAH (Unité mobile pour adolescents hospitalisés).

Au CHU de Rouen : Créé en 2005, une unité régionale de psychopathologie et médecine de l'adolescent de 10 lits fonctionne au sein du service de pédiatrie et accueille des enfants et

adolescents jusqu'à 18 ans. Les motifs principaux d'hospitalisation en urgence au CHU (Unité + Service de pédiatrie) sont les troubles alimentaires et les troubles du comportement.

File active :

Année	Patients	-12 ans	12-14 ans	+14 ans	Journées	DMS
2009	44	3	24	17	3273	60,6
2010	64	6	29	29	3531	44,1
2011	69	4	39	26	3029	30,6

Répartition géographique :

Territoire de Santé	2009	2010	2011
Autre région	2	1	
Dieppe	3	6	11
Evreux Vernon	11	8	3
Le Havre	2	7	4
Rouen Elbeuf	26	42	51

Au regard de ces éléments de l'activité on note, ici encore, que 25% en 2009, 12,5% en 2010 et seulement **4,3% en 2011** des adolescents de l'Eure ont pu être accueillis dans cette unité régionale.

En rappelant que la répartition de la population entre les deux départements qui composent la région Haute Normandie se situe autour de 2/3 pour la Seine-Maritime et 1/3 pour l'Eure, on constate au total un **véritable déséquilibre régional** dans l'accueil des adolescents de l'Eure ayant recours à l'hospitalisation en psychiatrie.

D'ailleurs, dans la conclusion du chapitre «Le recours à l'hospitalisation temps plein et l'accès aux soins non programmés » de son rapport²⁰, la MNASM souligne :

²⁰ Rapport MNASM, Organisation de la psychiatrie infanto-juvénile en Haute-Normandie, mai 2012

« Le nombre limité de lits de recours régional nécessite de clarifier et de valider les rôles et fonctions des unités existantes avant, sur cette base, de planifier la création d'une nouvelle unité de recours régional pour l'hospitalisation des adolescents. »

3. Pour le département de l'Eure

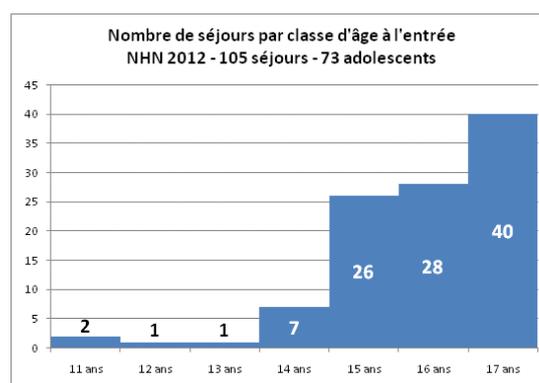
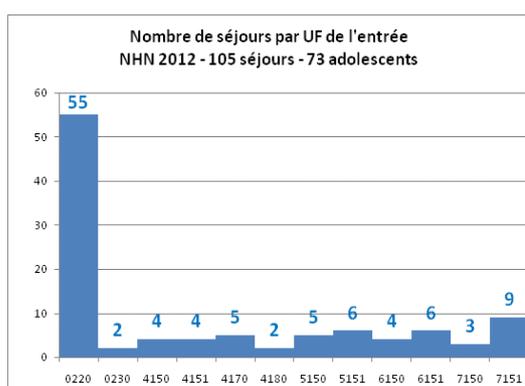
Il n'existe pas d'unité, publique ou privée, d'hospitalisation pour adolescents implantée dans le département. La situation est donc particulièrement difficile en ce qui concerne le recours à l'hospitalisation en psychiatrie pour les adolescents de l'Eure.

Il en résulte que les adolescents nécessitant une hospitalisation en psychiatrie sont orientés, par défaut de place dans les unités régionales, dans d'autres unités :

- Services de pédiatrie (Evreux et Elbeuf) pour des adolescents qui ne présentent pas de troubles du comportement incompatibles avec l'organisation de ces unités.
- CAC (Centre d'Accueil et de Crise) situé, proche des urgences, au CHIES²¹ d'Evreux pour des adolescents de plus de 15 et 3 mois et ne présentant pas de troubles du comportement (Principalement des tentatives de suicide).
- Unités d'admission adultes situées à l'intérieur du NHN (pour tous les adolescents ne pouvant être accueillis dans les unités précitées)

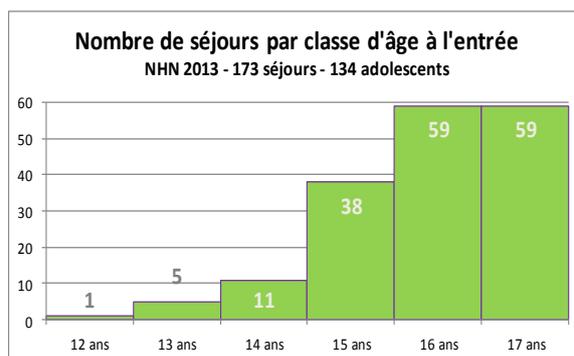
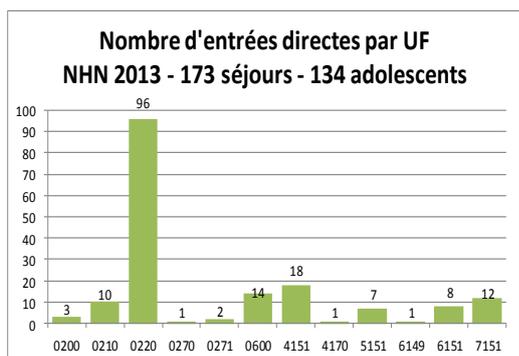
Les Unités d'admission adultes du NHN se trouvent donc dans une situation « tendue » qui se complique au cours de ces deux dernières années. En effet comme les chiffres exposés ci-dessous le montrent, les unités d'admission du NHN accueillent de plus en plus d'adolescents.

En 2012



²¹ Centre Hospitalier Eure Seine

En 2013



A la vue de ces statistiques, le directeur de NHN alerte, par un courrier en date du 7 novembre 2013²², le directeur général de l'ARS Haute-Normandie. Il sollicite un rendez vous avec l'autorité de tutelle et les gestionnaires des unités régionales d'hospitalisation pour mineurs en urgence.

*«Les statistiques des neuf premiers de l'année 2013 sont encore plus problématiques. Nous avons une file active de 46 mineurs, dont 15 hospitalisations d'enfants de moins de 15 ans dans des services d'adultes, amenant une forte tension dans les équipes et beaucoup de difficultés à soigner, si ce n'est à protéger des enfants de 11,12 ou 13 ans dans des unités généralistes pour adultes. Une hospitalisation longue, faute d'aval, ou de lits disponibles dans l'unité régionale, est peu gérable. **Un mineur de 13 ans est resté 33 jours dans un service d'adultes.** »*

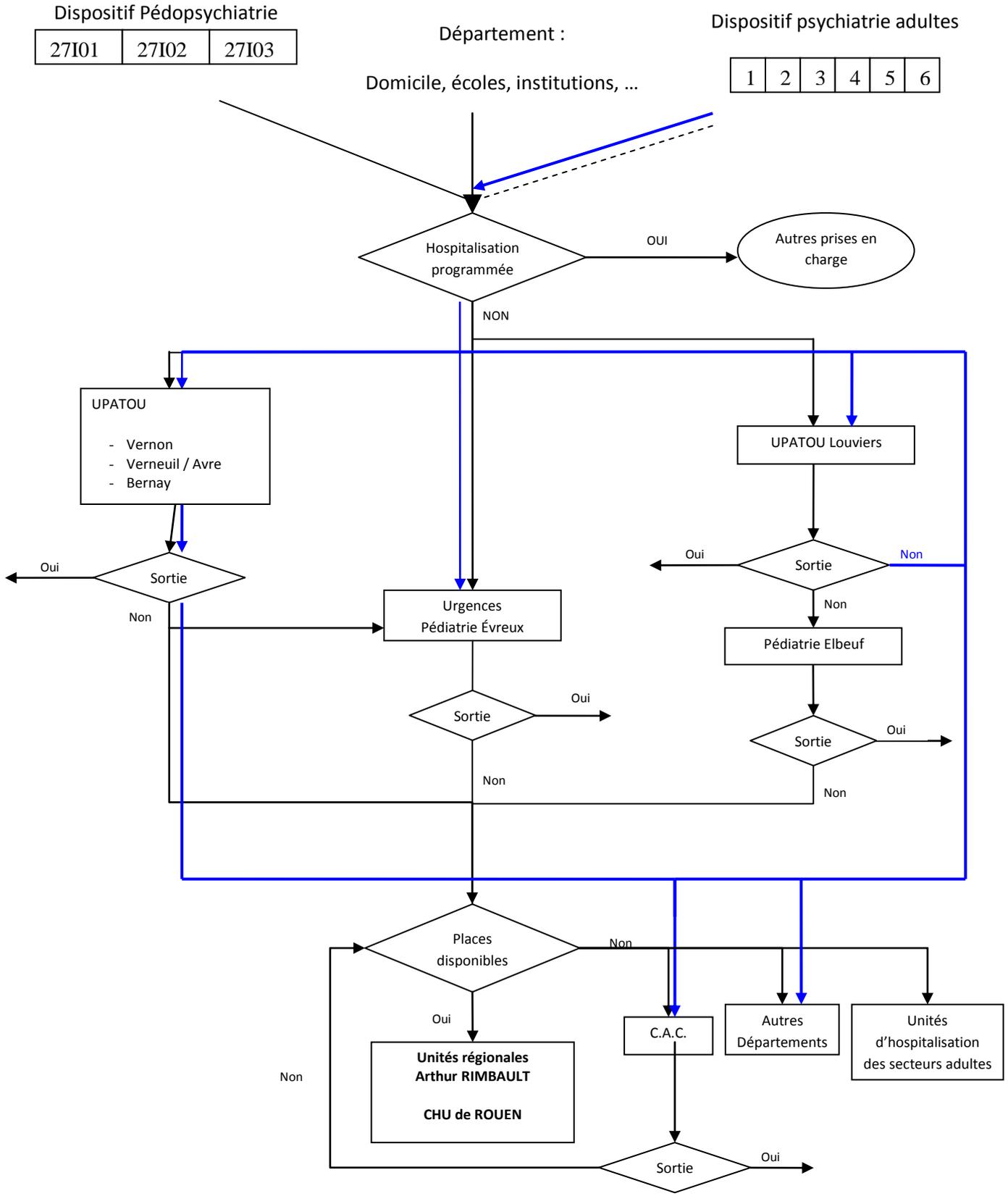
4. Le parcours du patient (recours à l'hospitalisation)

Afin de synthétiser la situation actuelle, compliquée, du recours à l'hospitalisation en psychiatrie pour un adolescent de l'Eure, j'ai choisi une présentation en forme de logigramme.

L'examen de ce logigramme illustre de manière graphique la problématique du département.

²² Voir annexe 4

CIRCUIT DE PRISE EN CHARGE DE L'ADOLESCENT EN PSYCHIATRIE DANS L'EURE



Légende :

Prise en charge des patients < 16 ans

Prise en charge des patients > 16 ans

II. Les rapports de la MNASM

Il me paraît important d'aborder la question de l'implantation de lits de psychiatrie pour adolescents dans la région Haute-Normandie, et plus particulièrement dans le département de l'Eure, au travers des différents rapports de la MNASM²³.

En effet, entre l'année 2002 et l'année 2012 l'établissement (NHN) a bénéficié de 3 missions techniques de la MNASM ainsi que d'un accompagnement spécifique en 2007 concernant la reconstruction de l'hôpital²⁴.

Ces missions techniques n'ont eu en aucune façon l'objectif de se substituer aux responsabilités des acteurs locaux. Mais elles ont eu pour ambition, par l'analyse d'observateurs neutres, de proposer les grandes lignes susceptibles de faire progresser la psychiatrie de la région et du département.

Aussi, il m'est apparu judicieux de faire une analyse succincte de ces rapports, par le prisme du sujet de ce projet managérial, car ils ont largement contribué au diagnostic territorial de la psychiatrie. Dès lors, les préconisations avancées par ces rapports trouvent leur expression au PRS et aux schémas élaborés par l'ARS de Haute-Normandie. Les préconisations faites par la MNASM, même si elles restent qualitatives, s'inscrivent en subsidiarité des orientations régionales arrêtées par l'ARS, autant dans le volet Psychiatrie du SROS que dans le SROSMS.

²³ Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale

- ²⁴ Un premier rapport : « Rapport sur la Santé Mentale dans le département de l'Eure » Consultable à l'adresse : <http://www.mnasm.com/files/uploads/Publications/RapportsSite/rapport-site-154.pdf>, parut en Septembre 2002 (Septembre 2001 à mars 2002 au total 11 jours)
- Au deuxième semestre 2007 participation de la MNASM au comité de Pilotage dans le cadre du PTD pour la reconstruction de l'établissement, sur demande de l'ARH et de la MAINH *Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier*
- Un deuxième rapport : « Rapport de mission au Centre Hospitalier de Navarre » paru en janvier 2011 (avril 2010 à novembre 2010 mission mixte IGAS *Inspection générale des Affaires Sociales -MNASM*)
- Un troisième rapport : « Organisation de la psychiatrie infanto-juvénile en Haute-Normandie » Consultable à l'adresse : <http://www.mnasm.com/files/uploads/Publications/RapportsSite/rapport-site-576.pdf>, paru en mai 2012 (7 juin 2011 au 15 décembre 2011 au total 12 journées)

A. Un déficit de lits pour la région

Au travers du rapport de 2002

« Pour la psychiatrie infanto-juvénile, en hospitalisation complète, on ne relève que 10 lits à vocation régionale, au CHS du Rouvray, en Seine-Maritime. Dans le département de l'Eure il existe un net déficit. » p12

Pourtant à l'époque le médecin chef de service du secteur de psychiatrie infanto-juvénile d'Évreux (EURE) n'était pas en faveur d'une réponse sanitaire en terme de lits : *« Le chef de service s'oppose à la création d'une unité d'hospitalisation pour adolescents, qui ne pourrait être que départementale, mais sans vraiment expliciter les raisons de sa position. » p69*

Un peu plus loin on peut lire sous la plume des rapporteurs : *« A propos des adolescents, **tout est à faire**. On relève actuellement de nombreuses demandes d'hospitalisation pour des motifs psychiatriques avec des aspects sociaux intriqués, qui pèsent souvent d'un grand poids.*

Le dispositif de l'Eure ne comporte aucune structure psychiatrique spécifique pour adolescents, en dehors du point d'accueil de Bernay. En Seine-Maritime, les dix lits du Rouvray qui accueillent des jeunes de 8 à 16 ans...sont saturés en permanence et les demandeurs sont obligés de recourir à des lieux d'hospitalisations moins adaptés, lors de décompensation psychiatrique grave. Les services de psychiatrie générale du CHS de Navarre accueillent des adolescents. » p90

Le besoin est même évalué pour le département de l'Eure : *« On évalue les besoins d'hospitalisation, pour des adolescents, à une douzaine de lits environ pour 500.000 habitants » p90*

Par contre le rapport de la MNASM met déjà en garde, en 2002, les promoteurs d'un futur projet d'ouverture d'une unité d'hospitalisation dédiée aux adolescents : *« Un lieu d'hospitalisation engage des moyens importants, et il est indispensable de réunir les partenaires qui l'utiliseront, pour construire le meilleur dispositif possible, en envisageant plusieurs stratégies organisationnelles et en prenant le temps de penser la complémentarité au niveau régional. » p90*

Enfin, lors de tables rondes, organisées par la MNASMP (mars 2002 à Évreux), réunissant les acteurs de la psychiatrie générale et infanto-juvénile, différents professionnels ou responsables du département et de la région et les pouvoirs publics (directrice de la DDASS, Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et leurs principaux collaborateurs) un consensus concernant la nécessité de lits de psychiatrie pour les adolescents de l'Eure semblait avoir été trouvé :

« L'ensemble des participants apparaît convaincu de la nécessité de disposer d'une unité d'accueil pour adolescents ». p 95

.La MNASM conclut ce rapport en donnant des pistes pour une mise en place d'un tel équipement.

« Si, selon les expériences nationales, **une douzaine de lits pour adolescents**, par tranche de 500.000 habitants, paraît souhaitable, il importe sûrement de réfléchir, dans l'Eure, à des structures d'accueil polyvalentes, graduées et diversifiées : moyen séjour, soins psychiatriques reliant le sanitaire, l'éducatif, le judiciaire, le social et le secteur médico-social.

La Fondation de France est souvent intéressée par ce type d'action, alors qu'il convient de s'interroger sur le promoteur qui pourrait porter un tel projet : CMPP, CHS, autres établissements de santé, collectivités territoriales, secteur privé associatif, **voire un GIP les associant**. Il pourrait s'agir d'une structure expérimentale et innovante mais, dans tous les cas, **il sera nécessaire d'identifier un praticien référent**. » p96

On peut noter l'importance de cette dernière notion de « médecin référent », pour la création d'une telle unité de soin, dont nous parlerons plus loin.

Au travers du rapport de 2011

Ce rapport, du point de vue des lits de psychiatrie pour les adolescents, interroge l'articulation avec les services de pédiatrie de l'hôpital général d'Evreux (CHIES) et le service des urgences de ce même établissement. Il questionne « l'impréparation » d'un projet médical à destination des adolescents qui ne peut qu'interpeler les responsables des tutelles sur la maturité du projet et « son appropriation par les acteurs ». p20

Les auteurs de ce rapport mettent en garde en rappelant que dans ce contexte il existe une « forte incertitude sur le financement d'une unité d'hospitalisation pour adolescents ».

Toutefois, il est rappelé que la légitimité des besoins n'est pas discutable pour un département de près de 600.000 habitants et « qu'une dizaine de lits d'hospitalisation complète pour adolescents ne paraissent pas déraisonnable ». p20

Ce rapport insiste également sur la nécessité d'un développement de structures d'amont et d'aval en préambule à une unité d'hospitalisation afin de rendre performant « l'ambulatoire ». Cela s'accompagnerait de la définition de règles communes, explicites et respectées, pour une

articulation sanitaire/médico-social/social, éducatif et judiciaire efficiente pour l'accompagnement des adolescents en difficulté.

Enfin les recommandations de ce rapport proposent une stratégie combinant « *un ensemble de mesures ne commençant pas par la mise en place d'une telle unité (hospitalisation en psychiatrie pour adolescents) à Navarre (NHN) »* p 36

Ces mesures sont énoncées :

- « *Constituer une équipe mobile pour adolescents afin de constituer une premier élément de réponse en attendant que soit révisé et arrêté un nouveau plan régional d'hospitalisation complète »*
- « *combiner une hospitalisation de jour des adolescents sur le site de l'hôpital général (CHIES) avec l'affectation d'une à deux place d'hospitalisation complète au NHN dès lors que leur âge ou leur type de problème l'autorise ou le nécessite et que les conditions d'accueil le permettent »* p 36

En conclusion, ce rapport replace le projet de création de lits en psychiatrie pour des adolescents dans un contexte où il paraît nécessaire d'actualiser l'offre régionale. Toutefois il met en évidence la carence d'un véritable projet médical concerté avec le médico-social, le social, l'éducatif et le judiciaire. Il demande de mettre en œuvre, « **en attendant** » des moyens ambulatoires comme réponse « **une première étape** » (p 37) afin de créer un dispositif susceptible de réduire au maximum le recours à l'hospitalisation complète. Les propositions sont répétées plusieurs fois, au cours du rapport, en faveur de la création d'une équipe mobile de liaison départementale pour adolescents combinée avec une équipe mobile d'urgence et de crise.

Nous verrons plus loin comment ces propositions ont pu être mise en œuvre.

Au travers du rapport de 2012

Ce rapport, le plus récent, revêt une importance particulière car l'objectif fixé pour la MNASM, rappelé par la lettre de mission de la DGOS est de « *conduire une mission d'appui au changement dans l'organisation de la psychiatrie infanto-juvénile en Haute-Normandie* »²⁵.

²⁵ Voir lettre de mission p53 du document disponible sur le WEB (adresse citée plus haut)

Alors que les deux précédents rapports « santé mentale dans le département de l'Eure » ou « mission au centre hospitalier de Navarre » avaient pour champ d'investigation un périmètre plus large et concernant l'ensemble de la psychiatrie. Celui-ci vient plus particulièrement explorer le domaine spécifique de la psychiatrie infanto-juvénile en s'intéressant à son organisation régionale.

Il est donc plus que probable que les autorités de tutelle y puisent les éléments de réflexion pour l'élaboration d'une organisation régionale concernant le sujet de mon projet : l'hospitalisation en psychiatrie des adolescents de l'Eure.

En tout premier lieu, ce rapport souhaite se situer dans la continuité des deux précédents en rappelant à plusieurs reprises des préconisations avancées à l'époque. Cependant il souhaite aller plus avant, développe certaines propositions et en explicite d'autres.

«La MNASM confirme et reste dans la continuité des préconisations issues du rapport MNASM/IGAS de 2011 portant sur le CHS Navarre qui estimait que dans la situation actuelle de démographie médicale en psychiatrie de l'enfant, le département (de l'Eure) n'avait pas les moyens de mettre en œuvre une unité spécialisée d'hospitalisation pour adolescents.

Pour autant, le choix de ne pas implanter dans l'Eure de lits spécifiquement destinés aux enfants ou aux adolescents issus des secteurs infanto juvéniles de ce département ne peut s'envisager que si le recours à l'hospitalisation reste possible, avec une bonne fluidité et continuité des soins tant pour les entrées que pour les sorties. Au niveau régional et donc préférentiellement les unités de Rouen doivent en conséquence être réorganisées et fédérées entre elles. » P27

La MNASM préconise pour le département de l'Eure « **de concentrer tous leurs moyens sur les soins ambulatoire** » p27

Toutefois ce nouveau rapport ne remet pas en question la création de lits « adolescents » pour la région Haute-Normandie comme il est rappelé à plusieurs reprises :

*« Les objectifs définis par l'ARS dans le cadre du SROS et du SROSMS sont de nature à renforcer la synergie d'actions des différents services. Pour autant, **le renforcement des capacités d'hospitalisation pour les adolescents au niveau régional s'avère nécessaire.** » p33*

Si on analyse les arguments en faveur d'une prise de position concernant une implantation régionale de lits pour les adolescents, qui ne serait pas située dans l'Eure, il m'apparaît que l'on puisse étudier la situation au travers de trois critiques principales.

A. Trois critiques en défaveur d'une implantation dans l'Eure

1. Une démographie médicale fragile

- D'une part, une démographie médicale trop fragile dans le département pour soutenir un tel projet et en assurer le fonctionnement. La MNASM fait de cette problématique un axe des ses préconisations en conclusion du rapport 2012 :

« ...augmenter l'attractivité et fidéliser les médecins en fin de formation constituent donc un enjeu majeur pour l'avenir.(p47)

Les préconisations de la MNASM se déclinent donc autour des axes suivants :

- *Conforter l'attractivité médicale de la région*
- *Développer un projet régional de télé psychiatrie*
- *Faciliter le développement des protocoles de coopération selon l'Article 51 de la Loi HPST »*

2. Un projet architectural inadapté

- D'autre part on cite « **des locaux inadaptés** » pour le cas d'une implantation de lits au sein des locaux du CHIES, sans toutefois avoir évoqué, à aucun moment du rapport, les locaux construits au sein du NHN. Nous reviendront un peu plus loin sur ce point.

« Les locaux prévus au sein du CHIES l'emplacement, le nombre et la répartition des m² la rendaient inutilisables pour une telle fonction d'hospitalisation d'adolescents relevant de soins psychiatriques ».p27

Il est étonnant de constater un « oubli » concernant la création d'une unité d'hospitalisation pour adolescents dans le cadre de la reconstruction de l'établissement. En effet c'est la MNASM qui en 2007 est venue en appui au CHS pour l'élaboration du Plan Technique détaillé validé par les différentes instances. Cette unité figurait bien sur les plans...

3. Un développement préalable de l'ambulatoire

- Enfin, est abordé la nécessité pour le département de l'Eure « **de développer un dispositif ambulatoire** » suffisamment efficient afin de réduire au maximum le recours à l'hospitalisation pour les adolescents sans écarter la pertinence de l'ouverture d'une telle unité.

«La MNASM considère qu'au niveau quantitatif, si la disponibilité en lits pourrait être fluidifiée par une meilleure réactivité et si une véritable mobilité de l'ambulatoire pourrait diminuer cette pression, il n'en demeure pas moins que le nombre limité de lits de recours régional nécessite de clarifier et de valider les rôles et fonctions des unités existantes avant, sur cette base, de planifier la création d'une nouvelle unité de recours régional pour l'hospitalisation des adolescents ». p25

III. Des réponses aux rapports :

La synthèse de ces différents rapports fait apparaître trois domaines qui interrogent les rédacteurs successifs. Ces critiques jouent en défaveur d'une implantation dans le département de l'Eure, de lits d'hospitalisation complète en psychiatrie pour les adolescents. Toutefois, même si l'intérêt d'une augmentation de la capacité régionale en lits pour adolescents reste constant au fil des rapports, il m'apparaît inévitable de faire le point sur ces critiques afin de tenter d'y apporter des réponses ayant pour objectif d'éclairer des décisions futures.

A. Une démographie médicale stabilisée

Pour rappel la région Ht Normandie subit un contexte difficile :

« La région se trouve confrontée à un déficit préoccupant de médecins psychiatres.

La densité régionale est de 14 médecins/100 000 habitants au 1er janvier 2011 pour une densité nationale de 22, avec une inégalité entre les deux départements : 17/100 000 habitants en Seine Maritime et 8/100 000 dans l'Eure » p 138 SROS²⁶

²⁶ SROS 2012-2017 H Normandie : http://www.ars.haute-normandie.sante.fr/fileadmin/HAUTE_NORMANDIE/rubriques/VOTRE_ARS/PRS/definitif/SROS-PRS_2012-2017_DEFINITIF.pdf

Cela s'est vérifié pour le département car certains secteurs, à l'époque, ont traversés de difficiles périodes de pénurie médicale. En effet une partie du département de l'Eure (le secteur de Bernay/Pont Audemer) s'est retrouvée en 2010 sans aucun pédopsychiatre après le départ des médecins en poste. Ce n'est que grâce au soutien, au travers de vacations, des pédopsychiatres en poste sur Evreux et au travail des psychologues et des équipes para médicales en place que la continuité des soins a pu être assurée.

Cette difficulté a d'ailleurs précipité la fusion des trois secteurs de psychiatrie pour un seul Pôle départemental de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Cette fusion a permis la mutualisation des postes médicaux, une meilleure répartition des moyens et une articulation des prises en charge plus fluide.

Aussi après les deux rattachements successifs (juin 2012 et janvier 2013) on peu noter que les effectifs médicaux du Pôle, même s'ils restent susceptibles d'évolutions, sont à ce jour stabilisés.

Le tableau, fournit par la direction des affaires médicales du NHN, nous montre cette évolution :

Evolution des effectifs médicaux rémunérés pour le pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du NHN

	Situation au 01/01/2010	Situation au 01/01/2011	Situation au 01/01/2012	Situation au 01/01/2013	Situation au 01/01/2014
PH temps plein	4	4	5	5 + 3	8
PH temps partiel	1	1	1	1	1
Prat. Contractuel	0	1	1	1	1
Prat. Attachés	1	1	0,5	1,5	1
Asst. Spé. Régional	0	1	1	1	1
Internes	1	1	1	1 + 1	3
Total	7	9	9.5	14.5	15

Cependant, il reste certainement quelques difficultés comme la répartition de ces postes parfois avec un exercice « dispersé » sur quatre à cinq unités de soins distantes, en elles, de plus de 50 km.

De surcroît, nous le verrons plus loin, aucun médecin n'est à ce jour porteur d'un projet d'ouverture de lits dédiés aux adolescents.

Reste qu'au niveau régional la situation demeure fragile. C'est pourquoi le SROS 2012-2017 de HT Normandie rappelle dans son chapitre 2 (l'offre de soins hospitalière- 2.1.5 Psychiatrie) que son objectif n° 3 est d'améliorer la démographie médicale.

« Renforcer la filière universitaire de psychiatrie générale et poursuivre le développement de la filière de psychiatrie infanto juvénile.

Augmenter le nombre d'internes et d'assistants spécialistes régionaux, tant en psychiatrie générale qu'en psychiatrie infanto juvénile.

Positionner le CHU en soutien des filières spécifiques en place au CH du Rouvray afin d'affecter des assistants régionaux dans les territoires.

Modifier les rattachements des secteurs de Bernay et de Lillebonne » p150 SROS²⁷

B. Un projet architectural réalisé

Certes, comme l'indique le rapport 2012 de la MNASM, deux projets architecturaux avaient été pensés pour l'accueil des adolescents du département présentant des troubles psychiatriques.

Actée dans le SROS III pour une capacité de 9 lits (devenus 8 lits plus une chambre d'isolement) cette unité n'a pas fait l'objet d'une décision d'acceptation ou de refus de financement par l'ARH. Pour autant son ouverture avait été programmée dès 2009. Le premier retard de son implantation est lié à l'absence de coordination entre le projet du nouveau CHIES (lors de sa reconstruction à Evreux), où l'unité devait être implantée et celui de la pédopsychiatrie du NHN responsable de cette future unité.

Le courrier cosigné par Monsieur le Docteur ABEKHZER (médecin-chef de service) et par Monsieur BEAUDOIRE (Cadre Supérieur de Santé) du 13 novembre 2006 expose les difficultés rencontrées²⁸.

Dès lors, le projet architectural élaboré en 2007, par un groupe de travail pluri professionnel, pour la réalisation du PTD²⁹, prenait tout son sens.

²⁷ SROS 2012-2017 H Normandie : http://www.ars.haute-normandie.sante.fr/fileadmin/HAUTE_NORMANDIE/rubriques/VOTRE_AR/PRS/definitif/SROS-PRS_2012-2017_DEFINITIF.pdf

²⁸ Voir page 2 « Rapport finale groupe de travail PTD « unité d'hospitalisation pour adolescents » Annexe 5

Ce projet fut validé par les différentes instances et tutelles dans le cadre de la reconstruction de l'établissement. L'unité fut réalisée³⁰ conformément aux attentes du Pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et conformément au PTD de l'établissement. Elle fut livrée au NHN en 2012 et est fonctionnelle depuis cette date. Faute de financement d'une équipe soignante elle n'a pas ouvert ses portes à ce jour...

C. La création d'un dispositif ambulatoire

Conformément aux préconisations de la MNASM lors de ses rapports successifs, l'ARS de Haute Normandie a financé la mise en place de dispositifs ambulatoires en faveur des adolescents de l'Eure.

Le Pôle départemental de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'Eure a pu dans ces conditions piloter les projets d'ouverture de trois dispositifs complémentaires aux unités existantes dédiées aux adolescents (CMP³¹, Hôpital de jour départemental, CATTP pour adolescents, Maison des adolescents):

- ✓ LE GOLC³² pour la gestion des « situations complexes » – mis en place en 2012
- ✓ L'équipe mobile pour adolescents – mise en place en juin 2012
- ✓ La plateforme départementale d'appui et d'évaluation – ouverte en janvier 2013

Afin de démontrer la pertinence de ces dispositifs et le service rendu aux adolescents du département, je me propose de détailler, ci-dessous et de façon succincte, leur activité. Il s'agira d'argumenter que ces dispositifs dont les résultats ont été exposés à l'ARS remplissent, d'ores et déjà leurs missions mais ne peuvent résoudre, à eux seuls, certaines situations où le recours à l'hospitalisation complète et spécifique fait toujours défaut.

²⁹ Programme Technique Détaillé pour la reconstruction du CHS de Navarre

³⁰ Voir plan de l'unité adolescents Annexe 6

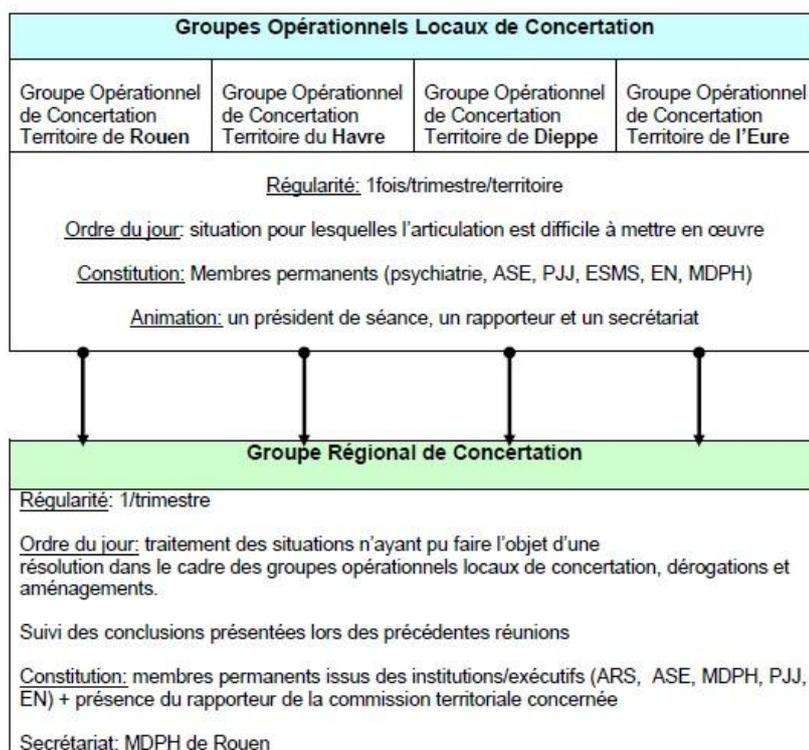
³¹ Centre Médico-Psychologique (en 2013, il en existe 7 repartis géographiquement sur le département de l'Eure)

³² Groupe Opérationnel Local de Concertation

1. Le GOLC (Groupe Opérationnel Local de Concertation)

Un groupe Régional de concertation a été créé dans la région Haute Normandie. Il s'agit, face à des situations « complexes », de mettre en place un accompagnement concerté et coordonné pour assurer une cohérence et une continuité dans le parcours de vie et de soins des enfants ou adolescents, en évitant les ruptures.

Sous l'égide de l'ARS ce sont ensuite 4 GOLC qui ont été déclinés en 2011 dans chacun des territoires de santé de la région Haute-Normandie. Ils sont articulés entre eux comme le schéma l'indique.



Ces Groupes Opérationnels Locaux de Concertation ont pour missions:

- D'examiner localement les situations où l'intérêt de l'enfant fait l'objet d'une articulation difficile à mettre en œuvre en tentant de trouver un consensus d'engagements réciproques, et de formaliser un plan de coopération.

La plus-value de cette instance réside dans la composition de ses membres. En effet, si ceux-ci sont des acteurs des différents champs d'intervention qui gravitent autour de la prise en charge des adolescents, leur statut de responsable hiérarchique leur confère un engagement opérationnel non négligeable dans la mise en place des orientations décidées en réunion.

Pour le département de l'Eure, le GOLC fut mis en place en 2012 et sa première réunion a eu lieu en mars 2012 à Evreux.

a) Bilan depuis la création

Les faits marquant pour 2012 ont porté sur : Une discussion entre les représentants des institutions qui s'est ouverte dans le cadre du partage d'informations dans le respect du secret ; Une concertation et la recherche de solutions ; L'effectivité des décisions prises en GOLC ; Les cas complexes ont nécessité de penser les limites de chaque institution mais cela a eu un effet positif en recentrant chacun sur ses spécificités ; Le travail à plusieurs s'avéra bénéfique pour l'enfant et pour l'institution (qui ne se sent plus piégée, sachant que l'enfant a une prise en charge adaptée dans un autre lieu et sur un autre temps).

Néanmoins le travail à plusieurs est parfois bloqué par les règlements administratifs : Les contraintes budgétaires sont telles que parfois il fut difficile de « penser en dehors du cadre ».

Il fut également, proposé de demander à l'ARS un droit à l'exception afin d'aider à mettre en place une prise en charge très spécifique : par exemple, un financement hors droit commun mais limité dans le temps et validé par une évaluation à court terme.

Au terme des neuf premiers mois de fonctionnement, en 2012, ce dispositif a permis d'examiner la situation de 6 adolescents et a pu prévenir, pour ceux-ci, un recours à une hospitalisation complète.

Quelques éléments chiffrés de l'activité:

Saisine du GOLC	2012
1. Nombre de dossiers reçus par le secrétariat du groupe	14
2. Nombre de dossiers soumis en groupe	8
3. Nombre de dossiers refusés	6
Motifs	
demandeur non compétent pour saisir le GOLC	1
Motifs saisine intervient hors du champ de compétence du GOLC	5

Profil des situations présentées par type de prise en charge (PEC)	2012
PEC ASE/établissement spécialisé	
PEC ASE/PJJ/établissement spécialisé	
PEC ASE/psychiatrie	2
PEC ASE/PJJ/Psychiatrie	
PEC ASE/établissement spécialisé/psychiatrie	1
Autres	5

<i>Par catégorie d'âge</i>	<i>2012</i>
< 6 ans	0
<6-12 ans	2
<12-15ans	3
<16-18 ans	3

<i>Nombre de plans de coopération arrêtés</i>	<i>2012</i>
par le groupe	8
consensus	7
renvoi vers le Groupe opérationnel de Concertation Régional	1

Pour l'année 2013, le bilan chiffré n'est pas encore disponible mais montre la poursuite de l'activité de cette instance avec l'accroissement des dossiers examinés qui ont donnés lieu à un plan de coopération en faveur des adolescents concernés.

2. Analyse du fonctionnement de l'équipe mobile pour adolescents

Dans la perspective du SROS Haute-Normandie, L'ARS a financé une équipe mobile et un dispositif d'appui aux adolescents hospitalisés³³.

L'équipe mobile pour adolescents porte une dimension départementale. Toutefois son effectif modeste, quatre postes d'infirmiers et un demi-poste médical, ne permet, pour l'instant, qu'une activité principalement centrée autour de l'agglomération d'Evreux.

Ses missions principales sont :

- Le traitement rapide de la demande ou de la non-demande de soins : au travers d'un accès rapide aux différents dispositifs de soins. C'est également, si besoin, la mise en place de soins psychiatriques dans l'attente d'un relais de prise en charge pour tout adolescent signalé en difficulté.
- Un appui spécialisé aux services d'urgences et de pédiatrie des établissements de santé du département pour les adolescents admis.
- Le lien avec le CAC situé au CHIES pour un avis spécialisé en pédopsychiatrie.

³³ Décision de l'ARS, fin 2010 accordant une première tranche de crédits pour la création de la plateforme et d'une équipe mobile. Confirmation de cette décision par courriers au médecin chef de Pôle en date du 21 avril 2011 et de la population à suivre en date du 23 mai 2011.

- Un rôle d'appui des professionnels et/ou d'intégration des pratiques : est entendu par appui la capacité d'une équipe spécialisée en psychiatrie à soutenir ses partenaires dans l'accompagnement de l'adolescent « in situ ». Il s'agit tout autant d'une logique de prévention, d'évaluation et de gestion des situations complexes que de suivi des situations régulières.

Cette équipe fut mise en place en juin 2012 et a pris rapidement une place importante dans le dispositif ambulatoire du Pôle départemental de psychiatrie de l'enfant et de la l'adolescent.

a) l'activité après un peu plus d'un an de fonctionnement

Une année 2013 avec un dispositif en pleine croissance :

Le début du fonctionnement de cette équipe sur le deuxième semestre de l'année 2012 a permis de faire connaître le dispositif d'intervention pour les adolescents du département. Un important travail d'information auprès des différents partenaires (ASE³⁴, PJJ³⁵, éducation nationale, structure médico-sociales ou médico-éducatives, intervenants libéraux, réseaux de familles et d'usagers, ...) s'est déroulé pendant cette période. Des réunions d'information ont été animées par l'équipe, au sein du NHN, au sein du conseil général de l'Eure, au sein de structures médico-sociales. Une information au travers de la presse et de la radio locale a pu être également diffusée.

En un semestre, ce sont 270 actes qui ont été réalisés par l'équipe nouvellement constituée.

Les interventions externes à notre établissement se sont structurées autour de l'équipe mobile avec la participation systématique du médecin et de deux soignants pour le soutien à des structures médico-sociales. Dès la fin 2012 deux structures partenaires bénéficiaient de cette prestation :

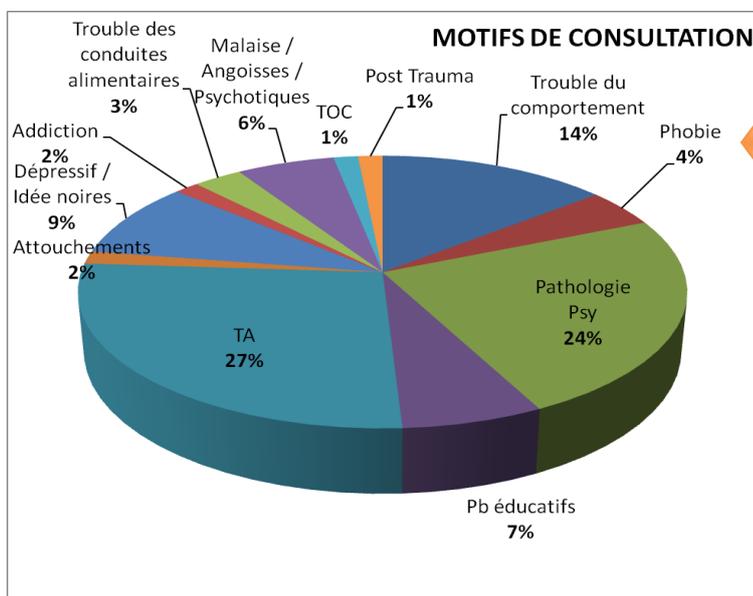
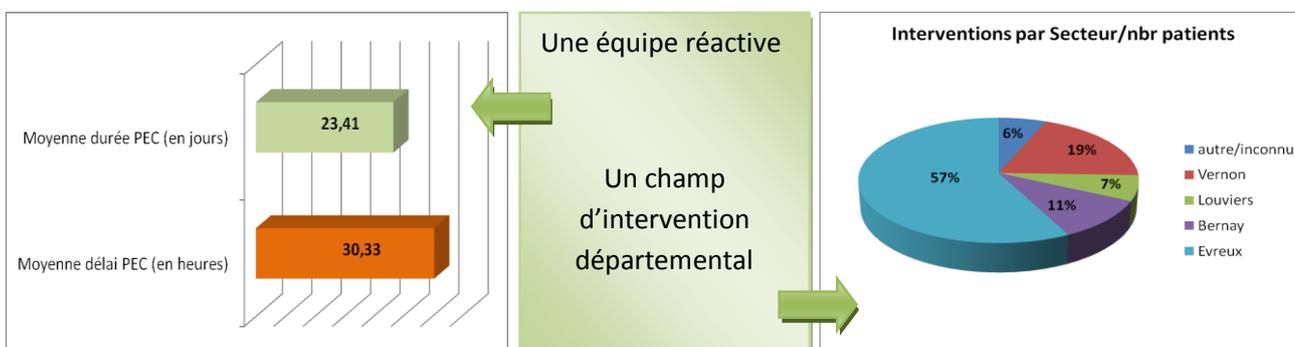
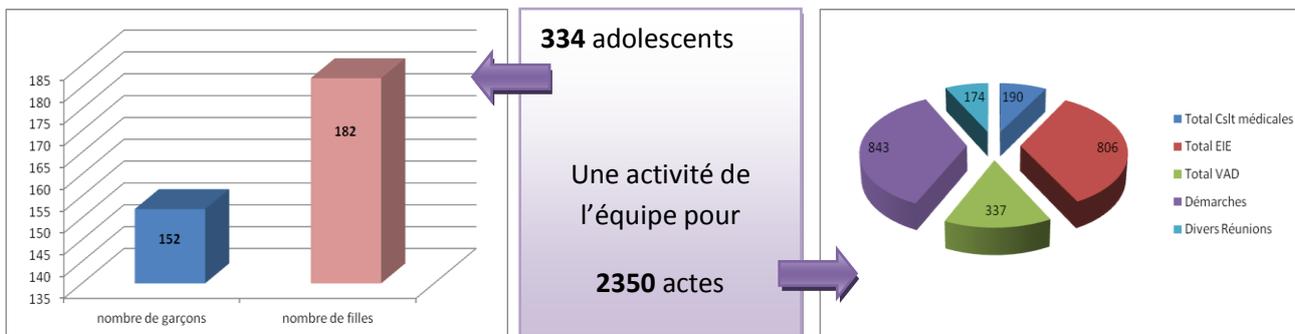
- Le foyer départemental de l'Enfance (4 interventions concernant 15 adolescents),
- Le foyer P.J.J d'Evreux (4 interventions concernant 4 adolescents).

³⁴ Aide Sociale à L'enfance de l'Eure

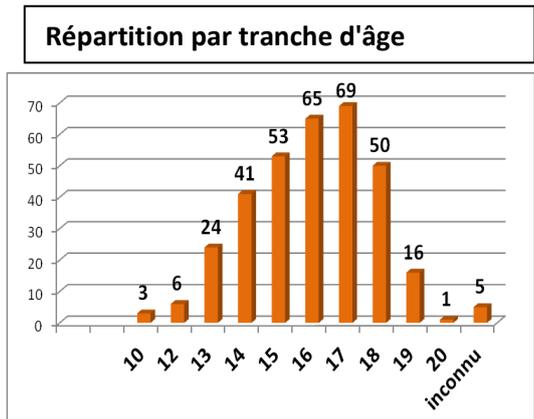
³⁵ Protection Judiciaire de la Jeunesse

S'agissant de la psychiatrie de liaison, le psychiatre a coordonné les interventions des soignants. Au cours du deuxième semestre 2012, la Pédiatrie, les Urgences pédiatriques et le CAC ont bénéficié de 74 interventions pour 87 adolescents.

Pour l'année 2013 la progression s'est poursuivie comme les quelques indicateurs qui suivent le démontrent :



Pour les **334 adolescents** pris en charge, les motifs de consultation sont variés



b) Les évolutions à venir

Cette équipe mobile pour adolescents éprouve déjà quelques difficultés à pouvoir répondre à l'ensemble des demandes qui émanent du département de l'Eure. En effet ses effectifs modestes devront être accrus afin d'être une ressource pour les adolescents habitant au-delà d'un périmètre de 30 km autour d'Evreux. Les statistiques montrent également que les partenaires des structures médico-sociales, nombreuses dans l'Eure, sont en demande de soutien face à des situations difficiles dans l'accueil d'adolescents. Cette mission devrait pouvoir être développée car elle est essentielle dans une démarche d'alternative à l'hospitalisation. De surcroît, une équipe éducative qui sans soutien se voit contrainte d'hospitaliser un adolescent se révélera très « frileuse » pour réadmettre celui-ci à sa sortie.

3. Analyse du fonctionnement de la Plateforme pour Adolescents

Ce dispositif a été financé dans le cadre du SROS Haute-Normandie (voir ci-dessus chapitre 2). La Plateforme Départementale d'appui et d'évaluation pour adolescents fut ouverte le 3 janvier 2013. Ce dispositif original conjugue deux axes de travail :

L'un, dans une mission **d'appui**, à destination de l'ensemble des adolescents hospitalisé au NHN dans les unités d'admission de psychiatrie générale.

L'autre, dans une mission **d'évaluation**, à destination des adolescents non hospitalisés qui sont accueillis par exemple dans des structures médico-sociales.

Constitué d'une équipe réduite (deux postes infirmiers, deux postes éducateurs spécialisé, un demi poste médical et un demi poste de secrétaire) ce dispositif départemental fonctionne du lundi au vendredi tous les après midi de 13h à 21h toute l'année.

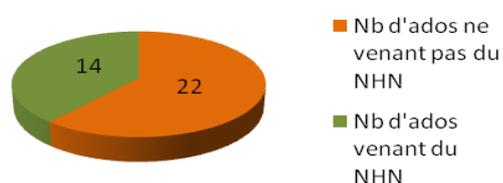
- Pour les adolescents hospitalisés au NHN, l'accueil se fait sur demande du médecin de l'unité d'admission où l'adolescent réside. Les axes de travail définis entre les médecins des deux unités (plateforme et unité d'admission) prennent, pour les adolescents, la forme d'ateliers thérapeutiques de groupe, de temps individuels et de temps de souper, qui peuvent être répartis sur les jours de la semaine.

- Les adolescents non hospitalisés, venant d'une autre structure, sont adressés via l'équipe mobile adolescents (citée plus haut) quand leur situation est « alertante » et qu'il peut paraître nécessaire de pouvoir proposer un temps d'évaluation. Les adolescents peuvent alors être accueillis deux après midi par semaine (de 14h à 18h30) afin de participer aux ateliers thérapeutiques de groupe et à des temps individuels. Ce dispositif permet d'évaluer une situation difficile pour l'adolescent et son entourage sans rompre totalement les liens et l'insertion dans son environnement habituel.

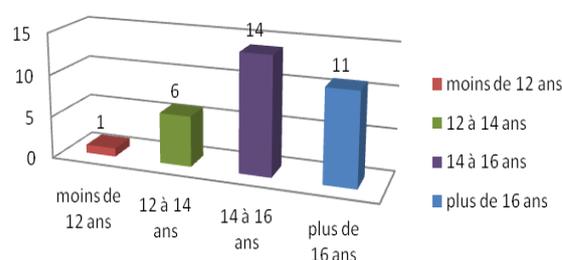
Pour ces deux axes de travail le dispositif de la plateforme pour adolescents intervient pour une durée de trois mois afin d'instaurer une dynamique concernant le projet de soin de l'adolescent et permettant l'orientation, si nécessaire, vers un autre type de prise en charge.

a) L'analyse de l'activité après un an de fonctionnement

Ouverte en janvier 2013, la plateforme départementale d'appui et d'évaluation pour adolescents a pu accueillir en un an 36 adolescents. Il est intéressant de constater que 39% d'entre eux étaient hospitalisés au NHN tandis que 61% d'entre eux n'étaient pas hospitalisés. On peut penser que les différents partenaires accueillant des adolescents ont saisi rapidement ce dispositif comme moyen d'évaluation et de prévention face à des situations devenant compliquées à gérer par des équipes médico-sociales parfois démunies.

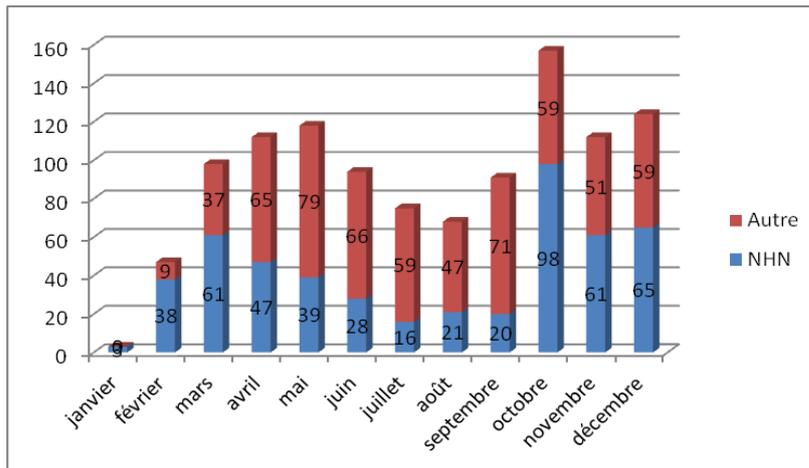


répartition par tranche d'âge



Par contre, si on analyse plus finement l'activité de cette unité, on remarque que le dernier trimestre de l'année 2013 montre un inversement de l'origine des adolescents accueillis à la Plateforme. Cette tendance se poursuit sur le premier trimestre 2014 avec un accueil plus important pour les adolescents hospitalisés au NHN.

La baisse d'activité pour les mois de juillet et août s'explique par le fait que les adolescents venant de leurs familles ou d'institutions sont partis en vacances



Répartition de l'activité tenant compte de l'origine des adolescents accueillis

Un travail de communication accrue avec les unités d'admission de psychiatrie générale accueillant des adolescents a permis peu à peu une collaboration plus efficace. Ceci s'est traduit par des demandes en hausse pour solliciter l'appui de la Plateforme durant l'hospitalisation de ces adolescents.

Nous verrons ci-dessous que néanmoins le travail d'articulation avec les différents partenaires doit se poursuivre afin que la plateforme puisse jouer son rôle départemental d'appui et d'évaluation.

b) L'analyse de la satisfaction des partenaires

(1) En interne

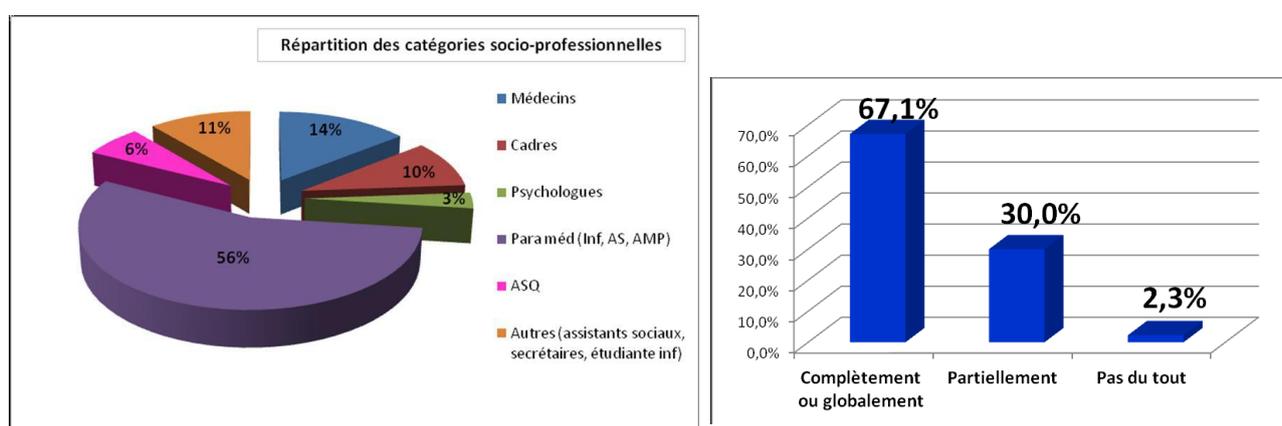
Avec le soutien de l'équipe de la plateforme et la collaboration les cadres des unités d'hospitalisation pour adultes, j'ai réalisé une enquête qui s'est déroulée du 7 novembre 2013 au 29 janvier 2014. Celle-ci me paraissait importante à mener pour diverses raisons. En effet, outre la nécessité de pouvoir évaluer, après un an de fonctionnement l'effet perçu par nos partenaires de soin pour les adolescents accueillis au NHN, j'avais également un autre objectif. Cette unité (Plateforme pour adolescent) est la première unité du Pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent implantée dans l'enceinte du NHN. Une « révolution culturelle » pour certains agents de l'établissement. Mais plus encore, c'est à mon avis, un travail préparatoire à la création d'unité régionale d'hospitalisation complète dédiée aux adolescents qui pourrait être implantée au sein du NHN. Cette enquête peut donc également être lue comme donnant des éléments sur la collaboration future psychiatrie générale/pédopsychiatrie.

Elle s'est déroulée en trois temps :

- Un temps d'échanges avec le cadre de chacune des unités d'admission de psychiatrie générale.
- Une réunion d'échanges animée par les membres de l'équipe de la « Plateforme » avec chacune des équipes des unités d'admission de psychiatrie générale.
- Un questionnaire³⁶ remis à chaque professionnel, de chaque unité d'admission, présent à la réunion d'échange.

Sur les 75 personnes rencontrées, 62 ont répondu au questionnaire. Soit un très bon retour 82%.

Toutes les catégories du personnel composant les équipes de soins des unités d'admission sont présentes dans les retours des questionnaires.



La synthèse des réponses à l'ensemble des questions posées s'avère plutôt encourageante vis-à-vis des objectifs poursuivis par la plateforme ados.

En effet, il apparaît que la connaissance du dispositif, la satisfaction globale du service rendu, la communication mise en place et la dynamique engagée vers une prise en charge spécifique de l'adolescent soient entendues de la plupart des acteurs.

Il est également intéressant de souligner que la dernière question portait sur la création d'une unité d'hospitalisation dédiée aux adolescents :

« Seriez-vous favorable à l'ouverture au NHN d'une unité d'hospitalisation pour adolescents ? »

³⁶ Grille du questionnaire en annexe 7

Le résultat de l'analyse de cette question est sans appel : 98 % des agents de l'établissement, recevant des adolescents, toutes catégories socioprofessionnelles confondues se prononcent en faveur de la création d'une unité de psychiatrie pour adolescents.

En conclusion, l'analyse de cette enquête doit engager l'équipe soignante de la Plateforme ados à poursuivre la recherche d'une meilleure collaboration avec les unités d'admission qui accueillent les adolescents au NHN. Ce travail passe par la mise en place d'une communication plus adaptée. C'est ce que nous avons pu faire émerger des réunions qui ont eu lieu.

D'autre part, il paraît nécessaire d'explicitier davantage le fonctionnement du dispositif. Une meilleure compréhension du fonctionnement de chacun (unité d'admission-plateforme ados) devrait permettre de lever une partie des malentendus toujours préjudiciables à une PEC commune d'adolescents. L'équipe de la plateforme propose également sur ce point de préciser peu à peu des « règles claires » qui pouvaient parfois faire défaut dans une articulation entre partenaires de soins.

Enfin, pour une implantation future d'une unité d'hospitalisation complète pour adolescents, la communication autour de l'ouverture de cette nouvelle unité sera un enjeu important à ne pas négliger afin de favoriser la réussite de son articulation avec les autres unités de l'établissement.

(2) Le médico-social

Des réunions, avec les équipes des institutions accueillant des adolescents pour lesquels la plateforme a été sollicitée, ont pu avoir lieu régulièrement au cours de l'année 2013. En dehors de trois cas particuliers qui ont conduit à une hospitalisation de l'adolescent, ces structures d'hébergement et de travail éducatif ont souligné l'aide importante apportée par la psychiatrie. L'équipe mobile sollicitée en premier lieu, puis l'orientation vers la plateforme, qui a permis « d'extraire » quelque peu l'adolescent d'une situation difficile, se sont révélés efficaces afin de « désamorcer » une situation où l'hospitalisation apparaissait comme l'ultime recours.

Toutefois, il nous apparaît que depuis le dernier trimestre 2013, les adolescents adressés par ces institutions se faisaient plus rares pour les admissions à la plateforme.

Compte tenu de notre connaissance du réseau départemental médico-social/éducatif une ou deux pistes nous sont apparues pertinentes pour expliquer ce mouvement :

- Une « montée en charge » de l'équipe mobile ados qui sur son volet d'intervention auprès des équipes médico-sociales permet un travail en amont des difficultés pour les adolescents. Donc peut-être moins de situations de « crise ».
- La communication importante, menée à l'occasion de la mise en place de ces nouveaux dispositifs (équipe mobile et Plateforme pour adolescents) à destinations de ces structures, mériterait d'être renouvelée. Certaines de ces structures ne connaissant pas encore ce dispositif très récent.

c) Une comparaison avec l'UMAH³⁷ en Seine Maritime

En Seine-Maritime, il existe une unité qui accueille les adolescents hospitalisés dans les unités de psychiatrie générale du CH du Rouvray. Toutefois, la comparaison avec le dispositif de « Plateforme adolescents » présenté ci-dessus, n'est pas tout à fait probante. En effet, le dispositif du département voisin n'est centré que sur la PEC des adolescents qui sont hospitalisés dans les services de psychiatrie générale. Le travail proposé par la « Plateforme ados » de l'Eure s'adresse aux adolescents hospitalisés en service de psychiatrie générale mais aussi aux adolescents « en crise » qui ne sont pas (encore) hospitalisés. C'est là son originalité.

Toutefois, on note tout d'abord que la situation en Seine- Maritime est équivalente à celle de l'Eure à savoir que beaucoup d'adolescents sont admis dans des services de psychiatrie générale où ils côtoient des adultes souffrant de pathologies parfois lourdes.

D'autre part on remarque que le dispositif nouvellement en place dans le département de l'Eure (Plateforme ados) a pu accueillir proportionnellement à la population de la région (2/3 Seine-Maritime, 1/3 Eure) une file active importante de 32 adolescents. De même pour les actes réalisés par le dispositif de l'Eure (1112 actes) qui le placent dès sa première année de création dans un service rendu tout à fait honorable vis-à-vis de son homologue du département voisin. (Voir tableau ci-après³⁸)

³⁷ Unité Mobile pour Adolescents Hospitalisés (au CH Rouvray qui couvre l'agglomération de Rouen et le territoire de santé qui lui est rattaché).

³⁸ Composé à partir des chiffres et tableaux de bords fournis, à ma demande, par le cadre supérieur de ce pôle en novembre 2013.

Suivi de l'activité de l'UMAH 2009 à 2012

ACTIVITE UMAH	2009	2010	2011	2012
Entretiens et Bilans	85	167	144	54
Activités de médiation	579	668	722	570
Accompagnement.	23	39	65	17
Réunions institutionnelles	52	50	51	49
Réunions diverses	5	4	10	9
Synthèses au CHR	115	63	77	31
Synthèses hors CHR	25	25	40	3
Total actes	884	1016	1109	733
file active	57	65	48	63
ADOLESCENTS HOSPITALISES AU CHR 14/19 ANS				
ados hospitalisés	221	275	278	297

En conclusion de l'examen du dispositif ambulatoire mis en place dans le département de l'Eure nous pouvons conclure que :

Aujourd'hui, ce dispositif complet permet la gestion de l'amont et de l'aval de l'hospitalisation et il se constitue :

- D'une coordination départementale concernant les situations complexes :
 - le GOLC de l'Eure (2012),

- D'unités territoriales de prise en charge :
 - Une Maison des adolescents ouverte en 2010 qui à ce jour a pu accueillir une file active de 2660 adolescents,
 - Un Hôpital de jour départemental de 10 places ouvert en mars 2008, qui à ce jour a pu accueillir une file active de plus de 130 adolescents,

- Une Equipe Mobile ouverte en juin 2012, qui à ce jour a pu suivre une file active de 604 adolescents,
- Une plateforme départementale d'appui et d'évaluation ouverte en janvier 2013 qui à ce jour a pu suivre une file active de 32 adolescents.

— D'unités sectorielles de prise en charge :

- Un C.A.T.T.P. de 15 places ouvert en mars 2006, qui à ce jour a pu accueillir une file active de plus de 240 adolescents.
- 6 CMP répartis sur le département de l'Eure accueillent des adolescents.

Au travers de ces unités, près de 1650 Adolescents ont bénéficié de ce dispositif en 2013

	FILE ACTIVE				ACTES OU JOURNEES			
	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013
Maison des adolescents	65	367	1012	1216	170	716	1103	1584
CATTP sectoriel	53	60	56	48	553	614	708	638
HJ départemental	21	24	28	27	1467	1590	1401	1575
Equipe Mobile	0	0	270	334	0	0	669	2350
Plateforme ados	0	0	0	32	0	0	0	1112

POINTS CARDINAUX (en 4 ans):

Une augmentation de 280% de la file active de la Maison des adolescents,
 Un accroissement du nombre moyen de journées par patient en CATTP,
 Une augmentation de la file active en hôpital de jour avec un taux d'occupation maintenu à 70%.
 La création de deux unités départementales qui viennent compléter le dispositif ambulatoire.

Il manque, à ce jour, un outil essentiel : ***une unité spécifique d'hospitalisation pour adolescent***

IV. Création d'une unité régionale d'hospitalisation temps plein pour adolescents dans l'Eure

Il faut rappeler que le nombre important de structures médico-sociales dans notre département et les 2044 places d'aide sociale à l'enfance³⁹ maintiennent une forte pression sur l'offre de soins de Pédopsychiatrie, notamment en matière d'hospitalisation.

Que cette situation est aggravée par l'absence totale de structures intra-hospitalières d'accueil des enfants et adolescents dans l'Eure et que la suractivité permanente des deux unités régionales d'hospitalisation pour mineurs ne permet d'accueillir que très peu d'adolescents originaires de l'Eure.

Aussi, ce manque de fluidité nous oblige à des montages périlleux afin de rendre programmable toute hospitalisation et à négocier en permanence auprès des partenaires hospitaliers pour la moindre urgence.

De ce fait, une hospitalisation départementale non spécialisée se réalise au sein des unités de psychiatrie générale du NHN générant une promiscuité préjudiciable et des réponses de soins parcellaires.

D'autre part, la récente mise en place d'une coopération Psychiatrie-E.S.M.S.⁴⁰ visant la régulation des situations complexes au sein de notre département pose également la question de l'hospitalisation mais aussi de la rapidité des réponses apportées par la Pédopsychiatrie concernant l'évaluation psychiatrique des mineurs⁴¹ concernés.

Sollicitée par l'A.R.S. en 2011, la M.N.A.S.M. a réaffirmé la nécessité du développement de l'hospitalisation régionale des adolescents, une fois que l'amont et l'aval de cette hospitalisation

³⁹ Dans l'Eure, le taux d'équipement en lits de l'aide sociale à l'enfance/1000 jeunes de moins de 20 ans au 01/01/2008 est trois fois supérieur à la moyenne nationale : de 13,32 dans l'Eure et de 4,38 en France.

⁴⁰ Etablissements Sanitaires et Médico-sociaux. Origine du GOLC cité ci-dessus.

⁴¹ Leur nombre était estimé à 80 ; source rapport 2011 Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale. Il est passé à 134 adolescents hospitalisés en 2013 (voir statistiques NHN P30).

seraient consolidés. Les arguments développés jusqu'ici tendent à démontrer qu'aujourd'hui le travail préalable est accompli.

Il me semble qu'aujourd'hui, l'établissement du NHN, le Pôle départemental de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent soient en mesure de pouvoir prétendre à l'implantation d'une unité d'hospitalisation complète en psychiatrie pour les adolescents de l'Eure.

A. Les objectifs

Durant les états généraux de la pédopsychiatrie qui viennent de se dérouler au début du mois d'avril 2014, les acteurs du domaine ont formulés dix propositions pour l'avenir de la discipline⁴².

L'une d'elles fait complètement écho à l'objectif de ce travail :

*« Pour les adolescents, sont nécessaires des consultations dédiées et des équipes mobiles, et pour tous les enfants, des Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), des hôpitaux de jour, et **des unités d'hospitalisation intensive en nombre suffisant** pour qu'il n'y ait plus d'hospitalisation par défaut en pédiatrie ou en psychiatrie adulte »*

Il paraît donc urgent de renforcer une offre régionale en faveur de l'hospitalisation des adolescents. Cette offre doit être en lien avec les unités de soins déjà existantes en région Haute-Normandie pour ce public. Les orientations du SROS⁴³ recommandent, d'ailleurs une coopération régionale dans le cadre d'une fédération. Par contre, il est important que cette fédération puisse recouvrir l'ensemble des établissements concernés par les hospitalisations en psychiatrie pour les adolescents Haut-Normands. En effet, nous avons pu montrer que le département de l'Eure souffrait d'un déficit d'équipement en lits important et que malgré des unités régionales dédiées, le fait que celles-ci se situent géographiquement en Seine-Maritime, ne permettait pas une équité dans le recours à l'hospitalisation pour la population de l'Eure.

⁴² Article Hospimédia du 7/04/2014 : Politique de santé : Les acteurs de la pédopsychiatrie formulent dix propositions pour l'avenir de la discipline

⁴³ SROS Haute-Normandie 2012-2017 p 154

Dès lors, les objectifs pourraient être posés comme suit :

- La création d'une unité d'hospitalisation complète en psychiatrie pour adolescents au sein du NHN à Evreux.
- Une articulation de celle-ci, avec les unités existantes de même type, faite dans le cadre d'une coopération régionale.
- Une régulation des hospitalisations inscrite dans les missions d'une fédération réunissant les établissements, avec une spécialité en psychiatrie, répartis dans la région.

B. Un plan d'action

1. Une coopération régionale

Plusieurs fois rappelée, la création d'une unité d'hospitalisation complète en psychiatrie pour adolescents n'est pertinente que si le projet est inscrit dans une démarche régionale et complémentaire aux unités déjà existantes. Dès lors, il est important de réfléchir au positionnement et à l'articulation de cette nouvelle unité dans un dispositif régional.

Des propositions de rendez-vous, émises par le directeur de l'établissement (NHN) en direction du médecin chef de pôle de la pédopsychiatrie du Rouvray (territoire de santé de Rouen - Seine -Maritime) sont restées sans suite jusqu'alors. Des arguments concernant un moment « non propice » pour une concertation vis-à-vis d'un tel projet ont été exprimés. Le Pôle de pédopsychiatrie du département voisin a-t-il lui aussi un projet « concurrentiel » ? Celui-ci est-il suffisamment avancé pour être confronté à un débat régional ?

Il est également révélateur que, comme souhaité dans les différents rapports de la MNASM et mentionné dans les orientations du SROS⁴⁴, le NHN ne soit pas associé aux réunions régionales réunissant le CHU de Rouen et le pôle de pédopsychiatrie de l'établissement du Rouvray.

Face à cette situation, il me semble peut-être opportun que l'ARS Haute-Normandie nous aide à mettre en place un espace de parole pour que cette concertation régionale puisse avoir lieu afin qu'une coopération régionale prenne naissance autour de ce projet.

⁴⁴ SROS ht Normandie 2012 – hospitalisation des enfants et des adolescents p 154

a) Une organisation régionale et la formalisation de procédures

Comme rappelé page 26, la région ne compte que trois unités d'hospitalisation pour adolescents pour un total de 30 lits installés. Ces trois unités sont localisées en Seine-Maritime. L'une située au Havre (8 lits) ne reçoit aucun adolescent de l'Eure, une deuxième située près de Rouen (10 lits) accueillant des enfants et adolescents jusqu'à 16 ans, a admis moins de 10% d'adolescents habitant dans l'Eure, la troisième située au CHU de Rouen (12lits) révèle moins de 5% d'adolescents accueillis.

Fort de cette évaluation, la préconisation de la MNASM⁴⁵ rappelée page 29 prend tout son sens.

Dès lors une organisation régionale doit se construire dans la perspective de la création d'une nouvelle unité régionale. Des réunions sous l'égide de l'ARS pourraient avoir comme objectif de redéfinir les missions de chacune des unités existantes. Les âges, la spécificité des pathologies, ou encore l'articulation avec un partenaire médico-éducatif pourraient être des pistes de travail afin de formaliser des procédures d'admission pour chacune de ces unités et inscrire une nouvelle unité régionale dans une réponse adaptée aux besoins des adolescents.

Des conventions pourraient être alors établies entre les différents établissements hospitaliers (Le Havre, Sotteville-lès-Rouen, le CHU de Rouen et le NHN d'Evreux). D'ailleurs, un modèle de convention⁴⁶ existe déjà. Il est vrai que celle-ci date de l'ouverture de l'unité (URHEA) en 2007 et que dès l'ouverture de celle-ci le directeur du CHS d'Evreux interpellait le médecin inspecteur de l'ARS à l'époque sur les difficultés pour les adolescents de l'Eure à pouvoir être accueillis dans cette nouvelle unité régionale située en Seine-Maritime⁴⁷.

⁴⁵ Dans son rapport 2012 : « *Le nombre limité de lits de recours régional nécessite de clarifier et de valider les rôles et fonctions des unités existantes avant, sur cette base, de planifier la création d'une nouvelle unité de recours régional pour l'hospitalisation des adolescents.* »

⁴⁶ Voir annexe 8

⁴⁷ Voir annexe 9

b) Une contribution à un travail commun pour la création d'une nouvelle unité régionale

Les conditions préalables réunies (citées plus haut), des réunions de travail entre les Pôles en charge des adolescents pour le département de l'Eure et de Seine-Maritime pourraient être organisées afin de tracer les grandes lignes du projet de soin de cette nouvelle unité régionale.

Peut-on créer une fédération entre établissements hospitaliers (CHU de Rouen, CH du Rouvray et NHN) afin de réguler les demandes d'hospitalisation des adolescents ?

Faut-il spécialiser une des unités existantes, comme l'URHEA (Arthur Rimbaud) pour l'accueil régional en psychiatrie des enfants, comme préconisé par le SROS⁴⁸ ?

Le rôle des équipes mobiles pour adolescents, l'une déjà créée dans l'Eure, l'autre en projet pour la Seine-Maritime, sera-t-il déterminant dans le recours à l'hospitalisation des adolescents ?

2. Une démarche institutionnelle

a) Convaincre l'ARS

A ce jour, l'ARS de Haute-Normandie n'a pris aucune décision concernant l'augmentation du nombre de lits régionaux en faveur des adolescents. Il me paraît donc opportun de pouvoir, au travers de ce projet, contribuer à donner une vision claire et argumentée en faveur de l'implantation d'une telle unité dans le département de l'Eure.

Aussi, et nous allons l'explicitier ci-dessous, il me semble qu'avant d'aller défendre cette option auprès de l'ARS de notre région, certains préalables doivent être requis. En effet, il me paraît nécessaire qu'afin d'apporter toute la crédibilité à ce projet, celui-ci soit porté de façon unanime par l'ensemble des acteurs de notre établissement.

⁴⁸ SROS Ht Normandie 2012 p154 - OBJECTIF N°5 : AMELIORER LES PRESTATIONS DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE

« Transformer l'unité Rimbaud en une unité régionale pour enfants et développer une offre en direction des adolescents pour les territoires de santé Rouen, Dieppe et Evreux-Vernon. »

a) Un projet du Pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'Eure, un médecin porteur de projet

Pour illustrer cette partie du projet, j'ai choisi d'utiliser La matrice SWOT dont l'acronyme signifie (Strengths Weakness and opportunities / thearts)⁴⁹. La matrice SWOT va permettre de mieux comprendre la situation, d'en faire un diagnostic, d'évaluer les capacités de réussite ou d'échec qu'elle porte en elle, et d'imaginer les évolutions possibles.



	Positif	Négatif
	Forces	Faiblesses
Origine interne	<ul style="list-style-type: none"> - Une attente forte de l'ensemble des professionnels de l'établissement - Un projet inscrit au projet d'Etablissement et à celui du Pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent - Des locaux déjà créés au sein du NHN et fonctionnels très rapidement - Pas de problèmes de recrutement professionnels para médicaux - Un établissement à l'équilibre budgétaire - Des professionnels du Pôle avec des compétences et une expérience de travail avec les adolescents 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de médecin porteur du projet - D'autres projets "concurrentiels" au sein de l'établissement - Une direction qui hésite - Pas de véritable convergence entre l'ensemble des médecins de l'établissement en faveur d'un projet - Un président de CME peu en accord avec le médecin chef du Pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
	Opportunités	Menaces
Origine externe	<ul style="list-style-type: none"> - Une augmentation de la file active des adolescents accueillis en psychiatrie générale et un mécontentement de plus en plus vif de tous vis-à-vis de la situation. - Une convergence des différents rapports (MNASM) et des orientations régionales (SROS, PROS) en faveur d'une augmentation du nombre de lits régionaux - Pas de décision, à ce jour, de l'ARS Haute-Normandie - Sur les 30 lits régionaux déjà installés aucun n'est dans le département de l'EURE 	<ul style="list-style-type: none"> - On peut penser que le département voisin soutient un projet d'augmentation du nombre des ses lits déjà installés. - La Seine-Maritime de ce fait à déjà une expérience pour ce type d'unité spécifique - Le CHU se trouve en Seine-Maritime, la chaire de psychiatrie aussi (meilleure attractivité médicale, collaboration avec l'ARS plus soutenue) - Des structures privées qui vont s'installer dans le département de l'Eure et elles pourraient proposer un projet concurrentiel

⁴⁹ Forces, Faiblesses et Opportunités, Menaces

La matrice SWOT oblige l'ensemble des acteurs à réfléchir à la situation actuelle du projet et à son devenir en mettant l'accent sur des faiblesses et sur des menaces de l'environnement tout en leur permettant de voir aussi les forces du projet et les opportunités que leur offre l'environnement.

La situation est donc éclairée même si le chemin à emprunter reste à déterminer.

La stratégie pourra donc être construite sur une base commune à tous.

Toutefois, ce diagnostic devrait permettre à chaque acteur de réfléchir sur une ou des action(s) pour faire face à la situation, et de prendre conscience de l'impact de son action et sa répercussion au niveau de l'ensemble de l'organisation.

Ainsi, on peut espérer que leur motivation en sera renforcée.

La matrice SWOT pourrait jouer le rôle d'un catalyseur et mettre l'ensemble des acteurs dans une logique d'action.

Il me semble donc qu'avec cet outil, un premier levier d'action sur les « faiblesses » lié à l'établissement puisse être abordé afin de tenter de renforcer ce projet.

b) Pertinence de l'hospitalisation

Comme on l'a vu précédemment, la communauté médicale de l'établissement n'est pas convergente vis-à-vis du projet à mettre en place en faveur des adolescents nécessitant une hospitalisation en psychiatrie. Afin de réfléchir à cette « faiblesse » du projet il me semble possible d'engager les médecins demandeurs d'une réponse adaptée en faveur de ce public, à un travail préalable.

Au-delà des conflits de pouvoir que je ne souhaite pas aborder ici, un des leviers pour faire face à cette divergence de point de vue pourrait être une formalisation du motif d'hospitalisation des adolescents.

Aussi, un travail autour des « critères » d'hospitalisation pourrait être le dénominateur commun d'une réflexion préalable au choix des modalités de celle-ci. En effet, l'augmentation du nombre des demandes d'admissions d'adolescents à l'hôpital pour des motifs comportementaux,

souvent avant toute évaluation psychiatrique ou médicale, questionne autant sur l'articulation des réponses en amont et en aval que sur la nécessité d'une réponse sanitaire.

Un groupe de travail issu de la CME⁵⁰ du NHN et ouvert aux para- médicaux des unités qui travaillent avec les adolescents pourrait élaborer une grille d'admission pour une future unité régionale d'hospitalisation complète pour adolescents (en lien avec des orientations régionales décidées au préalable). Les pathologies indiquées pourraient prendre en compte les unités régionales déjà existantes, les unités spécifiques existantes sur le NHN (anxio-dépressif, unité sécurisée fermée, troubles alimentaires) et déterminer les contre indications et les exclusions.

Il pourrait dès lors être proposé les articulations à mettre en œuvre avec les autres unités existantes (régionales, départementales, au sein du NHN) qu'elles soient spécifiques aux adolescents ou bien de psychiatrie générale.

Les propositions de formalisations de ces articulations seront autant d'éléments à verser au profit de l'étayage de ce projet vis-à-vis des différents partenaires et tutelles.

D'autre part ce travail serait précieux pour une évaluation de cette future unité au travers d'une « revue de pertinence des soins »⁵¹ telle qu'explicitée par l'HAS⁵².

Il faut rappeler également ici que cette « pertinence de l'hospitalisation » fait partie des quinze mesures présentes dans le guide de l'HAS: « enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé ». (2011) (voir p7)

c) Une articulation avec les autres unités d'hospitalisation du NHN

Il est illusoire de penser que la création d'une unité régionale d'hospitalisation pour adolescents au sein du NHN, sera garante d'un accueil exclusif de tous les adolescents adressés.

⁵⁰ Commission Médicale d'Etablissement

⁵¹ La revue de pertinence des soins est une méthode permettant d'évaluer l'adéquation des soins aux besoins des patients. Elle s'applique à un soin ou un programme de soins et peut porter sur l'indication, l'initiation ou la poursuite des soins. Elle repose sur une approche par comparaison à un ensemble de critères objectifs, prédéterminés, standardisés et validés. Si l'un d'entre eux est présent, les soins ou le programme de soins sont alors pertinents. Lorsqu'aucun critère de la grille n'est retrouvé, il faut rechercher les raisons expliquant la non pertinence des soins ou du programme de soins.

⁵² http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/rps_guide.pdf

En effet, le dimensionnement de cette unité (8 lits plus un lit d'isolement) bien qu'il soit conforme à une réponse moyenne annuelle, les hospitalisations en 2013 montrent que 4 à 15 adolescents peuvent être présents au même moment au NHN. (Voir graphique p30)

Aussi un travail d'articulation avec les autres unités d'hospitalisation du NHN qui seront susceptibles d'accueillir de façon transitoire des adolescents est à poursuivre. En effet, et c'est un atout non négligeable, cette articulation existe déjà ! Citée plus haut, la Plateforme départementale d'appui et d'évaluation pour adolescents (créée en janvier 2013) travaille en collaboration avec les unités d'admission de psychiatrie générale. Cette unité, précurseur d'un travail en commun entre la pédopsychiatrie et les unités pour adultes, a fait l'objet d'une enquête de satisfaction du service rendu, que j'ai menée⁵³. En effet, il était primordial au travers de cette enquête de donner un signal fort d'une volonté d'un travail en commun qui se concrétise symboliquement par un lieu d'exercice commun, le NHN. Fort de cette démarche, ayant fait l'objet d'une évaluation positive, cette articulation (psychiatrie générale et pédopsychiatrie) pourra être étendue et optimisée pour la future unité d'hospitalisation pour adolescents.

Par contre, l'attente de l'ouverture d'une telle unité est grande de la part de l'ensemble des agents de l'établissement. (Voir p50) Dès lors, la communication de ce projet sera primordiale dans la mise en place de cette unité et son articulation avec celles existantes (tant au niveau de l'établissement que de la région). Il sera déterminant de préciser, avant l'ouverture, les règles de fonctionnement, le périmètre de recours à cette unité, les critères et les modalités d'admission, les ressources d'amont et d'aval et les alternatives en cas de saturation.

d) Une communication interne et externe du projet

Afin de construire un plan de communication, je me suis aidé de l'outil QQQQCP (Qui, Quoi, Où, Quand, Comment, Pourquoi). Il permet de penser à tous les aspects du dispositif de communication. Cet outil permet de répondre aux questions suivantes : comment mettre en place le plan de communication ? Quand ? Où et combien de fois communiquer ? Qui fait quoi et pourquoi ?

⁵³ Annexe 10

Plusieurs niveaux de communication ont été, sont et seront nécessaires. En effet, si pour la construction de ce projet il a fallu organiser une concertation interne au Pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent afin d'obtenir un consensus autour de ce projet, il a fallu également tenter de rallier le soutien de l'établissement afin d'être en mesure de présenter aux tutelles une proposition construite. A ce jour, le travail est loin d'être abouti. En effet, comme cité plus haut, aucun médecin n'est réellement porteur de ce projet ou plutôt plusieurs médecins sont porteurs de leur projet....J'ai l'espoir que ce projet formalisé pourra servir de fondation pour l'élaboration d'une unité régionale d'hospitalisation pour adolescents située dans le département de l'Eure.

Toutefois, il sera nécessaire de mettre en place d'autres moments de communication, l'un en direction de la CME et des instances de l'établissement afin d'engager un travail de concertation le plus large possible autour d'un seul projet, un autre en direction de nos partenaires régionaux, un autre en direction des tutelles, puis enfin en fonction d'un accord budgétaire et administratif il conviendra d'explicitier ce projet à l'ensemble des agents de notre établissement. Car en effet, comme le souligne S. Le Meur, dans la revue soins cadres, « *La communication est un outil indispensable dans le milieu de travail où il existe une collaboration* »⁵⁴

Ces temps de communication apparaissent dans un diagramme de GANT planifiant le projet managérial que j'ai réalisé. Il est disponible en annexe⁵⁵.

3. La budgétisation du projet

a) Les agents(nombre et compétences)

Les ressources nécessaires :

La prise en charge des adolescents est très couteuse en temps les ratios usuels s'agissant des infirmiers et des éducateurs spécialisés sont de 1 pour 2 adolescents. Concernant les Aides-soignants et les ASHQ le nombre requis est de 1 pour 5 adolescents.

Pour la nuit : 2 agents doivent être prévus (un IDE et un AS)

⁵⁴ LE MEUR S., L'enjeu de la communication du cadre de santé au sein de l'équipe, revue Soins cadres, N°78 Mai 2011 64 pages, p.52.

⁵⁵ Voir annexe 11

Un rythme de travail en 8h de jour et 10h de nuit semble être adapté pour ce type d'unité.

Des compétences attendues

Des compétences médicales assurant la prise en charge des adolescents et la responsabilité du projet de l'unité (référence institutionnelle).

Des compétences de management afin d'assurer le fonctionnement de l'unité (personnel, qualité, budget, sécurité, évaluation,...)

Des compétences en secrétariat médical pour assurer l'accueil, l'organisation des consultations des adolescents et des parents et les différents courriers avec l'environnement de ces derniers.

Des compétences psychologiques assurant le soutien des adolescents et les temps de reprise des activités thérapeutiques.

Des compétences en psychomotricité pour bilans et prise en charge.

Des compétences infirmières en prise en charge individuelle et de groupe.

Des compétences éducatives pour valoriser le côté « sain » des adolescents souffrant de troubles psychiatriques et favoriser l'articulation avec les structures médico-sociales.

Des compétences aides-soignantes pour l'accompagnement au quotidien.

Des compétences ASHQ contribuant au confort des adolescents.

Intervenants autres :

Les compétences d'intervenants spécifiques peuvent être sollicitées en fonction des projets de soins individualisés.

La constitution de cette équipe a fait l'objet d'une proposition budgétaire dans le cadre du PTD validé en 2007 par l'ensemble des instances institutionnelles et régionales.

J'ai actualisé cette proposition en fonction des coûts salariaux moyens pratiqués au NHN.

Je ne me suis pas permis de modifier le nombre d'ETP présenté à l'époque. Toutefois dans le cadre de discussions futures il sera probable que cette question fasse l'objet d'ajustements.

La traduction budgétaire des moyens nécessaires à l'ouverture de cette unité est présentée dans le tableau ci-dessous⁵⁶.

Nb de postes	Qualification	Coût
En personnel médical :		220 853 €
2 ETP	Praticien Hospitalier	
En personnel non médical :		988 810 €
1 ETP	Cadre de santé	
1 ETP	Psychologue	
10 ETP	Infirmier	
2 ETP	Educateur spécialisé	
1 ETP	Psychomotricien	
7 ETP	Aide soignant	
2 ETP	ASH	
1 ETP	Secrétaire médicale	
Frais de fonctionnement		231 050 €

Le mode de financement pour ce projet fera donc l'objet d'une demande de crédits supplémentaires reconductibles pour l'établissement de : **1 440 713 €** par an.

b) L'équipement

Les locaux de l'unité d'hospitalisation pour adolescents sont déjà construits au sein du NHN (voir annexe 6). Cette unité « héberge » actuellement le dispositif de la Plateforme départemental d'appui et d'évaluation pour adolescents. Une partie de l'équipement en mobilier (bureaux, salle d'activités, salon, cuisine,...) est déjà opérationnel. Il restera à équiper les chambres (8 + une chambre d'isolement) ainsi que certaines salles (psychomotricité, salle de classe,...).

Le budget pour l'équipement de cette unité pourrait être pris en charge par le NHN

⁵⁶ Chiffres fournis par les services DRH et DSE (Direction des Services Economiques de l'établissement) en décembre 2013

4. Recrutement et compétences

a) La constitution d'une équipe autour d'un projet

Ce travail de soignant en unité d'hospitalisation psychiatrique nécessite des compétences très particulières, où le « savoir être » joue à part égale avec le « savoir faire » ... L'équipe soignante incarne cette trame institutionnelle qui assure de manière persistante une « résistance » face aux désorganisations induites par les fonctionnements limites ou psychotiques. Les soignants occupant une fonction du type « *ambassadeur de la réalité* ». ⁵⁷

Aussi, il serait souhaitable que la constitution d'une équipe pour cette nouvelle unité puisse se faire sur la base du volontariat. Un appel à candidatures, en interne, pourrait être fait de façon à ce que les agents des différentes unités « intra » du NHN puissent postuler au même titre que des agents du Pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Une mixité de professionnels ayant travaillé avec une population adulte, avec ceux issus de la pédopsychiatrie pourrait permettre d'une part, une meilleure acceptation de cette nouvelle unité au sein du NHN et d'autre part, favoriser son inscription dans une complémentarité avec le dispositif de soins existant du Pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Une formation s'inscrivant dans le cadre du DPC pourrait être mise en place par le Pôle autour de l'accueil en hospitalisation d'un « adolescent de 2014 ». Cette formation à destination de la future équipe de cette unité pourra permettre l'émergence d'une « communauté de pratiques » propice à un travail d'équipe indispensable pour ce type d'unité de soin. Le cahier des charges pour cette formation sera alors réalisé par le Pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

De même, il me semble souhaitable que le projet de soin alliant le projet médical, paramédical et éducatif, puisse être finalisé, sur son volet organisationnel, par l'équipe constituée. Cette démarche permet de fédérer, à mon avis, les différents acteurs autour d'un projet commun où la place et le rôle de chacun se trouvent définis en concertation.

⁵⁷ Philippe CHABERT – Hospitalisation à plein temps des adolescents en service de psychiatrie – Le coq-Héron N°209 - 2012

b) Les fiches de poste

En lien avec la DRH, le Pôle départemental de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est actuellement dans une démarche de formalisation des profils de poste au sein du Pôle. Cette participation s'inscrit dans une démarche de l'établissement afin que celui-ci dispose à terme d'une cartographie globale des métiers du NHN. L'ouverture d'une unité pour adolescents est une opportunité pour l'élaboration de ces fiches.

La réalisation s'appuie sur les fiches métiers de la fonction publique hospitalière issue du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière⁵⁸. Dans l'UE 3 du Master, Monsieur Marchand⁵⁹ nous a exposé une méthodologie qui a pu être transposée dans cette situation. Ainsi, les fiches de poste présentent plusieurs intérêts :

- *Mettent en évidence les situations spécifiques au contexte d'une unité d'hospitalisation temps plein pour adolescents et définissent les attentes du poste,*
- *Constituent un document synthétique qui sera remis à chaque professionnel (en poste et nouvel arrivant) afin de permettre une appropriation des différentes tâches à réaliser,*
- *Formalisent également le socle des savoirs, savoirs faire et savoirs être exigés pour le poste,*
- *Sont un outil de communication pour le recrutement et la fidélisation des personnels,*
- *Participent à l'identification des besoins en formation pour les personnels (cartographie des compétences).*

Validées par la Direction des Soins, les fiches de postes pourront être remises à chaque volontaire membre du pôle et représenteront un des supports à l'appel à candidature pour les postes manquants de l'unité. Des fiches de postes sont réalisées pour chacun des métiers qui composeront cette future unité. Un exemple de fiche de poste figure en annexe 12.

⁵⁸ <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr>

⁵⁹ Interventions de Mr Xavier marchand (intervenant Ecole Supérieure Montsouris) Master des organisations soignantes promotion 2012-2013.

c) Le lien avec l'éducation nationale

Une réflexion à propos de l'articulation à mettre en place avec l'éducation nationale est proposée ci dessous. (La scolarité est obligatoire jusqu'à 16 ans).

On détermine à priori trois types de situations :

- Des adolescents déscolarisés nécessitant un apport scolaire de base pendant l'hospitalisation et sur le lieu d'hospitalisation afin de favoriser, si possible, un projet d'insertion scolaire ou professionnelle.
- Des adolescents insérés dans un parcours scolaire et nécessitant, sur le lieu d'hospitalisation, un soutien ponctuel afin de rester dans une dynamique d'apprentissage.
- Des adolescents pour lesquels un accompagnement serait nécessaire pour le maintien du parcours scolaire dans le milieu habituel (collège, lycée, école, ...) et pouvant bénéficier d'une articulation soins/scolarité.

Des contacts sont à prendre avec l'éducation nationale afin de connaître les dispositifs existants (école/hôpital) et les éventuelles adaptations à envisager ainsi que les possibilités de création de dispositifs pour répondre aux besoins de ce type de prise en charge concernant les adolescents hospitalisés (conventions)

Le pôle dispose actuellement de quatre postes d'enseignants spécialisés (option D). L'un de ces poste est positionné à mi-temps sur la population des adolescents (Hôpital de jour départemental pour adolescents). Aussi, ce professeur sera une personne ressource pour la mise en place de réponses aux questions évoquées plus haut.

V. La finalisation du projet

A. Les étapes du projet

Les étapes déterminantes pour ce projet sont à venir. En effet, dans un premier temps ce travail va être présenté au médecin chef du pôle départemental de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. L'objectif de cette première étape étant d'obtenir son accord et son soutien à une

présentation de ce projet à l'ensemble du Pôle. L'objectif étant alors de susciter l'adhésion du pôle à cette nouvelle unité et d'engager l'un des médecins de celui-ci dans le « portage » du projet de cette future unité. A ce propos, deux nouveaux psychiatres viennent d'arriver dans notre Pôle et deux autres sont attendus pour le début du mois de septembre. Il y a là une vraie opportunité pour susciter un intérêt.

Une étape importante sera ensuite la présentation de ce projet, avec le soutien du médecin chef de Pôle, du cadre supérieur du Pôle et, je l'espère, du psychiatre futur « référent » de cette unité, au directeur de l'établissement afin d'avoir son adhésion à ce projet et son soutien pour le présenter à la CME et autres instances (CSIRMT⁶⁰, CTE⁶¹). L'objectif visé étant le soutien du directeur à la mise en place d'un COPIL⁶² regroupant les diverses sensibilités médicales (favorables à des projets « concurrentiels ») et ayant pour mission de préparer la présentation de ce projet à l'ARS de Haute-Normandie.

La validation d'un projet « consensuel et finalisé » par le Directoire et le conseil de surveillance donnera *in fine* la crédibilité à une présentation de ce projet aux instances de l'ARS.

L'étape ultime sera donc la présentation de ce projet aux responsables de l'ARS Haute-Normandie pour une autorisation d'ouverture et une budgétisation relative aux moyens supplémentaires demandés.

B. Les critères d'évaluation du projet

L'unité n'étant pas ouverte, à ce jour, nous ne disposons pas d'éléments quantitatifs quant à l'activité d'une unité régionale d'hospitalisation pour adolescents. Néanmoins, au travers de la construction de ce projet, les données issues de l'activité des unités régionales d'hospitalisation déjà installées en Seine-Maritime peuvent nous servir de points de repères. Je me suis interrogé sur les indicateurs à retenir en fonction de leur pertinence. Un des constats de départ était que la prise

⁶⁰ Commission de Soins Infirmier Rééducateur et Médico-Techniques

⁶¹ Comité Technique d'Etablissement

⁶² Comité de Pilotage (sa composition et ses missions seront définies en fonction des réunions stratégiques préalables)

en charge des adolescents domiciliés dans l'Eure était insatisfaisante car ne répondant pas à une logique de soins adaptée. En amont de l'ouverture, nous avons réalisé une étude de la population accueillie au sein des dispositifs ambulatoires mis en place à destination des adolescents. Nous avons également, au travers des hospitalisations d'adolescents dans les unités de psychiatrie générale, des données concernant cette population. Ainsi, nous disposons donc d'éléments de contexte aprioris qui pourront être mis en perspective avec les données de l'activité annuelle d'une unité régionale d'hospitalisation dédiée aux adolescents quand celle-ci sera ouverte au NHH. Ainsi, il me semble pertinent d'observer les indicateurs suivants :

- *DMH (qui pourra être comparée avec les patients des unités régionales d'admissions similaires et qui pourra également être comparée à la situation actuelle où les adolescents sont accueillis dans les unités d'admission de psychiatrie générale),*
- *Nombre d'adolescents hospitalisés sur une année, nombre d'admissions (tenant compte de l'ensemble des profils patient (âge, sexe, diagnostic, lieu d'habitation,...),*
- *Nombre de ré-hospitalisations*
- *File active,*
- *Données du Rim-p,*
- *Questionnaires de sortie,*
- *Suivi des évènements indésirables.*

J'envisage également le suivi d'indicateurs relatifs aux ressources humaines tels que :

- *Mobilité du personnel,*
- *Questionnaire de satisfaction auprès des personnels et partenaires extérieurs,*
- *Taux d'absentéisme de l'unité (Arrêt maladie et accident de travail).*

C. Les limites du projet

1. Les limites institutionnelles

Les limites du projet managérial sont à mettre en lien avec les limites institutionnelles. Effectivement, le manque de lisibilité à certains moments n'a pas favorisé une approche exhaustive de la thématique.

A ce jour j'évalue trois niveaux de limites institutionnelles à ce projet.

En premier lieu, au sein même du Pôle départemental de psychiatrie pour enfants et adolescents, le médecin chef de Pôle soutiendra t-il ce projet ? Favorisera-t-il l'investissement d'un psychiatre du Pôle à un moment où l'organisation médicale au sein de celui-ci reste en débat ?

Dans un second lieu, la communauté médicale pourra-t-elle trouver un consensus autour d'un projet commun ? Comment les médecins de l'établissement peuvent t-ils se saisir de ce projet pour construire une demande adaptée vis-à-vis de l'ARS Haute-Normandie ? En faisant le lien avec l'analyse « *Crozierienne* »⁶³, la communauté médicale a créé une zone d'incertitude autour de l'ouverture d'une unité pour adolescents positionnant certains médecins dans des enjeux de pouvoir. Est-il encore possible de « composer » avec ces enjeux ?

Enfin, l'établissement et son directeur se saisiront-ils de l'opportunité de cet écrit pour engager une réflexion médicale dans un contexte polémique, du fait d'une recrudescence des hospitalisations d'adolescents au NHN et de projets divergents à destination des adolescents qui constitue une limite non négligeable à ce projet managérial. Ou encore, face à un contexte budgétaire contraint l'établissement sera-t-il prêt, le cas échéant, à engager sur ses fonds propres ou par redéploiement une partie du financement, non financé par l'ARS, nécessaire à cette création d'unité ?

2. Au niveau régional

Le contexte régional présente également des limites vis-à-vis de ce projet. Nous avons pu l'aborder plus haut, les différents rapports bien que convergeant pour une demande d'augmentation de lits régionaux en faveur des adolescents, ne favorisent pas une implantation dans le département de l'Eure. Néanmoins il paraît acquis, à ce jour, que la région doit se doter d'une unité régionale, supplémentaire, d'hospitalisation pour adolescents. Il est aisé de penser que dans ce contexte un projet porté par le NHN se doit d'être extrêmement bien formalisé et porté par une communauté médicale, un Pôle et un établissement unis dans une même réponse de soin.

⁶³ Interventions de Mr Jean-Paul Dumond (intervenant Ecole Supérieure Montsouris) Master des organisations soignantes promotion 2013-2014.

Aussi, une limite à ce projet sera pour l'ARS de Haute-Normandie d'évaluer la faisabilité d'un tel projet porté par le NHN.

De surcroît, ce projet s'inscrit dans une temporalité nationale peu propice d'un point de vue budgétaire. L'ARS Haute-Normandie qui depuis les années précédentes est dans une démarche de « rééquilibrage » concernant l'offre de soin en faveur du département de l'Eure, poursuivra-t-elle son action avec cette nouvelle demande ?

VI. Conclusion

Je pense que ce projet managérial ne représente pas un résultat exhaustif de la thématique retenue. En lien avec des choix volontaires et dans un souci d'organisation du temps certains éléments auraient nécessité d'être davantage développés. Néanmoins, il met en avant la difficulté et la sensibilité d'une région, d'un département et d'un établissement autour de l'hospitalisation des adolescents.

La conduite de ce projet dans un contexte institutionnel complexe m'a beaucoup enseigné. La posture d'un cadre supérieur de santé comme porteur d'un projet innovant ne doit pas seulement se fonder sur des compétences théoriques, certes nécessaires, mais également sur des compétences stratégiques qui demandent une maîtrise de la communication et un « art » de la diplomatie. Cette formation m'a certainement permis d'acquérir de solides connaissances dans les différents champs de compétences que demande aujourd'hui ce métier. Mais également, je suis persuadé que ces « fondations renforcées » ne pourront que mieux servir des opportunités à les mettre en œuvre sous forme de projets.

Aujourd'hui, ce projet en faveur de la création, au NHN, d'une unité régionale d'hospitalisation à temps complet pour adolescents existe. Quoi qu'il advienne, il représentera un support sur lequel il sera possible de s'appuyer et qui, je l'espère, servira à l'amélioration des conditions d'accueil en psychiatrie pour les adolescents qui habitent le département de l'Eure.

VII. Bibliographie

Ouvrages :

ALVIN P. - **Médecine de l'adolescent** - Edition Elsevier-Masson, Collection pour le Praticien, Paris, 2005, 453 pages.

DOLTO F. - **Paroles pour adolescents, ou le complexe du homard** - Hatier, Paris, 1989, 158 pages.

HAREL-BIRAUD H. - **Manuel de psychologie à l'usage des soignants** - Edition Masson, Paris, 1994, 194 pages.

SERRES M.- **Petite poucette** - Ed. Le Pommier, Paris, 2012, 82 pages.

Revue :

BRIARD D., DELATTRE M., LEROUX M., PELTIER-CHEVILLARD V., DESPERT V., LAZARO L., DESROUSSEAU M., VALLERY-MASSON E., LE GALL E. - **Spécificité de l'hospitalisation des adolescents en pédiatrie** - Médecine thérapeutique pédiatrie - Vol. 8, N°2, mars -avril 2005, pages 66 à 72

CHABERT P. – **Hospitalisation à plein temps des adolescents en service de psychiatrie** - Le coq-Héron, N°209 -2012, pages 86 à 92

LE MEUR S. - **L'enjeu de la communication du cadre de santé au sein de l'équipe** - revue Soins cadres, N°78 Mai 2011 64 pages, p.52.

MARTY F. - **Grandir est un acte agressif** - Journal des professionnels de l'enfance, N°30, septembre 2004, pages 57 à 60

Articles :

JEAMMET P. - **L'adolescent aujourd'hui, Réflexions d'un clinicien sur la violence à l'adolescence** - Texte disponible sur www.yapaka.be, 2013 11 pages

Textes législatifs :

Circulaire N°132 du ministère chargé de la santé et de la famille DGS/DH 16 mars 1988, portant sur l'amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents.

Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n° 2002-282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté

Convention internationale des droits de l'enfant, 20 novembre 1989.

Documents Internet :

Charte Européenne des Droits de l'Enfant Hospitalisé (adoptée par le Parlement Européen le 13 mai 1986. La circulaire du Secrétariat d'Etat à la Santé de 1999 préconise son application.

<http://www.apache-france.com/media/charte.pdf>

HAS - Démarches-qualité - Populations spécifiques

http://www.hassante.fr/portail/jcms/c_1194329/fr/enfants-et-adolescents?xtmc=&xtcr=2

HAS - Revue de pertinence des soins : Application aux admissions et aux journées d'hospitalisation

(Novembre 2004) http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/rps_guide.pdf

La matrice SWOT : Joël MOULHADE Maître de conférences Université du Littoral Côte d'Opale

(septembre 2009) <http://www.medcare.be/images/expo60/presentaties2009/27moulhade.pdf>

Organisation de la psychiatrie infanto-juvénile en Haute-Normandie, MNASM mai 2012 :

<http://www.mnasm.com/files/uploads/Publications/RapportsSite/rapport-site-576.pdf>

Quatre unités pour adolescents Revue PLURIELS (lettre de la MNASM) N°72 avril 2008, pages 1 à 11

<http://www.mnasm.com/files/uploads/Publications/RevuePluriels/revue-pluriels-88.pdf>

Rapport sur la santé mentale dans le département de l'Eure, MNASM septembre 2002

<http://www.mnasm.com/files/uploads/Publications/RapportsSite/rapport-site-154.pdf>

SAIMED : Les fondamentaux de la gestion du cycle de projet (juin 2012) [http://www.reseau-](http://www.reseau-espaces-volontariats.org/IMG/pdf/cr-cgp-chantier-web.pdf)

[espaces-volontariats.org/IMG/pdf/cr-cgp-chantier-web.pdf](http://www.reseau-espaces-volontariats.org/IMG/pdf/cr-cgp-chantier-web.pdf)

Site de l'ANAP : Piloter et manager les projets au sein du pôle (avril 2012)

Supports de cours :

Interventions de Mr Xavier Marchand (intervenant Ecole Supérieure Montsouris) Master des organisations soignantes promotion 2013-2014.

Intervention pédagogique de Maud Papin-Morardet (formateur consultant à l'ESM), Master des organisations soignantes, le 1 octobre 2013.

Interventions de Mr Jean-Paul Dumond (intervenant Ecole Supérieure Montsouris) Master des organisations soignantes promotion 2013-2014.

Sites Internet consultés :

<http://www.anact.fr/>

<http://www.anap.fr/>

<http://www.ars.haute-normandie.sante.fr/Internet.haute-normandie.0.html>

<http://www.drees.sante.gouv.fr/>

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1249588/fr/accueil-2012 (abonnement hebdomadaire newsletter)

<http://www.hospimedia.fr/> (abonnement quotidien newsletter)

<http://www.inrs.fr/>

<http://www.insee.fr/fr/>

<http://www.mnasm.com/>

<http://www.orshn.fr/>

<http://www.sante.gouv.fr/>

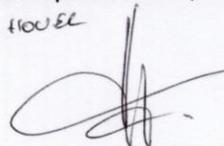
VIII. Annexes

- **Annexe 1** : Lettre de mission pour ce projet
- **Annexe 2** : Synthèse de la réglementation
- **Annexe 3** : Extrait du projet d'établissement NHN 2013-2017 (fiche 17)
- **Annexe 4** : Lettre du Directeur du NHN à l'ARS Ht Normandie
- **Annexe 5** : Extrait du courrier cosigné par Monsieur le Docteur ABEKHZER (médecin-chef de service) et par Monsieur BEAUDOIRE (Cadre Supérieur de Santé)
- **Annexe 6** : Plan de l'unité d'hospitalisation temps plein pour adolescents réalisée dans le cadre de la reconstruction du NHN et « réceptionnée le 28 septembre 2012
- **Annexe 7** : Grille d'enquête satisfaction des partenaires « internes »
- **Annexe 8** : Convention à l'ouverture de l'URHEA
- **Annexe 9** : Courrier du Directeur du CHS Navarre au médecin inspecteur départemental
- **Annexe 10** : Synthèse de l'évaluation de la satisfaction du dispositif : « Plateforme départementale d'appui et d'évaluation pour adolescents »
- **Annexe 11** : Diagramme de GANT – Planification du projet managérial
- **Annexe 12** : Fiche de poste IDE

Annexe1 : Lettre de mission pour ce projet



Lettre de mission « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes »	
Année universitaire 2013-2014	

Commanditaire	Pôle Départemental de l'Eure de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
Nom du responsable du projet	Antoine HOUEL (cadre de santé)
Missions du responsable de projet	Rapport sur « le recours à l'hospitalisation en psychiatrie pour les adolescents de l'Eure)
Moyens alloués	Mise à disposition des différents rapports existants (MNAS, SROS, PROS, projet établissement, Projet de Pôle,...)
Modalités de reporting	Réunion bi- mensuelle avec cadre paramédical de Pôle – production d'un document « projet managérial » (rendu fin juin 2014)
Durée	Année universitaire 2013 - 2014
Documents de référence	Rapports MNAS, SROS, PROS, projet établissement, Projet de Pôle,...
Date : 22/01/2014	Date : 22/01/2014
Signature du commanditaire  Coche Paramédical de Pôle et Cadre Supérieur de Santé.	Signature du responsable de projet A. HOUEL 

Annexe 2 : Synthèse de la réglementation

SYNTHESE REGLEMENTATION

TEXTES	LIBELLES
<p>Décret no 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique</p>	<p>Art. 1er - Les secteurs psychiatriques prévus par le premier alinéa de l'article 5 de la loi du 31 décembre 1970 susvisée sont appelés :</p> <p>a) Secteurs de psychiatrie générale lorsqu'ils répondent principalement aux besoins de santé mentale d'une population âgée de plus de seize ans ;</p>
<p>Circulaire n° 443 du 16 mars 1972. relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents. J.O. du 21 avril 1972 page 4209</p>	<p><i>3° Population concernée</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Le sujet déjà suivi par une équipe de psychiatrie Infanto-juvénile pourra continuer de l'être s'il est besoin, jusqu'à l'entrée dans l'âge adulte, tout en retenant l'âge limite de seize ans comme principe général. ☞ Le traitement de l'enfant implique nécessairement une action avec les parents et éventuellement une action sur ceux-ci. Il y a lieu de souligner l'importance de cette dernière dimension. Il s'agit souvent d'une simple guidance mais parfois d'une véritable thérapie accomplie avec le consentement des familles.
<p>Circulaire DGS/892/MS du 16 mars 1974 Relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique infanto-juvénile. B.O. n° 30 du 21 juillet 1974</p>	<p><i>4°</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ L'âge limite des enfants pris en charge par les équipes de pédo-psychiatrie doit être apprécié avec souplesse. ☞ La limite réglementaire de seize ans ne doit pas constituer un obstacle à ce que des enfants plus jeunes soient reçus dans des structures dévolues aux adultes ☞ et surtout à ce qu'au-delà de l'âge de seize ans les adolescents soient encore traités par les équipes de psychiatrie infantile. ☞ L'avis technique des médecins responsables doit ici prévaloir sur toute autre considération. ☞ En ce domaine comme en d'autres, la décision sera prise par accord mutuel entre l'équipe de psychiatrie infantile et l'équipe de psychiatrie générale concernée.
<p>Circulaire n° 70 du 11 Décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents</p>	<p>1. L'accessibilité et la mise à disposition d'une gamme diversifiée de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Le décret du 14 Mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique fixe à 16 ans la limite d'âge inférieure pour les personnes susceptibles de faire appel au secteur de psychiatrie générale. En revanche, il ne délimite pas précisément la tranche d'âge des enfants et adolescents auxquels les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile offrent des soins et services. ☞ Aussi, il importe que la pratique psychiatrique sache utiliser au mieux cette souplesse offerte par les textes, afin d'adapter ses réponses tant individuelles qu'institutionnelles, ☞ en sachant qu'il fait partie intégrante de la mission des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile de répondre aux besoins de santé mentale des adolescents, quel que soit leur âge. <p>2. Les soins à temps complet</p> <p>2.1 L'hospitalisation à temps complet et ses différentes modalités</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ La pratique de l'hospitalisation à temps plein s'est à la fois réduite et diversifiée et ne répond aujourd'hui plus à la notion obsolète de « placement ». Aussi les soins à temps complet ne devraient pas être une indication par défaut, mais s'inscrire dans un projet thérapeutique

précis.

D'une façon générale il s'agit d'instaurer un traitement plus intensif et d'utiliser l'effet de séparation qu'implique celui-ci, pour l'enfant ou l'adolescent comme pour la famille.

☞ En dehors de l'hospitalisation en situation d'urgence, un temps de préparation avant l'admission est indispensable qu'il s'agisse d'un séjour de durée brève, ou d'une hospitalisation au long cours. Pour cette dernière, le travail thérapeutique avec l'enfant intègre la prise en compte de ses besoins de développement dans le champ éducatif, scolaire et social : dans cette perspective, sont déterminées les modalités de la collaboration des soignants avec les parents et la communauté, et reconnue la place de chacun.

L'exploitation des rapports de secteur estime à environ 5 800 le nombre des enfants accueillis en hospitalisation temps plein en 1988, soit 3 % des enfants suivis(5).

Enfin il convient de rappeler les grandes disparités existant entre secteurs puisque 54 % des secteurs disposent de lits d'hospitalisation complète (avec en moyenne environ 25 lits) ; 21 % des secteurs disposent d'accueil familial thérapeutique et 35 % des secteurs ne disposent ni de lits d'hospitalisation à temps complet ni de placement familial thérapeutique. Les autres modalités de prise en charge sont minimales (3 % des secteurs ont un centre de crise ou de post-cure).

2.1.1 L'analyse des besoins de soins à temps complet doit distinguer les soins de durée brève, en urgence ou pour des traitements de courte durée, les soins à moyen ou long cours.

L'analyse des besoins doit être effectuée au plan régional, en tenant compte des seuils à respecter en matière d'équipement à temps complet précisés dans l'arrêté du 11 Février 1991 relatif aux indices de besoins concernant les équipements psychiatriques.

Des carences ont été soulignées ces dernières années quant aux possibilités du secteur public de répondre à des situations parfois dramatiques qui nécessitaient le recours à l'hospitalisation. Il s'est agi parfois d'adolescents en situation de crise, ou encore d'enfants suivis dans des établissements spécialisés relevant de l'annexe XXIV du décret du 9 mars 1956 modifié, pour lesquels un temps d'hospitalisation en milieu psychiatrique s'avérait nécessaire, sur un mode de relais.

2.1.2 Les modalités de réponse font appel tant à des équipements précis qu'à de nouvelles formes d'utilisation de ces structures et services déjà existant :

* développement de formules variées d'hospitalisation adaptant la forme usuelle aux nécessités thérapeutiques :

- accueil continu

- aménagement de formules de semaine ou de fin de semaine par exemple (pouvant s'articuler avec des formules d'accueil à temps partiel)

- lits d'urgence

* utilisation de lits de pédiatrie à l'hôpital général, selon un mode conventionnel définissant les obligations réciproques, etc..

* réalisation de centres de soins à vocation spécifique : appartements thérapeutiques etc..

Votre action doit tendre à diversifier le dispositif de soins pour répondre à ces besoins de soins de nature différente : vous veillerez à la particularité et la technicité des projets thérapeutiques, ainsi qu'à leur complémentarité et leur articulation y compris avec les autres dispositifs sanitaires. Je vous rappelle par ailleurs la nécessité d'assurer la continuité de l'accueil offert par le service public selon les formules que vous jugerez les plus adéquates, en associant les ressources possibles.

2.1.3 L'évolution des services d'hospitalisation à temps plein

Il est essentiel de tout mettre en œuvre pour s'assurer de la dynamique des projets de soins ; introduire autant que faire se peut des souplesses administratives dans la vie quotidienne est un élément ; faciliter l'évolution des pratiques ou le cas échéant susciter la sensibilisation des équipes soignantes à cette question doit être un objectif constant dans le souci partagé d'améliorer la qualité des soins. Dans ce but, doivent être renforcées :

- la formation permanente : il est désormais habituel d'utiliser de multiples approches, en fonction d'une compréhension de l'évolution du psychisme de l'enfant ; si l'affinement du travail relationnel est toujours une nécessité, il est également important de développer des connaissances sur des techniques et instruments diversifiés n'excluant pas le champ éducatif. Ces apports peuvent enrichir les pratiques en permettant à chacun des membres de l'équipe d'avoir ses outils appropriés, qui favorisent son apport au processus thérapeutique.

- les recherches évaluatives : elles sont l'occasion pour les équipes d'être très vigilantes afin que ces lieux de soins favorisent effectivement l'intégration et de mettre en place des protocoles de suivi évaluatif pour mieux ajuster la thérapeutique ou parfois éviter la poursuite de traitements routiniers d'efficacité discutable.

Des possibilités de réaliser aussi des unités de soins permettant des temps d'hospitalisation plus longs sont également à prévoir ; ce mode de soins ne peut se concevoir isolément des autres ressources du secteur, et doit prendre en compte à part entière les questions de scolarité, d'apprentissage, d'orientation professionnelle ; il importe pour les équipes d'être très vigilantes afin que ces lieux de soins favorisent effectivement l'intégration et l'insertion, parfois la réinsertion des jeunes en difficulté. La préparation à l'entrée comme à la sortie sont des temps importants dans cette perspective

CREER 8 LITS DEPARTEMENTAUX D'HOSPITALISATION COMPLETE POUR ADOLESCENTS

Objectif général :

Répondre aux besoins de soins psychiatriques et de santé mentale des adolescents de 12 à moins de 18 ans du département de l'Eure.

Éléments du diagnostic :

Diagnostic externe :

- ▶ La demande de création de lits supplémentaires sur la région exprimée par les rapports de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale.
- ▶ La mise en cohérence de l'organisation et du fonctionnement de l'ensemble de la filière d'hospitalisation objectivée par le Projet régional de santé.

Diagnostic interne :

- ▶ Le développement continu depuis 7 ans, d'un dispositif territorial ou sectoriel dédié aux adolescents traduisant une volonté institutionnelle forte exprimée par le plan stratégique de notre établissement et le projet du pôle de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
Il a pour fonction :
 - la prévention et la gestion des risques d'aggravation de situations pouvant aboutir à une rupture du parcours de vie et une hospitalisation souvent évitable des adolescents ;
 - la prise en charge spécialisée des adolescents.
- ▶ Aujourd'hui, ce dispositif complet permet la gestion de l'amont et de l'aval de l'hospitalisation et il se constitue :
 - D'une coordination départementale concernant les situations complexes : le G.O.L.C. de l'Eure ;
 - D'unités territoriales spécialisées : Maison des adolescents de l'Eure, Equipe Mobile départementale, Plateforme d'appui et d'évaluation des adolescents hospitalisés au C.H. de Navarre, Hôpital de jour départemental pour adolescents ;
 - D'unités sectorielles de prise en charge : CATTP adolescents, pôle « Adolescents » du CMP de Bernay.
- ▶ Une politique de recrutement soutenue par notre établissement qui se traduit au niveau de notre pôle par :
 - des effectifs médicaux en cours de stabilisation sur le secteur de Bernay, consolidés sur le secteur sud du département de l'Eure ;
 - l'accueil d'Assistant Spécialiste Régional et d'interne ;
 - des effectifs non-médicaux stables aux postes créés pourvus.

- Des locaux adaptés et disponibles fin 2012 dans le cadre de la reconstruction du C.H. de Navarre :

Suite à l'absence totale de lits hospitaliers d'accueil des adolescents dans l'Eure, de structures régionales suffisantes pour assurer une fluidité satisfaisante, une hospitalisation départementale non spécialisée se réalise au sein des unités de psychiatrie générale de notre établissement, avec pour conséquences :

- D'effectuer des prises en charge par des équipes non formées au sein de locaux inadaptés majorant une prise de risque (fugue, violence, prise en charge peu stimulante...),
- De générer des difficultés à faire correspondre l'organisation de services dédiés aux adultes avec des habitudes de vie des adolescents,
- D'accentuer la rupture scolaire en l'absence d'un soutien adapté,
- De poser la problématique de la protection des adolescents, des risques de maltraitance, du mimétisme liés à la proximité avec les adultes hospitalisés.
- Par défaut, risquer la rupture avec les familles et mettre en péril l'adhésion aux soins.

Objectifs opérationnels :

- Obtenir les moyens nécessaires à la constitution de l'équipe médico-soignante,
- Articuler cette unité avec la filière d'hospitalisation régionale.

Modalités de mise en place des actions

N° action	ACTIONS	ACTEURS	MODALITES	DELAIS
17.1	Développer l'articulation avec le dispositif régional	le CHU, le CH du Rouvray et le Nouvel Hôpital de Navarre	Réunions entre les partenaires	2012
17.2	Financer création de cette unité	ARS	CPOM, d'après le projet de création de l'unité	2013
17.3	Equiper cette unité	Direction des services économiques et pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	Moyens matériels	2013
17.4	Recruter l'équipe	Directions des soins, ressources humaines, département des affaires médicales et pôle	D'après le projet de création de l'unité	2013

Indicateurs

Nombre de patients vus (File active)
 Nombre d'entrées
 Nombre de journées
 Origine géographique des patients
 Durée Moyenne de Séjour
 Taux d'occupation
 Nombre de sorties
 Orientation des patients à la sortie

Annexe 4 : Lettre du Directeur du NHN à l'ARS Ht Normandie

Evreux, le 7 novembre 2013



DIRECTION

Tél.: 02.32.31.76.19

Fax : 02.32.31.76.86

Nos réf. : JMK/CDL/MB n° 483/2013

Dossier suivi par : **Mme le Docteur BONNEFOY**

Monsieur Amaury de SAINT QUENTIN
Agence Régionale de Santé
Directeur Général
Immeuble le Mail
31, Rue Malouet
BP 2061
76040 ROUEN Cedex

Objet : Adolescents hospitalisés dans une unité psychiatrique dans le département de l'Eure

Monsieur le Directeur Général,

Je me permets de vous saisir de la situation des mineurs ayant besoin d'une hospitalisation psychiatrique et qui, par défaut de place dans l'unité régionale, se retrouvent hospitalisés dans une unité d'adultes du Nouvel Hôpital de Navarre.

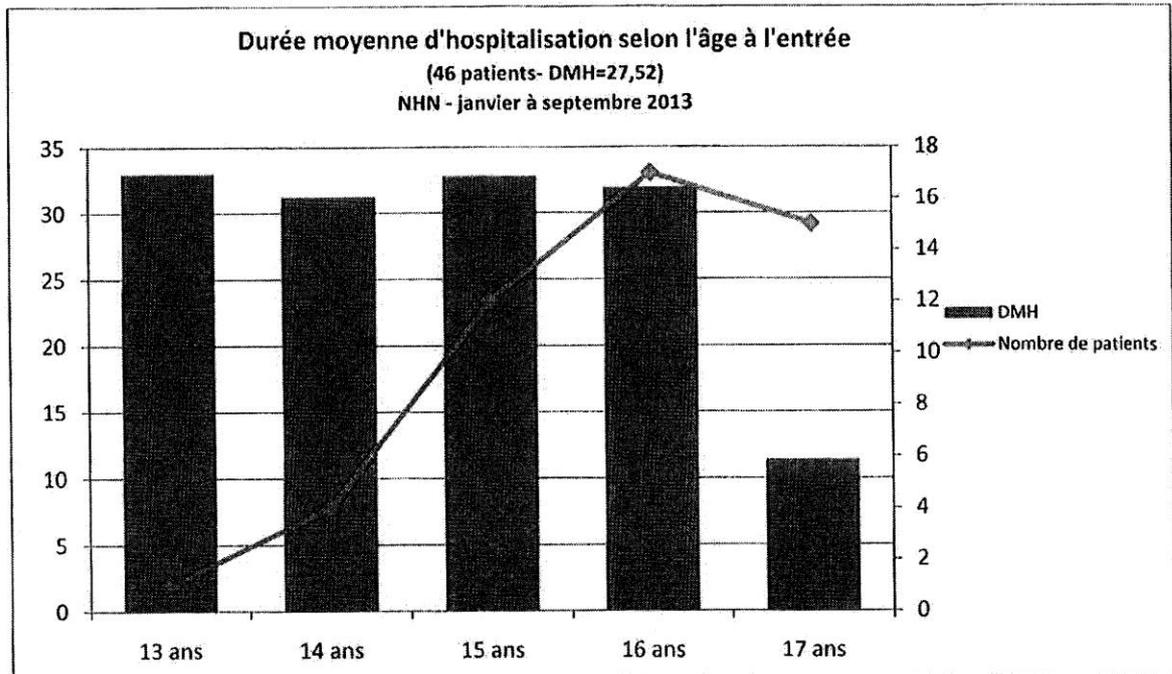
Vous avez souhaité ouvrir un espace de discussion concomitamment aux négociations du CPOM, lisibilité pluriannuelle souhaitée par tous et qui a été rappelée par Monsieur FERRO lors de la dernière réunion du mardi 15 octobre 2013 avec les partenaires sociaux de l'établissement. L'hospitalisation des mineurs sera l'une des questions de ces négociations.

En effet, le département de l'Eure se trouve confronté à un nombre croissant d'hospitalisations de mineurs, et souvent de jeunes mineurs (- de 15 ans) dans des services d'adultes. Cette situation perdure et s'amplifie malgré l'aide importante de l'autorité de tutelle qui a validé et financé des dispositifs conséquents d'amont et d'aval. La durée moyenne d'hospitalisation de ce public particulièrement fragile est supérieure à 21 jours.

Aujourd'hui, lundi 4 novembre nous sommes confrontés à 13 mineurs (moins de 17 ans) présents dans notre établissement dans des services d'adultes, dont 3 de moins de 15 ans, dont une mineure de 12 ans.

Je ne souhaite pas redétailler l'historique de cette problématique, ni les solutions préconisées par la MNASM en 2002, 2005 et 2011, mais il me semble important de revenir sur les grandes décisions qui ont orienté ce dossier.

Dernière page de ce courrier (6 pages au total)



Age à l'entrée	13 ans	14 ans	15 ans	16 ans	17 ans	Total
Nombre de patients	1	4	10	17	14	46
DMH	33	31,25	32,83	31,94	11,4	27,52

C'est pour ces raisons, explicitées en détail ci-dessus que je sollicite une réunion sur ce sujet avec l'autorité de tutelle et peut-être les gestionnaires de l'unité régionale et de l'unité d'hospitalisation d'Adolescents du CHU de Rouen.

En vous remerciant de votre attention, je vous prie de croire, Monsieur le Directeur Général, à l'assurance de ma considération respectueuse.

Le Directeur,



Copies :

Monsieur CORNET

Madame PERA, Présidente de la CME

Equipe de Direction du Nouvel Hôpital de Navarre

Monsieur le Docteur ABEKHZER, Chef de Pôle de la Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

Monsieur BEAUDOIRE, Cadre Supérieur de Santé du Pôle de la Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

Annexe 5 : Extrait du courrier cosigné par Monsieur le Docteur ABEKHZER (médecin-chef de service) et par Monsieur BEAUDOIRE (Cadre Supérieur de Santé)

Le 13 novembre 2006

les difficultés rencontrées sont notamment :

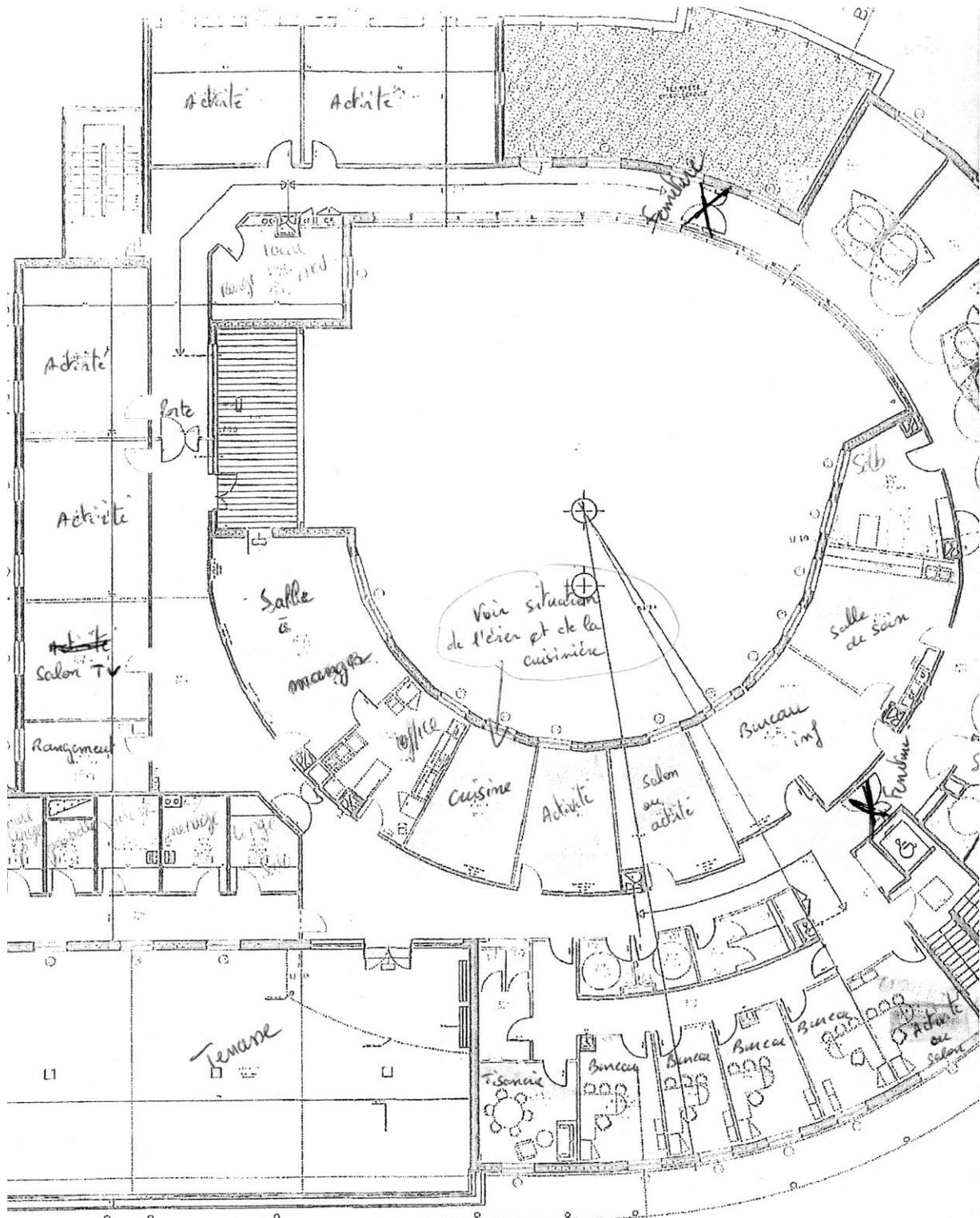
- *Une surveillance des personnes hospitalisées rendue très difficile à mettre en œuvre (deux ascenseurs « visiteurs » dans le service ainsi que le bureau des internes de l'ensemble du pôle mère-enfants, une porte coupe – feu devant être fermée isolant le bureau infirmier des chambres...)*
- *Un accueil des familles et des consultations médicales rendues extrêmement compliqués par la traversée systématique du service de pédiatrie pour atteindre les bureaux de consultations et le secrétariat...)*
- *Un espace bien trop limité pour les adolescents (3 pièces de 10 m²...) ne leur permettant pas de bénéficier de soins spécifiques (psychomotricité...)*

Compte tenu de ces difficultés, cette unité ne pourra accueillir des adolescents souffrant de troubles de santé mentale et/ou psychiatriques du département de l'Eure que pour des hospitalisations brèves sans trouble du comportement.

Malheureusement, tous les autres adolescents devront continuer à être hospitalisés au CHS dans les conditions que nous avons déjà brièvement énoncées.

Afin d'offrir une prise en charge de qualité à l'ensemble des adolescents du département de l'Eure et dans un souci de rationaliser les moyens, il est impérieux d'envisager le transfert de cette unité (7 lits et 1 lit sécurisé) au sein du nouveau CHS associée à un complément de lits (5 lits et 1 chambre d'isolement) négocié dans le cadre du SROSS 4.

Annexe 6 : plan de l'unité d'hospitalisation pour adolescents – Tulipier miel



Annexe 7 : Grille d'enquête satisfaction des partenaires « internes »

Evaluation de la satisfaction du dispositif

« Plateforme départementale pour adolescents »

Merci d'entourer votre réponse

Nom de l'unité :

Profession :

	Médecin	psychologue	Aide –soignant/ AMP	ASHQ	
Infirmier	Cadre de santé		Assistant social	Secrétaire	Autre

Connaissez-vous le fonctionnement du dispositif de la Plateforme pour adolescents ?

Complètement globalement partiellement pas du tout

Êtes-vous satisfait de ce dispositif ?

Complètement globalement partiellement pas du tout

Êtes-vous satisfait de la communication avec l'équipe de la plateforme pour adolescents ?

Complètement globalement partiellement pas du tout

Selon vous, ce dispositif améliore t-il la prise en charge des adolescents accueillis dans votre unité ?

Complètement globalement partiellement pas du tout

Seriez-vous favorable à l'ouverture au NHN d'une unité d'hospitalisation pour adolescents ?

Complètement globalement partiellement pas du tout

Citez un des aspects du travail avec la plateforme qui pourrait être amélioré :

Annexe 8 : Convention à l'ouverture de l'URHEA

PSYCHIATRIE

PRISE EN CHARGE A TEMPS PLEIN DES JEUNES DE 0 DE 16 ANS AU C.H. ROUVRAY Unité régionale d'hospitalisation temps plein

CONVENTION

entre

Le C.H. du ROUVRAY, d'une part,

et les autres centres hospitaliers de de la région qui assurent la gestion de secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, d'autre part:

- C.H.Dieppe
- C.H.Le Havre
- C.H.Lillebonne
- C.H.Navarre
- C.H.Bernay
- C.H.Vernon

Il est convenu ce qui suit:

I.PREAMBULE

La nécessité du maintien d'une unité d'hospitalisation à temps plein pour les jeunes de moins de 16 ans sur la région est reconnue par l'ensemble de la communauté psychiatrique. En outre, la circulaire du 11 décembre 1992(relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents)cite, parmi les priorités, le maintien d'un potentiel de soins à temps complet, par secteur ou groupe de secteurs, répondant à un projet thérapeutique et technique précis.

Il existe, actuellement, une unité d'hospitalisation à temps complet pour les enfants et adolescents de 14 lits au C.H.du Rouvray et 3 lits autorisés au C.H.Navarre, non installés.

L'hospitalisation complète pour les jeunes de 0 à 16 ans constitue un recours peu fréquent; toutefois, la recherche de solutions s'avère dans la plupart de ces cas problématique, en l'absence de structure adaptée.Il s'agit notamment de situations où il est impossible de maintenir l'enfant dans un service de pédiatrie ou en placement familial thérapeutique ou en établissement médico-éducatif...

Le principe d'une unité régionale d'hospitalisation à temps complet pour les jeunes de moins de 16 ans a été retenu dans les orientations des schémas d'organisation de la santé mentale des départements de l'Eure et de la Seine-Maritime qui ont été adoptés en 1993 par les Conseils Départementaux de Santé Mentale; ce principe a également été repris dans le schéma régional de la psychiatrie (avis favorable du C.R.O.S.S.du 14.12.93).

Son implantation au C.H.du Rouvray est envisagée.

II.DISPOSITIONS GENERALES:

Le projet élaboré par les pédo-psychiatres des 3 intersecteurs rattachés au centre hospitalier du Rouvray comporte 3 volets:

- une unité d'hospitalisation temps plein de 10 lits,
- un hôpital de jour pour adolescents(12-16 ans) de 10 places, réservé à l'accueil d'adolescents dépendant des 3 intersecteurs "rouennais"(rattachés au CH Rouvray),
- une maison thérapeutique de 4 lits, permettant la réalisation d'un hébergement de soir, de nuit, et de week-end, dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique.

La nécessité de prévoir, d'emblée, des structures-relai permettant d'éviter la "chronicisation" des jeunes hospitalisés à temps plein et de favoriser leur réinsertion est prise en compte; toutefois, ces opérations ne peuvent être menées que progressivement, compte tenu des priorités de financement engagées pour mettre à niveau l'offre de soins psychiatriques sur le territoire régional (il s'agit notamment de doter chaque secteur d'au moins un hôpital de jour).

Dans un premier temps, la prise en charge des jeunes de moins de 16 ans qui nécessitent un temps d'hospitalisation à temps complet, pourrait s'inscrire dans le schéma suivant:

- une unité régionale de 10 lits implantée au C.H. du Rouvray ayant vocation à accueillir les jeunes de 0 à 16 ans de la Région,

- un hôpital de jour de 5 places, distinct du lieu d'hospitalisation qui aurait vocation à recevoir, en priorité, les jeunes, en particulier les adolescents (sans distinction du secteur d'origine) dont l'hospitalisation, dans l'unité à temps plein, se prolongerait au delà d'un mois. Cette différenciation dans les prises en charge la nuit et dans la journée permettrait d'éviter le chronicisation de situations et favoriserait la dynamique de la prise en charge.

- l'aménagement du fonctionnement des hôpitaux de jour afin de pouvoir accueillir des jeunes au delà de 12 ans, déjà pratiquée sur certains secteurs, doit être favorisé (groupes individualisés, heures d'ouverture adaptées...).

A moyen terme,

- la mise en place de structures de type "appartements thérapeutiques" a été retenue dans les orientations départementales et régionales concernant l'évolution du dispositif de santé mentale.

- l'ouverture d'hôpitaux de jour pour adolescents pourrait être un objectif à moyen terme dans les grandes agglomérations urbaines.

III. DISPOSITIONS RELATIVES A LA PRISE EN CHARGE A TEMPS PLEIN DES JEUNES DE 0 A 16 ANS AU CH ROUVRAY

ARTICLE 1

Dans le cadre des lois portant sectorisation de la prise en charge psychiatrique des patients et portant réforme hospitalière, les établissements précités, centres hospitaliers de rattachement se secteurs de psychiatrie, décident de mettre en place une complémentarité interhospitalière régionale, de nature à améliorer le service rendu aux populations en maîtrisant les coûts. Pour ce faire, ils prennent les dispositions exposées ci-après.

ARTICLE 2

Le centre hospitalier du Rouvray assure le fonctionnement d'une unité d'hospitalisation temps plein de 10 lits qui permet l'accueil de jeunes de moins de 16 ans de la région, quel que soit leur secteur d'origine.

ARTICLE 3

Il s'agit d'une unité de soins qui a vocation à dispenser une prise en charge limitée dans sa durée.

ADMISSION ET SUIVI DE L'ENFANT

ARTICLE 4

L'admission d'un enfant est basée sur un diagnostic et un projet médical faits sur la base de critères psychiatriques. Toutes les situations, y compris celles où il y a trouble de l'ordre public sont gérées conformément à la loi du 27 juin 1990, notamment en ce qui concerne les modalités liées aux hospitalisations d'office (certificat médical et consultation).

ARTICLE 5

Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile dont dépend l'enfant a vocation à assurer son suivi, quelle que soit la personne, le professionnel ou l'organisme qui a adressé l'enfant en hospitalisation.

ARTICLE 6

Chaque admission donne lieu à l'élaboration d'une **fiche d'admission** et de suivi (annexe 1 de la présente convention). Ce document est signé par le médecin qui assure le fonctionnement de l'unité d'hospitalisation temps plein du C.H. du Rouvray et par le médecin du secteur de psychiatrie infanto-juvénile d'origine du patient.

ARTICLE 7

Un **protocole d'admission** est fixé comme suit:

7-1/ la demande d'hospitalisation de l'enfant est précédée d'une concertation entre le médecin qui préconise l'hospitalisation et le médecin qui assure le fonctionnement de la structure.

Lorsque l'admission est décidée en urgence, un temps d'observation de 48 heures est retenu, ce qui permet de laisser un délai pour confirmer ou infirmer l'admission en hospitalisation.

Le médecin qui péconise l'hospitalisation est, dans la plupart des cas, le pédopsychiatre de secteur responsable du suivi de l'enfant.

Toutefois, dans les situations d'urgence, la demande d'hospitalisation peut être engagée à l'initiative d'un psychiatre de garde d'un centre hospitalier.

Dans ce dernier cas, le médecin qui adresse l'enfant s'engage à informer, dans les meilleurs délais, le médecin du secteur de psychiatrie infanto-juvénile dont dépend l'enfant, des démarches entreprises.

7-2/L'enfant est admis en hospitalisation complète avec l'accord des parents ou du responsable légal du mineur.

7-3/Une **réunion de synthèse** est organisée dans les 10 jours au plus suivant l'entrée de l'enfant dans l'unité.

Elle permet une rencontre entre l'équipe de secteur qui adresse l'enfant en hospitalisation temps plein et l'équipe de l'unité. Au cours de cette synthèse est élaboré un projet thérapeutique reposant sur la pathologie de l'enfant, sur la compréhension des mécanismes psychologiques intra-familiaux, sur l'appréciation des personnes qui se sont occupées de l'enfant et de sa famille, et les propositions de soins en hospitalisation temps plein. Ce projet thérapeutique donne lieu à la rédaction d'un rapport qui figure dans le **compte-rendu de synthèse**.

ARTICLE 8

Un **protocole de suivi de l'hospitalisation** est prévu:

- Une date d'évaluation de l'hospitalisation est fixée dans le compte rendu de synthèse.

Quelle que soit la durée d'hospitalisation prévue, **une première évaluation a lieu à l'issue d'un mois**.

L'évaluation donne lieu à l'organisation d'une réunion de synthèse à laquelle participe l'équipe du secteur d'origine.

S'il est décidé que l'hospitalisation doit être maintenue, un nouveau rapport est rédigé précisant une nouvelle date d'évaluation.

ARTICLE 9

Le pédopsychiatre du secteur dont dépend l'enfant s'engage à suivre l'évolution de l'enfant hospitalisé comme il est précisé ci dessus, et à préparer son retour sur le secteur, avec l'équipe de l'unité d'hospitalisation temps plein.

ARTICLE 10

Les frais de déplacements de l'équipe de secteur qui assure le suivi et prépare la sortie d'un enfant hospitalisé à l'unité temps plein du C.H. du rouvray sont assurés par leur centre hospitalier de rattachement.

ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE LA STRUCTURE

ARTICLE 11

L'organisation interne de l'unité d'hospitalisation à temps complet permettra d'assurer harmonieusement une individualisation des prises en charge autour d'indications thérapeutiques différentes telles que:

pathologies aiguës (états d'agitation aigus avec troubles de la conscience, bouffées délirantes)

pathologies au long cours lors d'épisodes aigus

états de dépression profonde de l'adolescent nécessitant de faire un bilan

Cette organisation devrait ainsi permettre la mise en place de 2 sous unités.

ARTICLE 12

L'ensemble des personnels intervenant dans les structures de prise en charge à temps plein des jeunes de 0 à 16 ans est affecté au C.H. du Rouvray. Ces moyens en personnel sont précisés dans l'annexe 2 de la présente convention.

ARTICLE 13

L'unité d'hospitalisation temps plein, les structures qui complètent le dispositif (hôpital de jour de 5 places et à moyen terme, appartement thérapeutique) ainsi que le personnel médical et non médical rattaché à ces structures sont placés sous la responsabilité du médecin chef de service du secteur de psychiatrie n°7610..

ARTICLE 14

la présence médicale dans ces structures sera assurée par un praticien hospitalier à temps plein ce qui permettra, en outre, d'assurer la création d'un réseau relationnel avec les équipes de secteurs ainsi qu'avec d'autres professionnels et organismes (C.D.E.S., A.S.E, justice, secteur médico-social...).

ARTICLE 15

L'équipe qui intervient actuellement dans l'unité d'hospitalisation temps plein de 14 lits du C.H. du Rouvray sera maintenue dans la nouvelle structure. L'attribution de moyens supplémentaires tels qu'ils sont définis en annexe 2 reste tributaire des possibilités de financement au sein de l'établissement et sur la marge de manœuvre régionale.

ARTICLE 16

Le fonctionnement de la structure dans son ensemble donnera lieu à une évaluation.

De façon à assurer la plus grande efficacité dans le fonctionnement de la structure et dans les relations entre les divers professionnels qui interviennent auprès des enfants concernés, une **commission de suivi** des dispositions susvisées se réunira au moins une fois par an.

La commission réunira l'ensemble des médecins-chefs de service des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et l'ensemble des directeurs d'hôpitaux de rattachement en présence du médecin inspecteur régional de la santé.

IV. SIGNATURE, APPROBATION, DUREE, APPLICATION de la CONVENTION

Cette convention est établie pour une durée d'un an. Elle est renouvelable après évaluation par chacune des parties.

Cette convention peut être dénoncée par l'une ou l'autre des parties, en cours d'année, à la condition de respecter un délai de préavis de 3 mois.

La présente convention ainsi que son éventuelle dénonciation seront soumises à l'autorité de tutelle.

Fait à SOTTEVILLE , le 14 /01/97

Monsieur le Directeur
C.H. Rouvray



ANDERHEEREN

Monsieur le directeur
C.H. de Navarre à EVREUX



Claude INABNIT.

ANNEXE 1

PRISE EN CHARGE A TEMPS PLEIN DES JEUNES DE 0 A 16 ANS AU C.H.ROUVRAY (en application de l'article 6 de la convention)

Fiche d'admission et de suivi

En application de la convention relative à la prise en charge à temps plein des jeunes de 0 à 16 ans dans la région, signée le .././.. entre Monsieur le Directeur du C.H. du Rouvray et Monsieur le Directeur du C.H. de, la présente fiche d'admission et de suivi établit les modalités du déroulement de l'hospitalisation du jeune.....et fixe les engagements pris par les praticiens chargés du suivi de l'enfant sur la base d'un projet thérapeutique, en l'occurrence,

- Le médecin responsable de l'unité temps plein au C.H.Rouvray,
- le pédopsychiatre du secteur de psychiatrie infanto-juvénile N°

Le jeune.....est admis à l'unité d'hospitalisation temps plein du C.H. du Rouvray
le .././..

Durant son hospitalisation, il est placé sous la responsabilité médicale du médecin responsable de l'unité temps plein au C.H. du Rouvray.

Par ailleurs, le médecin du secteur de psychiatrie infanto-juvénile d'origine du jeune s'engage, avec son équipe à poursuivre un suivi auprès de l'enfant et à préparer avec l'équipe de l'unité temps plein, les possibilités envisageables pour sa sortie.

les modalités de ce suivi consistent notamment à participer aux réunions de synthèses qui ponctueront le temps d'hospitalisation de l'enfant comme suit:

- dans les 10 jours, au plus, qui suivent l'admission du jeune,
- au bout d'un mois d'hospitalisation, pour une première évaluation,
- aux échéances fixées ultérieurement par les équipes, lorsque l'hospitalisation se prolonge au delà d'un mois.

Fait à....., le .././..

Le médecin responsable
de l'unité temps plein
du C.H.Rouvray
Dr

le médecin, pédopsychiatre du
secteur de psychiatrie infanto-
juvénile de.....
Dr

Annexe 9 : Courrier du Directeur du CHS au médecin inspecteur départemental



DIRECTION
CI/JT N° 197/97

Evreux, le 29 avril 1997

Le Directeur du Centre Hospitalier
Spécialisé d'Evreux

à

Madame le Docteur VINOT
Médecin - Inspecteur Départemental
Boulevard Georges Chauvin
27023 EVREUX Cedex

J'ai l'honneur d'attirer votre attention sur les difficultés que rencontre le C. H. S. pour faire hospitaliser au Centre Hospitalier du ROUVRAY, les jeunes de moins de 16 ans. Depuis le 26 mars 1997, deux cas similaires sont à signaler.

Le 26 mars, une jeune fille, née le 21 avril 1981, est adressée par le Docteur REMY, après passage aux urgences du CHG d'Evreux. Les démarches engagées tant par la psychiatrie infanto-juvénile, que par la Direction n'ont pas permis, faute de place, l'hospitalisation dans l'unité régionale. Devant la nécessité de l'hospitalisation, après divers entretiens, j'ai décidé d'accepter cette jeune fille dans le service du Docteur DUBOC (service adulte de rattachement). L'adolescente et sa mère ayant été prévenues des conditions d'hébergement, de la promiscuité existant dans les services d'adultes. Le lendemain, après de nombreuses démarches, le docteur HAUCHARD est parvenue à faire admettre l'intéressée en pédiatrie à Mantes dans un service recevant les adolescents suicidaires. Dans le même temps, tout a été mis en œuvre pour que la psychiatrie infanto-juvénile assure le suivi dès la fin de l'hospitalisation.

Le 18 avril dernier, le Docteur COSTEN a tenté en vain de faire admettre dans l'unité régionale, un de ses patients dont l'état justifiait une hospitalisation à temps complet. Malgré nos diverses interventions, le C H S du Rouvray s'est trouvé dans l'impossibilité d'admettre cet adolescent, né le 10 septembre 1981, avant le 24 avril 1997. J'ai donc été contraint de faire hospitaliser ce patient dans le secteur adulte de rattachement : le secteur II.

Les Docteurs DUBOC et VASCHALDE ont tous deux attiré mon attention sur les risques encourus par ces adolescents et le problème de responsabilité soulevé par la cohabitation de ces jeunes patients avec des patient médico-légaux, voire pervers.

Dans la mesure où la structure régionale semble être saturée, je vous serai très obligé de bien vouloir me faire connaître votre avis sur la recherche d'une solution départementale en coopération avec les deux autres intersecteurs ?

Le Directeur,

Claude INABNIT.



Annexe 10 : Synthèse de l'évaluation de la satisfaction du dispositif : « Plateforme départementale d'appui et d'évaluation pour adolescents »

**Synthèse de l'évaluation de la satisfaction du dispositif :
« Plateforme départementale d'appui et d'évaluation pour adolescents »**

L'évaluation s'est déroulée du 7 novembre 2013 au 29 janvier 2014.

Par Antoine HOUEL Cadre de santé « Pôle départemental de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » avec le soutien et la collaboration de l'équipe de la « Plateforme pour adolescents »

Elle s'est déroulée en trois temps :

- ✓ Un temps d'échange avec le cadre de chacune des unités d'admission de psychiatrie générale.
- ✓ Une réunion d'échanges animée par les membres de l'équipe de la « Plateforme » avec chacune des équipes des unités d'admission de psychiatrie générale.
- ✓ Un questionnaire remis à chaque professionnel, de chaque unité d'admission, présent à la réunion d'échange.

La synthèse de ces éléments d'évaluation prendra trois formes :

- D'une part l'analyse des notes prises lors des rendez-vous « préparatoires » avec les cadres des unités d'admission.
- D'autre part, la synthèse des notes prises lors des réunions d'échange entre équipes, de la « Plateforme » et des unités d'admission.
- Enfin, l'analyse des questionnaires remis lors des réunions entre équipe de la « Plateforme » et équipes des unités d'admission.

Synthèse des réunions préparatoires avec les cadres des unités d'admission

Elles se sont déroulées :

- ✓ Chêne Pourpre : 12/11/2013
- ✓ UAD (Unité Anxio-Dépressifs) : 14/11/2013
- ✓ Chêne Miel : 14/11/2013
- ✓ Fayard Miel : 7/11/2013
- ✓ Fayard Pourpre : 3/12/2013

Deux questions étaient posées :

- Quelles sont les principales remarques entendues vis-à-vis de la Plateforme pour adolescents ?
- Quel est le meilleur moment pour organiser une réunion inter équipes pluri-professionnelles, afin de produire un travail constructif ? (où, quand, avec qui, combien de temps,...)

Synthèse des principales remarques :

- Qui de l'unité d'admission ou de la Plateforme ados reste le « maitre d'œuvre » du projet de soins ? Ne pas se sentir dépossédé de la PEC (Prise En Charge) « *ce serait plus facile si on s'occupait de tout* »
- Améliorer la relation, la communication entre les médecins des deux unités « *qui fait quoi* »
- PEC des adolescents « trop courte » sur les après-midi, il faudrait les « extraire » sur la journée.
- Manque de temps « formalisé » pour les échanges inter équipes
- Un travail au début de la PEC pour une formalisation de la demande de l'unité d'admission vis-à-vis de la plateforme ados, aiderait au travail futur.
- On attendait peut-être trop de la plateforme ados (Aide, apports théoriques,...)
- Un manque de communication général.
- Une incompréhension quand les collègues de la plateforme ados ramènent « plus tôt » les adolescents pour une difficulté de PEC – questionnement sur les compétences...
- Les médecins de certaines unités adhèrent peu ou pas au projet ce qui est parfois contre-productif.
- Des difficultés de communication entre les éducatrices (de la plateforme ados) et le personnel soignant (des unités d'admission) – Un problème de culture professionnelle, de formation, d'expérience ?
- Le partage d'information sur AXIGATE (informatique) pourrait aider.

L'organisation des réunions inter-équipe

Pour l'organisation de ces réunions, il a été souhaité qu'une partie représentative de l'équipe de la plateforme ados (médecin, cadre, infirmier, éducatrice), puisse venir lors de la réunion de transmission de chaque équipe d'admission (en début d'après-midi).

En effet, lors de ce temps d'échange, les médecins et une grande partie des équipes, sont présents dans un même lieu et au même moment.

La durée de ces réunions fut choisie avec chaque cadre, en fonction de son appréciation. Elle fut variable, de 30 mn à une heure.

Une unité a souhaité que la réunion se déroule en deux temps : une réunion entre paramédicaux d'abord, puis la réunion pluri professionnelle ensuite.

Un calendrier des réunions fut établi :

Nom de l'unité	Date	Horaire
UAD	13 décembre 2013	13h30-14h15
	16 décembre 2013	14h15-14h45
Fayard Miel	17 décembre 2013	13h45-14h30
Chêne Pourpre	18 décembre 2013	14h00-14h45
Reportée au :	21 janvier 2014	même heure
Chêne miel	13 janvier 2014	14h30-15h00
Fayard Pourpre	29 janvier 2014	13h45-14h45

Le calendrier accompagné d'un mail fut envoyé à chaque responsable de Pôle (médecin et cadre) ainsi qu'à chaque cadre des unités d'admission, afin de les informer et de les inviter à ces moments d'échange et de construction d'une collaboration au service des adolescents accueillis.

L'objectif de ces réunions fut rappelé :

- Faire le point, après un an de fonctionnement, du dispositif de la Plateforme ados (rappel du projet, bref bilan de fonctionnement, nos questionnements internes)
- Entendre la parole des équipes pluri professionnelles des unités d'admission pour nous aider à mieux fonctionner ensemble.
- Des propositions issues de notre modeste expérience d'une année.

Synthèse des réunions inter équipes (unités d'admission / Plateforme ados)

De façon quasi unanime, on note un souhait de vouloir améliorer la communication, les transmissions inter équipes.

- ☞ Une proposition semble avoir reçue l'adhésion de la majorité des équipes rencontrées :

Il s'agit de « formaliser » un temps d'échange, de façon hebdomadaire, sur le temps de transmission de chaque équipe d'unité d'admission (environ 15 mn). Ce temps « repéré » chaque semaine pourrait permettre d'accorder au mieux la PEC entre les deux équipes (unité d'admission – plateforme ados).

Bien sûr les échanges plus « informels » mais souvent pertinents, lors des accompagnements pour venir chercher ou raccompagner l'adolescent dans l'unité d'admission doivent perdurer.

Egalement, de façon générale, il conviendrait d'améliorer le « pilotage » médical du projet de l'adolescent ainsi que l'articulation entre les médecins des deux unités (unité d'admission – plateforme ados).

- ☞ Une proposition est faite de la part de la plateforme ados :

Une « formalisation » de la demande médicale initiale de l'unité d'admission pour qu'un adolescent soit suivi conjointement par la plateforme ados.

Cette formalisation prendrait la forme d'un document (une page recto-verso) que le médecin de l'unité d'admission pourrait remplir facilement (cases à cocher et rubriques à compléter).

Ce document est réalisé par la plateforme et en cours de validation interne (un document de travail a pu être présenté).

Sur la base de ce document une collaboration entre médecins devrait être favorisée et faire l'objet de points réguliers au cours de la PEC.

Une demande auprès du DIM pourra être faite pour que ce document soit intégré au logiciel AXIGATE.

Certains médecins des unités d'admission souhaitent que si une demande écrite est réalisée de leur part, une réponse écrite soit produite en retour par le médecin de la plateforme ados.

Sur quelques unités une incompréhension est soulevée concernant les adolescents hospitalisés à partir de la plateforme. En effet, suite à leur hospitalisation (en urgence) l'accueil de ces adolescents doit-il se poursuivre « *comme si de rien était* » ?

Une confusion entre la parole de l'adolescent, celle des soignants de l'unité d'admission et celle des professionnels de la plateforme a parfois eu lieu.

- ☞ La proposition d'un « règle claire » souhaite être retenue. A savoir, que pour toute hospitalisation, il n'y aura pas de PEC sur la plateforme ados avant 48H afin qu'un point soit fait entre les professionnels des deux unités (unité d'admission – plateforme ados) pour convenir d'une conduite commune.

D'autres aspects ont été évoqués en fonction des unités d'admission rencontrées :

- La question de la dispensation des médicaments (qui reste gérée uniquement par l'unité d'admission)
- Le fait que la plateforme ados « favorise » les hospitalisations d'adolescents « *il n'y jamais eu autant d'adolescents hospitalisés au Nouvel Hôpital de Navarre* ». Avec en même temps l'idée que cette nouvelle unité (plateforme ados) « empêche la création d'une unité d'hospitalisation dédiée aux adolescents ».
- Une mauvaise information du projet de la plateforme ados et une méconnaissance de son fonctionnement. Certains médecins ne relèvent pas la « valeur ajoutée » d'un tel dispositif. « *Je ne sais pas ce que vous pouvez m'apporter* ».
- Une expérience de travail conjoint qui se construit avec un partage « culturel » entre sanitaire, médico-social et éducatif.
- Une solidarité, fortement appréciée de la part des professionnels de la plateforme ados, vis-à-vis des situations de violence ayant nécessité le « renfort » de collègues des unités d'admission.

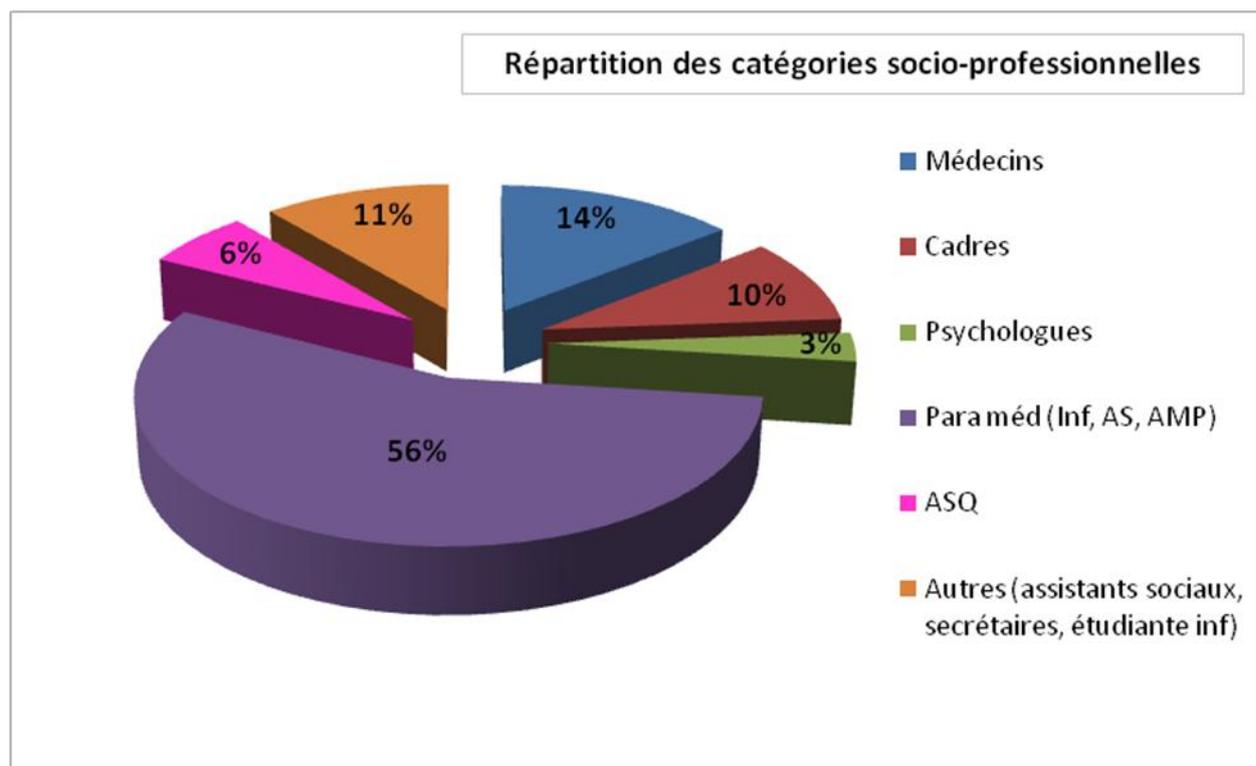
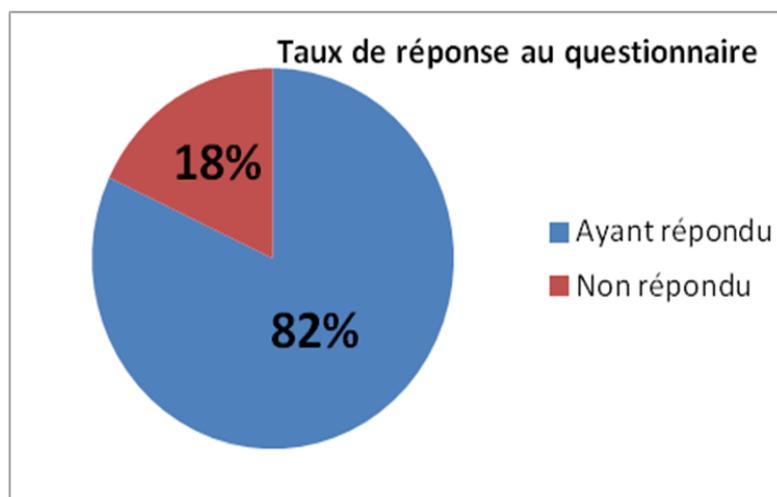
En marge de ces réunions, et au-delà des points abordés, il a semblé intéressant et constructif de pouvoir « **se parler** » et confronter ses points de vue entre des équipes qui concourent à vouloir améliorer l'hospitalisation des adolescents dans l'établissement.

Evaluation des questionnaires

Les questionnaires⁶⁴ ont été remis aux participants de chaque réunion entre équipe soignantes « Plateforme Ados » et « Equipe soignante de chaque unité d'admission ».

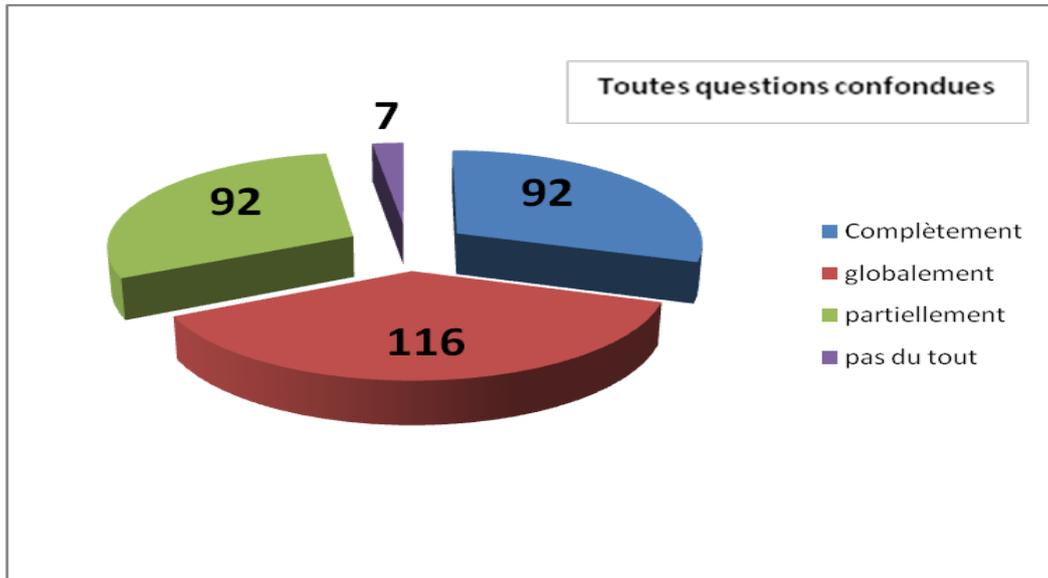
Les participants les ont rempli, en quelques minutes, en fin de réunion ce qui a permis un retour immédiat. Des questionnaires ont été laissés dans certaines unités afin que les « absents » puissent s'exprimer. Toutefois aucun de ces questionnaires ne fut retourné...

Le taux de réponse aux questionnaires est très satisfaisant ce qui est dû au fait de le récupérer à chaque fois en fin de réunion.



⁶⁴ Voir le questionnaire en annexe 1

Une vision générale de la « satisfaction » vis-à-vis du dispositif.

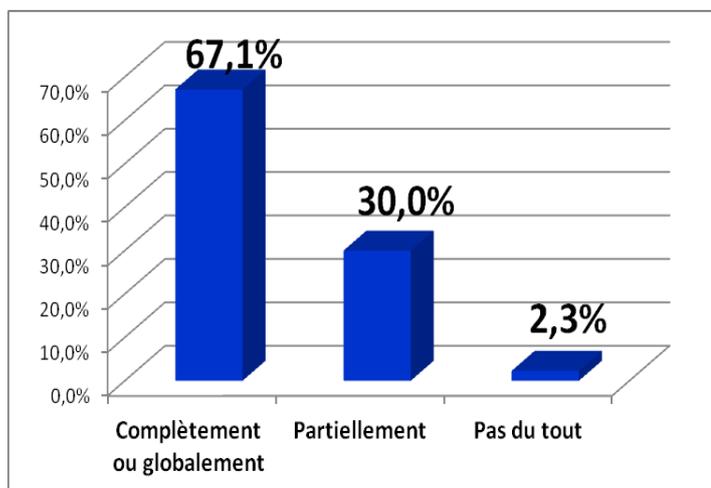


La synthèse des réponses à l'ensemble des questions posées s'avère plutôt encourageante vis-à-vis des objectifs poursuivis.

En effet, il apparaît que la connaissance du dispositif, la satisfaction globale du service rendu, la communication mise en place et la dynamique engagée vers une prise en charge spécifique de l'adolescent soient entendues de la plupart des acteurs.

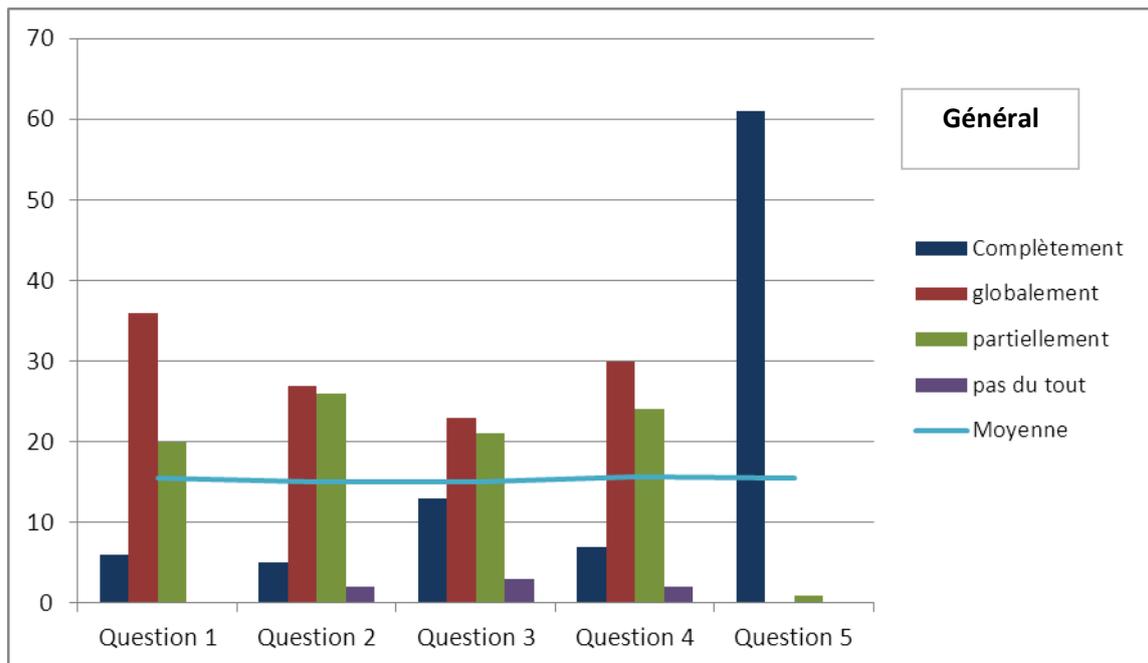
Globalement ou complètement satisfaites par la mise en place de ce dispositif les équipes soignantes pluri professionnelles n'en sont pas moins partagées tant dans les réponses vis-à-vis de certaines questions qu'entre elles.

Nous chercherons donc, à analyser plus finement les réponses aux questionnaires en fonction des équipes interrogées.



Des spécificités en fonction des questions

Général	Complètement	globalement	partiellement	pas du tout
Question 1	6	36	20	0
Question 2	5	27	26	2
Question 3	13	23	21	3
Question 4	7	30	24	2
Question 5	61	0	1	0
Total	92	116	92	7



Discussion :

Question 1 : Connaissez-vous le fonctionnement du dispositif de la Plateforme pour adolescents ?

A cette question, 75% des professionnels interrogés répondent qu'ils connaissent assez bien (complètement ou globalement) le dispositif mis en place depuis un an.

Dans une certaine mesure, cela valide notre démarche de communication au départ du projet. En effet, nous avons avant l'ouverture de cette nouvelle unité organisé plusieurs temps d'échanges avec nos futurs partenaires :

- Un temps de communication en amphi à destination de l'ensemble du personnel du Nouvel Hôpital de Navarre.
- Une communication du projet de manière synthétique (orale ou écrite) en direction des instances de l'hôpital.

- Un temps de rencontre et de présentation du projet dans chaque unité d'admission lors du temps de « transmission » pour chacune de ces équipes.

De plus, nous verrons que cette appréciation générale est partagée par chacune des unités d'admission.

Question 2 : Êtes-vous satisfait de ce dispositif ?

Sur cette question les avis restent partagés. La moitié des personnes interrogées évaluent être globalement satisfaites tandis que l'autre moitié ne l'est que partiellement. Il est certain que la création de ce dispositif intervient dans un contexte conjoncturel où de plus en plus d'adolescents se trouvent hospitalisés dans les unités d'adultes.

Aussi, la plateforme ados, loin d'être une réponse « à la place » de la création d'une unité d'hospitalisation dédiée aux adolescents, se veut être un dispositif d'appui et d'évaluation pour nos collègues des « unités d'adultes ». C'est à mon avis le biais pour l'analyse de cette question.

En effet, il semble difficile d'évaluer si les professionnels s'expriment sur la satisfaction du service rendu par ce dispositif ou s'ils souhaitent exprimer leur mécontentement de devoir accueillir des adolescents dans la même unité d'hospitalisation que des adultes.

Toutefois cette expression est variable d'une unité à une autre ce que nous verrons plus loin.

Question 3 : Êtes-vous satisfait de la communication avec l'équipe de la plateforme pour adolescents ?

De façon assez générale, à une exception près, les agents des unités d'admissions sont satisfaits (à 66%) de la communication avec leurs collègues de la plateforme ados. Il est même notable que parmi ces satisfaits, un tiers le sont complètement et deux tiers globalement.

Il est vrai, nous le verrons dans l'analyse détaillée par unité d'admission, que cette satisfaction est variable et parfois opposée (UAD / Fayard Miel)

Toutefois, ce point est central dans notre évaluation car nous avons la volonté, dans cette mise en place novatrice d'une unité du Pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au sein du N.H.N., de communiquer au mieux avec nos partenaires.

En effet, la réussite de notre projet d'appui et d'évaluation à destination des adolescents et en soutien à nos collègues des unités d'admission repose sur une communication constructive, pour une collaboration pertinente dans le parcours de soin de ces adolescents.

Question 4 : Selon vous, ce dispositif améliore t-il la prise en charge des adolescents accueillis dans votre unité ?

Là encore, une légère majorité (58%) des personnels des unités d'admission considèrent que le dispositif de la plateforme améliore la prise en charge des adolescents qu'ils accueillent dans leurs services.

Toutefois, la réponse à cette question est très fluctuante suivant les unités d'admission. Elle pourrait s'expliquer, à mon avis, par le filtre de situations particulières où les adolescents accueillis présentaient une problématique complexe de Prise en charge et une propension à générer des clivages non négligeables.

Néanmoins, cette question nous invite, équipe de la plateforme, à poursuivre le travail de collaboration entre équipes. Il me paraît important de pouvoir prendre en compte la spécificité de chacune des prises en charge (hospitalisation – plateforme), et de s'appuyer sur la « plus value » et la complémentarité souhaitée.

Question 5 : Seriez-vous favorable à l'ouverture au NHN d'une unité d'hospitalisation pour adolescents ?

Cette question remporte l'unanimité (moins une voix) des avis exprimés. De plus il est intéressant de constater que cet avis est partagé de façon pluri- professionnelle par l'ensemble des acteurs de soins des unités d'admission adulte.

C'est un indicateur fort d'une attente institutionnelle concernant la prise en compte de la spécificité de l'hospitalisation pour les adolescents de l'Eure.

Question 6 : Citez un des aspects du travail avec la plateforme qui pourrait être amélioré :

Deux notions sont mises en avant au travers du questionnaire : **communication** et **collaboration**.

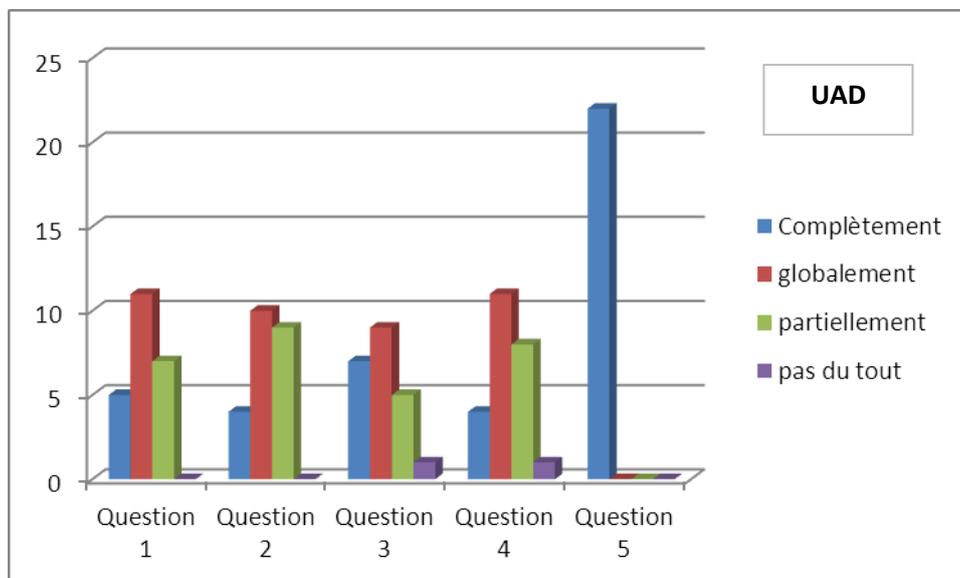
En effet, une majorité d'aspects cités comme « piste d'amélioration » entre équipes de la plateforme et des unités d'admission se concentre autour de la communication tant paramédicale que médicale. La collaboration est abordée à la fois entre équipes « *Collaboration dans l'élaboration des projets de soins individualisés* » mais également du point de vue médical et sur plusieurs plans : « *Collaboration avec les médecins* », « *Collaboration entre médecins* », « *Collaboration au niveau médical.* »

Nous verrons dans l'analyse détaillée par unité que ces notions, bien que communes, sont exprimées de façon plus prononcées sur certaines des unités d'admission.

Des spécificités en fonction des unités d'admission

L'Unité Anxio-Dépressifs

UAD (Unité Anxio- Dépressifs)	Complètement	globalement	partiellement	pas du tout
Question 1	5	11	7	0
Question 2	4	10	9	0
Question 3	7	9	5	1
Question 4	4	11	8	1
Question 5	22	0	0	0
Total	42	41	29	2



Cette unité d'admission présente plusieurs particularités :

- Elle ne dépend pas du pôle admission (qui regroupe les quatre autres unités concernées par cette enquête).
- Elle a accueillie le plus grand nombre des adolescents suivis conjointement par la plateforme ados.
- Cette unité est très proche géographiquement de la Plateforme ados car l'une est au rez-de-chaussée tandis que l'autre est à l'étage supérieur.
- Deux réunions ont été organisées avec l'équipe de la plateforme ados pour cette synthèse annuelle. (Ce qui explique un plus grand nombre de questionnaires remplis).

De façon assez homogène, cette unité connaît le projet, est satisfaite du dispositif et de la communication avec l'équipe de la plateforme ados et exprime que ce dispositif améliore la prise en charge des adolescents qui sont accueillis à l'UAD.

Il est possible d'interpréter ces réponses positives au regard d'une relation de collaboration particulièrement soutenue entre cette unité et la plateforme ados due au nombre important d'adolescents suivis en commun durant l'année 2013 (70% de la file active de la plateforme).

Pour la question 5, les réponses sont unanimes (moins une voix non exprimée) en faveur de l'ouverture d'une unité spécifiquement dédiée aux adolescents. Toutefois plusieurs professionnels de cette unité ont souhaité apporter un commentaire quant à la localisation de cette création (pour au moins cinq d'entre eux) : « *Pas à Tulipier Pourpre (UAD)* », « *Pas chez nous* ».

Ces réponses nous enseignent qu'un travail commun entre équipes (plateforme – UAD), même s'il est évalué comme globalement positif, ne peut remplacer un lieu d'hospitalisation pour les adolescents distinct de celui des adultes.

La question 6 a suscité de nombreux commentaires qui se centrent sur trois notions :

Communication, Collaboration, Transmissions.

(Verbatim des opinions exprimées)

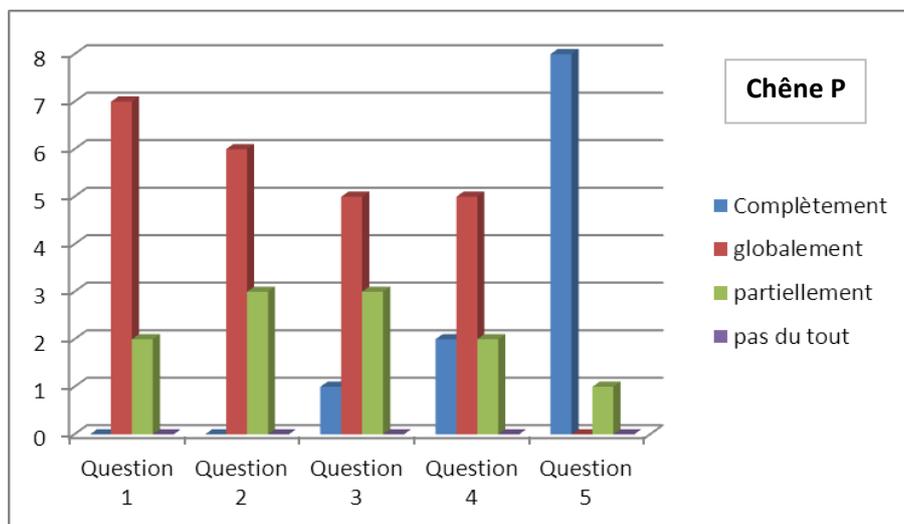
« *Réunions de synthèse* », « *Transmissions et communication* »
« *Collaboration avec les médecins* », « *Collaboration entre médecins* »
« *Collaboration au niveau médical* », « *Identification du pilotage médical* »
« *Communication entre médecins* », « *Synthèse sur le patient* »
« *Communication inter équipes* », « *Définition plus précise des axes à travailler et du projet* »
« *Communication entre médecins des deux unités* »

Un partage plus fréquent, de prise en charge commune d'adolescents en difficulté, avec cette unité d'admission doit nous engager à accentuer nos efforts à parfaire un véritable travail en commun.

Il paraît donc important de pouvoir poursuivre notre collaboration avec cette équipe en améliorant la communication inter-équipes à tous les niveaux professionnels.

L'Unité Chêne Pourpre

Chêne Pourpre	Complètement	globalement	partiellement	pas du tout
Question 1	0	7	2	0
Question 2	0	6	3	0
Question 3	1	5	3	0
Question 4	2	5	2	0
Question 5	8	0	1	0
Total	11	23	11	0



L'évaluation de ce questionnaire repose sur les 9 personnes présentes lors de la réunion de synthèse entre les deux équipes.

De façon assez générale, l'équipe de l'unité Chêne Pourpre connaît le dispositif de la plateforme ados, est relativement satisfaite de celui-ci et apprécie la communication entre équipes.

De plus, si cette équipe soignante, de l'unité Chêne Pourpre, évalue assez positivement l'apport de la plateforme ados dans la PEC des adolescents suivis conjointement, elle plébiscite fortement l'ouverture d'une unité d'hospitalisation dédiée aux adolescents.

Enfin, les professionnels de cette unité nous proposent des pistes de travail :

« Une ouverture d'un service de nuit » (deux fois citée)

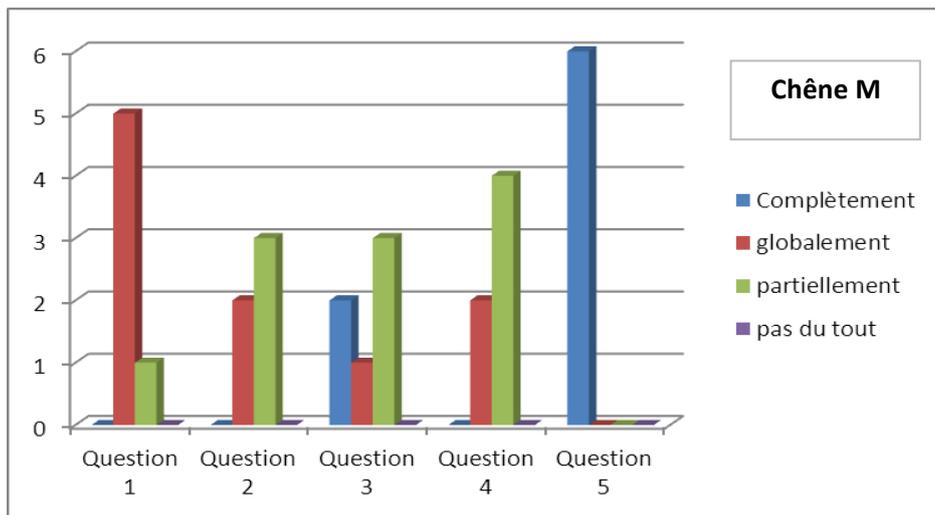
« Améliorer la communication avec l'équipe soignante avec plus d'échanges sur la PEC de l'adolescent, son comportement, son évolution à la plateforme »

« La participation commune à la vie quotidienne du patient et à son projet futur », « Une meilleure coordination »

« Améliorer la collaboration dans l'élaboration des projets de soins individualisés ».

L'Unité Chêne Miel

Chêne Miel	Complètement	globalement	partiellement	pas du tout
Question 1	0	5	1	0
Question 2	0	2	3	0
Question 3	2	1	3	0
Question 4	0	2	4	0
Question 5	6	0	0	0
Total	8	10	11	0



On notera que pour cette équipe, l'évaluation ne repose que sur un petit nombre de questionnaires (6 remplis). Il convient donc de prendre les commentaires qui en découlent avec prudence.

Si les membres de l'équipe de Chêne Miel ayant répondu au questionnaire nous disent connaître globalement le dispositif de la plateforme ados, ils nous alertent sur leur degré de satisfaction vis-à-vis de notre collaboration. En effet, ils évaluent que leur satisfaction est plutôt partielle, qu'ils sont moyennement satisfaits de la communication inter-équipes et que le dispositif de la plateforme ados n'améliore que partiellement la PEC des adolescents accueillis dans leur unité.

Aussi ils répondent favorablement et de façon unanime à l'ouverture au NHN d'une unité d'hospitalisation dédiée aux adolescents.

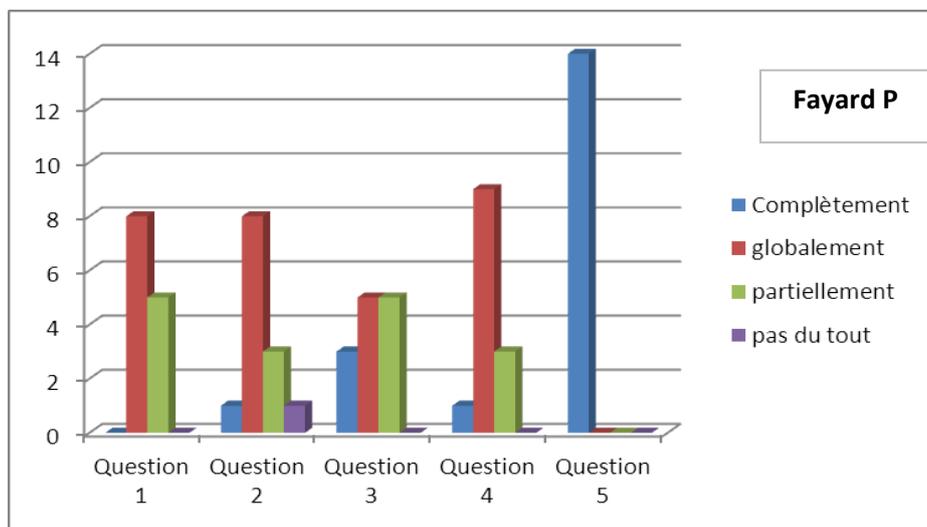
Enfin, les personnes présentes nous donnent peu de pistes pour améliorer le travail en commun :

« Améliorer les échanges entre équipes »

« Améliorer la communication inter-professionnelle ».

L'Unité Fayard Pourpre

Fayard Pourpre	Complètement	globalement	partiellement	pas du tout
Question 1	0	8	5	0
Question 2	1	8	3	1
Question 3	3	5	5	0
Question 4	1	9	3	0
Question 5	14	0	0	0
Total	19	30	16	1



14 questionnaires ont été remplis par les professionnels de cette unité. Cela semble pouvoir être évalué comme représentatif de l'opinion de cette équipe.

L'équipe de Fayard Pourpre est globalement satisfaite du dispositif de la plateforme ados et dit avoir une assez bonne connaissance du fonctionnement de celui-ci.

Par contre les avis sont partagés à propos de la communication entre équipes (unité – plateforme). Ceci doit nous engager à poursuivre nos efforts sur ce point particulier.

D'autant que cette équipe évalue que notre action, conjointement à la leur, améliore la PEC des adolescents accueillis au NHN.

Par ailleurs, cette équipe semble convaincue que l'ouverture d'une unité d'hospitalisation dédiée aux adolescents viendrait compléter avec pertinence le dispositif actuel.

Enfin, cette équipe nous donne deux axes d'amélioration de notre travail commun :

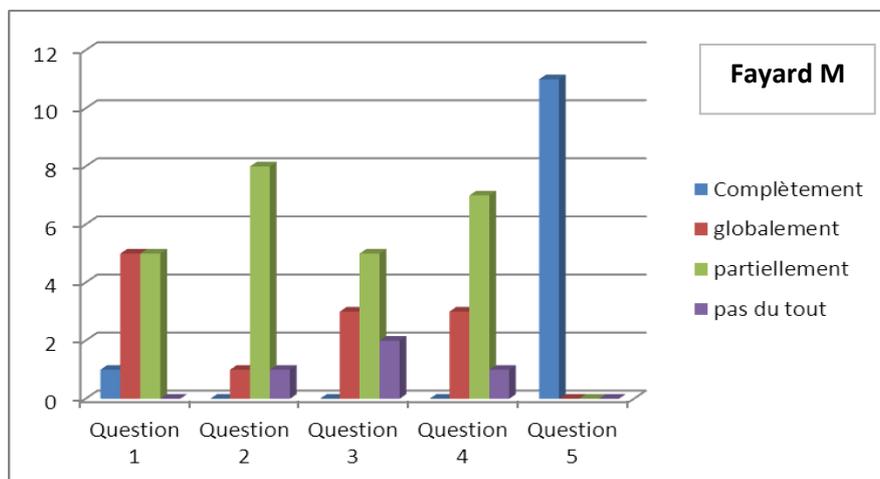
Coordination, collaboration

« Améliorer la communication: temps d'échanges formalisés »

« Améliorer la collaboration pour une meilleure PEC des adolescents »

L'Unité Fayard Miel

Fayard Miel	Complètement	globalement	partiellement	pas du tout
Question 1	1	5	5	0
Question 2	0	1	8	1
Question 3	0	3	5	2
Question 4	0	3	7	1
Question 5	11	0	0	0
Total	12	12	25	4



Pour cette unité, 12 questionnaires ont été remplis. Cela peut permettre de penser que les résultats obtenus reflètent probablement l'opinion de l'ensemble de l'équipe soignante.

L'équipe de Fayard Miel est donc partagée concernant la connaissance du fonctionnement de la plateforme ados.

Par contre, elle n'est que très partiellement satisfaite de ce dispositif et nous indique que la communication inter-équipes (unité d'admission – plateforme) reste à travailler.

Il est donc peu surprenant que l'équipe de Fayard Miel n'évalue que médiocrement l'apport de notre dispositif dans la PEC des adolescents accueillis dans leur unité.

Dès lors, l'expression unanime en faveur de l'ouverture d'une unité d'admission dédiée aux adolescents peut signifier que cette équipe évalue comme prioritaire un autre type de réponse institutionnelle pour l'accueil des adolescents au NHN.

Enfin, les professionnels de cette équipe nous indiquent les aspects qu'ils souhaitent voir développer : La communication (citée six fois)

« Travailler davantage aux alternatives à l'hospitalisation en milieu adulte »

« L'adéquation entre la demande et l'offre et entre les besoins et l'offre »

« L'amélioration de la communication et des échanges avec l'équipe ».

Conclusion :

En premier lieu, il convient de rappeler que le dispositif de la plateforme pour adolescents est très récent dans le « paysage » institutionnel. Pourtant, après un an de fonctionnement, cette nouvelle unité a déjà pu montrer qu'un travail d'appui et d'évaluation pour les adolescents accueillis au NHN améliorerait la PEC de ceux-ci.

Il est également important de rappeler que cette unité du Pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est précurseur d'un travail de suivi conjoint de patients avec un autre Pôle de psychiatrie générale. Dès lors il convient d'être indulgent dans la mise en place de cette unité ainsi que pour son fonctionnement qui a nécessité et nécessite encore des ajustements avec nos collègues des unités d'admission.

De plus, il faut souligner que ce dispositif repose sur des moyens humains modestes. En effet ce sont deux postes infirmiers associés à deux postes d'éducateurs spécialisés qui composent l'équipe de la plateforme pour adolescents. Un mi-temps de psychiatre (réparti sur trois médecins) vient compléter ces moyens. Dans ces conditions, on peut aisément comprendre que parfois, faute de moyens suffisants, les professionnels de cette unité soient limités dans leurs actions de soins.

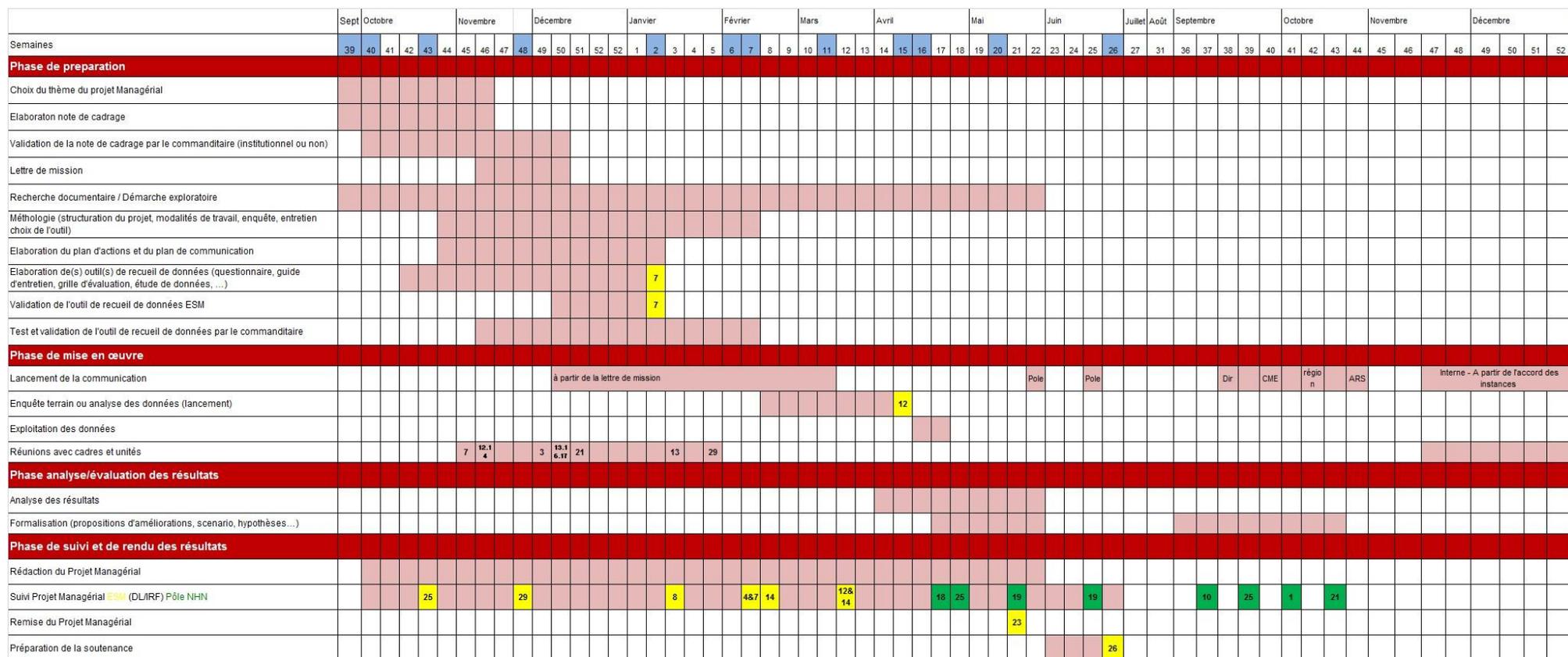
Néanmoins, l'analyse de cette enquête doit nous engager à poursuivre la recherche d'une meilleure collaboration avec les unités d'admission qui accueillent les adolescents au NHN. Ce travail passe par la mise en place d'une communication plus adaptée. C'est ce que nous avons pu faire émerger des réunions qui ont eu lieu, avec les propositions évoquées plus haut (page 4).

D'autre part, il paraît nécessaire d'explicitier davantage le fonctionnement de notre dispositif. Une meilleure compréhension du fonctionnement de chacun (unité d'admission-plateforme ados) devrait permettre de lever une partie des malentendus toujours préjudiciables à une PEC commune d'adolescents. Nous proposons également sur ce point de préciser peu à peu des « règles claires » (page 5) qui pouvaient parfois faire défaut dans une articulation entre partenaires de soins.

Enfin, il nous faut convaincre que notre travail ne remplace pas une unité dédiée à l'hospitalisation des adolescents de l'EURE mais s'inscrit en complément d'un dispositif ambulatoire de réponse de soins aux adolescents que le Pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent a su développer depuis 2005. (CATTP ados, Maison des adolescents, hôpital de jour départemental ados, équipe mobile ados).

En conclusion, il convient de remercier l'équipe de la plateforme ados pour son investissement dans cette « aventure ». Egalement, féliciter chacun des professionnels (unités d'admission-plateforme) pour leur travail au quotidien afin d'ajuster leur pratique à une PEC « à deux » en faveur des adolescents accueillis dans les unités de psychiatrie générale. Enfin merci à tous ceux qui ont accepté de nous aider au travers de ces réunions.

Annexe 11 : Diagramme de GANT – Planification du projet managérial



Annexe 12 : Un exemple de fiche de poste IDE

Positionnement hiérarchique	
Amont :	Cadre de santé, cadre paramédical de pôle, directeur des soins.
Aval :	Aide-soignant (e)
Relations fonctionnelles	
Internes à l'Unité et au Pôle:	Chef de pôle et équipe médicale, Equipes pluridisciplinaires des structures de soins du Pôle Equipe pluridisciplinaire de la MDA
Internes au NHN :	Equipe de Direction Services logistiques de l'établissement, Equipes pluridisciplinaires des structures de soins des autres Pôles
Externes au NHN :	Aide sociale à l'enfance Partenaires sociaux et médico-sociaux

DESCRIPTION DU POSTE :

Description de la fonction	
Fonctions	Activités
Accueil des patients	<ul style="list-style-type: none"> -Réalisation de l'entretien infirmier d'accueil. -Présentation de l'unité de soins et des règles de fonctionnement. -Mise en place de la procédure d'accueil (Inventaire, mise en pyjama, récupération des effets personnels...) -Participation aux entretiens médicaux (psychiatrique et somatiques) -Réalisation de l'ECG et de la prise des paramètres vitaux. -Evaluation des risques de décompensation (psychiatrique et/ ou somatique). -Evaluation des risques de passage à l'acte (hétéro et/ou auto-agressifs). -Transmissions infirmières. -Recueil et transmissions dans le dossier des informations et des actions effectuées. -Surveillance de la bonne prise médicamenteuse et des effets secondaires de ceux-ci.

<p>Prise en charge individualisée</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Réalisation d'entretiens infirmiers de suivi. -Participation aux entretiens médicaux, sociaux... -Accompagnement et participation aux réunions avec la MDPH -Réalisation des soins techniques. -Gestion du patient en crise. -Application et suivi de la mise en œuvre des mesures spécifiques de l'unité -Surveillance accrue du risque de sorties sans autorisation. -Application des protocoles de mise en chambre d'isolement dans les respects des règles de bonnes pratiques. -Réalisation de la surveillance et de la traçabilité des soins spécifiques (chambre d'isolement). -Accompagnements aux rendez-vous extérieurs (consultations, audiences...). -Mise en place d'activités thérapeutiques et de médiation.
<p>Accueil des familles et des visites</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Disponibilité et information donnée aux familles dans le respect du secret professionnel.
<p>Préparation à la sortie ou au retour dans une unité de soins classique</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Participation aux réunions préparatoires de sortie et/ou de retour dans l'établissement d'origine en collaboration avec les équipes pluridisciplinaires, -Accompagnement en sorties extérieurs dans le contexte d'activités thérapeutiques afin d'évaluer le comportement en dehors de l'institution, -Travail en réseau avec les partenaires classiques (éducation nationale, services sociaux, protection de l'enfance,...).

QUALITES REQUISES POUR LE POSTE :

<p align="center">Compétences requises</p>	
<p>Savoirs</p> <p>Savoir-faire</p>	<p><u>Particularités du poste et compétences requises et/ou a développer :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Connaitre les pathologies mentales liés à l'adolescence. Avoir des capacités organisationnelles et relationnelles. Avoir une expérience professionnelle en psychiatrie adulte ou adolescent. Maîtriser la juste distance thérapeutique.

Savoir-être	<p>Sens du travail en équipe.</p> <p>Esprit d'initiative.</p> <p>Capacité à faire respecter des règles de fonctionnement définies en équipe pluri professionnelle,</p> <p>Respect du secret médical et professionnel.</p> <p>Maitrise de soi.</p> <p>Capacités d'écoute et d'observation.</p> <p>Aptitude à l'empathie.</p> <p>Capacité à désamorcer l'agressivité par le dialogue.</p>
	<p><u>Particularités du poste :</u></p> <p>La spécificité de l'unité et de la population prise en charge demande une connaissance de la gestion des états aigus et des crises d'agitation.</p>

Formations souhaitables ou à prévoir :	<p><u>Formations diverses obligatoires:</u></p> <p>Incendie, AFGSU niveau 2.</p> <p>DAPP : Dispositif d'accompagnement à la professionnalisation en psychiatrie</p> <p><u>Formations conseillées :</u></p> <p>Psychopathologie de l'adolescence, prise en charge des adolescents.</p> <p>Violence et agressivité. Gestion du stress.</p> <p>Bienveillance maltraitance l'affaire de tous.</p> <p>Entretien d'accueil, entretien d'aide.</p> <p>Liste non exhaustive...</p>
---	--

Remplacements	
Remplaçant de l'agent :	IDE ou ISP.
Poste remplacé par l'agent :	IDE ou ISP.

N.B : La mise en page de la fiche de poste a été modifiée pour pouvoir être intégrée aux annexes du projet managérial.

Pour ne pas surcharger les annexes j'ai fait le choix de ne mettre qu'une des 3 fiches de postes. Celles de l'AS et de l'ASHQ sont déclinées selon la même structure et les mêmes items. Seule la partie de droite est adaptée à chaque fonction.



42 Bd Jourdan 75014 PARIS – Tel 01.56.61.68.60 Fax 01.56.61.68.59

**Diplôme de Master Management des Organisations Soignantes
MTMOS@2013-2014**

TITRE DU MEMOIRE

Hospitaliser un adolescent en psychiatrie dans le département de l'Eure ...

AUTEUR

Antoine HOUEL

MOTS-CLES

Hôpital psychiatrique, organisation de l'offre de soin, unité pour adolescents, soin, pédopsychiatrie, Département de l'Eure, région Haute-Normandie

KEYWORDS

Psychiatric hospital, organisation of the offering care, adolescent unit, care, psychiatric adolescent hospitalization, Eure department, upper Normandy region

RESUME

Le recours à une hospitalisation en psychiatrie pour les adolescents de la région Haute-Normandie est un problème. De plus, il est encore plus aigu dans le département de l'Eure. En effet faute de places régionales, ceux-ci sont accueillis dans des unités de psychiatrie pour adultes. Après avoir analysé trois rapports de MNASM (2005, 2010, 2012) qui traitent de cette question et répondu aux différentes critiques exprimées, ce projet managérial propose une démarche qui permettrait d'ouvrir une unité régionale d'hospitalisation en psychiatrie, dédiée aux adolescents, dans le département de l'Eure.

ABSTRACT

The resort to a psychiatric hospitalization for the adolescents of the upper Normandy region is a problem. And this problem is even deeper in the Eure department. Indeed, because of a lack of places in the region, the adolescents are hospitalized in adult units. After analyzing three French reports (2005, 2010, 2012) which deal with this problem and after answering the different critics, this management project aims to offer a process to open a local psychiatric hospitalization unit for the adolescents in upper Normandy region.