



UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2018

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Retour d'expérience du dispositif EO#ADO visant l'amélioration de  
l'accès aux soins des adolescents**

Présentée et soutenue publiquement le 25 Mai 2018 à 16h00

Au Pôle Formation en salle n°2

**Par Caroline BLOND**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA**

**Monsieur le Professeur Renaud JARDRI**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur Laurent DEFROMONT**

**Co-Directrice de thèse :**

**Madame le Docteur Marlene VILAPLANA**

## AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.



<b>Sommaire.....</b>	<b>p 4</b>
<b>Résumé.....</b>	<b>p 7</b>
<b>I : Introduction.....</b>	<b>p 9</b>
<b>II: Généralités sur l'accès aux soins des adolescents et leur parcours de soin.....</b>	<b>p 12</b>
<b>1) Tour d'horizon du maillage partenarial.....</b>	<b>p 12</b>
a- Les intervenants du milieu scolaire.....	p 13
b- L'entourage proche.....	p 15
c- Le médecin de famille .....	p 16
d- Les travailleurs sociaux .....	p 17
e- Dispositifs visant à mettre les adolescents en contact avec le soin psychique.....	p 20
<b>2) Réflexion sur les obstacles d'accès aux soins de 12 à 21.....</b>	<b>p 23</b>
a- La représentation de la maladie mentale à l'origine d'une stigmatisation entravant l'accès aux soins de santé mentale.....	p 24
b- Lecture des aspects pathologiques dans le comportement d'un adolescent.....	p 26
c- L'offre de soins psychiatriques sur le territoire.....	p 27
<b>3) Réflexion sur la pérennité des soins en place.....</b>	<b>p 29</b>
a- Développement d'un format de soins adapté au public adolescent.....	p 29
b- Association des soins au parcours scolaire.....	p 30
c- Démarche de non stigmatisation des soins psychiques.....	p 31
d- Facilitation des relais de la psychiatrie infanto-juvénile vers les services de psychiatrie adulte.....	p 32

### **III: Etat des lieux démographique sur le territoire du dispositif**

**EO#ADO ..... p34**

**1) Secteur de soins et population sur le secteur géographique des villes de Mons-en-Barœul, Hellemmes, Lezenne, Lesquin, Ronchin, Faches-Thumesnil (59G21 et 59I06).....p 34**

**2) Taux de recours aux soins de santé mentale sur le territoire selon l'âge .....p 37**

**3) Population adolescente bénéficiant de soins psychiques sur le territoire.....p 39**

**IV : Présentation du projet EO#ADO .....p 44**

**1) Origine historique.....p 46**

**2) Illustration du fonctionnement du projet par un cas clinique.....p 48**

**3) Considération éthique et déontologique..... p 51**

**V : Principaux partenaires de EO#ADO.....p 54**

**1) EPSM Lille Métropole.....p 55**

**2) EPSM de l'Agglomération Lilloise.....p 55**

**3) Unités Territoriales de Prévention et d'Action Sociale.....p 55**

**VI : Modalités de l'évaluation clinique des adolescents.....p 57**

**1) Outils d'évaluation psychique des jeunes.....p 57**

**2) Professionnels habilités à réaliser cette évaluation.....p 58**

**VII : Déroulement chronologique du dispositif.....p 59**

**VIII :Formation et partages de compétences entre partenaires de EO#ADO.....p 63**

<b>IX : Matériel et Méthode de recueil des données .....</b>	<b>p 64</b>
<b>X : Résultats .....</b>	<b>p 67</b>
<b>1) Identification et satisfaction des partenaires .....</b>	<b>p 67</b>
<b>2) Caractéristiques sociodémographiques et devenir des jeunes.....</b>	<b>p 74</b>
<b>XI: Discussion.....</b>	<b>p 82</b>
<b>XII: Conclusion.....</b>	<b>p 87</b>
<b>XIII : Bibliographie.....</b>	<b>p 89</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>p 95</b>
Annexe 1 : recommandations d'intervention précoce selon Yung et McGorri.....	p 95

## Résumé

L'adolescence est une période pendant laquelle pourront émerger des difficultés psychiques qui risquent de limiter l'accès aux soins, alors même que c'est pendant cette période que peuvent émerger des signes d'entrée dans la pathologie psychiatrique. Leur repérage permet la mise en place d'un accompagnement précoce et une amélioration du pronostic. Cependant, les études de terrain nous indiquent que les adolescents recourent peu au soin. Sur les communes de Ronchin, Faches-Thumesnil, Hellemmes, Lezennes, Lesquin et Mons-en-Barœul, l'accès aux soins pour les 12-21 ans est de 3.3% contre 5,8% chez les adultes âgés de 30 à 50 ans. Le dispositif EO#ADO, dispositif d'Evaluation et d'Orientation des Adolescents, se donne pour objectif d'améliorer l'accès aux soins des jeunes par une collaboration partenariale accrue sur le territoire.

La diffusion par mail d'un questionnaire de satisfaction anonymisé aux professionnels ayant sollicité EO#ADO au cours de sa première année de fonctionnement a permis une quantification de l'activité de EO#ADO, une meilleure identification des adresseurs et l'évaluation de leur degré de satisfaction du dispositif, ainsi qu'une caractérisation de la population cible du dispositif. Ces données concernaient les demandes faites de EO#ADO d'octobre 2016 à octobre 2017.

Douze sollicitations, concernant onze jeunes ont été recensées. Parmi les jeunes concernés, huit étaient déscolarisés et autant avaient des antécédents psychiatriques.

Parmi eux, huit bénéficiaient d'un suivi social et sept d'une mesure judiciaire au moment du recueil des informations.

Suite à la mobilisation d'EO#ADO, six adolescents ont été adressés vers la psychiatrie adulte pour évaluation psychiatrique, trois ont été orientés vers des soins psychiques autres et un n'a pas été orienté vers le soin. Concernant les adresseurs, tous font partie d'institutions déjà partenaires du service de psychiatrie. Le fonctionnement et les objectifs d'EO#ADO ont été clairs pour eux, et 85,7% ont été satisfaits de la réponse fournie.

Ce dispositif expérimental est voué à évoluer pour s'améliorer grâce à des séances de travail et de retours sur expériences prévus avec les partenaires actifs. Afin d'étendre l'action de repérage précoce, un renforcement des liens avec l'Education nationale est au travail, ainsi qu'une formation des médecins généralistes à la santé mentale des adolescents et à l'utilisation du dispositif.



## I : Introduction

L'adolescence est la période charnière dans la construction de l'individu et l'aménagement de la structure psychique du futur adulte (1) . Dès 1986, Jeammet, F. Rouillon ou A. Esman s'accordent pour identifier cette période comme un moment privilégié de précipitation des troubles psychotiques et de l'humeur (2) (3) (4).

Esman nous indique que les troubles psychiques sont fréquemment rencontrés chez les adolescents (2), ce que confirme au niveau mondial le WMHI (World Mental Health Institute) (5) . Ils constituent la première cause de maladie et de handicap chez les 10-19 ans, et le suicide est la troisième cause de décès chez les 15-24 ans (6) (7), ces deux tranches d'âge étant incluses dans la population adolescente qui n'est pas actuellement définie par une limite d'âge consensuelle dans la littérature.

En 2014, l'OMS dans son Observatoire de la santé mondiale (8) admet que la moitié des personnes développant des troubles mentaux présentent les premiers symptômes avant l'âge de 14 ans, voire même 11,75 ans d'après Lewinsohn et Klein (9).

L'apparition d'un trouble psychique chez un individu fait souvent suite à un événement de vie (10) (11) (12) . Parfois certains troubles peuvent nécessiter un accompagnement, ou un traitement psychothérapeutique ou pharmacologique (13) afin de limiter le risque d'évolution vers avéré. La transition d'un état de fragilité psychique vers une pathologie psychiatrique installée est marquée par l'apparition très progressive, en quelques mois à quelques années, de plusieurs symptômes intercurrents et peu spécifiques comme l'anxiété, le stress, la timidité. Cette période

« pré-symptomatique », ou prodromique, succède à la phase pré-morbide où les signes sont encore plus ténus, d'une intensité moindre et difficiles à identifier comme indicateurs d'une fragilité psychique (14). Ces signes seront considérés a posteriori comme des signes annonciateurs du début du trouble. D'après M. O. Krebs, cette phase est encore insuffisamment connue dans sa dimension de bascule entre le «normal» et le «pathologique», pourtant il est prouvé qu'une intervention même ponctuelle lors de cette transition améliore le pronostic du trouble (15). Dès lors, un repérage précoce déterminerait «a priori» les symptômes à identifier, dans le but de proposer une intervention ou un traitement en amont du trouble grave, et ainsi prévenir le risque de basculer vers le versant « pathologique ». Ce mode d'intervention précoce aurait l'avantage de préserver le fonctionnement social de l'individu (15).

EO#ADO, dispositif d'Evaluation et d'Orientation de l'adolescent, a vu le jour dans l'idée de constituer un réseau multidisciplinaire d'acteurs évoluant sur le terrain au contact des jeunes, compétents pour identifier les signaux précoces de la pathologie psychique et en lien avec les partenaires capables d'orienter le jeune vers l'interlocuteur approprié. L'objectif est de repérer les adolescents qui amorceraient une phase d'entrée dans un processus pathologique, afin de favoriser l'accès aux soins pour les adolescents. Cette démarche permettrait de les accompagner précocement en améliorant le contact avec le milieu médical, actuellement insuffisant, pour les jeunes qui le nécessitent mais ne le sollicitent pas spontanément (16), et d'améliorer la continuité d'un parcours de soins.

Au fil de ce travail nous reviendrons sur quelques généralités concernant l'accès aux soins de santé mentale chez les adolescents. Nous proposerons un état des lieux démographique sur le territoire concerné par EO#ADO. Nous présenterons ensuite le

projet EO#ADO, ses principaux partenaires, ses modalités de fonctionnement et les formations et partage de compétences que le caractérisent.

L'objectif de ce travail a été d'évaluer le niveau de satisfaction du dispositif à un an, de mieux identifier les professionnels adressant les jeunes et de caractériser la population ayant bénéficié de EO#ADO.

Ainsi, nous présenterons la méthode employée pour recueillir les données, puis les différents résultats de l'évaluation, avant de discuter des points forts et des limites de ce projet, puis de conclure sur les perspectives possibles et les axes d'amélioration.

## **II : Généralités sur l'accès aux soins des adolescents et leur parcours de soins**

### **1) Tour d'horizon du maillage partenarial en place**

L'adolescent peut recourir spontanément aux soins, mais ce n'est pas la situation la plus communément observée, toutes disciplines confondues, en ambulatoire, ou concernant les soins d'urgence. Le recours en urgence aux soins psychiatriques répond le plus souvent à une inquiétude de l'entourage du jeune qui aura été interpellé par une répétition de conduites traduisant une souffrance psychique chez le jeune (17). Ces conduites sont le plus souvent indissociables des événements survenus dans l'environnement de vie du jeune.

L'entourage du jeune regroupe plusieurs catégories de personnes parmi lesquelles on peut identifier selon les situations : la famille, l'environnement scolaire, le médecin de famille, les travailleurs sociaux. C'est entre ces interlocuteurs que la collaboration doit s'instaurer. L'objectif est de créer un maillage autour du jeune, lui offrant une continuité dans l'accompagnement vers le « bon interlocuteur », défini comme celui qui sera le plus à même de répondre à sa difficulté (18). Le premier contact en santé mentale est d'une importance cruciale car sa qualité déterminera l'adhésion future aux soins qui est un enjeu majeur dans l'établissement d'une alliance à un parcours de soins (19).

## **a- Les intervenants du milieu scolaire**

Nous désignons sous le terme d'intervenant en milieu scolaire les Infirmières Diplômées d'État (IDE), les médecins de l'Education Nationale (MEN), psychologues scolaires, psychologues conseillers d'éducation, assistante sociale, enseignants, les conseillers principaux d'éducation (CPE), ou toute personne salariée de l'Education nationale, susceptible dans l'exercice de ses fonctions auprès des jeunes de repérer des difficultés ou des éléments d'inquiétude. Ils mènent un travail de veille au sein des établissements scolaires.

Le bon déroulement des années collège et lycée est garant d'une poursuite du parcours social permettant une insertion dans le monde adulte. D'ailleurs les échéances scolaires comme l'obtention du brevet et du baccalauréat sont des marqueurs de développement. Cependant ce dernier peut être entravé par des difficultés individuelles. F.Baudier, dans son travail sur la santé mentale des jeunes, identifie que dans un contexte de difficulté individuelle, en milieu scolaire, le premier motif de plainte d'ordre psychique est la problématique suicidaire, dans près de la moitié des cas. Viennent ensuite la "mauvaise adaptation au milieu scolaire", c'est à dire l'absentéisme, l'échec scolaire, la phobie, l'exclusion, dans 33% des cas , puis la violence (agie ou subie), la sexualité, les addictions, l'anorexie et les problèmes familiaux majeurs (20).

L'interlocuteur privilégié est choisi par le jeune selon ses qualités d'écoute, de disponibilité et de confiance. Il s'agit le plus souvent le l'IDE scolaire mais cela peut varier selon le type d'établissement. On constate que dans les établissements généraux, le Conseiller d'Éducation et la famille sont les plus fréquemment sollicités,

alors que ce sont les Assistantes Sociales dans les collèges professionnels et surveillants dans les lycées professionnels (21).

Les MEN de l'académie lilloise en 2012/2013 ont réalisé 22 880 évaluations. Cela a permis de dépister un trouble psychopathologique chez 833 élèves, soit 3,6% (22) (23). Parmi les bilans réalisés au cours de l'année de 6eme 1821 l'étaient pour des troubles du comportement et 258 pour conduites à risque (24). Ces bilans ne peuvent en tout état de cause dépister que les jeunes qui sont scolarisés.

Le médecin scolaire est au carrefour des intervenants auprès du jeune : il peut être sollicité pour un problème physique ou psychique, par le jeune ou par autrui, il collabore avec les IDE d'établissement scolaire, avec les professeurs, et est en liaison avec les assistantes sociales scolaires et des conseillers d'orientation-psychologues. Il est également en contact avec le chef d'établissement et le CPE (25). Un guide de repérage destiné aux enseignants, IDE et assistantes sociales est déjà disponible, il doit permettre de mobiliser au mieux les ressources institutionnelles (20) (26).

L'IDE scolaire reconnaît des signes d'appel en fonction desquels elle oriente 13% des jeunes vers le médecin scolaire, 27% vers le médecin généraliste, 8% vers un spécialiste en santé mentale, 7% vers l'assistante sociale et 2% vers un service hospitalier (20).

L'encadrement en milieu scolaire a une posture particulière à adopter. En effet, il possède un pouvoir d'action sur le jeune et sur son parcours scolaire qui peut être aménagé de façon à favoriser l'inclusion du jeune. L'encadrement scolaire peut collaborer avec l'environnement familial grâce à la possibilité de rencontrer les parents. Il peut également favoriser en milieu scolaire des actions collectives d'information ou de prévention. C'est pourquoi la médecine en milieu scolaire peut et

doit prendre une place dans le réseau partenarial à constituer autour des jeunes à risque.

## **b- L'entourage proche**

L'entourage proche du jeune, par exemple les parents, le cercle familial ou amical, est le plus souvent en capacité d'identifier un changement (rupture avec un état antérieur) même ténu chez le jeune en matière de comportement ou d'humeur et à même de le juger suffisamment inquiétant pour le conduire vers un CMP (Centre Médico Psychologique) (17).

Les motifs d'inquiétude de l'entourage sont le plus souvent des propos suicidaires, un repli sur soi, un arrêt de la scolarité, des troubles du comportement avec mises en danger, des consommations de toxiques. Ils devaient être l'occasion d'une rencontre avec le jeune au sein de son environnement (27).

Dans le contexte du système de soins actuel, il est exceptionnel que l'adolescent rencontre un professionnel de santé s'il n'est pas porteur lui-même de la demande. Dans le même temps, il est difficile pour les parents de jeunes atteints de troubles psychiques de trouver une réponse adéquate aux difficultés psychologiques de leur adolescent (28). Le risque est alors une évolution du trouble jusqu'à la crise explosive qui conduira cette fois l'adolescent aux urgences où il pourra la plupart du temps bénéficier d'une rencontre d'évaluation et d'orientation avec un psychiatre.

Les parents restent donc le plus souvent au premier rang de l'apparition d'un changement de comportement chez "leur ado", et sont les plus à même de signaler leur inquiétude. Cependant leur vigilance peut être altérée par la proximité affective,

par la permanence du contact, par leur sensibilité et leur connaissance quant aux troubles de santé mentale. D'où, ici encore, l'intérêt d'un travail en réseau : par exemple avec le médecin traitant qui peut se faire collaborateur en portant ou soutenant la demande de soin de parents au CMP par exemple.

### **c- Le médecin de famille**

Un problème somatique est l'opportunité d'une prise de contact du jeune avec un professionnel de santé. Les médecins généralistes sont de ce fait les professionnels les plus souvent consultés par les adolescents (29). Mais le format de la consultation (brève et centrée sur un symptôme somatique unique le plus souvent) n'est pas toujours le mieux adapté à la verbalisation par l'adolescent de ses difficultés morales.

D'après l'OMS, les médecins généralistes sont fréquemment exposés aux maladies mentales, celles-ci étant au deuxième rang par ordre de fréquence en médecine générale (30). Pourtant, ils sont peu formés au repérage des signaux d'alerte chez l'adolescent, ce qui reste une problématique pour la prise en charge précoce. Ils disposent cependant de questionnaires standardisés permettant d'aborder les « points sensibles » avec les jeunes. En période de crise, les adolescents recherchent: « le temps, la patience, la permanence, l'information, la liaison avec les autres soignants et la prévention » (31), or cette disponibilité peut faire défaut dans la pratique quotidienne des médecins traitants. Cependant les modalités d'organisation de consultation sont très hétérogènes selon les médecins généralistes.

La consultation du médecin généraliste peut être un lieu d'expression d'une problématique, et donner lieu à un échange. Selon l'aisance du médecin, certains troubles psychiques seront accompagnés en médecine générale, ou orientés vers une



consultation spécialisée. Cependant, les médecins généralistes ne semblent pas toujours connaître suffisamment le réseau de soins de santé mentale pour l'utiliser au mieux. Il apparaît également qu'ils soient désireux d'une meilleure coordination entre soins somatiques et soins psychiques. La plupart des médecins expriment le fait que les patients ne sont pas en mesure de leur restituer la prise en charge dont ils bénéficient. Certains évoquent même une confusion dans l'identité des intervenants rencontrés (32).

Une enquête réalisée en 2003 en Côte d'or révèle que 25% de la file active d'un médecin généraliste présent un trouble de santé mentale (33). Les médecins généralistes sont donc confrontés à des difficultés lors de l'orientation des patients qu'ils évaluent nécessité des soins psychiatriques. Pour 66% des médecins interrogés, il existe principalement un manque de communication des services de psychiatrie, pour 37% d'entre eux le système n'est pas adapté. L'organisation est considérée comme déficiente par 28% d'entre eux, et 20.26% trouvent le système peu efficace.

Afin de favoriser l'accès aux soins de santé mentale, 74% des généralistes souhaiteraient une première consultation avec un paramédical du CMP, pour pallier la surcharge de travail des psychiatres pouvant constituer un frein à la réactivité du CMP, et 54% souhaiteraient être mieux formés pour accueillir le public présentant des troubles de santé mentale (34) (35).

#### **d- Les travailleurs sociaux**

Parmi les travailleurs nous considérerons le rôle des assistantes sociales, des éducateurs de rue, de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et de la Prévention Judiciaire de la Jeunesse (PJJ).

Les assistantes sociales ont un rôle dans le repérage et le signalement des facteurs de risque apparaissant à l'adolescence lorsqu'elles contribuent à un réseau d'intervenants. Elles sont contactées dans le cadre scolaire ou non, par les adolescents ou par leurs proches, à raison de 1.700.000 sollicitations en 1995, soit 150% de plus qu'en 1993 (25).

Les signes d'alarme identifiés par les acteurs du champ médico-social sont principalement les idées noires, les conduites de toxicomanie, le trouble addictif, les conduites auto-agressives, les difficultés de contact avec les enseignants, les difficultés économiques de la famille ou des mauvais traitements sur le jeune ou encore la précarité d'un parent mettant le jeune en danger. Le trouble du sommeil, le trouble anxieux avec des conduites d'éviction (phobie scolaire), les troubles alimentaires, le repli sur soi et la bizarrerie du contact sont également perçus comme inquiétants (20).

Les éducateurs de rue peuvent être un lien crucial avec les jeunes déscolarisés ou en cours de désinsertion sociale.

Les jeunes posant les plus grandes difficultés aux services de l'ASE sont ceux qui présentent des troubles graves du comportement et des interactions sociales, ce sont ces mêmes jeunes qui souffrent le plus souvent sur le plan psychique (36). C'est à propos de ces jeunes que les services sociaux sollicitent un travail en réseau des différentes institutions impliquant la santé mentale et l'Education Nationale.

L'ASE prévoit que les psychologues du département rattachés à l'UTPAS (Unité Territoriale de Prévention et d'Action Soicale) évaluent les jeunes au début de chaque accompagnement afin de détecter les adolescents en danger et de pouvoir si besoin les orienter vers les partenaires territoriaux en santé mentale. On retrouve là le souci d'un repérage et d'une orientation précoces pour ces jeunes.

La Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) assure la prise en charge éducative des mineurs et des adultes jeunes qui font l'objet d'une décision de justice, dans le cadre de deux missions complémentaires que sont la prise en charge des jeunes délinquants et la protection des jeunes en danger.

En l'an 2000, cinquante-mille jeunes âgés de 13 à 21 ans étaient confiés à la PJJ. Les motifs de mise sous mandat judiciaire étaient soit des troubles majeurs du comportement des jeunes responsables d'une désinsertion sociale soit une mise en danger par des conduites de leur entourage.

Un travail en réseau avec les acteurs de la santé (médecins toutes spécialités confondues), psychologues et médecins scolaires est sollicité par la PJJ (37) (38).

L'incarcération du jeune est possible à partir de l'âge de 13 ans en France en établissement pénitentiaire pour mineur, et reste le plus souvent brève, d'une durée de quelques mois. Le temps d'une incarcération est un temps où le contact avec le soin peut être pris lors d'un moment privilégié de rencontre. Les jeunes rencontrés dans ce cadre présentent le plus souvent des carences éducatives et affectives ainsi qu'une immaturité affective et des troubles du comportement qui en résultent (39).

Il semble que chacun des partenaires cités soit en demande d'une plus grande collaboration avec le secteur de la santé mentale. L'objectif est de développer un lien plus fort entre partenaires permettant une continuité dans le contact et les interventions auprès du jeune montrant des signes de fragilité psychique.

#### **e- Dispositifs visant à mettre les adolescents en contact avec le soin psychique**

Les jeunes en difficulté ont la possibilité de rencontrer des personnes capables d'offrir une écoute et une orientation vers l'interlocuteur approprié à la nature de leur problématique via quelques dispositifs en place actuellement.

Des équipes de liaison : Elles doivent favoriser l'adhésion aux soins, la collaboration avec les équipes hospitalières d'autres spécialités et le repérage des personnes en difficulté psychique. Elles sont présentes dans la plupart des CHU de France. Elles permettent une rencontre et un temps d'évaluation avec le jeune et dès que possible avec sa famille. Une orientation vers le dispositif de soins psychiatriques le plus adapté est proposée si nécessaire au décours de l'hospitalisation, ou bien une consultation dite de post-urgence. La difficulté semble être l'articulation au moment du relais entre l'évaluation d'urgence et l'entrée dans le service de psychiatrie de secteur.

Le bilan réalisé en classe de CM2 (soit vers l'âge de 10 ans) : Il permettrait de prendre connaissance du lieu et mode de vie et de repérer les enfants à risque psychosocial et si nécessaire de proposer des entretiens, adaptés à la problématique repérée.

Les Lieux d'accueil des familles : ARPEJ (Aide à la Relation Entre Parents et Jeunes) est un lieu d'accueil Lillois des jeunes en difficulté (conduites, comportement,

relations) et de leur entourage. Une équipe sanitaire et médico-sociale y propose un accueil, une écoute et une aide individuelle ou groupale.

Les équipes mobiles : Ce sont des équipes psychiatriques, qui font la démarche d'aller vers le jeune au sein même de son environnement, afin de permettre un contact et une entrée dans les soins lorsque celle-ci n'est pas possible autrement (jeunes isolés reclus au domicile par exemple). Cette pratique est développée dans le Nord sur le secteur de Tourcoing par l'équipe du Dr Garcin (40).

La Maison des Ados : Elle assure un accueil pluridisciplinaire. Les travailleurs sociaux, médecins, infirmiers, psychologues ou encore documentalistes informent, évaluent et accompagnent l'adolescent et/ou le parent en demande d'aide, individuellement ou collectivement. Sa mission principale est un accueil (gratuit) avec ou sans rendez-vous pour les jeunes de 11 à 25 ans quelle que soit la problématique. La Maison des Ados ne se veut pas un lieu de consultation au long cours, elle adresse donc le jeune vers le service approprié si un besoin de suivi prolongé est identifié.

Fil santé jeunes : Il s'agit d'un service d'écoute téléphonique anonyme et gratuit à destination des jeunes âgés de 12 à 25 ans sur les questions de santé. Ce service est géré par l'association « École des Parents et des Educateurs » (EPE). Il est joignable au 0800 235 236, de 8h à minuit (41). Les appels sont reçus par des psychologues ou des médecins qui ont préalablement été formés à l'écoute. Ce service ne propose pas de suivi mais peut orienter les jeunes vers les professionnels compétents selon la clinique identifiée. Parmi les orientations, 5,2% se font vers les CMP/CMPP, 2,5% vers d'autres services de santé mentale, 1,5% vers des services d'addictologie. Il est difficile d'estimer le nombre de jeunes se rendant effectivement en consultation suite à cette première orientation par Fil Santé Jeune. En cas de tentative de suicide en ligne

(deux ou trois cas par mois), un protocole de levée de l'anonymat a été défini afin que des secours puissent être dépêchés sur le lieu où se trouve l'appelant.

Les Centres de santé des étudiants ou Services interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (Siumpps) : ces centres proposent un accompagnement médical, psychologique ou éducatif à visée préventive. Des psychiatres et psychologues peuvent y recevoir les étudiants sur demande directe de leur part pour des problématiques telles que stress, tentative de suicide, délires, dépression, addictions, violences subies, échecs dans les études.

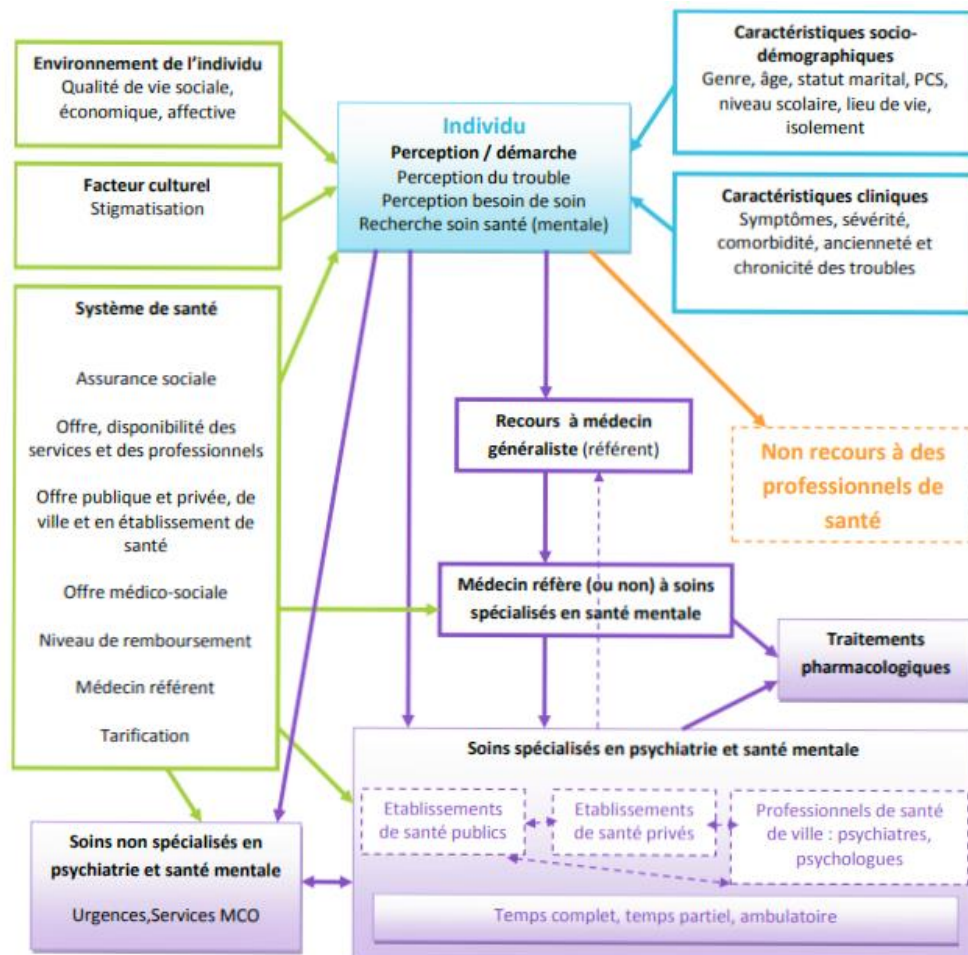
Le Bureau d'Aide Psychologique Universitaire (Bapu): Le Bapu est un centre de consultation, implanté à Lille, pour les étudiants qui souhaitent une aide psychologique. L'équipe est composée de psychologues, de psychiatres, et assistantes sociales. Le Bapu est agréé pour recevoir des étudiants et des jeunes adultes en formation de plus de 17 ans.

La Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale (F2RSM) : Elle propose un annuaire disponible en ligne sur son site internet permettant de trouver auprès de quelle structure s'adresser pour bénéficier de soin de santé mentale (42).

Ainsi nous constatons que ces dispositifs s'adressent à des catégories variées de jeunes : scolarisés ou non, accompagnés de leur environnement ou non, en demande sociale ou sanitaire. Pourtant les jeunes peinent à accéder au soin psychique dispensé par les services de psychiatrie. EO#ADO se positionne comme lien entre ces dispositifs et l'accès au soin pour les jeunes.

## 2) Réflexion sur les obstacles au primo-accès aux soins en santé mentale chez les 12/21ans

La consommation de soins de santé mentale est le fruit de multiples facteurs (figure 1). Elle résulte d'éléments personnels propres à l'individu (perception de son état de santé, représentation de la maladie...), mais aussi de facteurs environnementaux faisant intervenir l'entourage proche de la personne, ses interlocuteurs médicaux, et enfin le système de santé à plus grande échelle.



(Figure 1) Schéma général d'accès aux soins en psychiatrie. Source : Coldefy 2012, adapté du modèle conceptuel de recours aux soins en santé mentale de Dezetter, 2012.

Le prérequis à la demande de soin est une perception du trouble, par la personne concernée, ou par une tierce personne. Elle peut susciter un sentiment de besoin de soin, ou pas. Celui-ci occasionnera de façon non systématique une demande de soin. Lehtinen et al établissent que le besoin de soins n'est perçu que par la moitié des personnes qui nécessiteraient des soins psychiatriques (43).

Le fait de ressentir un besoin de soin n'est pas suffisant pour entamer une démarche en ce sens : seuls 31,4% des hommes et 41,6% des femmes ayant perçu un besoin de soins dans leur vie ont entrepris cette démarche (44).

Une fois la demande de soins formulée la personne rencontre l'offre de soins. Celle-ci dépend des interlocuteurs du système de santé dans toutes ses dimensions : disponibilité et accessibilité des professionnels, coût des soins, possibilité de remboursement. L'offre peut paradoxalement constituer un frein à l'accès aux soins si elle est insuffisante ou inadaptée.

#### **a- La représentation de la maladie mentale à l'origine d'une stigmatisation entravant l'accès aux soins de santé mentale**

Pour l'OMS, « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » et « la Santé Mentale est plus que l'absence de troubles mentaux ; elle fait partie intégrante de la Santé, en effet il n'y a pas de santé sans santé mentale » (43). Elle est déterminée par une série de facteurs socio-économiques, biologiques et environnementaux (8).



L'évaluation par une personne de son propre état de santé peut différer de l'évaluation fait de sa santé mentale par un professionnel de santé, ou d'après un questionnaire standardisé. C'est justement ce que nous indiquent les résultats de l'enquête Santé Mentale en Population Générale (SMPG) débutée en 1997 (45).

De ce fait, il est régulièrement observé que les jeunes refusent les propositions d'aide, ce qui constitue un des freins les plus importants à l'accès aux soins (46), d'où la nécessité pour le professionnel d'informer et d'expliquer la perception du trouble afin de favoriser l'adhésion du patient à une éventuelle proposition de soin.

Par ailleurs, l'enquête SMPG réalisée par le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS), à la fois socio-anthropologique et épidémiologique, révélait que sur les territoires étudiés « La représentation du "fou" et encore plus celle du "malade mental" sont porteuses de stigmates puisque ces derniers sont perçus comme dangereux et à risque majeur de comportement violent ».

Quel que soit le mal-être ressenti, se tourner vers la psychiatrie et consommer des soins de santé mentale, c'est se reconnaître soi-même «malade », et de fait devenir soi-même « un malade », et s'approcher de la représentation du fou dans l'imaginaire collectif. La question du déclenchement d'un trouble psychotique à l'adolescence constitue parfois la crainte inavouée des premières consultations et dans ce contexte le frein à la démarche de soins est la peur, le déni ou la stigmatisation faite des maladies mentales.

## **b- Lecture des aspects pathologiques dans le comportement d'un adolescent**

Parmi les symptômes enseignés aux futurs médecins permettant d'identifier un symptôme dépressif, on retrouve une variation de l'appétit et/ou du poids, insomnie ou hypersomnie, agitation ou ralentissement psychomoteur, fatigue ou perte d'énergie, sentiment de dévalorisation ou de culpabilité, altération de la concentration ou indécision, idées de mort ou suicidaires (47).

Ces signes ne sont pas spécifiques d'un état pathologique, en ce sens qu'ils sont similaires aux phénomènes observables chez les adolescents qui se portent bien dans leur adolescence : l'adolescence n'est pas une pathologie en soi et la majorité des adolescents ne présente aucun trouble. La distinction entre normal et pathologique se fait sur l'intensité, la répétition de ces signaux et leurs répercussions sur le fonctionnement du jeune.

Les premiers signes de mal-être d'un adolescent ne sont souvent pas pris en compte puisqu'ils peuvent être facilement imputés à la période de l'adolescence. Tout l'enjeu sera la distinction entre le mal-être de l'adolescent et l'entrée dans une pathologie. Les signes d'apparition précoce annonciateurs d'une possible évolution vers un état pathologique sont identifiés comme étant pour Maric et al. : Symptomatologie anxieuse, syndrome dépressif, consommation de substance. Hafner y ajoute les troubles de la concentration, les troubles de l'appétit et du sommeil ainsi que des modifications des interactions sociales (méfiance, ou retrait) (48). Les symptômes plus spécifiques du trouble apparaîtront plus tard (troubles perceptifs et idées délirantes pour la psychose par exemple). Cette nuance peut être tenue. Ces signaux devraient alerter mais ils ne le font s'ils s'intensifient ou persistent, ou encore s'ils ont déjà entraîné des conséquences sur le fonctionnement social du jeune. En

l'absence de dépistage précoce apparaît un risque d'installation dans la pathologie vraie sur retard diagnostique et de prise en charge, puisque les signes d'entrée dans la maladie auront été attribués à la fameuse « crise d'adolescence ». Les adolescents présentent le plus souvent la particularité d'agir leur souffrance psychologique. Ils feront parler d'eux s'ils l'expriment par des comportements inappropriés. Les attitudes de retrait ou de désintérêt scolaire sont également des façons d'agir une souffrance morale. Celle-ci est parfois repérée et comprise, mais parfois aussi ignorée ou recadrée dans sa dimension comportementale violente (20).

La nature même de la pathologie influençant le comportement altère la capacité à reconnaître le caractère pathologique du comportement, et donc la capacité de l'individu touché à se tourner vers le soin puis à s'y engager durablement (49).

Le déni ou la minimisation de la gravité d'une situation de souffrance du jeune, aussi bien par lui-même que par ses parents, empêchent la mise en place de soins psychiques, souvent au motif d'une « crise d'ado ».

### **c- L'offre de soins psychiatriques sur le territoire**

En matière de santé mentale l'offre de soins est régie depuis 1960 par une organisation en secteurs de soins, ce qui permet d'apporter le soin au plus près des populations (50). Cette offre de soins est hétérogène, en matière de densité, nombre de personnels de santé, nombre de lits d'hospitalisation, qualité du réseau de partenariat avec les partenaires locaux.

Les soins de santé mentale sont assurés par les médecins généralistes quand ils ne sont pas réalisés par le secteur psychiatrique (1).

Dans une étude de l'offre de soins dans les Hauts de France, la F2RSM établit qu'une part importante de la population s'adresse aux services publics de psychiatrie dans la région puisque l'offre en psychiatrie libérale est extrêmement faible (51) (52) . En 2011, le Nord-Pas-de-Calais déplorait la plus faible densité au niveau national de psychiatres libéraux, soit 3/100000 habitants contre 10/100000 au niveau national au même moment ; et 2,5 pédopsychiatres pour 100000 enfants âgés de 5 à 14 ans (53) (54) . Dans ce contexte 92% des médecins généralistes rapportent des difficultés pour orienter un patient en psychiatrie (55) (34). Entre 2007 et 2016, les Hauts-de-France ont bénéficié d'une augmentation de la démographie médicale active de 2,1%, toutes spécialités confondues, augmentation concomitante d'une croissance démographique globale de 4%, identifiée par l'Ordre des Médecins (52).

Dans ce contexte, en 2016, l'Agence Régionale de Santé (ARS) se donne pour missions d'encourager la coordination des politiques publiques et des acteurs de terrain, de développer le partage d'informations et la promotion de la santé, et de renforcer la formation des professionnels (56).

Indépendamment du nombre de médecins disponibles, l'accès aux soins dépend de l'accès aux structures de soins. En psychiatrie il s'agit la plupart du temps de Centres Médico-psychologiques (CMP). Cet accès peut être limité par l'éloignement géographique du domicile du patient, par l'absence d'accès en transports en commun (en particulier dans les zones rurales). Une étude gouvernementale de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) indique au niveau national que les zones se trouvant à proximité des lieux d'implantation des CMP ont un taux plus élevé de prise en charge. Les horaires d'accueil restreints (9h-17h) ne permettent pas un contact en dehors des horaires de scolarisation, ce qui limite encore les possibilités d'accès au soin (35) .

L'accès aux soins est donc conditionné, d'une part par la démographie médicale, et d'autre part par l'accessibilité et par la réactivité des structures d'accueil ; ainsi que par la disponibilité des interlocuteurs qui détermine les délais de consultation en CMP (34) (56).

### **3) Réflexion sur la pérennité des soins en place**

Le parcours de soins est défini par la HAS (Haute Autorité de Santé) comme étant « le juste enchaînement et au bon moment des différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins : consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux, prise en charge des épisodes aigus (décompensation, exacerbation), autres prises en charge (médico-sociales notamment, mais aussi sociales)...» (57). Il doit permettre une intervention auprès de jeunes repérés d'une durée suffisante lui permettant d'être efficace, c'est à dire active sur le long terme (58). L'interruption de ce parcours de soins peut être liée aux mêmes facteurs que les difficultés d'accès aux soins développés précédemment. Ainsi la promotion de la continuité du parcours de soin passerait par le développement actif de plusieurs approches.

#### **a- Développement d'un format de soins adapté au public adolescent**

Différents outils ont déjà été instigués afin de faciliter la continuité du contact entre les jeunes en difficulté et les soins. Nous en dressons ici une liste non exhaustive.

Des équipes mobiles pour adolescents (exemple de d'équipe du 59103 à l'EPSM Lille Métropole) (7) permettent une meilleure disponibilité des professionnels et par ce biais une facilitation du maintien des soins en cours. Ce dispositif comble une limitation de la capacité des jeunes à aller vers le soin et permet de développer les soins ambulatoires de façon intensive et précoce, de réduire le recours aux soins hospitaliers et aux services d'urgences. Un tel dispositif était décrit par Jacques Hohman à l'occasion du quatrième congrès des équipes mobiles de 2013 comme « l'outil qui permet de mettre de l'huile dans les rouages du secteur » (59).

Un accueil en consultation libre de type « permanence pour les adolescents » est proposé sous la forme d'une consultation sans rendez-vous. La rencontre entre un binôme de soignants et le jeune se décompose en plusieurs temps, ce qui permet d'évaluer la gravité de la situation et d'orienter le jeune et son accompagnant vers la structure de soins appropriée un suivi si nécessaire.

La Consultation des jeunes consommateurs propose une écoute, un accueil et un soutien des jeunes y compris mineurs, en difficulté avec leur usage (simple, à risque ou nocif) de substances psychoactives.

## **b- Association des soins au parcours scolaire**

La Fondation Santé des Etudiants de France propose des soins ambulatoires et des consultations psychiatriques dans le cadre des BAPU et relais étudiants, avec pour mission de conjuguer le parcours de soins et le parcours scolaire (60).

La Clinique médico-pédagogique (Georges Heuyer à Paris) et la Clinique des 4 Cantons sont des établissements qui accueillent, selon leur spécialité, les jeunes

ayant des pathologies psychiatriques et un projet d'études avec pour objectif de favoriser la poursuite conjointe des soins de santé mentale et de la scolarité.

Tous ces formats de soins partagent la préoccupation pour l'association des parents et plus globalement de l'entourage proche du jeune à la démarche de soins, et ce dès que possible.

### **c- Démarche active de non-stigmatisation des soins psychiques**

Afin de faciliter les échanges entre les services de santé, la problématique de santé mentale peut être abordée en relation à la question de la santé physique.

L'unité de santé de l'adolescent à l'hôpital Saint Vincent-GHICL (Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille) permet d'accueillir les adolescents dans des conditions d'accueil hospitalisé adaptées pour favoriser une approche globale via un double regard somatique et psychiatrique (61).

Le Service de prévention santé à Lille propose une consultation anonyme et gratuite polyvalente orientée vers la prévention, l'information, le dépistage (62).

Des lieux d'accueil polyvalents sont mis en place par exemple dans certaines universités parisiennes. Une équipe y est à la disposition des jeunes, et offre un espace de parole de façon non spécifique « santé mentale », ce qui permet de passer outre les réticences et la stigmatisation. Le jeune peut y aborder un malaise parmi d'autres préoccupations grâce à l'effet groupe qui se veut rassurant.

Les Maisons d'Accueil pour les Jeunes sont mises en place par exemple à Grenoble et à Valence. Le fonctionnement est conditionné à la pluridisciplinarité des

professionnels présents permettant une multiplicité des ressources. Dans l’imaginaire collectif ces lieux ont été attribués aux “pauvres et aux démunis” et c’est une préoccupation constante de changer cette représentation et de limiter la stigmatisation. L’objectif est de développer une «parentalité collective» et de partager l’idée que «collaborer n’est pas dénoncer, mais aider à soigner ».

#### **d- Facilitation des relais de la psychiatrie infanto-juvénile vers les services de psychiatrie adulte**

Concernant les adolescents s’ajoute la question de la continuité du suivi à l’occasion du passage d’un service de psychiatrie de l’enfant et de l’adolescent à un service de psychiatrie de l’adulte. Cette période charnière est à fort risque de perdre de vue le jeune, dans la mesure où le changement de service de prise en charge risque d’amener un arrêt de soins. Elle implique une articulation entre plusieurs services qui doivent se coordonner pour répondre ensemble aux besoins d’une personne, c’est toute la question du parcours de soins

La facilitation des relais de la psychiatrie infanto-juvénile vers les services de psychiatrie adulte est rendue possible par le renforcement du travail entre les équipes des deux services. C’est précisément un objectif que s’est fixé le projet EO#ADO, en permettant des rencontres régulières entre le personnel des deux services. Par ailleurs cette transmission des relais est facilitée par l’établissement de protocoles systématiques de transition pour les jeunes patients ; ou encore par la création d’unités consacrées aux adolescents comme le propose McGorri (63).

Les stratégies pour faciliter le maintien de la rencontre entre les soignants en santé psychique et les jeunes fragiles ont été un travail de coordination entre les



acteurs intervenant auprès de la personne malade, dans une dynamique où les institutions n'imposent plus l'immuabilité de leur fonctionnement aux usagers et adaptent le fonctionnement des services en leur permettant de se centrer sur l'utilisateur.

### **III : État des lieux démographique sur le territoire de EO#ADO**

A l'échelle nationale, tout trouble psychique confondu (autisme, hyperactivité, trouble obsessionnel compulsif, trouble de l'humeur, trouble anxieux, trouble du comportement alimentaire, ou trouble psychotique) l'INSERM estime à 1/8 le nombre d'enfants touchés par un trouble mental en France et l'OMS estime que 10 à 25% des adolescents sont affectés par un trouble mental (64) (5) . La schizophrénie quant à elle touche 1,1% des 15-25 ans (65) (66) et un constat du même ordre est fait concernant les troubles de l'humeur.

Etant donné la fréquence des troubles des conduites et du comportement chez les adolescents, on peut s'attendre à observer une surreprésentation de cette population dans les lieux de consultation en santé mentale, c'est ce que nous souhaitons vérifier par l'étude de la population sur le territoire d'intervention d'EO#ADO.

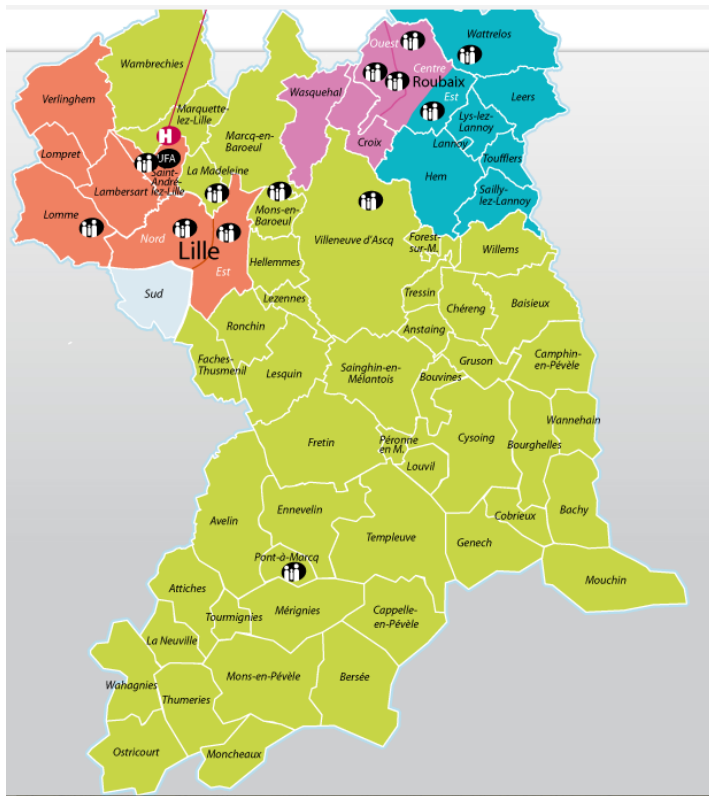
#### **1) Secteur de soins et population sur le secteur géographique couvert par le service de santé établi dans les villes de Mons-en-Barœul, Hellemmes, Lezennes, Lesquin, Ronchin, Faches-Thumesnil**

La population concernée regroupe 84555 habitants (67) (INSEE 2011), dont 27% de moins de 20 ans, (cette part s'élève à 31% à Mons-en-Barœul).

Sur le territoire on constate un niveau d'accès à la formation et à l'emploi variable selon les communes , plus de 40% de personnes peu ou pas diplômées dans les communes d'Hellemmes, Mons-en-Barœul, Lezennes et Lesquin comptent le plus grand nombre de personnes titulaires d'un Baccalauréat (respectivement 47% et 45%) (68).

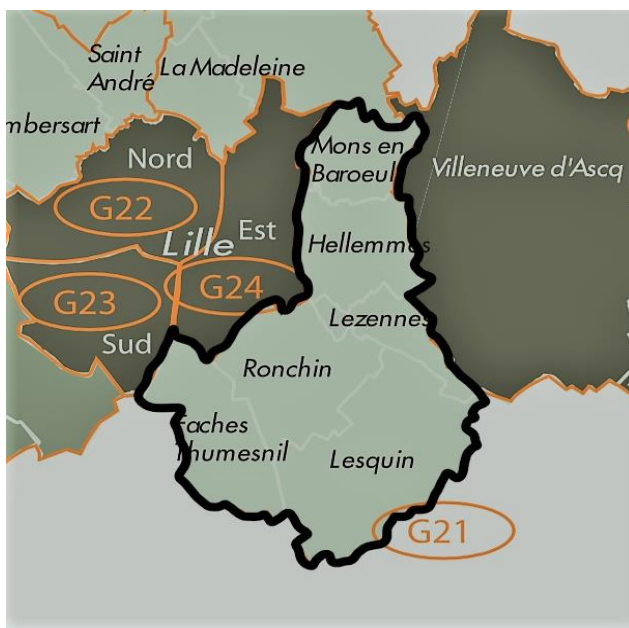
La population se répartit selon l'âge entre le service de psychiatrie adulte et le service de pédopsychiatrie. Le découpage géographique des secteurs n'est pas rigoureusement superposable mais le territoire couvert par le CMP enfants et adolescents correspond au territoire couvert par le service de psychiatrie adulte. Les soins psychiatriques pour adultes sont dispensés par le 59G21 qui dépend de l'établissement Public de Santé Mentale-Lille Métropole (EPSM LM). La psychiatrie infanto-juvénile est quant à elle assurée par le 59I06, service de l'établissement public de santé mentale de l'Agglomération Lilloise. (EPSM-AL)

Comme représenté sur la figure 2 par le territoire de couleur verte, l'inter-secteur de pédopsychiatrie 59I06 couvre un vaste territoire. Au sein de ce service, les soins ambulatoires sont dispensés par quatre Centres Médico-Psychologiques (CMP) situés à Villeneuve d'Ascq, La Madeleine, Mons-en-Barœul et Pont-A-Marcq. Avec la particularité que le territoire couvert par le CMP de Mons-en-Barœul recouvre parfaitement le territoire couvert par le secteur du 59G21.



(Figure 2) Cartographie des inter-secteurs de psychiatrie infanto-juvénile dans les Hauts-de-France (69)

Le territoire couvert par le secteur 59G21 est le suivant :

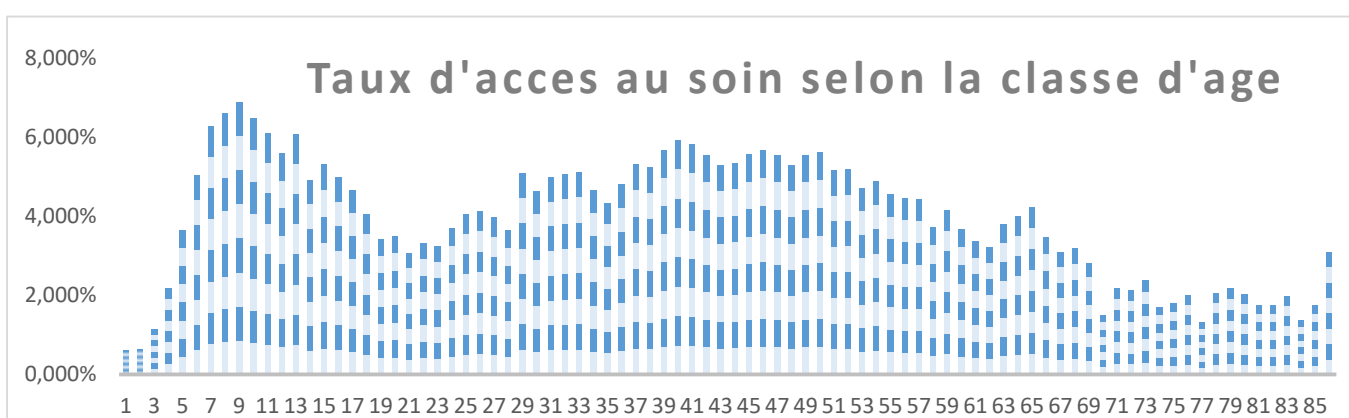


(Figure 3) Cartographie des secteurs de psychiatrie adulte en métropole Lilloise (70)

Les EPSM dispensent une très grande majorité des soins de santé puisque l'offre en psychiatrie libérale dans la région est extrêmement faible comme vu en partie II (52). Ainsi la population sur laquelle portera notre travail est prise en charge par les EPSM, dont les informations numériques nous permettront d'évaluer le taux d'accès aux soins sur le territoire d'intérêt.

## 2) Taux de recours aux soins de santé mentale sur le territoire selon l'âge

Un recueil de données a été effectué en 2013, au sein des deux établissements publics de santé mentale, dans les services de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte correspondant au secteur géographique des 6 villes étudiées. Il a été constaté un recours aux soins de santé mentale dans le secteur public variable selon l'âge. Les 15-34 ans, tout comme les plus de 65 ans, recourent le moins aux soins, ce qui a été également constaté un niveau national (71).



(Figure 4) Taux d'accès au soin selon la classe d'âge dans les services 59I06 et 59G21

Cette figure nous indique un pic de recours aux soins entre 5 et 9 ans culminant à presque 7% probablement secondaire au dépistage en milieu scolaire par les enseignants qui interpellent facilement les CMP pédopsychiatriques lorsqu'ils notent un retard des acquisitions ou le plus souvent des troubles du comportement ou des difficultés relationnelles.

Les jeunes enfants sont très représentés dans les files actives des CMP infanto-juvéniles (72%), au détriment des 15-19 (72).

La consommation de soins diminue progressivement de 9 à 21 ans lors de la transition de l'enfance à l'adolescence avec un taux au plus bas à 3% à l'âge de 21 ans qui se majore ensuite progressivement jusqu'à 40 ans (6%) pour décroître avec un taux d'accès aux soins plus proche de 2% au-delà de 70 ans.

Il n'existe pas d'argument épidémiologique nous permettant de considérer que cette tranche de population âgée de 12 à 21 ans est « moins malade », ou nécessite moins de soins que les autres tranches d'âge parmi la population résidant sur les six communes étudiées. Cependant nous constatons donc un taux d'accès aux soins plus faible chez les 12-21 ans que pour les autres tranches d'âge. C'est ce taux d'accès aux soins que le dispositif EO#ADO se propose d'améliorer.

Cette tranche d'âge est repérée pour certaines problématiques psychiatriques comme le suicide. En effet, le suicide est la deuxième cause de décès chez les 15-24 ans, or c'est une cause de décès évitable, qui est la cible de campagnes de prévention du ministère de la santé (73) (74) (75). La problématique pour réaliser un repérage et une intervention précoce se pose en ces termes : comment identifier et évaluer des jeunes qui ne viennent manifestement pas au soin ?

### **3) Population adolescente bénéficiant de soins psychiques sur le territoire**

En 2015, le nombre d'actes ambulatoires annuel selon la classe d'âge nous indique les taux les plus faibles chez les 10-19 ans (7,5 actes) et chez les 20-29 ans (6,6 actes) (76) (27).

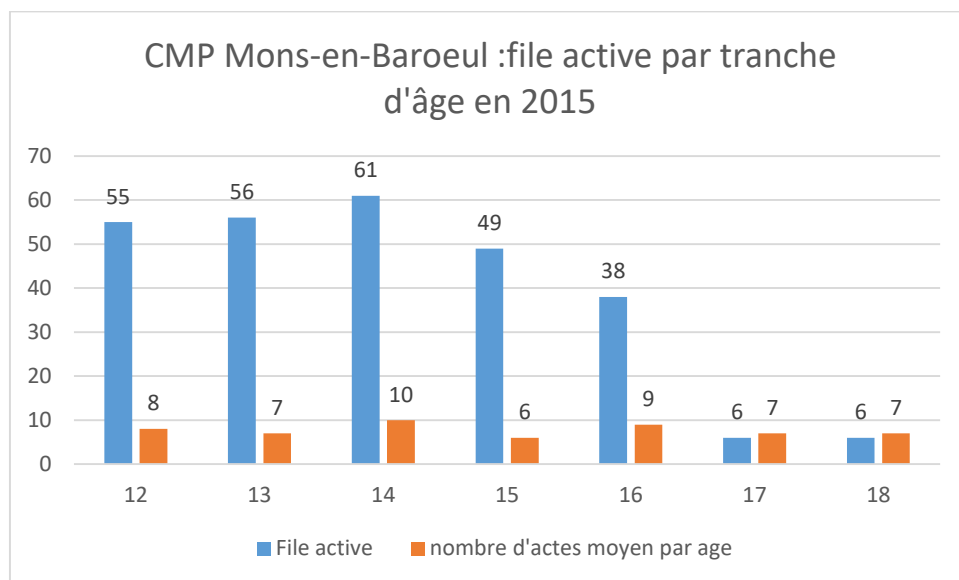
Le projet Baromètre 2010 du DRASS indique que parmi les 15-25 ans, moins de 1 jeune sur 20 a consulté un médecin spécialiste dans l'année, soit moins de 5% (73). Dans le même temps, les services de psychiatrie adulte du Nord-Pas-de-Calais ont déclaré suivre 3% de la population âgée de plus de 16 ans (77). Ces chiffres correspondent à la population qui recourt effectivement aux soins, à distinguer de la population déclarant une souffrance psychique, c'est à dire 14% d'après une étude nationale réalisée en population générale (78) (79).

En 2015, le taux moyen de recours aux soins chez les 12-21 ans sur les communes de Faches-Thumesnil, Lesquin, Hellemmes, Lezennes, Mons-en-Barœul, Ronchin est de 3,3%. Si l'on inclut la classe d'âge de 11 ans, il est de 3,61%, soit un taux moyen d'accès aux soins correspondant au taux d'accès régional pour cette tranche d'âge, mais inférieur au taux d'accès pour les autres tranches d'âge. En effet pour la tranche d'âge 22-50 ans, l'accès aux soins sur le territoire est de 5,10%.

Les jeunes âgés de 12 à 21 ans sont pris en charge en partie par le secteur de psychiatrie infanto-juvénile 59I06 jusqu'à l'âge de 16 ans, puis par le service de psychiatrie adulte 59G21.

### File active 12-21 en psychiatrie infanto-juvénile :

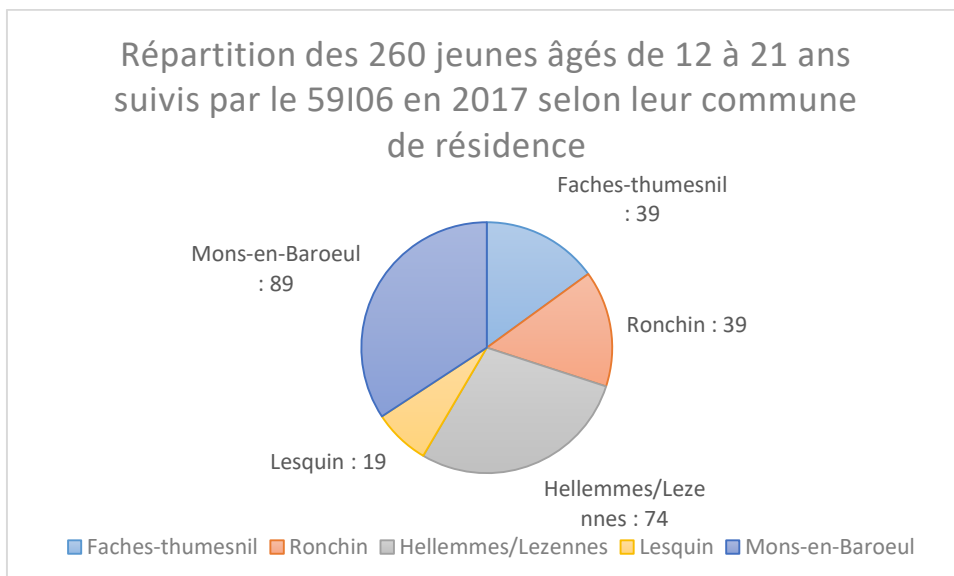
En 2015 la file active des 12-21 ans suivis par le 59106 pour le territoire des six communes concernées par EO#ADO est de 271, contre 260 en 2017 (80).



*(Figure 5) : Répartition par âge des 271 jeunes âgés de 12 à 21 ans suivis au CMP enfants/adolescents de Mons-en-Barœul et nombre moyen d'actes par individu par tranche d'âge*

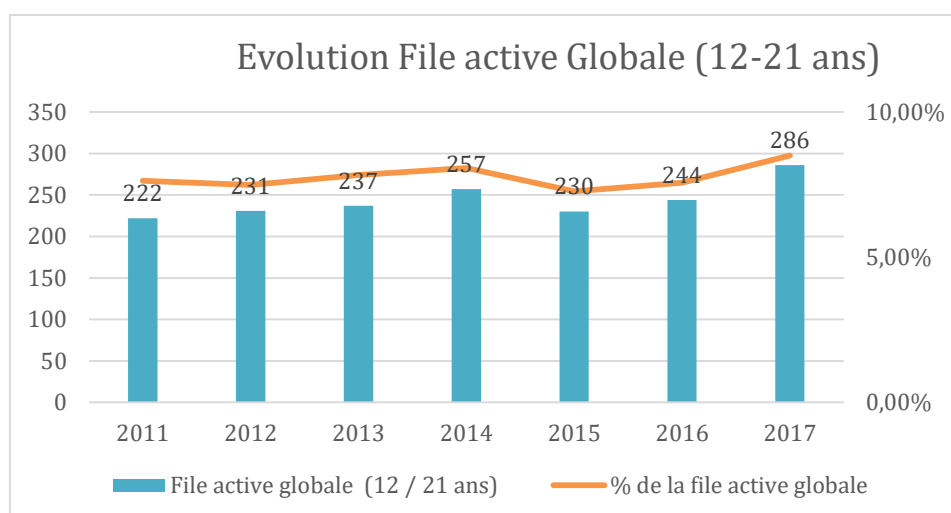
La figure 5 nous indique que dans la file active du CMP pour enfants et adolescents de Mons-en-Barœul, en 2015, les jeunes âgés de 17 ans (6 individus) et 18 ans (6 individus) sont peu représentés ; contrairement aux adolescents plus jeunes âgés de 12 (55 individus) à 16 (38) individus, avec un pic à 61 individus pour les jeunes âgés de 14 ans.





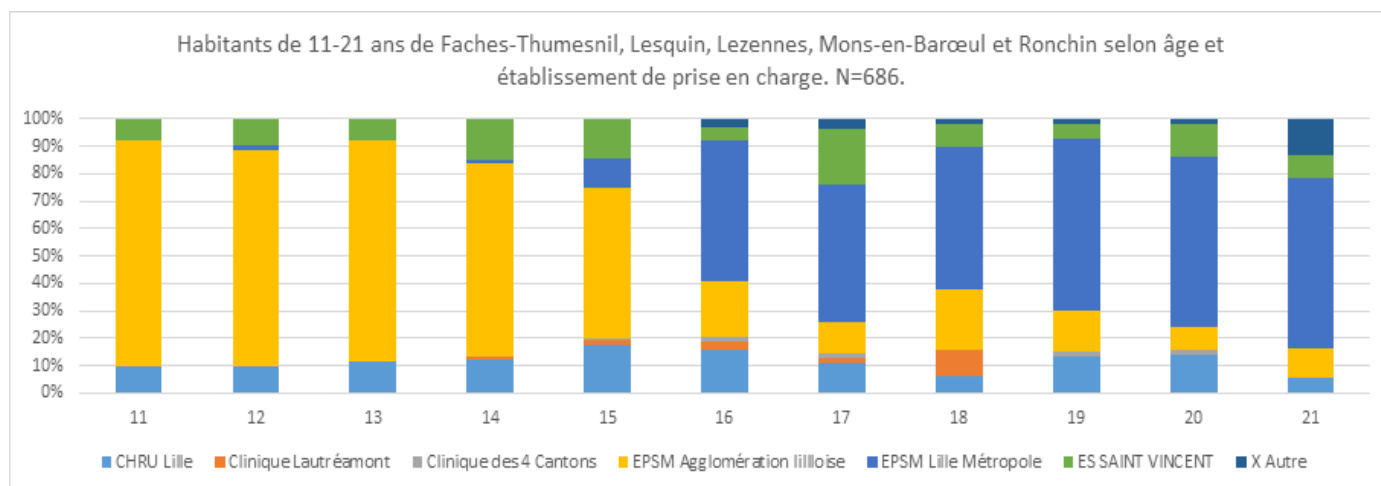
(Figure 6) : nombre de jeunes parmi les 260 jeunes âgés de 12 à 21 ans suivis par le 59I06 en 2017 selon leur commune de résidence

D'après la figure 6, 260 jeunes âgés de 12 à 21 ans sont suivis pas le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en 2017. Parmi eux, la majorité (89 individus) résident à Mons-en-Barœul, 74 résident à Hellemmes/Lezenne. Faches-Thumesnil et Ronchin sont moins représentées sur la figure avec respectivement 39 ressortissants par commune ; et 19 jeunes résident à Lesquin.



(Figure 7) Evolution de la file active globale de l'ensemble de la population âgée de 12 à 21 ans incluse parmi la file active tous âges confondus du 59G21

En 2017, 286 jeunes âgés de 12 à 21 ans ont été suivis en psychiatrie adulte sur le territoire. On constate en 2017 une augmentation de la part des 12-21 ans dans la file active dont elle représente 8,5%.



(Figure 9) Habitants âgés de 11 à 21 ans des communes de Faches-Thumesnil, Lezennes, Mons-en-Barœul et Ronchin selon l'âge et l'établissement de prise en charge

Sources : Ati, RimP 2015 et INSEE 2014 Traitement : F2RSM Psy.

La figure 9 offre une représentation des sites de prise en soin par tranche d'âge sur le territoire. Jusqu'à l'âge de 15 ans inclus, les jeunes sont majoritairement accompagnés par le service de pédopsychiatrie de l'EPSM de l'Agglomération Lilloise : 80% des jeunes âgés de 12 ans, 55% des jeunes âgés de 15 ans. Seulement 20% des jeunes de 16 ans sont suivis par le service de pédopsychiatrie, contre 50% par le service de psychiatrie adulte de l'EPSM Lille Métropole, qui assure les soins de 65% de la population de 21 ans.

Le CHRU de Lille et l'Hôpital Saint Vincent interviennent auprès de toutes les tranches d'âge considérées, à hauteur de 10 à 20% de la population pour chaque tranche d'âge.

La clinique Lautréamont prodigue des soins aux jeunes âgés de 14 à 18 ans parmi la population considérée pour 3 à 10% selon la tranche d'âge considérée.

## **IV : Présentation du projet EO#ADO d'Evaluation et d'Orientation**

EO#ADO est un dispositif d'Evaluation et d'Orientation pour les Adolescents, fondé sur un maillage partenarial territorial. L'objectif est de faciliter l'accès aux soins des jeunes pour répondre en amont à des problématiques de gestion de crise. Pour y parvenir, le dispositif prévoit une évaluation précoce par des professionnels puis une orientation adaptée à la problématique du jeune. Ce travail repose sur l'articulation entre les intervenants gravitant autour du jeune.

Au-delà du repérage précoce des jeunes à risque de développer un trouble psychiatrique, le projet EO#ADO répond à une autre fracture identifiée dans les soins aux adolescents : la transition des soins en pédopsychiatrie vers les soins en psychiatrie adulte au cours de laquelle 24 à 45% de la population suivie est « perdue de vue » (81).

La population cible déterminée arbitrairement est âgée de 12 à 21 ans, soit la période de transition de l'enfance vers l'âge adulte, au moment où l'impact de l'apparition d'une pathologie mentale est majeur en matière d'intégration sociale, économique et professionnelle. C'est aussi la période où la balance coût-bénéfice d'une intervention précoce est la plus favorable (63). Les exemples d'application à l'étranger, comme la PACE ( Personal Assessment and Crisis Evaluation) Clinic à Melbourne, NAPLS (North American Prodrome Longitudinal Study) en Amérique du Nord ou EPPIC (Emergency Practice, Intervention and Care-Canada) au Canada, ont déjà montré que cette période adolescente où peuvent apparaître à bas bruit des symptômes annonciateurs d'une entrée dans la pathologie psychiatrique, période prodromale, est propice à une intervention précoce. Plus la proposition de soin

appropriée est mise en place tôt, plus l'évolution du trouble est restreinte et meilleure est l'évolution du pronostic fonctionnel (82).

M.O. Krebs propose de définir l'intervention précoce après une évaluation pluridisciplinaire (familiale, socio-éducative, cognitive) du jeune, qui ne peut être envisagé qu'au sein de son environnement (83).

Yung et McGorri proposent même en 2007 une intervention adaptée à l'intensité de la symptomatologie perçue et à la population cible (tableau visible en annexe 1) (15).

EO#ADO propose une évaluation des situations cliniques et des parcours lors d'une concertation collégiale hebdomadaire.

Ce projet répond aux deux axes prioritaires de travail du Département du Nord concernant la protection de l'enfance, à savoir favoriser l'accompagnement préventif des adolescents (via une aide au repérage des problématiques de santé dans les centres sociaux, communes, établissements scolaires et au sein des quartiers : décrochage scolaire et difficultés d'insertion) ainsi que la continuité de l'accompagnement selon une logique centrée sur l'utilisateur (et non plus centrée sur l'établissement).

EO#ADO développe pour cela quatre axes d'action principaux. En premier lieu le dispositif conçoit la constitution et la diffusion d'un outil d'évaluation. Puis il favorise la détermination pluridisciplinaire de l'orientation la plus appropriée pour les jeunes. Il prévoit une dynamique d'amélioration continue grâce à des échanges réguliers en comité de pilotage, ainsi qu'une diffusion d'information autour de l'existence du dispositif dont l'objectif est de renforcer le maillage et d'initier un fonctionnement effectif du dispositif

## 1) Origine du projet

Un diagnostic social de territoire a été réalisé auprès de 19 professionnels pour comprendre l'orientation par les professionnels du territoire des jeunes âgés de 12 à 21 ans présentant un mal-être dans notre secteur d'intérêt (Ronchin, Faches-Thumesnil, Hellemmes, Lesquin Lezennes et Mons-en-Barœul (68).

Il en ressort tout d'abord que les premières personnes sollicitées pour les cas d'adolescents présentant un mal-être psychique sont les IDE scolaires et les psychologues. Les professionnels du champ médico-social rencontrent des jeunes une ou plusieurs fois par semaine pour 57,9% d'entre eux.

La plupart des personnes interrogées (78,9%) savent orienter un jeune en difficulté. Ils l'orientent vers le médecin traitant pour la majorité, puis vers un CMP adulte ou enfant, ou vers la Maison des Ados. Pour les 21,1% restant, le défaut d'orientation est causé par un manque de connaissance des structures existant sur le territoire. Le CMP adulte rattaché au secteur géographique est identifié par 63,2% des personnes interrogées, et seulement 57,9% y ont déjà adressé un jeune. Le CMP infanto-juvénile du secteur est connu par 52,6% des personnes interrogées, et seulement 42,1% y ont déjà adressé un enfant (68).

Ainsi il paraissait nécessaire de proposer un outil réunissant les compétences d'un maillage de partenaires médico-sociaux, faisant jusqu'à présent défaut sur les communes de Lesquin, Lezennes, Hellemmes, Ronchin, Mons-en-Barœul, Faches-Thumesnil.

Ce projet répond aux recommandations définies dans les CLS (Contrats locaux de santé) en l'an 2000 par le ministère de la santé dans son rapport sur la santé mentale des adolescents et des jeunes adultes, tout en favorisant les liens entre les professionnels intervenant auprès de l'adolescent, notamment le médecin traitant. Ces CLS rassemblent les Agences régionales de santé (ARS), les préfetures et les communes autour de travaux administratifs visant à mettre en place des projets de santé communs sur un territoire.

Au sein de notre territoire d'intérêt le CLS est coordonné par l'Association Intercommunale de Santé, Santé Mentale et Citoyenneté qui représente les associations d'usagers (AISSMC). Ce CLS a orienté une partie de son travail sur les soins de santé mentale pour les Adolescents. Le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM, auquel s'intègre l'AISSMC, s'est mobilisé sur ce projet. Les CLSM sont au nombre d'une centaine en 2014 sur le territoire français (84). Ils sont inscrits dans la loi de modernisation du système de santé et animés par un élu local, co-animés par la psychiatrie publique, intégrant en son sein les représentants d'usagers et des aidants. Ils sont conçus comme un espace non hiérarchique de codécision entre les membres. C'est un outil opérationnel de démocratie participative. Le CLSM aboutit à des actions concrètes (création d'outils ou de dispositifs, cycles de formation...) qui émanent de commissions de travail par thématique ou par public.

Dans notre département le CLSM inclut l'ARS, la Préfecture et les mairies de cinq communes, ainsi que le département (UTPAS Marcq-Mons et UTPAS de Hellemmes), la psychiatrie adulte (EPSM Lille Métropole), la psychiatrie infanto-juvénile (EPSM agglomération Lilloise), le CMPP Decroly, la mission locale de la métropole sud, l'association Bicycle et associations des usagers, la protection judiciaire de la jeunesse et l'Education Nationale, représentée par les médecins

scolaires.. Ce CLSM a validé en janvier 2015 le projet visant à améliorer l'accompagnement des jeunes en difficulté. Ce projet se décline en 4 axes :

- 1) La prévention
- 2) L'accès aux soins, cet axe a été centré sur la population des adolescents et jeunes adultes autour de la mise en place du dispositif EO#ADO
- 3) L'organisation des soins via la construction d'un parcours de soins plus fluide entre les unités de soin
- 4) Développement des groupes de médiation culturelle et corporelle

L'ensemble des participants du CLSM a estimé que chaque mois environ cinquante adolescents (12-21 ans) présentent une situation alarmante.

L'objectif d'EO#ADO est de proposer une évaluation psychique de ces jeunes puis une orientation vers le partenaire le plus apte à les accompagner dans la situation.

## **2) Situation clinique illustrant le fonctionnement de EO#ADO**

La jeune H. est âgée de 17 ans. Elle vit au domicile de sa mère, en compagnie de ses deux jeunes sœurs âgées de 14 et 8 ans.

Dans les antécédents familiaux, on retrouve une notion de psychose chez la mère. Au moment de la sollicitation de EO#ADO pour H., la mère présentait un important syndrome de persécution associé à une anxiété invalidante qui entraînait un repli sur soi et réclusion de la famille au domicile.



Le père de H n'est pas présent dans l'environnement.

Sur le plan scolaire, les trois enfants sont déscolarisés.

Dans les antécédents d'H., on retrouve une hospitalisation en pédopsychiatrie d'une durée de 3,5 mois pour prise en charge d'une bouffée délirante aiguë. Cette hospitalisation a été marquée par d'importantes difficultés d'adaptation du traitement. A la sortie de cette hospitalisation, un traitement par RISPERDAL puis ABILIFY est tout de même mis en place pour H. et un suivi en psychiatrie préconisé au CMP enfants de son secteur. Ni l'un ni l'autre ne sera effectif.

Sur le plan scolaire, l'équipe pédagogique du collège a rédigé une Information Préoccupante, adressée aux services sociaux, vu l'absentéisme scolaire d'H. depuis la rentrée scolaire 2015. Le collège avait proposé une orientation en SEGPA (Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté) qui avait été déclinée par Madame.

Sur le plan social, H. est suivie par l'UTPAS de son secteur et elle bénéficie d'une mesure d'Aide Éducative en Milieu Ouvert (AEMO). Cette mesure a été imposée par le Juge des enfants initialement pour une durée de 6 mois dans le but de travailler la scolarisation et l'accès aux soins d'H. Le manque d'adhésion de la mère n'a pas permis à cette mesure d'améliorer la situation.

La psychologue du service social a été alertée par une association de symptômes comprenant des éléments phobiques, un repli au domicile, une déscolarisation depuis début 2016 et une absence de soins psychiques pour H. sur un refus conjoint d'H. et de sa mère. Inquiète, elle sollicite une pédopsychiatre, qui l'oriente vers notre dispositif.

Lorsque nous recevons la sollicitation par la psychologue, la fin de la mesure d'AEMO est imminente et un placement est envisagé. Il sera effectif fin 2016, en foyer et concernera les trois enfants de la fratrie.

Au total dans cette situation interviennent de nombreux professionnels :

- une équipe pédagogique qui signale son inquiétude à l'UTPAS et propose une orientation vers une scolarité adaptée,
- une éducatrice et une psychologue de l'UTPAS
- une pédopsychiatre du secteur
- une pédopsychiatre du CHR
- un Juge des enfants qui a posé une décision judiciaire de mesure éducative (AEMO)

Un travail d'équipe a déjà été initié, mais l'inquiétude des partenaires persiste.

La mère semble peu mobilisable.

Il en résulte que l'adolescente dont le besoin de soins a déjà été objectivé n'a pas accès à la prise en soins que son état nécessite. Tous les facteurs d'alarme sont présents tant sur le plan social, que médical ou scolaire. Sur le plan social, le risque est une intensification de l'isolement social, une désinsertion scolaire et une absence complète d'insertion professionnelle pour cette jeune de 17 ans. Sur le plan médical, le risque majeur est une installation et une chronicisation d'un état psychotique avec aggravation progressive du trouble et dégradation du pronostic.

EO#ADO s'est inscrit dans cet ensemble avec pour objectif d'aller à la rencontre d'H à son domicile afin de lui proposer, ainsi qu'à sa mère, un temps d'échange et

d'évaluation avec un infirmier, en respectant l'impossibilité manifestée par H de s'aventurer à l'extérieur du domicile familial.

Cette visite au foyer d'accueil d'urgence a permis de réaliser l'évaluation infirmière. Le MINI ne révélait pas d'épisode dépressif ou de trouble dépressif récurrent, pas de dysthymie, pas de trouble anxieux mais seulement un épisode psychotique isolé, sans trouble psychotique récurrent.

Suite à cette évaluation H. a rencontré un psychiatre à plusieurs reprises, seule puis en présence de sa mère. Elle ne formulait pas de demande de soin, mais concédait un suivi conformément à la demande du juge afin de pouvoir retourner vivre chez sa mère. En l'absence d'élément psychopathologique relevé en consultation médicale et vu la faible alliance thérapeutique d'H. et de sa mère, il a été décidé un arrêt du suivi médical.

Le suivi socio-éducatif se poursuit pour H., son objectif est un retour au domicile familial.

Dans ce contexte, EO#ADO a permis de proposer une évaluation psychiatrique à H., dans des conditions acceptables pour elle, c'est à dire sur son lieu de vie. Suite à cette évaluation plusieurs rencontres ont pu avoir lieu avec un psychiatre, au sein d'une structure de soins, qui ne retrouvait pas de symptomatologie psychiatrique en faveur d'une entrée dans un trouble psychiatrique indiquant fermement un suivi. L'inquiétude générée par H. qui ne sortait pas du domicile a pu être apaisée auprès des partenaires. Elle découlait de l'absentéisme scolaire prolongé constaté généré par le mode de vie au domicile familial, sans qu'un trouble psychique sous-jacent n'intervienne.

Ainsi la suite de l'accompagnement a pu être ajustée à la situation individuelle de H. et elle consistera en un accompagnement socio-éducatif.

### **3) Considération éthique et déontologique**

Dans le cadre des échanges entre les partenaires d'orientation l'éthique doit être respectée. Les deux notions à considérer sont le consentement du jeune et de ses représentants légaux d'une part, et le secret médical autour de la situation du jeune d'autre part.

S'agissant d'adolescents dont certains sont mineurs, il est nécessaire de questionner l'inclusion des parents. Le dispositif prévoit d'informer systématiquement le jeune et ses parents ou tuteur(s) légal/aux de la présentation de la situation en réunion pluridisciplinaire et de recueillir leur consentement. Il semble délicat sur le plan éthique de se dispenser du recueil du consentement des parents lorsque le jeune est mineur. Cependant ce recueil ne doit pas limiter pour le jeune les bénéfices d'une évaluation pluridisciplinaire. En effet un jeune portant une demande d'évaluation ou de soin, ou un adolescent s'opposant au contact du soignant avec ses parents doit pouvoir être reçu. Dans ces conditions il sera possible de s'affranchir du consentement des parents pour le recueil de la demande et pour l'évaluation psychique du jeune. La participation des parents à la démarche sera à nouveau questionnée si un suivi psychiatrique doit être instauré.

Afin de préserver le secret médical, l'anonymat est respecté lors de la présentation d'orientation autour de la situation. Il sera levé uniquement par le service

qui prend en charge le jeune, ou qui réalise l'évaluation si elle n'a pas été réalisée au préalable.

## **V : Présentation des différents partenaires de EO#ADO**

Afin d'optimiser et d'harmoniser le déploiement de EO#ADO au sein de la pratique des partenaires impliqués, l'ensemble des acteurs du médico-social et du milieu scolaire ont été informés de l'existence et du fonctionnement de EO#ADO à l'occasion de deux réunions d'information. Elles étaient adressées aux partenaires intervenant aussi bien en amont qu'en aval du dispositif, la première pour les partenaires sociaux (Centre Social, UTPAS, club de prévention, mission locale, Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Usages de Drogue...), la seconde pour les partenaires de santé (pédopsychiatrie du CHRU, cliniques, CMPP, Maison Des Ados...).

L'objectif est une collaboration entre les différentes institutions avec les partenaires du territoire favorisant un meilleur accès à l'aide la plus appropriée à la situation spécifique du jeune, dans les meilleurs délais, (prise en compte de la clinique psychique de l'adolescent, de l'état de la sphère familiale, du parcours scolaire) pouvant nécessiter des interventions multidisciplinaires. La qualité des relations entre les intervenants des multiples disciplines est déterminante pour l'adolescent qui ne suit pas les frontières (fractures entre institutions) dans son parcours. Il doit y trouver la diversité des aides dont il a besoin, et la continuité qui lui manque.

## **1) EPSM Lille Métropole**

L'Établissement Public de Santé Mentale Lille Métropole participe au projet EO#ADO par un investissement du service de psychiatrie adulte 59G21 via la participation hebdomadaire à la réunion de concertation d'un psychiatre et d'un psychologue de la structure.

## **2) EPSM Agglomération Lilloise**

L'EPSM-AL contribue au projet grâce à la participation de son service de psychiatrie infanto-juvénile (59IO6), qui apporte les connaissances spécifiques propres à la discipline et permet par des regards croisés de ne pas tomber dans le piège de l'application à l'adolescent des critères d'inquiétude reconnus chez l'adulte, mais bien l'apport d'une lecture clinique spécifique de la psychopathologie adolescente. Un pédopsychiatre représente l'équipe de façon hebdomadaire.

## **3) Unités Territoriales de Prévention et d'Action Sociale**

Les Unités Territoriales de Prévention et d'Action Sociale (UTPAS) de Marcq/Mons et d'Hellemmes (activité sectorisée) sont représentées par un responsable d'UTPAS à chaque rencontre du dispositif EO#ADO, ce qui contribue à la richesse de la concertation par l'apport d'un regard socio-éducatif sur la situation actuelle du jeune, en apportant également les connaissances concernant les propositions d'aide ou d'accompagnement auxquelles le jeune et sa famille pourront recourir.

Certaines institutions sont des membres partenaires du réseau de soins pour les ados sur le territoire sans pour autant être présents systématiquement, et peuvent contribuer à la chaîne de soins en tant que maillon sur sollicitation pour la spécificité des soins qu'ils proposent (par exemple le CHRU, la clinique Lautréamont...)

L'Education nationale conserve une place centrale dans le dispositif. Une convention est au travail afin de clarifier la teneur de la participation des différents partenaires au projet.



## VI : Modalités d'évaluation clinique des adolescents

### 1) Outils d'évaluation psychique des jeunes

Un outil commun d'évaluation des jeunes doit être utilisé par les partenaires. Sa composition a été questionnée à plusieurs reprises : cet outil doit être assez sensible. Il doit être adapté à des adolescents et des jeunes adultes, et utilisable dans des conditions d'évaluation de dépistage, c'est-à-dire réalisable en un temps limité (pas plus d'une heure, la durée d'un entretien infirmier de première demande). Actuellement, l'évaluation se structure autour de la passation du MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) au cours d'un entretien semi-directif (57) (88). Elle se fonde donc sur l'expérience clinique de l'évaluateur combinée à une grille objective et reproductible d'exploration symptomatologique. Cette évaluation permet de rechercher de façon systématique les principaux troubles psychiatriques de l'axe 1 du DSM-IV (troubles majeurs cliniques) par l'exploration de vingt modules dont l'humeur, l'anxiété, ou encore le sommeil. La passation de l'échelle HEADSS (Home/environnement, Education/employment, Eating/exercice, Activities, Drugs/substance, Sexuality, Suicide/dépression, Safety) a été évoquée afin de préciser l'exploration d'une clinique adolescente. Son utilisation régulière n'a toutefois pas été mise en place au vu de la durée de passation jugée excessive et du manque de formation des équipes à cet outil. Bien que d'une spécificité limitée, et bien que n'étant spécifiquement adapté au public adolescent, le MINI est l'instrument qui a été retenu pour cette évaluation car sa sensibilité permet de répondre à l'objectif de cette évaluation, à savoir d'identifier une souffrance psychique.

## **2) Professionnels habilités à réaliser cette évaluation**

Le Dispositif EO#ADO prévoit que les soignants au sein de chaque équipe de chaque institution partenaire puissent réaliser cet entretien. Actuellement ce sont les psychologues et les IDE des services de psychiatrie infanto-juvénile et de psychiatrie adulte qui réalisent cette évaluation. Au terme des temps de formation, les psychologues des UTPAS, les IDE scolaires, médecins scolaires, les psychologues libéraux et médecins généraliste devraient pouvoir réaliser cette évaluation.

## **VII : Déroulement chronologique du dispositif**

Dans un premier temps, un partenaire observe chez un jeune un ou des signes qui l'inquiètent quant à la santé psychique du jeune. Il souhaite que la situation du jeune soit évaluée en pluridisciplinarité afin de décider collectivement d'une orientation. Les critères d'inclusion à EO#ADO sont un âge compris entre 12 et 21 ans, un lieu de résidence sur les six communes portant le CLSM, l'absence de suivi psychiatrique en cours, et l'impossibilité d'entrer dans un parcours de soins habituel (du fait de leur situation sociale, d'une impossibilité de sortir du domicile, refus de se rendre en CMP, ou nécessité d'un mode d'intervention particulière comme entretien au domicile par exemple...).

Pour cela, le partenaire sollicite cette évaluation par mail ou téléphone auprès de la coordonnatrice du dispositif, après une brève présentation du jeune, de sa situation, de ce qu'il présente d'inquiétant. Certains éléments d'information lui sont demandés, ils sont détaillés en figure 10.

Date :

Nom et Coordonnées de la personne qui sollicite le dispositif EO#ADO :

Prénom du jeune :

Age du jeune :

Scolarité :

Connu ou non de la médecin scolaire ?

Éléments sociaux et familiaux :

Médecin traitant :

- Nom
- Coordonnées
- Est-il informé de la situation ?

Pourquoi solliciter le dispositif ? :

- Mise en place de soins ?
- Avis ?
- Coordination des services ?

Pour quel motif psychiatrique ?

Quelle(s) gêne(s) occasionnée(s) ? Dans quel(s) domaine(s) ?

Depuis quand ?

Antécédents psychiatriques :

- suivi ambulatoire (où et quand ?)
- Hospitalisation (où et quand ?)
- Traitement (actuel ou antérieur ?)

Antécédents familiaux connus ?

Demande de la personne :

- Adhésion du jeune ?
- De sa famille ?

Orientation préconisée :

(Figure 10) Questionnaire d'information sur les jeunes à compléter au moment de la sollicitation d'EO#ADO par les partenaires

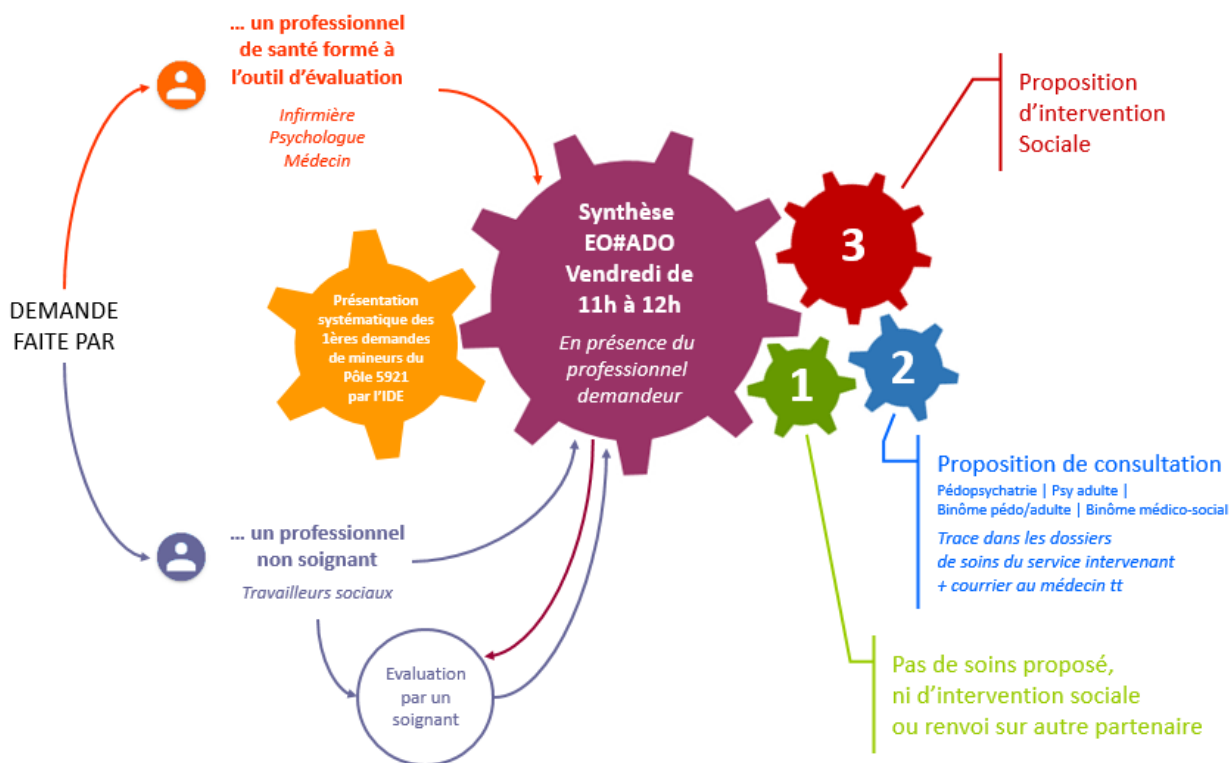
Il peut être proposé au jeune et éventuellement à ses parents d'être présents à la réunion entre les partenaires.

Ensuite une date est proposée à ce partenaire pour une réunion de concertation pluridisciplinaire au cours de laquelle il présente la situation du jeune, et les points d'inquiétude ; en présence d'un soignant de psychiatrie adulte, d'un soignant de pédopsychiatrie, d'un représentant du secteur social, et de la coordinatrice est présente.

L'orientation est collectivement discutée et décidée, en fonction des besoins sociaux, relationnels et de santé mentale, hebdomadairement, à l'occasion d'une synthèse. Les meilleures options sont proposées en fonction des besoins, et du degré d'urgence.

Le partenaire identifié comme « fil-rouge » (celui qui présente la situation), fonction équivalente au « case manager » décrit par M-O Krebs (14), sera chargé d'effectuer le retour auprès du jeune et/ou de la famille et de leur proposer l'orientation préconisée par EO#ADO. Dans un objectif de travail en collaboration, un lien est fait avec le médecin traitant, après information et avec l'accord du jeune et/ou des parents.

Ces étapes ont été représentées sur le schéma ci-après en figure n°11.



DIGASOL | DTML | UTPAS HELLEMES -- 03.2018

(Figure 11) Schéma récapitulatif des étapes du déroulement de EO#ADO

Une charte de bonnes pratiques a été élaborée, permettant de travailler dans un souci permanent du respect des jeunes et des partenaires, et dans le respect de l'éthique et de la déontologie.

## **VIII : Formation et partage de compétences entre partenaires de**

### **EO#ADO**

Le projet EO#ADO prévoit un processus de formation des différents partenaires.

Les objectifs sont une sensibilisation et une formation du plus grand nombre de professionnels des services de soins à la prise en charge de l'adolescent en psychiatrie ; une formation des acteurs de terrain à l'évaluation psychiatrique chez l'adolescent et enfin une formation croisée entre les acteurs sociaux (UTPAS) et médicaux (EPSM) permettant une meilleure information sur le trouble psychique chez l'ado et une sensibilisation aux évaluations sociales.

Concrètement, le volet de formation psychiatrique doit permettre une familiarisation de tous les partenaires soignants (psychologues et infirmières) avec la clinique psychiatrique adolescente, une plus grande aisance dans l'orientation vers les soins grâce à l'utilisation de l'outil d'évaluation, ainsi qu'une approche de la notion de rétablissement. Les soignants du dispositif sont formés par les partenaires issus du milieu social à l'évaluation de l'enfance en danger et à ses aspects pratiques sur le territoire. Des stages d'observation croisés permettent d'appréhender concrètement les modalités pratiques de ces échanges de connaissances.

Cette initiative formatrice permet un échange de compétences et d'habitudes de pratiques et fournit un regard et un langage communs nécessaire à une coordination interprofessionnelle.

## XI : Matériel et méthode de recueil des données

Les informations concernant la caractérisation des partenaires adresseurs et concernant leur satisfaction suite à la sollicitation ont été recueillies par un questionnaire diffusé aux douze personnes ayant sollicité le dispositif du 14/10/16 au 12/10/17, par mail en respectant les dispositions légales de confidentialité prévues par la CNIL. Initialement le taux de réponse a été faible : seulement trois sur les douze sollicitations, il s'améliore après deux relances (à J 15 et J 45 de la première démarche), permettant de recueillir 9 réponses. Parmi ces 9 réponses, 7 seulement proviennent de partenaires ayant effectivement présenté en réunion une situation problématique. Le questionnaire était le suivant (figure 12) :

### Partie 1 :

#### Identification de la personne sollicitant EO#Ado :

- Faites-vous partie d'une institution? : Oui/Non

Si oui : UTPAS? PJ? Maison des Ados? Education Nationale?

Quel poste occupez-vous au sein de cette institution?

Si non : Médecin généraliste? IDE? Psychologue? Parent? Autre...

- les missions d'E#/Ado vous semblent-elles claires? Oui/Non

- la procédure de saisie de EO#Ado vous a-t-elle semblé - efficiente? Oui/Non

- Claire? Oui/Non

- le jeune avait-il déjà bénéficié de soins psychiques par le passé?

- au moment de la demande le jeune bénéficiait-t-il de soins psychiques?



**Partie 2 : Satisfaction des partenaires**

- EO#Ado a-t-il été saisi après information - de l'ado? Oui/Non
  - de sa famille? Oui/Non
- A-t-il été proposé à l'ado de participer à la réunion? Oui/Non
- EO#Ado a-t-il permis selon vous une meilleure collaboration des institutions intervenant sur la situation du jeune?
- EO/Ado a-t-il répondu à votre demande ?
- Le dispositif a-t-il permis une évolution de la situation du jeune?
- Le dispositif a-t-il permis une entrée dans les soins psychiques?
- Connaissez-vous les suites données par le dispositif à votre demande (*vérification de l'efficacité du " fil rouge"*)

*(Figure 12) Questionnaire de satisfaction soumis aux partenaires adresseurs*

La première partie du questionnaire visait une meilleure connaissance de nos partenaires adresseurs.

La deuxième partie explorait les sujets éthiques (information et consentement) et la satisfaction après utilisation du dispositif.

Un deuxième recueil d'informations a été réalisé afin de caractériser la population cible du dispositif, concernant les adolescents dont les situations ont été présentées en réunion, au cours de la même période, du 14/10/16 au 12/10/17.

Il s'agissait de récupérer les informations recueillies au moment de la sollicitation du dispositif par le partenaire, anonymisées et ne permettant aucun retour à l'identité des adolescents.

Ces informations ont été recueillies auprès de la coordonnatrice de EO#ADO qui avait centralisé les demandes, comme prévu par l'organisation du dispositif.

Au total nous récupérons 9 réponses, parmi lesquelles 7 réponses de personnes ayant effectivement exposé une situation en réunion.

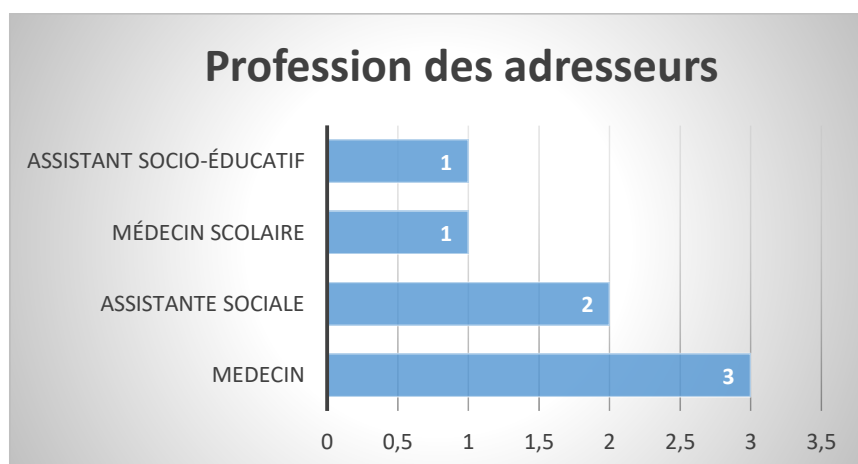
## X : Résultats

Au cours des douze premiers mois de mise en place du dispositif, nous comptabilisons douze sollicitations initialement, concernant onze jeunes, qui ont abouti à neuf présentations de situations en réunion.

Nous repérons une demande par mois et une absence de sollicitation pendant les mois des vacances d'été.

### 1) Identification et satisfaction des partenaires ayant eu recours à EO#ADO

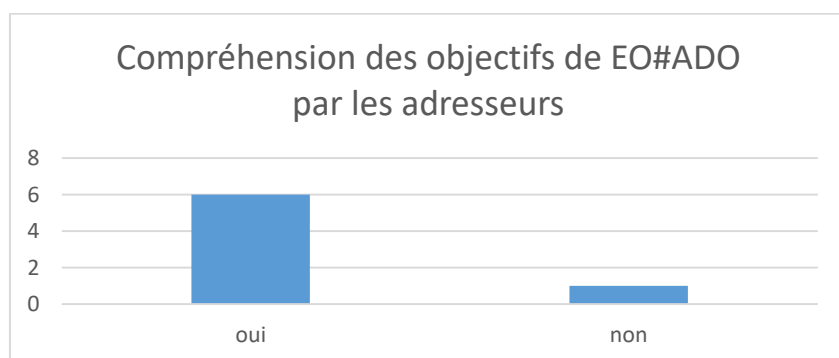
Une réflexion démographique sur les personnes ayant mobilisé EO#ADO nous apprend que les médecins exerçant en institution, ainsi que les représentants du milieu social sont majoritaires. Aucune demande n'émanait d'un médecin généraliste, et peu de se sont manifestés.



(Figure 13) Nombre d'adresseurs en fonction de leur profession

Parmi les 7 personnes ayant répondu au questionnaire, 3 sont les médecins psychiatres, 1 est médecin de l'éducation nationale, 2 sont assistantes sociales, et 1 est assistant socio-éducatif.

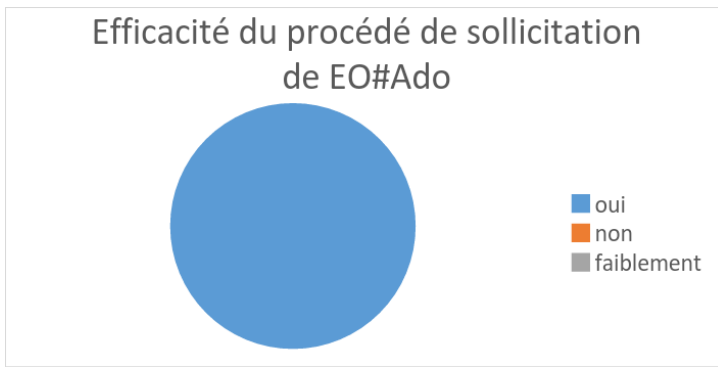
La médecine scolaire est peu interpellée par les jeunes pour lesquels nous avons été sollicités.



(Figure 14) Compréhension des objectifs de EO#ADO par les adresseurs

Les objectifs de ce jeune projet d'évaluation et d'orientation étaient clairs pour 6 des 7 partenaires qui y ont mobilisé l'équipe pour la situation d'un jeune.

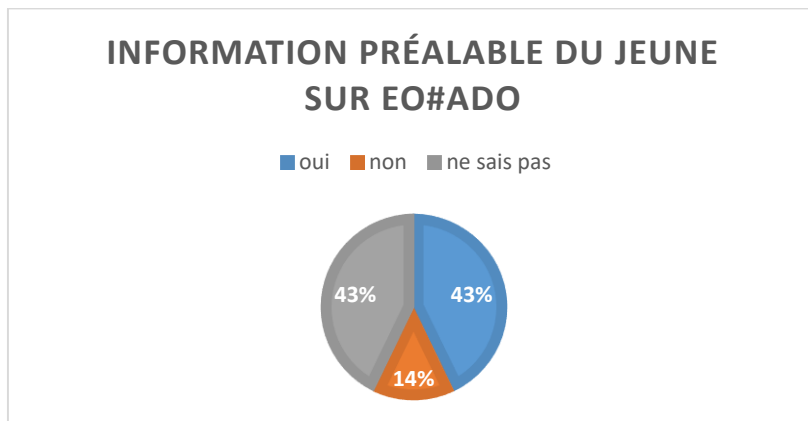
On peut penser que les réunions d'information ont permis une utilisation de l'outil de façon appropriée par les partenaires, qui déclarent majoritairement en avoir saisi les objectifs.



*(Figure 15) Efficacité perçue du procédé de sollicitation et satisfaction des partenaires eu recours à EO#ADO*

Les partenaires ont considéré unanimement que le procédé de sollicitation du dispositif était clair et efficace.

Les modalités de sollicitation sont claires et efficaces, pour rappel il s'agit de prendre contact avec l'assistante sociale coordinatrice qui recueille les données nécessaires à l'évaluation du jeune, et un seul fil rouge a jugé les modalités de fonctionnement insuffisamment compréhensibles/accessibles.

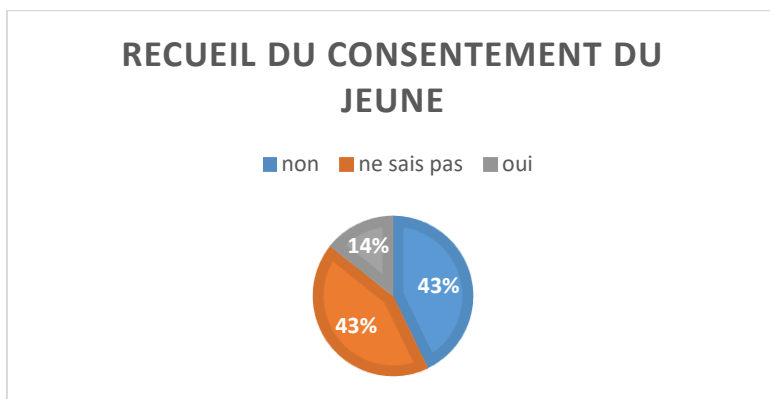


*(Figure 16) Pourcentage de jeunes ayant été informés du fonctionnement du dispositif et de la présentation de leur situation*

Nous comptabilisons 3 adresseurs déclarent avoir fourni au jeune des informations sur EO#ADO, 1 déclare ne pas avoir informé les jeunes et les autres ne savent pas répondre à la question.

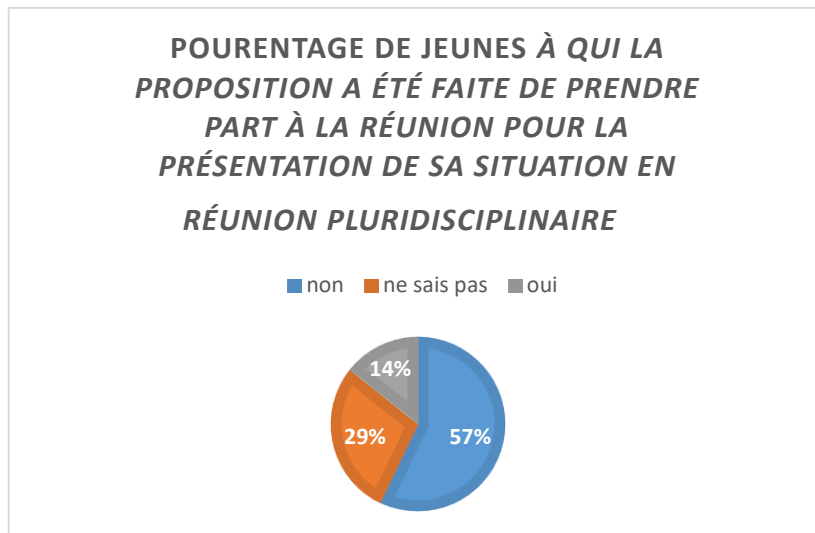
Nous constatons que le consentement du jeune n'a pas été systématiquement recueilli, il n'a pas été informé de la démarche à chaque fois.

Au-delà de l'information qui a été faite de façon inconstante aux jeunes, leur consentement n'a pas été rigoureusement recueilli, comme figuré sur la figure 17.



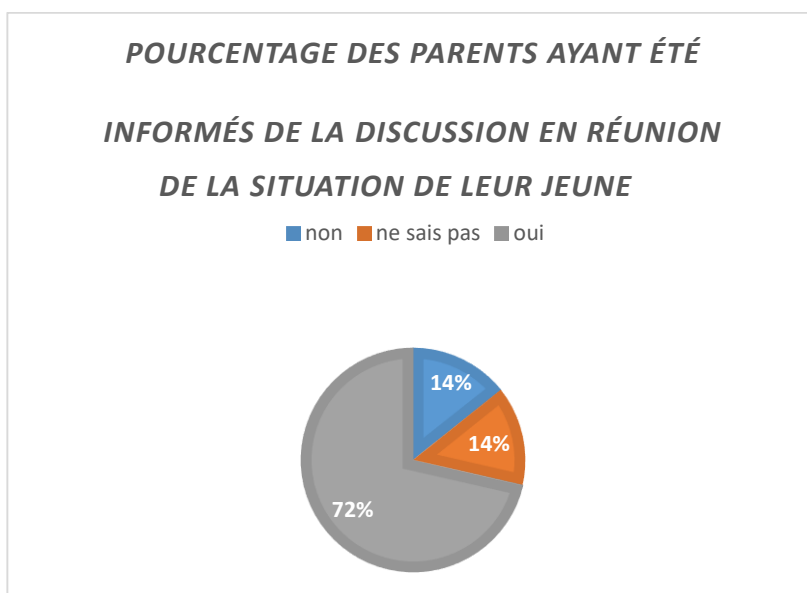
*(Figure 17) Nombre d'adresseurs déclarant avoir recueilli le consentement du jeune préalablement à la présentation de sa situation en concertation pluridisciplinaire*

Sur les 7 adresseurs, 2 ont recueilli le consentement du jeune, 3 ne l'ont pas fait et 2 ne savent pas si le consentement du jeune a été recueilli.



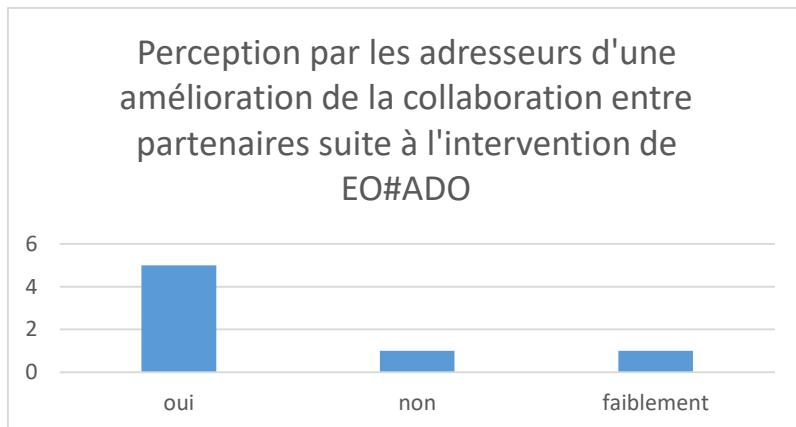
*(Figure 18) Pourcentage de jeunes à qui la proposition a été faite de prendre part à la réunion pour la présentation de sa situation en réunion pluridisciplinaire*

Seul 1 des adresseurs a proposé à l'adolescent de participer, la proposition n'a pas été faite par 4 d'entre eux et 2 déclarent ne pas savoir.



*(Figure 19) Pourcentage des parents ayant été informés de la discussion en réunion de la situation de leur jeune*

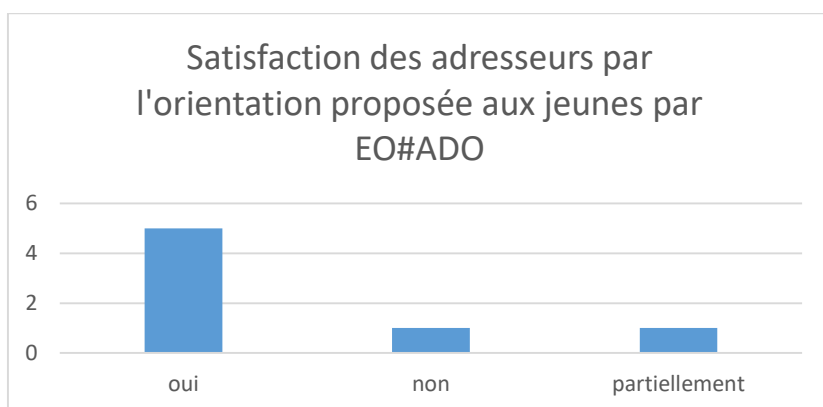
En effet 3 adresseurs ont recueilli le consentement des parents, 2 ne l'ont pas fait et 2 ne savent pas si le consentement a été recueilli.



*(Figure 20) Perception par les adresseurs d'une amélioration de la collaboration entre partenaires suite à l'intervention de EO#ADO*

Dans 6 situations sur 7, EO#ADO a permis une amélioration de la collaboration entre partenaires, et 1 partenaire a jugé cette amélioration faible.

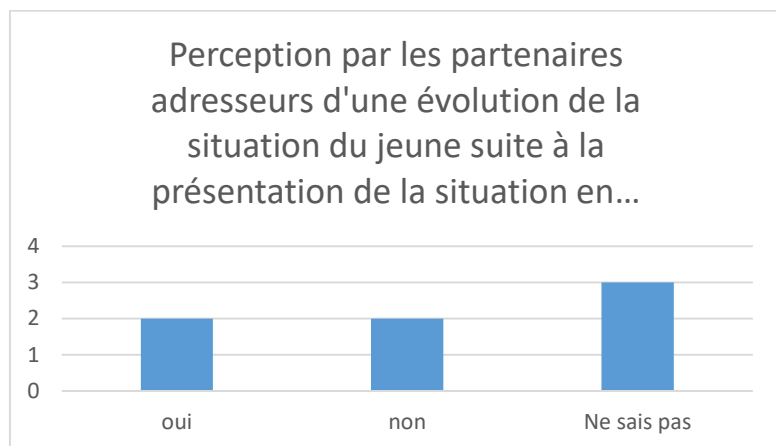
Donc une amélioration de la collaboration est perçue le plus souvent, de façon plus ou moins importante.



*(Figure 21) Satisfaction des adresseurs suite à l'orientation proposée pour les jeunes par EO#ADO*

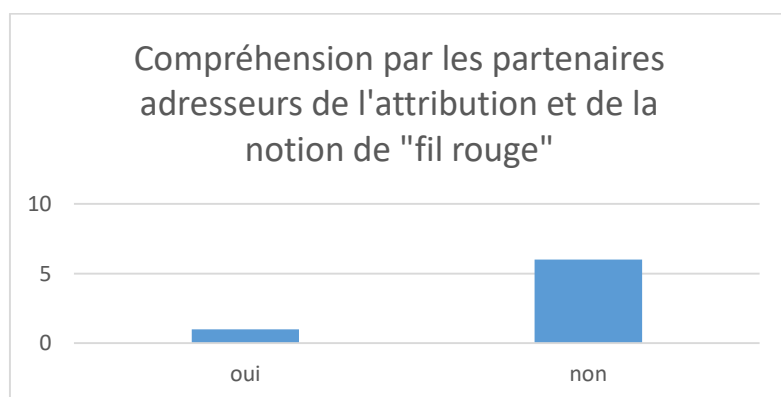


Les partenaires qui ont fait appel à EO#ADO ont été majoritairement satisfaits de la réponse apportée à l'occasion de la concertation hebdomadaire : 5 ont été satisfaits, 1 personne a été partiellement satisfaite et 1 autre n'a pas été satisfaite.



(Figure 22) Perception par les partenaires adresseurs d'une évolution de la situation du jeune suite à la présentation de la situation en réunion EO#ADO.

Parmi les adresseurs, 2 estiment que la situation du jeune a évolué grâce à l'intervention EO#ADO, 2 estiment qu'au contraire le dispositif n'a pas permis d'évolution. Ainsi, EO#ADO est aidant dans les situations des jeunes, bien que ces situations n'aient pas évolué systématiquement suite à l'orientation proposée en réunion (ou pas encore au moment de la diffusion du questionnaire).

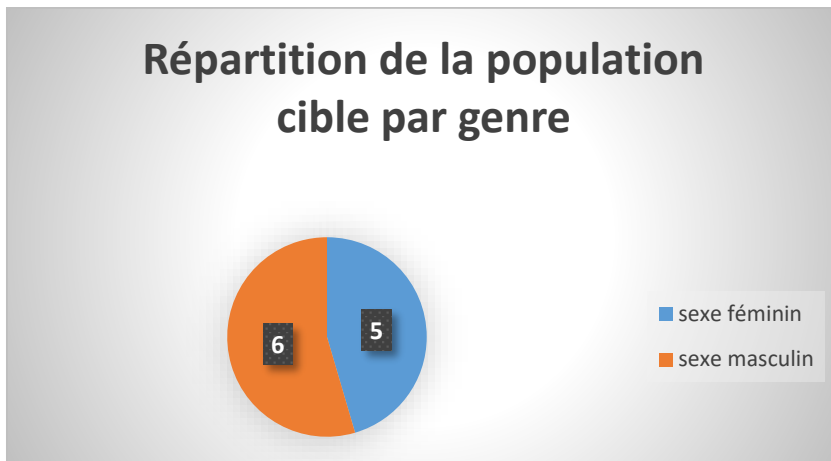


(Figure 23) compréhension par les partenaires adresseurs de l'attribution et de la notion de fil rouge

Le suivi de l'évolution du jeune dans le parcours préconisé en réunion revient à la personne établie « fil rouge ». Comme nous venons de le constater, ce suivi semble faire défaut. En effet, 6 personnes sur les 7 ayant répondu au questionnaire n'étaient pas informées de leur statut de « fil rouge ». La notion de fil rouge est inconnue par les personnes concernées probablement à cause d'un manque d'information en amont. Il en résulte que la personne n'est pas à même de remplir cette fonction de recueil de décision et restitution à la famille et au jeune, pourtant nécessaire à la continuité de l'accompagnement. Le risque est alors un défaut dans l'établissement du maillage, avec perte d'information et, à l'extrême, reproduction d'un schéma de rupture avec nouvelle perte de vue du jeune.

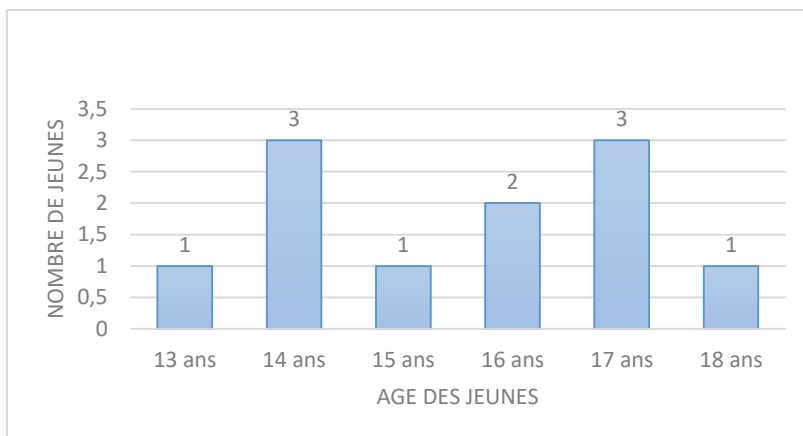
## **2) Caractéristiques sociodémographiques et devenir des jeunes évalués par EO#ADO**

La deuxième partie du recueil de données mené auprès de la coordinatrice visait à mieux connaître la population cible du dispositif.



(Figure 24) Répartition de la population cible par genre

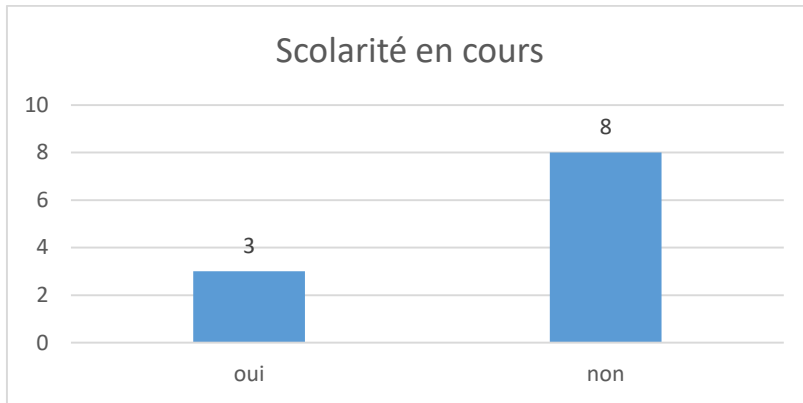
On constate que la population cible de EO#ADO est mixte, avec sur les 11 situations, 6 garçons et 5 filles.



(Figure 25) Répartition de la population cible en fonction de l'âge.

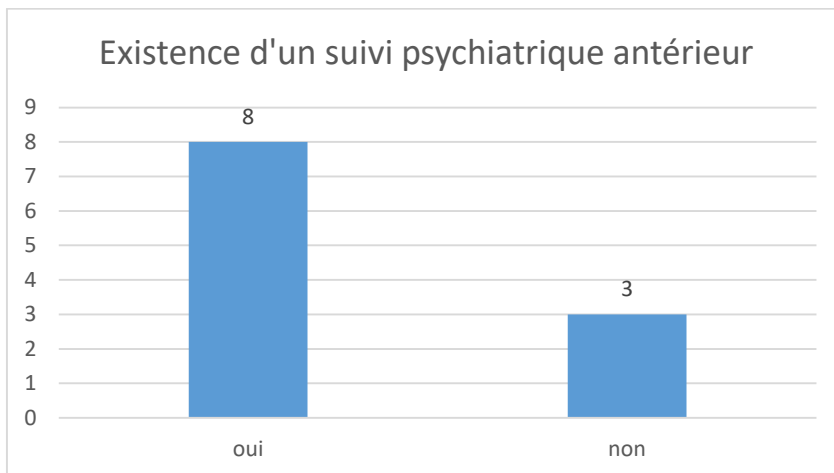
Seuls les âges médians sont représentés. On ne constate pas de représentation des âges extrêmes de la fourchette fixée.

Certains jeunes sont déjà suivis par la psychiatrie adulte et donc ne seront donc pas présentés en réunion de concertation pluridisciplinaire.



(Figure 26) nombre de jeunes en fonction de leur statut scolaire

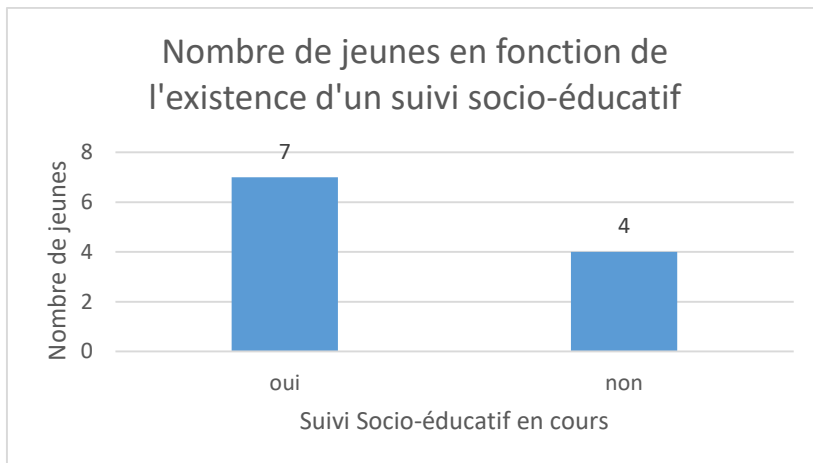
On identifie un fort taux de déscolarisation : ce phénomène concerne 8 jeunes sur 11, et seulement 3 sont scolarisés au moment du recueil de données.



(Figure 27) Nombre de jeunes en fonction de l'existence d'un suivi psychiatrique antérieur

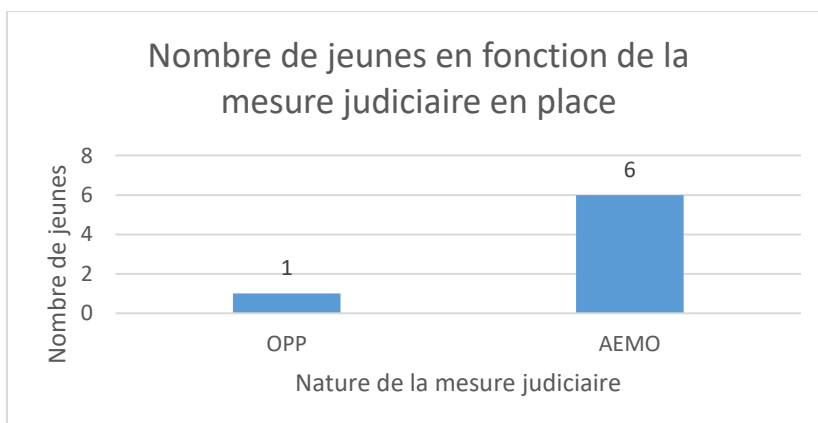
Concernant les antécédents psychiatriques : 8 jeunes sur 11 ont bénéficié par le passé d'un suivi en santé mentale, dont une hospitalisation pour bouffée délirante aiguë, et une hospitalisation à temps complet pour des troubles du comportement. Seulement 3 n'ont jamais été suivis en psychiatrie avant la sollicitation de EO#ADO.

On observe donc une majorité de jeunes ayant déjà bénéficié de soins psychiques parmi ceux nécessitant une nouvelle orientation et ayant inquiété leurs interlocuteurs sociaux ou scolaires.



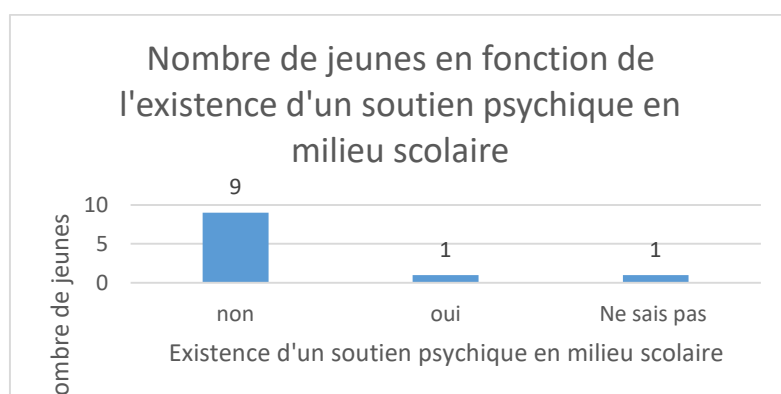
(Figure 28) Nombre de jeunes en fonction de l'existence d'un suivi socio-éducatif

Sur les 11 jeunes adressés à EO#ADO, 7 bénéficient d'un suivi socio-éducatif au moment du recueil des données, et seulement 3 n'en bénéficient pas.



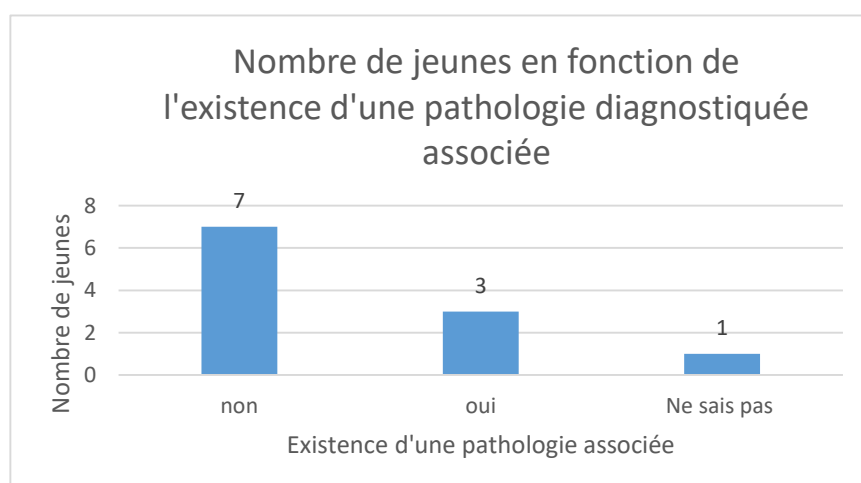
(Figure 29) Nombre de jeunes en fonction de la mesure judiciaire en place

Parmi les 7 jeunes suivis par les services sociaux (UTPAS), 1 bénéficie d'une mesure d'Ordonnance de Placement Provisoire (OPP) et 6 d'une mesure d'Aide Éducative en Milieu Ouvert (AEMO).



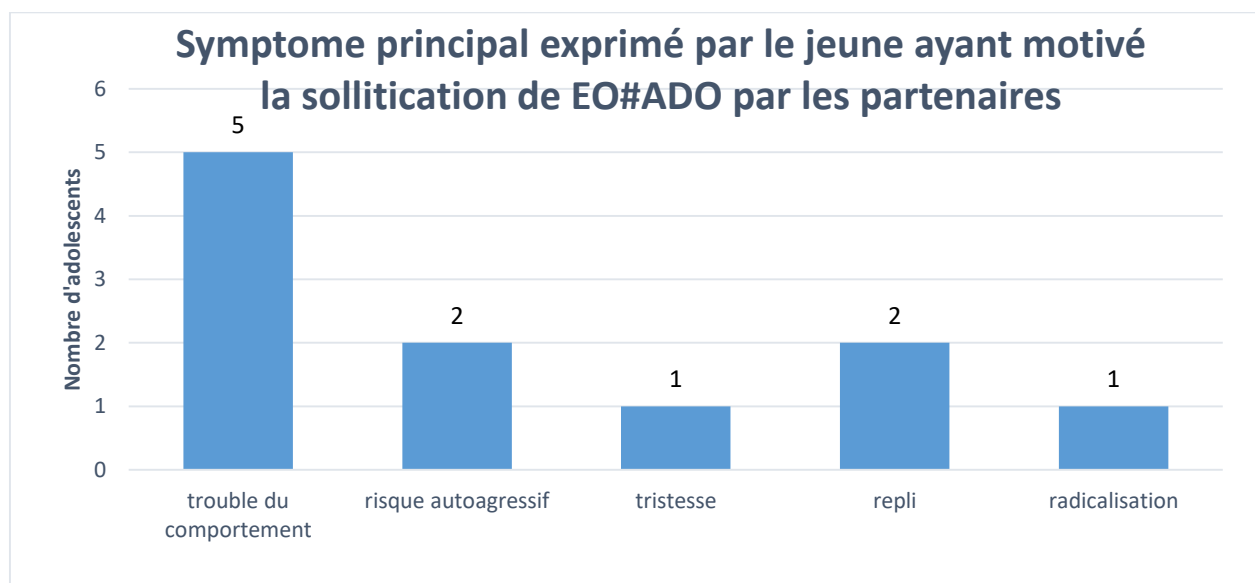
(Figure 30) Nombre de jeunes en fonction de l'existence d'un soutien psychique en milieu scolaire.

Seul 1 jeune bénéficiait d'un soutien et accompagnement psychiques en milieu scolaire au moment du recueil des données et celui-ci était effectué par l'infirmière scolaire.



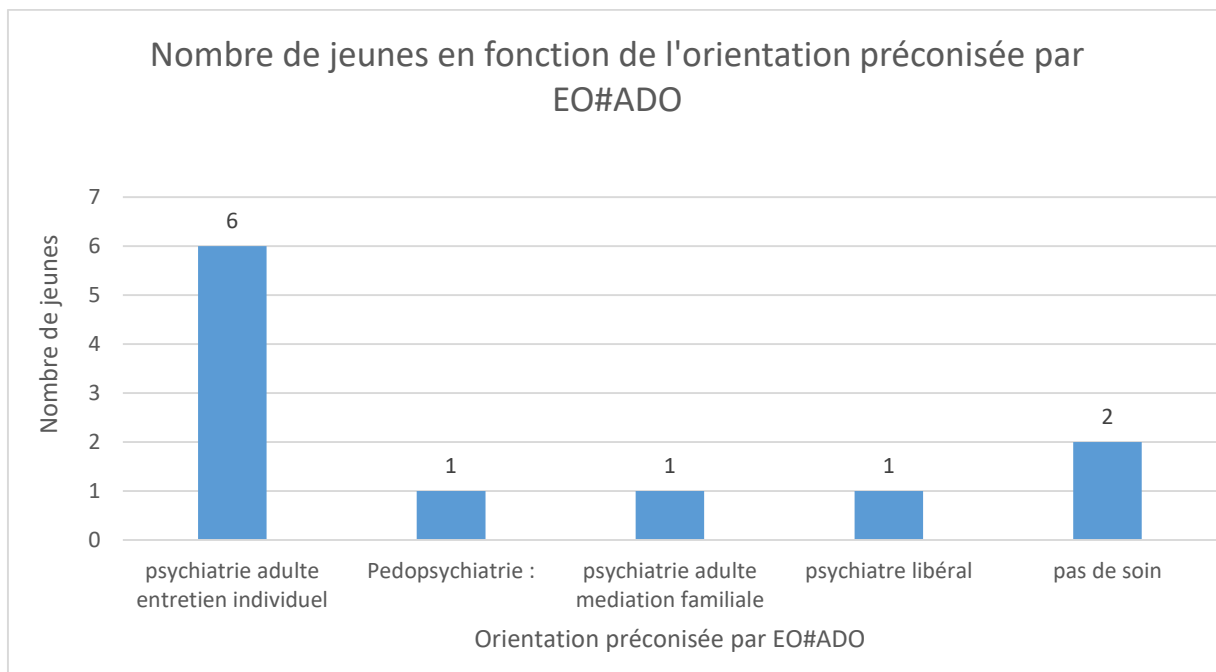
(Figure 31) Nombre de jeunes en fonction de l'existence d'une pathologie associée

Parmi les 11 jeunes, 7 ne sont pas atteints d'une pathologie associée, 3 ont respectivement des diagnostics de diabète, TDAH non traité et encoprésie.



(Figure 32) nombre de jeunes en fonction du symptôme principal ayant alerté les partenaires et entraîné la sollicitation de EO#ADO

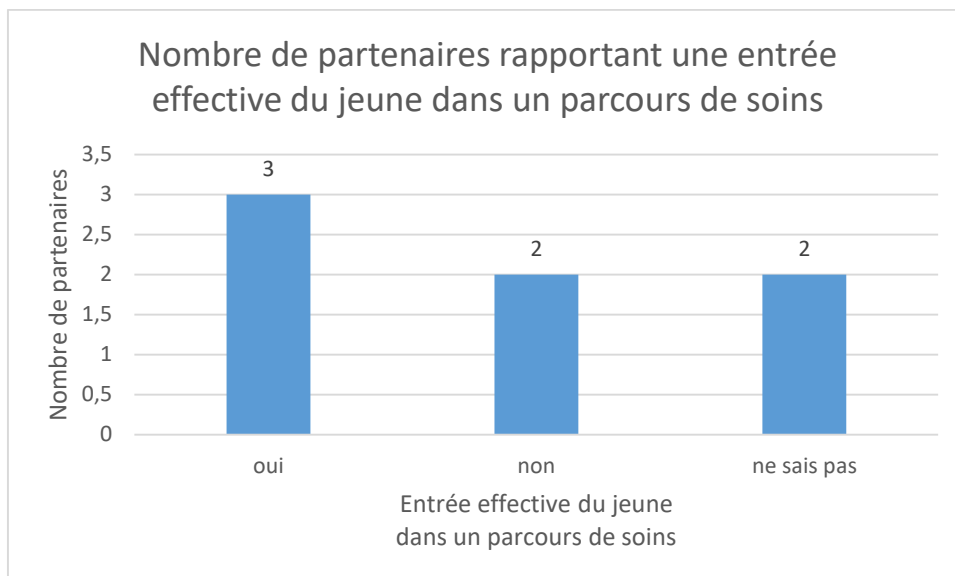
Pour chacun des jeunes, il y avait plusieurs comportements ou attitudes inquiétants, jamais de « symptôme unique ». Parmi les symptômes associés cités, on retrouvait les passages à l'acte auto-agressifs ou mises en danger, le repli sur soi, le trouble phobique, la crainte d'une radicalisation par l'entourage, des troubles du comportement oppositionnels ou violents, des conduites d'errance, des crises clastiques, des idées de persécution.



(Figure 33) Orientation préconisée par EO#ADO suite à la réunion de concertation

Dans le contexte du démarrage du dispositif, nous avons constaté que pour 6 jeunes l'évaluation n'avait pas été réalisée avant la présentation en réunion de la situation. Cette évaluation a été réalisée dans un second temps par un infirmier du secteur de psychiatrie adulte, ces soignants étant plus familiers de l'utilisation de l'outil d'évaluation. L'orientation EO#ADO a été dans ces cas-là « psychiatrie adulte : évaluation ». Trois jeunes ont été orientés vers le soin immédiatement : 1 vers la psychiatrie adulte, 1 vers la pédopsychiatrie et 1 vers un psychiatre libéral. Deux n'ont pas été orientés vers le soin mais vers un accompagnement socio-éducatif.





*(Figure 34) Nombre de partenaires adresseurs rapportant une entrée dans un parcours de soins pour les jeunes présentés via EO#ADO*

La figure 34 illustre qu'une entrée dans un parcours de soins est rapportée par les adresseurs concernant 3 jeunes. Les partenaires rapportent que 2 ne sont pas entrés dans les soins, et 2 adresseurs ne savent pas ce qu'il en est.

## XI : Discussion

EO#ADO propose un cadre propice au travail en collaboration partenariale, sous la forme d'une rencontre hebdomadaire des partenaires de terrain qui côtoient les jeunes régulièrement et du corps médical psychiatrique, pour proposer une orientation du jeune vers le meilleur interlocuteur en fonction de sa problématique. Le but est un accès précoce aux soins de santé mentale pour les 12-21ans identifiés comme fragiles sur ce plan en vue de prévenir une installation de la pathologie psychiatrique chronique, avec tous les effets délétères connus sur le fonctionnement social.

P. Fusar-Poli montre que pour les jeunes identifiés comme « à risque » ou « fragiles », le risque de transition vers un état psychotique pathologique est maximum dans les trois années suivant l'apparition des signes précoces, c'est donc sur cette durée qu'il semble judicieux de proposer un accompagnement (85).

Au cours de sa première année d'existence, le dispositif a été sollicité pour onze jeunes quand on attendait trente situations à évaluer par mois. Les jeunes concernés avaient pour la plupart bénéficié d'un suivi psychique antérieurement. On doit se demander si un relais anticipé vers la psychiatrie adulte aurait pu prévenir l'aggravation ou l'installation du trouble qui nécessite ce jour l'évaluation de jeune par une équipe de psychiatrie.

Pour ces onze jeunes, les adresseurs étaient des médecins psychiatres, éducateurs ou psychologues. L'absence des médecins généralistes et infirmières scolaires pourrait contribuer à expliquer cette faible utilisation du dispositif. L'absence

de campagne d'information auprès de nos confrères médecins traitants semble suffire à expliquer que ces derniers n'aient pas utilisé EO#ADO. Afin d'améliorer la collaboration avec eux, il est prévu à court terme de systématiser l'envoi d'un courrier au médecin traitant spécifiant que son patient a bénéficié d'une évaluation psychiatrique, et à moyen/long terme une formation sera prévue avec les médecins pour leur présenter le dispositif et les enjeux du trouble émergeant chez les adolescents.

On constate que la population cible est majoritairement constituée de jeunes mineurs. On peut dès lors se demander si l'absence de jeunes adultes est liée aux « adresseurs » : les majeurs sont moins scolarisés, ou moins suivis par les services sociaux, ils auraient donc moins de chances d'être repérés et adressés vers EO#ADO.

Toujours dans l'idée d'améliorer le repérage précoce des jeunes en situation de fragilité, la formation de pairs ados sur le même modèle que les pairs experts d'expérience est une piste envisagée. Cette initiative nécessiterait le volontariat de la personne, et sa formation à cette fonction de pair accompagnant.

Suite à l'identification et à la réflexion autour des situations de jeunes, l'orientation en pluridisciplinarité s'est faite dans six cas sur onze vers l'évaluation du jeune par un infirmier de service de psychiatrie adulte. C'est une limite imputable probablement à l'effet « mise en route » du dispositif puisque la charte de fonctionnement de EO#ADO prévoit que cette évaluation soit réalisée, si la demande est portée par un soignant, en amont de la présentation. Cela deviendra réalisable en pratique dès lors que toutes les équipes partenaires maîtriseront l'outil d'évaluation commun, ce qui

serait permis par plusieurs temps d'échange entre équipes. Le cas échéant elle est pratiquée suite à la réunion de concertation.

Parmi les orientations, on remarque que deux jeunes seulement n'ont pas été orientés vers les soins. On pourrait interpréter cela comme une bonne primo-évaluation, assez juste, des partenaires qui n'auraient sollicité le dispositif majoritairement que pour des jeunes ayant effectivement des besoins de soins. Cependant EO#ADO n'a pas vocation à adresser les jeunes exclusivement vers la psychiatrie, mais à leur permettre d'être mis en contact avec le meilleur interlocuteur, que cette réponse soit d'ordre social, médical, psychologique, qu'il s'agisse d'une démarche de prévention ou tout simplement d'information.

Le dispositif vient donc servir les jeunes en leur permettant un accès aux soins, mais il vient aussi proposer un avis spécialisé aux partenaires qui leur permet d'être confortés dans leur décision d'adressage. De cette façon, EO#ADO renforce les liens entre partenaires et confirme la nécessité d'un travail en réseau des différents intervenants qui permet une mutualisation des compétences.

Afin de faire vivre le dispositif il est capital d'entretenir les relations entre les différents acteurs, une charte est donc en cours d'écriture afin de pérenniser le réseau partenarial entre institutions.

La formation des soignants des équipes partenaires est nécessaire pour un screening au plus fin, l'utilisation d'une échelle standardisée comme le MINI permettra de limiter les biais d'interprétation. Le choix de l'évaluation pré-discussions EO#ADO pourrait être questionné. Il existe en effet d'autres outils comme la SIPS (structured interview prodromal syndromes, McGlashan (87)) ou la CAARMS (Comprehensive Assessment of At Risk Mental State, McGorri (88)), qui sont spécifiquement conçus

pour le dépistage d'un « état mental à risque ». Le MINI présente l'avantage de rechercher des troubles psychiques peu spécifiques, ce qui répond à l'objectif du dispositif.

Concernant les réunions, le risque est une confusion entre réunion de concertation et d'orientation d'une part, et « réunion cas complexes » d'autre part. Il s'agit de définir clairement les indications afin d'éviter la dérive de la « réunion cas complexes ». Ces dernières permettent une réflexion et une amélioration de l'organisation du projet déjà engagé du jeune, au sein des multiples organisations mobilisées autour de ce jeune. Pour leur part, les réunions EO#ADO concernent l'accès des jeunes aux structures adaptées à leurs besoins et ne permettent pas la modification d'un parcours déjà engagé, mais la mise en place d'un accompagnement approprié.

Par ailleurs, on constate un flou sur le devenir des jeunes. Globalement la notion de « fil rouge » n'est pas assurée par les personnes concernées. Le fil rouge est souvent dans l'ignorance de sa fonction de fil rouge, ce qui ne lui permet pas d'assurer la continuité dans l'accompagnement du jeune vers le soin psychique et d'effectuer le retour post-évaluation, notamment à la famille et au médecin traitant. Or c'est précisément cette continuité, recherchée par EO#ADO, entre les différents interlocuteurs du jeune qui fait défaut dans le système de soins actuel où les acteurs travaillent dans une dynamique de relais plus que de réseau (86).

Il est capital de maintenir une continuité entre les intervenants auprès du jeune. Comme nous le constatons, huit jeunes sur les onze évalués ont été suivis en psychiatrie par le passé mais ne le sont plus. C'est une rupture à éviter, et c'est toute

la question du parcours de soins, de la transition de la psychiatrie infanto-juvénile à la psychiatrie adulte, et donc du travail en réseau.

Nous pouvons nous demander si le dispositif n'est pas surmédicalisé, dans la perspective d'un travail en collaboration entre tous les acteurs du territoire. En effet les services de psychiatrie sont très représentés. Dans la perspective exclusive de la facilitation de l'accès aux soins, cela semble cohérent. Cependant le dispositif ne vise pas exclusivement à faire entrer les jeunes dans les soins, mais à les orienter vers le meilleur interlocuteur.

De nombreux points prometteurs sont à noter, principalement la présence soutenue des principaux partenaires, et des pistes d'évolution comme la communication auprès des médecins généralistes, la formation effective des partenaires à l'outil d'évaluation ou encore la prochaine implication accrue des soignants de l'Education nationale. En effet il est prévu suite à la rédaction d'une charte que les IDE scolaires et les médecins de l'Education Nationale puissent réaliser l'évaluation des adolescents les ayant alerté, et se détacher de leurs établissements d'affectation pour venir en réunion hebdomadaire EO#ADO présenter ces situations. Grâce à ces initiatives, il est escompté que le dispositif prenne de l'ampleur afin de remplir sa mission au mieux.

## XII : Conclusion

Cette thèse a pour ambition d'analyser le fonctionnement au cours de la première année de mise en place du projet EO#ADO, qui vise à favoriser l'accès précoce aux soins de santé mentale pour les jeunes âgés de 12 à 21 ans grâce à un travail de collaboration entre partenaires des milieux médical, médico-social et scolaire sur le territoire. Nos objectifs sont de mieux connaître nos partenaires adresseurs, de mieux identifier les jeunes concernés par le dispositif, et d'évaluer la satisfaction perçue par les partenaires adresseurs.

Le questionnaire de satisfaction diffusé à nos partenaires adresseurs indique que le projet est perçu comme satisfaisant en ce qui concerne le mode de sollicitation, les objectifs, les propositions d'orientation, l'évolution permise pour les jeunes et l'amélioration des relations entre partenaires.

Les adresseurs sont des professionnels de santé ou des professionnels du champ médico-social exerçant en institution. Ils ont peu investi la fonction de "fil rouge" ou "case-manager", et la position par rapport à la question de l'information et du consentement n'est pas claire pour eux.

Les jeunes concernés ont pour la plupart déjà bénéficié d'un accompagnement psychique, et sont suivis par les services sociaux. Les motifs d'alerte du dispositif sont variés, le point commun étant un défaut d'accès aux soins.

Ce dispositif expérimental d'application des recommandations actuelles de repérage précoce et de facilitation d'accès aux soins psychiques pour les jeunes permet de resserrer les liens entre les partenaires et d'évaluer sur le plan

psychiatrique des jeunes qui ne seraient pas venus aux soins spontanément. Ce sont des résultats encourageants.

Il serait intéressant de suivre l'évolution quantitative au cours des prochaines années des cohortes de 12-21 ans en psychiatrie pour savoir si cette tranche d'âge devient plus représentée dans la file active.

Un appel à projet a été soumis auprès de la Fondation de France afin d'obtenir des moyens financiers. Les deux objectifs principaux sont d'une part la formation des IDE scolaires à la clinique adolescente, et d'autre part l'intervention d'un médecin auprès des 100 médecins généralistes du secteur pour leur présenter les particularités sémiologiques de la clinique psychiatrique adolescentes et les informer sur l'existence de EO#ADO afin qu'ils puissent intégrer cet outil à leur pratique. En effet, ils ont une place à prendre au sein du dispositif en tant que médecin traitant et de famille connu et de confiance et ayant plus régulièrement contact avec les jeunes, et en tant que coordinateur du parcours de soins.



## XIII : Bibliographie

1. Ménigoz A. Comment accompagner les adolescents vers les soins psychiques ? Rôle du médecin scolaire, Summary. *Enfances & Psy* [Internet]. 1 mars 2006 [cité 26 févr 2018];no 30(1):92-100. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2006-1-page-92.htm>
2. Esman AH. [Mood disorders in adolescence]. *Psychiatr Enfant*. 1990;33(1):93-111. Disponible sur: <http://europepmc.org/abstract/med/2277819>
3. Jeammet P. Spécificités de la psychothérapie psychanalytique à l'adolescence, Summary. *Psychothérapies*. 2002;22(2):77-87. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2002-2-page-77.htm>
4. Rouillon F. Épidémiologie des troubles psychiatriques. /data/revues/00034487/01660001/07003204/ [Internet]. 4 févr 2008; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/69341>
5. OMS | Adolescents: risques sanitaires et solutions [Internet]. WHO. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/fr/>
6. Masson E. Épidémiologie des maladies mentales [Internet]. EM-Consulte. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/1084352/epidemiologie-des-maladies-mentales>
7. PEDOPSYCHIATRIE ENFANTS ET ADOLESCENTS - SANTE MENTALE.pdf . Disponible sur: [https://www.psychanalyse.com/pdf/PEDOPSYCHIATRIE%20ENFANTS%20ET%20ADOLESCENTS%20-%20SANTE%20MENTALE%20\(37%20Pages%20-%202022,2%20Mo\).pdf](https://www.psychanalyse.com/pdf/PEDOPSYCHIATRIE%20ENFANTS%20ET%20ADOLESCENTS%20-%20SANTE%20MENTALE%20(37%20Pages%20-%202022,2%20Mo).pdf)
8. OMS | La santé mentale: renforcer notre action [Internet]. WHO. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>
9. Lewinsohn PM, Klein DN, Seeley JR. Bipolar disorders in a community sample of older adolescents: prevalence, phenomenology, comorbidity, and course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. avr 1995;34(4):454-63.
10. Johnson GFS, Leeman MM. Analysis of Familial Factors in Bipolar Affective Illness. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1 sept 1977 [cité 9 mars 2018];34(9):1074-83. Disponible sur: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/491784>
11. Ambelas A. Causable mania (reactive, puerperal, secondary, life event related). The development of an idea. *Acta Psychiatr Scand*. mars 1987;75(3):225-30.
12. Roy A. Parental loss in childhood and onset of manic-depressive illness. *Br J Psychiatry*. janv 1980;136:86-8.
13. Carlson GA, Bromet EJ, Sievers S. Phenomenology and outcome of subjects with early- and adult-onset psychotic mania. *Am J Psychiatry*. févr 2000;157(2):213-9.
14. Krebs M-O. Détection et intervention précoce : un nouveau paradigme. *Annales Medico Psychologiques*. janv 2018;176(1):65-9.
15. Krebs M-O, Canceil O. Détection précoce des troubles psychotiques : enjeux de la mise en place d'un réseau de soins, Abstract. *Revue française des affaires sociales* [Internet]. 2004 [cité 9 mars 2018];(1):91-102. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2004-1-page-91.htm>
16. Guide\_Souffrance\_psy\_Enfant\_ado\_2014.pdf [Internet]. [cité 26 févr 2018]. Disponible sur: [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide\\_Souffrance\\_psy\\_Enfant\\_ado\\_2014.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_Souffrance_psy_Enfant_ado_2014.pdf)

17. Hénin M, Alexandre C, Agboli K, Desserprix V, Vernet A. L'équipe mobile auprès des adolescents en difficulté du Cher, A mobile team dealing with adolescents from Cher. *L'information psychiatrique* [Internet]. 28 mars 2013 [cité 9 mars 2018];me 89(2):151-7. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2013-2-page-151.htm>
18. Braconnier A. Construction des liens et continuité des soins à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* [Internet]. sept 2009 [cité 14 mars 2018];57(6):464-7. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0222961709000968>
19. Demouveau I, Riehl V, Debien C. Les enjeux de la rencontre aux urgences et de la première hospitalisation dans la prise en charge des premiers épisodes psychotiques. [Texte imprimé] : étude rétrospective sur 74 patients à Lille et Valenciennes. [S.l.] : [s.n.], 2010.; 2010.
20. Baudier F, Pallais-Baudier P. Santé mentale des jeunes : perception et prise en charge par les adultes des établissements scolaires, Summary. *Santé Publique* [Internet]. 2005 [cité 26 févr 2018];17(3):429-42. Disponible sur: [https://www.cairn.info/resume.php?ID\\_ARTICLE=SPUB\\_053\\_0429](https://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=SPUB_053_0429)
21. pathologie psychiatrique de l'adolescent et scolarite--WpR5fH8AAQEAAAC6IIgAAAAD-a.pdf [Internet]. [cité 26 févr 2018]. Disponible sur: [http://www.jle.com/download/mtp-265166-pathologie\\_psychiatrique\\_de\\_ladolescent\\_et\\_scolarite--WpR5fH8AAQEAAAC6IIgAAAAD-a.pdf](http://www.jle.com/download/mtp-265166-pathologie_psychiatrique_de_ladolescent_et_scolarite--WpR5fH8AAQEAAAC6IIgAAAAD-a.pdf)
22. Code de l'action sociale et des familles.
23. Scolarisation des enfants malades - La scolarisation des enfants malades - Éduscol [Internet]. [cité 9 mars 2018]. Disponible sur: <http://eduscol.education.fr/cid53567/la-scolarisation-des-enfants-malades.html>
24. LA SANTÉ SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE | Travaux Publiés | Travaux du CESE [Internet]. [cité 26 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.lecese.fr/travaux-publies/la-sante-scolaire-et-universitaire>, <http://www.lecese.fr/travaux-publies/la-sante-scolaire-et-universitaire>
25. Ministère de l'emploi et de la solidarité, HCSP H comité de la santé publique. La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes [Internet]. Paris: Ministère de l'Emploi et de la Solidarité; 2000. 76 p. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/014000155/index.shtml>
26. Monod G. Équipe mobile et scolarité. La prophétie autoréalisatrice de la pathologie mentale. *Pratiques en santé mentale* [Internet]. 2016 [cité 26 févr 2018];62e année(4):13-6. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2016-4-p-13.htm>
27. Alvin P, Gasquet I, Tournemire R de, Nouyrigat V, Speranza M. Les adolescents aux urgences hospitalières. À propos d'une enquête menée à l'AP-HP. /data/revues/02229617/v0050i08/02001642/ [Internet]. [cité 26 févr 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/13294>
28. Les représentations sociales du « fou » du « malade mental » et du « dépressif » - Réseau Prisme [Internet]. [cité 26 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.documentation-sociale.org/base-prisme/44071/>
29. Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? : Suivi psychologique de l'adolescent / How to tackle the teenager in general practice ? : Psychological follow-up of the adolescents. *La Revue du praticien* (Paris). 2005;(10):1073.
30. World Health Organization. Rapport sur la sante dans le monde 2001 : La sante mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. 2001;

31. française LD. La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes [Internet]. [cité 26 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/014000155/index.shtml>
32. Partenariat entre médecins généralistes et équipes de soins en santé mentale. Auteur : Catherine Rouger. Disponible sur: <http://www.comssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/pdf/CatherineRouger.pdf>
33. Trojak B, Barra J, Milleret G. Trojak B, Barra JD, Milleret G. Les médecins généralistes regardent la psychiatrie. *Nervure* 2004 ; 17 : 2-3. *Nervure*. 2004;17:2-3.
34. Prati A, Parmentier J-M. Place de la santé mentale en médecine générale. [Texte imprimé] : enquête auprès des médecins généralistes du secteur de Villeneuve d Ascq(59G11). [S.l.] : [s.n.], 2013.; 2013.
35. Organisation de l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt129.pdf>
36. Jeunes en grande difficulté: prise en charge concertée des troubles psychiques. Auteurs : Direction de la protection judiciaire de la jeunesse Direction générale de la santé Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins Direction générale de l'action sociale. Disponible sur: [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapp\\_mineurs.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapp_mineurs.pdf)
37. Choquet M, Hassler C. La santé des jeunes de 14 à 20 ans pris en charge par la Protection judiciaire de la jeunesse. *Les Cahiers Dynamiques* [Internet]. 2009;(44):27-30. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-dynamiques-2009-2-page-27.htm>
38. Mission d'Appui PJJ/Psychiatrie. DIRECTION DE LA PROTECTION JUDICIAIRE DE LA JEUNESSE et SOUS-DIRECTION DES MISSIONS DE PROTECTION JUDICIAIRE ET D'EDUCATION. Disponible sur: [http://www.justice.gouv.fr/\\_telechargement/dpjj/lettre-info-note-orientation/recherche/PDF/7\\_Rapport\\_Mission\\_d\\_appui\\_PJJ\\_Psychiatrie.pdf](http://www.justice.gouv.fr/_telechargement/dpjj/lettre-info-note-orientation/recherche/PDF/7_Rapport_Mission_d_appui_PJJ_Psychiatrie.pdf)
39. La santé des personnes entrées en prison en 2003 - Études et résultats - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 26 févr 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-sante-des-personnes-entrees-en-prison-en-2003>
40. GARCIN V. Douze ans d'expérience d'un travail de secteur en équipe mobile auprès d'adolescents : Quels changements sur les représentations ? Quels résultats sur les activités ? *L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE*. 1 mai 2016;92(5):357-64.
41. brochure\_ados\_comment\_ca\_va.pdf [Internet].. Disponible sur: [https://www.tabac-info-service.fr/var/storage/upload/29.brochure\\_ados\\_comment\\_ca\\_va.pdf](https://www.tabac-info-service.fr/var/storage/upload/29.brochure_ados_comment_ca_va.pdf)
42. Annuaire des CMP [Internet]. [cité 26 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/annuaire-des-CMP>
43. CONSTITUTION DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Disponible sur: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_fr.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf)
44. Organisation de l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale. R.Mas. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt129.pdf>
45. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er347.pdf>

46. Marcelli D. [Suicide and depression in adolescents]. Rev Prat [Internet]. sept 1998;48(13):1419-23. Disponible sur: <http://europepmc.org/abstract/med/10050620>
47. Référentiel de Psychiatrie et Addictologie Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie . Disponible sur: [http://www.asso-aesp.fr/wp-content/uploads/2014/11/Referentiel\\_2eme.pdf](http://www.asso-aesp.fr/wp-content/uploads/2014/11/Referentiel_2eme.pdf)
48. Häfner H, Maurer K, Ruhrmann S, Bechdolf A, Klosterkötter J, Wagner M, et al. Early detection and secondary prevention of psychosis: facts and visions. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. avr 2004;254(2):117-28.
49. Surault P. [Mental health and social determinants]. L'encephale. 2010;36(3 Suppl):27-32.
50. Coldefy M, Fur PL, Lucas-Gabrielli V, Mousquès J. Une mise en perspective de l'offre de soins des secteurs de psychiatrie générale et du recours à la médecine générale, Review of current health care in the general psychiatry sectors and of access to general medicine. Pratiques et Organisation des Soins [Internet]. 2009 [cité 26 févr 2018];40(3):197-206. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2009-3-page-197.htm>
51. Plancke L. Psy.Brèves n°10, avril 2016. Troubles mentaux et souffrance psychique, l'offre de soins dans les Hauts-de-France. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/081-psy-breves-nd10-avril-2016-troubles-mentaux-souffrance-psychique-lroffre-soins-hauts-france.html>
52. atlas\_de\_la\_demographie\_medicale\_2016.pdf [Internet]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_de\\_la\\_demographie\\_medicale\\_2016.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf)
53. Disparités régionales en santé mentale et psychiatrie. La situation en Nord - Pas-de-Calais, juin 2013 [Internet]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/095-disparites-regionales-sante-mentale-psychiatrie-situation-nord-pas-calais.html>
54. Le recours aux psychiatres libéraux dans le Nord-Pas-De-Calais. F2RSM. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/10083.pdf>
55. Enquête « Place de la santé mentale en médecine générale » [Internet]. CCOMS. [cité 26 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/?q=enqu%C3%AAt%C2%AB%C2%A0place-de-la-sant%C3%A9-mentale-en-m%C3%A9decine-g%C3%A9n%C3%A9rale%C2%A0%C2%BB>
56. Charte de partenariat Médecine générale et Psychiatrie de secteur [Internet]. [cité 12 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/549-charte-partenariat-medecine-generale-psychiatrie-secteur.html>
57. Questions-réponses autour du parcours de soins. ARS. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/quest-rep\\_parcours\\_de\\_soins.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/quest-rep_parcours_de_soins.pdf)
58. McGlashan TH. Early detection and intervention of schizophrenia: rationale and research. Br J Psychiatry Suppl. 1998;172(33):3-6.
59. Douze ans d'expérience du travail de secteur en équipe mobile auprès d'adolescents quels changements sur les représentations quels res--WpR5V38AAQEAAACZCg60AAAAB-a.pdf. Disponible sur: <http://www.jle.com/download/ipe-307302-douze-ans-dexperience-dun-travail-de-secteur-en-equipe-mobile-aupres-dadolescents-quels-changements-sur-les-representations-quels-res--WpR5V38AAQEAAACZCg60AAAAB-a.pdf>
60. BAPU Lille [Internet]. BAPU Lille.. Disponible sur: <https://bapulille.com/>
61. Circulaire DGS/dh n° 132 du 16 mars 1988 relative à l'amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents - APHP DAJ [Internet]. .Disponible sur:

<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgsdh-n-132-du-16-mars-1988-relative-a-lamelioration-des-conditions-dhospitalisation-des-adolescents/>

62. Service de Prévention Santé de Lille. Disponible sur: [https://lenord.fr/jcms/prd2\\_185019/service-de-prevention-sante-de-lille](https://lenord.fr/jcms/prd2_185019/service-de-prevention-sante-de-lille)

63. McGorry P, Purcell R. Youth mental health reform and early intervention: encouraging early signs. 2009;

64. Troubles mentaux : Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. Les éditions Inserm; 2002. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/165>

65. Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et des jeunes adultes souffrant de troubles psychiques. Auteur : D.Jourdain-Menniger. Disponible sur: <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Igas/Rapports/2004/044000154.pdf>

66. MISSION D'INFORMATION SUR LA SITUATION DE LA PSYCHIATRIE DES MINEURS EN FRANCE . Auteurs : A.Milon ; M.Amiel. Disponible sur: [https://www.senat.fr/fileadmin/Fichiers/Images/redaction\\_multimedia/2017/2017-Documents\\_pdf/20170405\\_Synthese\\_MCI\\_Psy.pdf](https://www.senat.fr/fileadmin/Fichiers/Images/redaction_multimedia/2017/2017-Documents_pdf/20170405_Synthese_MCI_Psy.pdf)

67. Populations légales 2011 – Populations légales 2011 | Insee [Internet]. [cité 9 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2119745?sommaire=2119751>

68. DUJARDIN M, MENDY A, RYCKEBUSCH A, DOUCHEMENT M. DIAGNOSTIC SOCIAL DE TERRITOIRE SUR LES VILLES DE RONCHIN, HELLEMES, LEZENNES, FÂCHES-THUMESNIL, LESQUIN ET MONS-EN-BAROEUL.

69. Orienter vers les secteurs lillois de psychiatrie adulte. Disponible sur: <http://www.epsm-al.fr/recherche-soins>

70. Orienter vers les secteurs lillois de psychiatrie adulte. Auteurs : Réseau Santé Solidarité ; EPSM Agglomération Lilloise. Disponible sur: [http://www.sante-solidarite.org/fiches/secteur\\_psy\\_lille.pdf](http://www.sante-solidarite.org/fiches/secteur_psy_lille.pdf)

71. Galland O. Choquet Marie, Ledoux Sylvie, Adolescents. Enquête nationale. Revue française de sociologie [Internet]. 1995 [cité 26 févr 2018];36(3):567-9. Disponible sur: [http://www.persee.fr/doc/rfsoc\\_0035-2969\\_1995\\_num\\_36\\_3\\_5076](http://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1995_num_36_3_5076)

72. RAPPORT RELATIF À LA SANTÉ MENTALE. Auteur : M.Laforcade. Disponible sur: [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\\_rapport\\_laforcade\\_mission\\_sante\\_mentale\\_011016.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf)

73. Baromètre santé Premiers résultats 2005 Les jeunes de 12 à 25 ans en Nord-Pas-de-Calais (résultats généraux). Auteur : J.C.Wertermann. Disponible sur: [http://www.observationsociale5962.org/documents/drees\\_barometre-jeunes-15-25\\_resultats2005.pdf](http://www.observationsociale5962.org/documents/drees_barometre-jeunes-15-25_resultats2005.pdf)

74. DIAGNOSTIC TERRITORIALISÉ DES HAUTS-DE-FRANCE TERRITOIRES DE PROXIMITÉ. Auteur : N.Thomas, S.Debuisser. Disponible sur: [https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/ORS-Diagnostic\\_part\\_1\\_0.pdf](https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/ORS-Diagnostic_part_1_0.pdf)

75. SUICIDE Enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence. Auteur : DREES. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons3.pdf>

76. Psychiatres et psychologues dans le Nord - Pas-de-Calais nombre et statut (Août 2015) [Internet]. [cité 9 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/psychiatres-psychologues-nord-pas-calais.html>

77. Atlas de la psychiatrie et de la santé mentale dans le Nord - Pas-de-Calais [Internet] auteur : F2RSM . Disponible sur: [http://doc.hubsante.org/doc\\_num.php?explnum\\_id=11710](http://doc.hubsante.org/doc_num.php?explnum_id=11710)
78. Cases C, Salines E. Statistiques en psychiatrie en France : données de cadrage, Abstract. Revue française des affaires sociales [Internet]. 2004 [cité 9 mars 2018];(1):181-204. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2004-1-page-181.html>
79. 566-enquete-sante-europeenne-ehis-enquete-sante-et-protection-sociale-esps-2014.pdf [Internet]. [cité 9 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/566-enquete-sante-europeenne-ehis-enquete-sante-et-protection-sociale-esps-2014.pdf>
80. ARDOUIN G. POLE 59I06 : File active et nombre d'actes pour la tranche d'âge 12 à 18 ans, années 2015 et 2016.
81. Botbol M, Barrère Y, Speranza M. Psychoses à l'adolescence. /data/traites/ps/37-40426/ [Internet]. [cité 26 févr 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/31189>
82. Nieman DH, McGorry PD. Detection and treatment of at-risk mental state for developing a first psychosis: making up the balance. *Lancet Psychiatry*. sept 2015;2(9):825-34.
83. Les disparités territoriales de dépenses de santé dans le Nord-Pas-de-Calais au regard des facteurs démographiques, sanitaires et sociaux - Pages de Profils | Insee [Internet]. [cité 26 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1292948>
84. Etat des lieux des CLSM-05-2015.pdf [Internet]. [cité 26 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/Etat%20des%20lieux%20des%20CLSM-05-2015.pdf>
85. Fusar-Poli P, Bonoldi I, Yung AR, Borgwardt S, Kempton MJ, Valmaggia L, et al. Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Arch Gen Psychiatry*. mars 2012;69(3):220-9.
86. Vilaplana M, Blond C, Ardoin G, Moreau F, Defromont L, Lips S. Pour une logique de soins partenariale à l'adolescence. <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/data/revues/02416972/v38i312/S0241697217301032/> [Internet]. 6 sept 2017 [cité 18 avr 2018]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/1139278/resultatrecherche/1>
87. Cannon TD, Yu C, Addington J, Bearden CE, Cadenhead KS, Cornblatt BA, et al. An Individualized Risk Calculator for Research in Prodromal Psychosis. *AJP* [Internet]. 1 juill 2016 [cité 20 avr 2018];173(10):980-8. Disponible sur: <https://ajp-psychiatryonline-org.doc-distant.univ-lille2.fr/doi/10.1176/appi.ajp.2016.15070890>
88. Yung AR, Yuen HP, McGorry PD, Phillips LJ, Kelly D, Dell'Olio M, et al. Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. *Aust N Z J Psychiatry*. déc 2005;39(11-12):964-71.

# Annexes

## Annexe 1:

68

M.-O. Krebs/Annales Médico-Psychologiques 176 (2018) 65–69

**Tableau 2**  
Interventions en fonction du stade d'après Yung et McGorry 2007.

Stade clinique	Définition	Population cible	Intervention potentielle
0	Risque augmenté Aucun symptôme	Adolescents apparentés de 1 <sup>er</sup> degré	Promouvoir la santé mentale, éducation de la famille, éducation sur les drogues, training cognitif
1a	Symptômes légers, non spécifiques, <b>déclin fonctionnel modeste</b>	Screening des adolescents, adressage par les MG et les écoles	Psychoéducation familiale, TCC, réduction active des drogues
1b	Ultra Haut Risque : symptômes subliminaires, <b>déclin fonctionnel</b>	Adressage par MG, urgences	Psychoéducation familiale, TCC, réduction active des drogues
2	1 <sup>er</sup> épisode	Adressage par MG, urgences, spécialistes, addictions	Psychoéducation familiale, TCC, réduction active des drogues, AP2

**AUTEUR : Nom : BLOND**

**Prénom : Caroline**

**Date de Soutenance : 25 Mai 2018**

**Titre de la Thèse : Retour d'expérience du dispositif EO#ADO visant l'amélioration de l'accès aux soins des adolescents**

**Thèse - Médecine - Lille 2018**

**Cadre de classement : Médecine**

**DES + spécialité : *DES Psychiatrie***

**Mots-clés : adolescents - accès au soin - repérage précoce - prévention - partenariat -réseau**

**Résumé :**

L'adolescence est une période pendant laquelle pourront émerger des difficultés psychiques qui risquent de limiter l'accès aux soins, alors même que c'est pendant cette période que peuvent émerger des signes d'entrée dans la pathologie psychiatrique. Leur repérage permet la mise en place d'un accompagnement précoce et une amélioration du pronostic. Cependant, les études de terrain nous indiquent que les adolescents recourent peu au soin. Sur les communes de Ronchin, Faches-Thumesnil, Hellemmes, Lezennes, Lesquin et Mons-en-Barœul, l'accès aux soins pour les 12-21 ans est de 3.3% contre 5,8% chez les adultes âgés de 30 à 50 ans. Le dispositif EO#ADO, dispositif d'Evaluation et d'Orientation des Adolescents, se donne pour objectif d'améliorer l'accès aux soins des jeunes par une collaboration partenariale accrue sur le territoire.

La diffusion par mail d'un questionnaire anonymisé de satisfaction aux professionnels ayant sollicité EO#ADO au cours de sa première année de fonctionnement a permis une quantification de l'activité de EO#ADO, une meilleure identification des adresseurs et l'évaluation de leur degré de satisfaction du dispositif, ainsi qu'une caractérisation de la population cible du dispositif. Ces données concernaient les demandes faites de EO#ADO d'octobre 2016 à octobre 2017.

Douze sollicitations, concernant onze jeunes ont été recensées. Parmi les jeunes concernés, huit étaient déscolarisés et autant avaient des antécédents psychiatriques.

Parmi eux, huit bénéficiaient d'un suivi social et sept d'une mesure judiciaire au moment du recueil des informations.

Suite à la mobilisation d'EO#ADO, six ont été adressés vers la psychiatrie adulte pour évaluation psychiatrique, trois ont été orientés vers des soins psychiques autres et un n'a pas été orienté vers le soin. Concernant les adresseurs, tous font partie d'institutions déjà partenaires du service de psychiatrie. Le fonctionnement et les objectifs d'EO#ADO ont été clairs pour eux, et 85,7% ont été satisfaits de la réponse fournie.

Ce dispositif expérimental est voué à évoluer pour s'améliorer grâce à des séances de travail et de retours sur expériences prévus avec les partenaires actifs. Afin d'étendre l'action de repérage précoce, un renforcement des liens avec l'Education nationale est au travail, ainsi qu'une inclusion des médecins généralistes au dispositif.

**Composition du Jury :**

**Président : Professeur Pierre THOMAS**

**Asseseurs : Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA, Monsieur le Professeur Renaud JARDRI, Monsieur le Docteur Laurent DEFROMONT, Madame le Docteur Marlène VILAPLANA**