



Groupe de travail « Agir en prévention et favoriser la promotion de la santé mentale »

1 - Les centres experts FondaMental*, un dispositif innovant ouvrant la voie vers une politique de dépistage précoce, de prévention et une médecine personnalisée

Chantal HENRY - Marion LEBOYER
Inserm U955 Créteil 94000 France
Université Paris Est, Faculté de médecine, Créteil
AP-HP, Pôle de psychiatrie du GH Henri-Mondor, Créteil
Fondation FondaMental

Quatre constats alarmants à l'origine de la création des centres experts

Malheureusement, bien que très fréquents, les maladies mentales sont souvent diagnostiquées avec un retard considérable (ex : pour les troubles bipolaires le retard est de 8 à 10 ans en moyenne). Ce retard conduit souvent à une évolution chronique de la maladie ainsi qu'au développement de troubles associés (psychiatriques et somatiques), qui occasionnent des taux élevés d'invalidité, de chômage et une surmortalité (3). De plus, la fragmentation des soins et l'articulation fragile entre les somaticiens et les psychiatres, compliquent la prise en charge des pathologies somatiques chez les patients atteints de TB. Au delà, du retard diagnostique il existe peu à l'heure actuelle de véritable stratégie de prévention pour les sujets à risque.

D'autre part, même lorsque le diagnostic est posé, les traitements prescrits en pratique courante sont en faible adéquation avec les recommandations internationales ayant pour ambition de constituer des guides de bonnes pratiques à l'usage des médecins (4). Ces recommandations issues de la médecine basée sur la preuve ont leurs propres limites, cependant les patients dont la prise en charge est guidée par ces recommandations ont un meilleur pronostic que des patients traités hors de ce cadre (5). Un obstacle majeur tient à la difficulté d'appropriation de ces recommandations par les cliniciens. Au-delà de ces recommandations qui proposent des algorithmes généraux, l'essor de la pharmacologie et des thérapies psychosociales enrichit et complexifie la prise en charge des patients. Ainsi, la question du transfert des connaissances et des compétences s'impose comme un enjeu

central et plaide en faveur d'une évolution de l'organisation des soins, telle qu'elle fut à l'œuvre dans le cas de pathologies somatiques comme les cancers. En effet, la mise en place de services spécialisés de recours (niveau 3) a été déterminante dans le traitement des cancers pour lesquels on observe aujourd'hui 50% de guérisons. La création d'unités spécialisées, mêlant soins et recherche a permis un bond en avant dans la prise en charge des malades, grâce à une meilleure adéquation avec les recommandations internationales d'une part et à un transfert rapide des avancées scientifiques au bénéfice des patients d'autre part.

Les Centres Experts FondaMental : des services de recours associant soins, recherche et action de formation et d'information

Par la mise en place de Centres Experts dédiés à des pathologies spécifiques, la fondation FondaMental propose un système de recours, s'appuyant sur des équipes hospitalières et de recherche spécialisées par pathologies mentales. La fondation FondaMental a porté prioritairement ses efforts sur les trois maladies psychiatriques considérées comme les plus invalidantes ou les plus fréquentes : les troubles bipolaires, la schizophrénie et l'autisme de haut niveau (ou syndrome d'Asperger). Un quatrième axe se développe et concerne les dépressions résistantes.

La labellisation des Centres Experts FondaMental et leur mise en œuvre n'auraient pas été possibles sans le soutien financier du Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche et du Ministère de la Santé. Grâce à la dotation financière initiale, le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche a permis de développer l'infrastructure nécessaire pour un travail en réseau. Le Ministère de la Santé, soucieux d'optimiser l'organisation et l'efficacité des soins, a choisi, à titre expérimental, de financer le fonctionnement des huit premiers Centres Experts dédiés aux troubles bipolaires.

En France, il existe aujourd'hui 9 Centres Experts dédiés aux troubles bipolaires (3 en Ile de France), 10 pour la schizophrénie (3 en Ile de France) et 4 pour Asperger (2 en Ile de France).

Leurs objectifs :

- Promouvoir une approche de soins par pathologie en proposant une expertise spécialisée ;
- Favoriser le dépistage et la prévention ;
- Diminuer le retard diagnostique et améliorer la prise en charge ;
- Développer la recherche clinique (amélioration de la prise en charge) et la recherche étiologique (compréhension des mécanismes de la maladie) ;
- Construire une véritable plateforme de soins et de recherche pour faire bénéficier plus rapidement les patients des avancées de la recherche ;

- Aider au transfert des connaissances et des compétences vers les praticiens.

Hébergés au sein de services hospitaliers, les Centres Experts sont spécialisés dans l'évaluation, le diagnostic et l'aide à la prise en charge d'une pathologie psychiatrique spécifique. Ils réunissent des équipes pluridisciplinaires qui utilisent les mêmes standards d'évaluation par pathologie. Ils proposent en pratique :

- Des consultations spécialisées pour avis diagnostique et thérapeutique à la demande de professionnels de la santé;
- L'accès à un bilan exhaustif et systématisé réalisé sur deux jours en hôpital de jour par différents professionnels de la santé mentale (psychologue, psychiatre, neuropsychologue, infirmier, assistante sociale...) pour des patients adressés par un médecin en dehors de périodes de crise.

Font suite à ce bilan :

- l'envoi d'un compte-rendu détaillé, adressé au médecin référent, présentant les résultats du bilan et proposant un projet de soins personnalisé (transfert des connaissances);
- des consultations de suivi afin d'évaluer l'impact de la stratégie de soins proposée ;
- Des soins innovants, ayant démontré leur efficacité mais peu diffusés en pratique courante (psychoéducation, ateliers de gestion du stress, remédiation cognitive, etc.).
- La mise en place de dossiers médicaux informatisés alimentant une base de données anonymisée et partagée pour enrichir les travaux de recherche clinique, épidémiologique, médico-économique...

Enfin, à travers leurs liens privilégiés avec les praticiens, les Centres Experts sont des acteurs de premier plan de la diffusion des recommandations de bonnes pratiques et ils développent des stratégies de partage d'expertise (exemple : les comptes-rendus détaillés remis au médecin référent). Au-delà de leur mission de support aux soins existants, les Centres Experts s'avèrent de parfaits observatoires de l'évolution des maladies et de l'impact des stratégies globales de diagnostic, de dépistage et de prise en charge.

Le Réseau des Centres Experts FondaMental en Ile de France

- Hôpital Louis Mourier (Colombes 92) : Schizophrénie
- CH Versailles (78) : Schizophrénie, Troubles bipolaires
- CHU Henri Mondor (Créteil 94) : Schizophrénie, Troubles bipolaires, Syndrome d'Asperger
- GH Pitié-Salpêtrière (Paris) : Dépressions résistantes
- Hôpital Lariboisière : Troubles bipolaires
- Hôpital Robert Debré : Syndrome d'Asperger

Résultats attendus

Il paraît légitime d'offrir aussi aux patients présentant des troubles psychiatriques des services de soins tertiaires spécialisés compte tenu de l'apport que ces structures ont apportées à des pathologies somatiques complexes.

À court et moyen termes, les résultats attendus sont les suivants :

- Un accès plus rapide aux structures de soins spécialisées,
- Un dépistage plus précoce des sujets à risque
- Une réduction de la période entre le premier épisode de la maladie, le diagnostic et la mise en place d'un traitement tel que défini dans les conférences de consensus
- Un dépistage et une prévention des comorbidités somatiques et psychiatriques
- Une amélioration des pratiques médicales et une mise en adéquation avec les recommandations qui s'effectuera par le partage d'expertise au travers de cas concrets.
- Une définition de stratégies thérapeutiques plus adaptées aux caractéristiques des patients, dans le cadre du développement d'une stratégie de médecine personnalisée,
- Une diffusion de nouvelles stratégies thérapeutiques. À titre d'exemple, s'appuyant sur le réseau des centres experts, la fondation FondaMental, a permis de développer un programme et une formation destinés à promouvoir la psycho-éducation pour les patients atteints de troubles bipolaires.

À plus long terme, ces structures alliant soins et recherche permettront une meilleure compréhension des causes de la pathologie et donc le développement possible de nouvelles stratégies thérapeutiques.

La fondation FondaMental

La fondation FondaMental (www.fondation-fondamental.org) est une fondation de coopération scientifique créée sous l'égide du ministère de la Recherche (décret au JO, 15 juin 2007) suite à la labellisation par ce même ministère du Réseau Thématique de Recherche et de Soins (RTRS) en Santé Mentale.

Cette fondation a pour objectif de rassembler, dans une même démarche innovante, équipes de soins et acteurs de la recherche pour combler le retard diagnostic, améliorer la prise en charge des patients et développer la recherche en psychiatrie en France.

Références

- Murray and Lopez, 1996, Harvard University Press.
- Goodwin and Jamison, 2007, Oxford University Press.
- Leboyer et Kupfer D.J Clin Psychiatry. 2010
- Scott J et al., 2006, B J Psych.
- Bauer MS,et al. American Journal of Psychiatry. 2009
- Sheperd DJ et al., The psychiatrist. 2009.
- Henry et al. Journal of Affect Disord. 2011

2 - De l'efficacité à la diffusion de la psychoéducation dans les troubles bipolaires : l'action de Fondamental Campus

Bruno ETAIN - Chantal HENRY - Marion LEBOYER
Pole de Psychiatrie - AP-HP - GH Henri Mondor
Fondation FondaMental

En France, il existe un paradoxe dans le domaine de la psychoéducation des troubles bipolaires (TB). Cette prise en charge psychothérapeutique est efficace et intégrée en première intention dans les recommandations internationales (2). Aisée à mettre en place et réclamée par les patients et leurs familles, sa diffusion reste très limitée alors que ses enjeux en termes de soins et en termes d'impact médico-économiques sont majeurs. Des actions concrètes étaient donc nécessaires ce qui a présidé à la création de Fondamental Campus.

Une efficacité démontrée

De nombreuses équipes internationales, comme l'équipe de Barcelone (Pr Vieta et Dr Colom), ont en effet réalisé des études randomisées, contrôlées en double aveugle permettant de démontrer ses effets sur le long terme. Sur une période de suivi de 5 ans après une intervention psycho-éducative sont observés un allongement du délai avant la première récurrence thymique, une diminution du nombre et de la durée des récurrences (quelle que soit sa polarité), une diminution de la durée des hospitalisations (1) et une diminution significative du coût global de la prise en charge. Ainsi, on observe une augmentation du nombre de consultations (du fait d'une meilleure gestion des signes précoces de rechutes) mais une diminution du recours aux urgences et une réduction des coûts liés

aux hospitalisations. Cette utilisation différente des services de soins participe donc à une politique de réduction des coûts de prise en charge (4).

Un constat alarmant

Si l'on se place dans la perspective du patient souhaitant bénéficier d'une psychoéducation, ou dans celle du psychiatre voulant adresser son patient à un groupe, la quête d'un lieu de soins est difficile. Les blogs et forums de patients relayent ces informations, mais moins d'une vingtaine de centres sur toute la France y sont référencés. De manière concrète, notre service hospitalier (A. Chenevier) propose des groupes psycho éducatifs depuis 10 ans pour nos trois secteurs (210.000 habitants). Cette proposition (2 groupes de 12 patients par an) est très inférieure aux besoins estimés. Si on élargit cette constatation sur le département du 94 (1.300.000 d'habitants), un seul centre propose la psychoéducation. Enfin, pour **l'Île de France (12 millions d'habitants), seuls quatre centres pouvant être facilement répertoriés semblent proposer cette prise en charge**. Si l'on considère qu'environ 1% de la population adulte souffre de TB, le fossé existant entre l'accessibilité à la psychoéducation et le nombre de patients pouvant en bénéficier est évident (3).

Quels outils de diffusion ?

Ils sont rares en France. Certains programmes ont été diffusés il y a quelques années par des firmes pharmaceutiques, mais sans suivi ni mises à jour. Un manuel pratique de la psychoéducation dans les TB est disponible en français et constitue aujourd'hui un des rares outils de référence. De nombreuses formations universitaires à l'éducation thérapeutique existent, dont aucune ne se concentre spécifiquement sur les TB (informations disponibles sur le site de l'INPES : <http://www.inpes.sante.fr>).

Les entraves à la dissémination

Celles-ci ne sont pas uniquement le fait de la relative absence d'outils ou de formations spécifiques. Clairement, cette approche, ses modalités de pratique et son efficacité sont méconnues. La psychoéducation est souvent considérée comme une pratique 'très spécialisée' applicable uniquement par des centres universitaires et destinée à des populations de patients très sélectionnées. Ainsi, les sujets inclus dans les études d'efficacité sont des patients normothymiques depuis au moins six mois et sans aucune comorbidité psychiatrique (troubles anxieux et addictifs). La faible représentativité de ces patients par rapport à ceux suivis en soins courants constitue un frein à

la diffusion en conduisant à considérer cette approche comme bénéfique uniquement pour un sous-groupe (finalement le moins sévère) de patients (5). Enfin, les programmes proposés par les équipes très spécialisées incluent souvent plus de 20 séances, ce qui peut sembler difficile à implémenter en soins courants.

Un outil concret

Le premier axe de travail de la Fondation Fondamental dans le cadre de ses missions de formation (Fondamental Campus) a été la création d'un CD-Rom permettant l'animation de groupes de psychoéducation destinés aux patients atteints de TB. Un comité de coordination composé du Pr Henry (PU-PH), du Dr Etain (PH) et de K. MBailara (psychologue, MCU) a animé un groupe de travail impliquant un psychiatre et un psychologue de chacun des 8 centres experts troubles bipolaires créés sous l'égide de la fondation FondaMentalFrance. Tous ces cliniciens avaient une expérience de la psychoéducation. Ce groupe de travail a réalisé une revue des programmes existants, des données d'efficacité, des rares consensus sur le nombre, la durée et le contenu des séances et de proposer une feuille de route pour la création de cet outil.

Au final, un programme a été défini et validé par des personnalités reconnues dans ce domaine (Espagne : Pr Vieta et Dr Colom, UK : Pr Scott et France : Dr Gay), permettant d'obtenir une caution scientifique. Il comprend 12 séances abordant les thématiques suivantes :

- Généralités sur les TB
- Manie, hypomanie et états mixtes
- Dépressions
- Vulnérabilité aux TB
- Détection précoce de nouveaux épisodes
- Normothymie
- Comorbidités
- Conséquences de l'arrêt du traitement
- Traitements pharmacologiques
- Aides psychologiques
- Annonce du trouble
- Synthèse

Le CD-Rom comprend :

- Une fiche de préparation pour le thérapeute, rappelant pour chaque séance les objectifs, les conseils d'organisation, les messages à délivrer, les sujets sensibles ou pointus et une bibliographie
- Une vidéo par séance, pour le thérapeute lui donnant la possibilité de revoir rapidement le contenu de la séance ou d'expliciter les points délicats (question de la vulnérabilité génétique par exemple)
- Une dizaine de diapositives par séance, permettant de laisser une place très importante aux échanges entre participants, les diapositives n'étant que des outils de synthèse des points clés
- Une fiche destinée aux patients à chaque séance avec messages clés, synthèse des informations et outils pratiques (graphe de l'humeur, stratégies face aux signes précurseurs de rechute)
- Une bibliographie pour les patients.

Une formation opérationnelle

Nous avons fait le choix de diffuser ce support dans le cadre d'une formation éligible à la FMC (numéro d'agrément de la fondation Fondamental) et destinée aux psychiatres, psychologues, infirmiers et cadres de santé. Elles sont animées par les psychiatres et psychologues des centres experts qui ont une pratique des groupes de psychoéducation. Ces formations se font au cours d'une journée de travail pendant laquelle sont présentés les objectifs de la psychoéducation, les principes d'animation des groupes, la présentation du CD-Rom et son appropriation. Des jeux de rôle permettant d'appréhender des différents aspects de l'animation de groupes sont également proposés.

Actuellement au vu de la loi HPST concernant l'éducation thérapeutique nous réfléchissons à une formation de 40 heures concernant l'éducation thérapeutique pour les patients atteints de maladies psychiatriques.

Conclusion

Cette offre vise à promouvoir en France la diffusion de la psychoéducation des TB au travers d'un outil concret et d'une formation.

La pratique de ce type de prise en charge s'entend bien entendu en complément des prises en charge en cours, médicamenteuses et psychothérapeutiques, proposées aux patients.

A terme, l'idée est de développer un annuaire des services proposant de la psychoéducation afin de favoriser son accessibilité aux patients.

Cette offre de soins est destinée aux patients mais sera élargie, grâce à d'autres outils, aux proches des patients.

Références

1. Colom F et al. Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *Br J Psychiatry*. 2009;194(3):260-5.
2. Goodwin GM et al. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised second édition - recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2009;23(4):346-88.
3. Scott J, Colom F. Gaps and limitations of psychological interventions for bipolar disorders. *Psychother Psychosom*. 2008;77(1):4-11.
4. Scott J et al. Long-term mental health resource utilization and cost of care following group psychoeducation or unstructured group support for bipolar disorders: a cost-benefit analysis. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(3):378-86.
5. Simon GE. Practical lessons from effectiveness trials of care management and psychoeducation for bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(8):e28.

Manuel de référence

F. Colom, E. Vieta; traduit de l'espagnol par C. Daban. Manuel de psychoéducation pour les troubles bipolaires. Editions Solal, Marseille, 2006

3 - European guidelines for training professionals on mental health promotion

Tim GREACEN - Emmanuelle JOUET
Laboratoire de recherche
EPS Maison Blanche - 18 rue Rémy de Gourmont – 75019 Paris

What are the Guidelines?

The Generic Guidelines are a set of quality criteria to be used by anyone designing a training programme for professionals on mental health promotion in general or on a specific mental health promotion theme addressing a specific population. The Guidelines can be used for undergraduate training, for continuous or postgraduate training (for example a Masters Diploma addressing students from different professional backgrounds) or for training when setting up local projects on specific mental health promotion themes: for example, training employers on promoting health and well-being in the workplace in the context of a series of work-related suicides.

How should a training designer use the Guidelines?

First, create an initial version of the training programme. Then look at each of the 10 quality criteria and to ask: "Does the training programme respect this quality criterion"?

If it does, then move on to the next quality criterion.

If it does not, then look more closely at the quality criterion in question. There is a resource kit attached to each quality criterion that gives more precise definitions, relevant legal and policy texts, examples, ideas, posters, slides, etc. as well as a short checklist.

Then modify the training programme so that it respects the quality criterion in question.

Important things to remember about the Guidelines in the Promise Project¹:

1. The Guidelines are not a training programme. They are a list of quality criteria, of recommendations for people designing training programmes.

¹ Le projet PROMISE est soutenu par DG SANCO de la Commission européenne.

2. The Guidelines are not a mental health promotion programme nor are they a list of competencies. They are a list of principles to be taken into account when training professionals to implement mental health promotion programmes.

3. Although the Promise Project has a special remit to encourage training in mental health promotion for health professionals such as psychiatrists, psychologists, social workers and nurses, the guidelines are intended for use in intersectoral and multidisciplinary contexts.

4. The Promise Project has also adapted the guidelines to three themes in two experimental areas, including creating model training programmes as examples for each of these three themes:
 - a. in order to examine how traditional mental health *prevention* themes can be enhanced by looking at them from a mental health promotion point of view, specific guidelines have been created for the themes of *Suicidality & Depression* and *Drug & Alcohol Use*,
 - b. a third theme focuses on *training professionals to promote healthy living for mental health service users*, to better understand how mental health promotion and physical health promotion themes can be inclusive of people with serious mental illness.

5. The Promise Project has also produced guidelines
 - a. for including mental health service users at different levels and stages of training design
 - b. for using the media in mental health promotion activities.

Quality training programmes for professionals on mental health promotion should respect the following 10 quality criteria :

1. Embracing the Principles of Mental Health Promotion

The training programme embraces the idea of mental health promotion as distinct from mental illness prevention or curative care. Positive mental health is seen as a resource, as a value on its own and as a basic human right essential to social and economic development. Mental health promotion aims to impact on determinants of mental health so as to increase positive mental health and to reduce inequalities.

2. Empowering All Community Stakeholders for Effective Involvement

The training programme embraces the principle of community participation and involvement. Mental health promotion involves encouraging and empowering all community stakeholders in mental health promotion in general or in developing specific mental health promotion projects. In the case of training professionals for specific mental health projects, representatives from the populations directly concerned by the mental health promotion objective in question are encouraged to participate in fixing the health objectives and designing and delivering the programme. The training programme also takes into account how the populations concerned are going to be able to resource and manage their health promotion in a sustainable way (finance, time, etc.).

3. Adopting an Interdisciplinary and Intersectoral Approach

The training programme takes into account the necessarily interdisciplinary and intersectoral approach to mental health promotion. It aims for all stakeholders to have collective ownership of the training programme and of the mental health promotion interventions associated with the programme.

4. Including People with Mental Health Problems

The training programme applies its objectives also to people with experience of mental health problems, mental health service users and their carers. People with mental health problems and, in the case of training related to a particular mental health promotion programme, people with mental health problems related to the programme objective, are included from the outset.

5. Advocating

The training programme underlines the importance of advocacy, i.e. knowing how to bring out and defend the point of view of people who may not have the skills or the social power necessary to defend themselves or, in the policy arena, working for positive change in the social or health care system environment.

6. Consulting the Knowledge Base

The training programme takes into account up-to-date scientific evidence and ethnographic information, drawing from a variety of methods, including epidemiology and social sciences, for identifying action strategies.

7. Adapting Interventions to Local Contexts and Needs in a Holistic, Ecological Approach

The training program highlights the fact that interventions to promote mental health must be adapted to local contexts and needs (taking into account the context in which people live) and to the individuals involved. From the individual's perspective, this means treating specific mental health objectives in a holistic manner, taking into account the particularities of the community and the physical environment the individual lives in, and taking into account different cultures, socio-economic and educational situations, age, gender, sexual orientation, health and abilities. The training program is built around health promotion objectives that are measurable and can be evaluated; and the communities or individuals in question are involved in this process of evaluation: assessing local needs, choosing objectives and indicators and evaluating results.

8. Identifying and Evaluating Risks

The training programme addresses not only the expected positive outcomes but also the possible risks of the mental health promotion intervention(s) being presented for both individuals and communities. All changes involve a degree of risk-taking. Empower individuals and communities to decide the level of risk they are prepared to take with their health and safety.

9. Using the Media

The training programme integrates a media and communication strategy in promoting mental health and fighting against stigma associated with mental illness.

10. Evaluating Training, Implementation and Outcomes

The training underlines the importance of evaluating mental health promotion training outcomes as well as actions and programmes in general.

RESAD 93 et UNAFAM

Nous avons décidé dans le 93 de développer les RESAD (Réseau ou réunion d'évaluation de situations d'adultes en difficulté).

Ces structures permettent de résoudre des situations difficile, mais au-delà, elles réunissent sur des cas concrets, des professionnels qui à priori ne se connaissent pas. Le fait de travailler collectivement, chacun apportant son expertise, par ces regards croisés, il y a partage des connaissances, et la personne dont le cas est exposé, mieux prise en charge et dans sa globalité.

Ceci est aussi de la prévention, car de ces rencontres naît une connaissance de la capacité de l'autre à traiter d'un sujet autrement, et donc favorise la mise en place d'un réseau facilitateur au quotidien pour bien d'autres cas.

C'est ainsi, même s'il y a encore beaucoup à faire, que les maladies psychiques sont mieux appréhendées. Ce travail au quotidien permet de réunir certains acteurs pour prévenir des situations qui auraient pu dégénérer.

Nous avons 7 RESAD en fonctionnement sur notre département pour 9 villes sur 40, mais en outre, il existe des structures qui sont pour 2 d'entre elles animées par des chefs de pôle psychiatriques (la ville n'est pas présente) et un, dont le fonctionnement est celui d'un RESAD sans en porter le nom. Nous en avons 11 en instance de construction en Seine St Denis.

Cela ne va pas de soi et nécessite de l'UNAFAM un très gros investissement. Notre association est demanderesse, car il nous est apparu essentiel de réunir les acteurs de la cité où se trouvent nos proches, qu'ils soient suivis ou non, qu'ils aient des familles ou pas, qu'ils soient dans la rue ou en prison. L'UNAFAM est au carrefour de tous ces acteurs.

Les décideurs, le maire, principalement, fait parfois barrage ou n'implique pas un élu pourtant motivé.

Un RESAD ne fonctionne bien que s'il réunit au minimum : le CCAS, les services sociaux de la commune, le service social départemental, le secteur psychiatrique, les bailleurs, la police, certaines associations dont l'UNAFAM.

Il faut compter environ 2 ans pour mettre en place une telle structure.

C'est obligatoirement un élu sous la responsabilité du maire qui doit prendre cette responsabilité. L'acteur principal est celui qui anime le RESAD ou toute organisation, dont l'appellation importe peu du moment qu'elle rend ce service et réunit tous les acteurs de la cité, (c'est fonction de l'organisation de chacun), chaque lieu a son histoire et ce sont les hommes et les femmes qui y participent qui font vivre la structure.

Ce peut être le médecin directeur de la ville ou de l'arrondissement à Paris, le directeur du CCAS, un élu. En tous les cas une personne qui détient sa responsabilité du maire.

L'UNAFAM est présente ou en cours de l'être dans les 7 RESAD et les 3 structures assimilables. Il y a parfois des réticences concernant l'obligation de confidentialité. Mais au bout du compte après quelques séances nous sommes rapidement admis parmi les membres permanents. Nous sommes, pour ceux qui pratiquent les accueils des familles, les groupes de parole, les ateliers prospect, ou à toutes les structures où nous siégeons et amenés à donner un avis, obligatoirement contraints à cette réserve et silence sur les confidentialités des personnes que nous recevons où les dossiers que nous traitons, il en va de la crédibilité de notre association reconnue partout pour son sérieux et savoir faire.

Il s'agit donc de bénévoles, participants, de bon niveau, qui y siègent.

Pour ce qui nous concerne nous sommes 4 membres du bureau à nous partager cette présence aux réunions plénières, qui ne sont somme toute pas si nombreuses.

Mais au delà, c'est un véritable réseau d'acteurs qui découvrent nos malades et les conséquences de ces maladies. Ce travail amène des relations impossibles autrement, car nous découvrons nos spécificités à chaque étude de cas.

Les professionnels nous envoient maintenant en accueil des personnes, ce qu'ils n'auraient jamais fait autrement, même les secteurs psy.

Les médecins, infirmiers, assistantes sociales de secteur expliquent avec l'UNAFAM à des professionnels demandeurs invités et concernés par un cas, des renseignements utiles pour la compréhension des situations.

Les participants sont des membres permanents et des invités : des sociaux, des médicosociaux, des psy de commissariat, police municipale, des bailleurs publics ou privés, un procureur, le CLIC, des associations, CHRS,...

Chaque cas présenté doit être préparé d'une manière très précise et envoyée par avance à celui qui anime le RESAD, y sont invités toutes les personnes directement concernées, sauf la personne concernée à qui est fait un compte rendu des décisions prises (ou tentées d'être prises avec son accord) par le seul professionnel désigné.

Il existe plusieurs manières de fonctionner : à Aubervilliers on est plus strict sur la manière de procéder, comme à Epinay, RESAD tournant sur les 3 villes du secteur psy, les situations sont présentées nominativement en cas d'accord de la personne ou anonymement si refus, à Montreuil toutes les situations sont présentées anonymement.

Notre Conseil Général a compris l'intérêt de telles structures, il est envisagé d'inciter à les développer sur l'ensemble du territoire. Des rencontres entre RESAD sont organisées y compris avec les villes intéressées qui n'en possèdent pas.

Nous traitons également de cas non psychiques, sociaux, personnes âgées abandonnées,... mais les cas psychiques représentent 80% des cas abordés, et c'est l'occasion de mettre dans le soin des personnes qui ne l'avaient jamais été, de vérifier par des visites à domicile, la situation exacte de santé, sur les difficultés sociales et les soutiens possibles.

L'intérêt de telles structures.

Intervention au SISM 2010 à Bobigny

« Je vais faire un focus particulier sur le **RESAD** et l'Atelier Santé Ville qui a développé une approche originale de l'abord de la souffrance psychique.

C'est parti du constat que les professionnels, en local, de la santé et de l'insertion constataient que les usagers de leurs services présentaient de plus en plus d'intrication entre des troubles du comportement et des difficultés sociales.

Cette fragilité psychique et sociale rendait difficile leur accompagnement (1h48mn07) et leur suivi par un seul acteur de la santé et/ou du social. Donc l'approche globale et collective de la situation des personnes a été privilégiée pour essayer de trouver des modes de résolution pertinents.

L'Atelier Santé Ville d'Aubervilliers a suscité en 2002, la mise en place de ce qu'on appelle les RESAD.

Cela s'est construit comme un modèle des RPP des enfants (Inter union pluri professionnelle).

La caractéristique principale des RESAD, c'est de proposer une réflexion et une évaluation d'une situation problématique des professionnels qui vont être issus de différents domaines, du social, de la médecine et plus spécifiquement de la psychiatrie.

Le déroulement des RESAD a été conçu pour favoriser l'analyse, puis une mise en perspective de ces situations psychosociales, si on peut dire, qui sont complexes, à travers une approche croisée de professionnels, qui au fond ont des compétences spécifiques, mais différentes.

Il y a un membre permanent qui est composé d'un médecin du secteur de psychiatrie adulte (moi-même), d'un responsable du service social municipal, du centre municipal de santé d'Aubervilliers et de la mission locale.

Ce Comité s'élargit aussi au pôle gérontologique de la ville, au centre communal d'action sociale, ainsi qu'à un médecin gériatre du réseau ville hôpital, lorsque la situation, bien sur, concerne une personne âgée.

Les RESAD se présentent sous la forme d'une réunion mensuelle formalisée qui sont animées par le coordinateur de l'Atelier Santé Ville, qui est d'ailleurs un médecin psychiatre.

Le fonctionnement des RESAD est simple, à l'aide d'une grille de lecture des cas, tout professionnel local peut soumettre à la réflexion d'autres professionnels issus du domaine social et de la santé, une situation qui lui pose particulièrement problème.

C'est d'ailleurs en général à l'issue d'un long parcours. Ce n'est pas des situations d'urgence, en général, mais des situations pour lesquelles les professionnels (social, santé) sont déjà en bout de toute une action qui s'est développée.

Alors on rédige un tableau récapitulatif, les conclusions sont présentées à l'utilisateur. Celui-ci a toujours été informé, car on lui demande son accord, et s'il n'est pas d'accord, la situation est rendue anonyme, mais on fait tout de même ce travail de réflexion et d'élaboration.

La logique des RESAD est celle d'une prise en charge globale et collective.

Globale, car elle concerne plusieurs aspects de la vie de l'intéressé. Et ces aspects vont être considérés en fait comme un tout et pas comme des volets différents qui vont chacun s'adresser à un professionnel particulier.

D'ailleurs à cet égard, je pense qu'il est intéressant de noter que les RESAD ne portent pas sur des cas, mais sur des situations.

Ces logiques collectives, car on va essayer d'élaborer collectivement des modalités d'intervention.

Ce qui m'a un petit peu questionné, en essayant de réfléchir à ce dont on a parlé aujourd'hui, en évoquant le CAC et le RESAD, au fond, ce que je souhaiterais vous dire, même si le dispositif est important, ce qui peut être stigmatisant, à mon avis, ce n'est pas le fait qu'il y ait des structures, quelle que soit leur pertinence, (je ne vais pas vous dire que le secteur 6 n'est pas un secteur pertinent), mais au fond **ce n'est pas tellement ça qui est stigmatisant, ce sont les pratiques, ce que nous en faisons.**

Le CAC, ce qui est intéressant, c'est qu'il va essayer de jouer sur la notion de crise et de continuité.

Et c'est en jouant un petit peu sur cette dialectique, c'est-à-dire que **le CAC ne peut pas tout résoudre pour la personne, mais en remettant un peu le moment de crise dans une perspective plus globale de son cheminement dans le service, on remet ce moment de crise comme un événement particulier dans le parcours et dans l'histoire de la personne.** Je pense que c'est cela qui est important et qui peut éventuellement être stigmatisant.

En ce qui concerne le RESAD, à défaut, on n'est pas là encore pour résoudre miraculeusement une situation difficile, mais ce qui m'est apparu depuis deux années dans ces réunions, c'est que je me retrouve avec des professionnels avec qui on va ensemble partager la charge émotionnelle et psychique importante induite par des situations très graves. Que le fait de rompre notre isolement pour les uns ou pour les autres, il me semble que ce n'est pas se focaliser sur un cas clinique ou un diagnostic psychiatrique, mais c'est resituer la problématique dans l'ensemble de l'histoire d'une personne et d'essayer d'y réfléchir en se mettant au cœur du drame humain qu'elle traverse. »

5 - Maisons des adolescents du Val-de-Marne

Docteur Patrick ALECIAN
Psychiatre, Psychanalyste, Directeur de la Maison des Adolescents du Val-de-Marne

Je vais faire des propositions de travail qui s'appuieront sur les expériences :

1. Des Maisons des adolescents, unités encore à l'état embryonnaire, qui sont structurées soit sur des dispositifs transversaux inter institutionnels (Conseil général, Hôpitaux), soit sur un porteur institutionnel (hôpital) qui exerce des missions transversales ;
2. Mais aussi sur les missions successives que j'ai pu exercer pour le ministère de la justice relié au ministère de la santé, pour orienter la politique de santé mentale en faveur des mineurs sous main de justice (PJJ, Pénitentiaire, ASE).

Sur la méthode :

Je propose de rajouter que la conception de santé mentale est intégrée à celle de la santé globale et qu'en ce sens elles font se côtoyer des questions qui peuvent relever :

- De co-morbidités y compris psychiques et somatiques,
- De côtoiement de souffrances et de morbidités soit chez une même personne soit chez des personnes qui vivent sous le même toit,
- Que les questions spécifiques se posent pour des populations en précarité sociale qui voient des taux de morbidités, de co morbidités et d'association de souffrances avec morbidités à des taux plus élevés que dans la population générale.
- En ce sens il me semble que pour les actions de promotions il faut aborder plus particulièrement des objectifs concernant les âges de transitions que vous évoquez déjà dans la périnatalité mais que je propose aussi de reconnaître dans la phase adolescente de sexualisation du corps et des pensées, puis celle de la sénescence. Je propose de reconnaître ces temps de transitions comme débuts des différentes difficultés : souffrances, pathologies, bascules dans les précarités.

Chacune de ces phases a pour caractère principal de perdre de l'état précédent un certain nombre de repères et d'opérer un refoulement psychique massif à caractère d'enfouissement des expériences précédentes. Le nouveau né perd l'expérience d'inclusion in utero, l'adolescent perd

l'expérience de la sexualité infantile, le sénescent perd les forces de la sexualité adulte. Ces expériences de pertes ont pour caractère de promouvoir une vulnérabilité du sujet et du groupe de pairs (décrochages familiaux, scolaires, sociaux) et de provoquer dans le lien social et le jeu social (Administration et Politique) des organisations spécifiques. Ces organisations sont elles mêmes par les vulnérabilités : exemple des défaillances des maisons de retraites par l'incurie, des foyers pour adolescents par la pénétration des toxiques, etc.

Sur l'information et l'éducation :

Les maisons des adolescents d'Ile de France ont chacune des actions de sensibilisations. Les Hauts de Seine ont sensibilisé les professionnels des collèges et lycées à certains aspects du décrochage scolaire.

Dans le Val de Marne un séminaire présente les équipes des institutions du département pour leurs actions spécifiques auprès des adolescents. Les domaines de soins aux adolescents sont centraux (médecine pour adolescent, pédo psychiatrie). Des études des adolescents en grandes difficultés sont menées tous les lundis matins. Une formation spécifique (aide aux aidants) est menée auprès des professionnels sur la base des théories psycho dynamiques (psychanalyse et familiale) une fois par mois. Le travail repose sur un socle commun de connaissances et d'échanges et pour les métiers et pour les institutions. En ce sens les anthropologues sont très présents comme formateurs.

Proposition :

1. ces actions pourraient être mutualisées sur le niveau régional par des Visio conférences promues par les MDA sur chaque département.
2. Promouvoir des actions spécifiques de recherches sur la situation sanitaire des adolescents dans les institutions spécifiques.
3. Promouvoir vers les associations de parents (public général comme parents d'élèves, ou spécifique comme parents d'enfants en difficultés) des actions spécifiques de prévention primaire et secondaire par une meilleur compréhension des dispositifs sanitaires existants en vue d'une meilleure utilisation.

Dépistage et interventions auprès des enfants et leurs parents :

En ce qui concerne les adolescents, les Maisons des adolescents doivent être compris comme lieux d'aide aux adolescents par la présence de professionnels aux compétences spécifiques. Ils doivent être renforcés en moyens d'accueil et d'accompagnement individualisés du type professionnels de liaisons. Les services de pédiatrie doivent pouvoir se relier aux MDA pour tous ceux de leurs patients

qui vont déborder du protocole de soins à l'intra hospitalier. Les problématiques en risque de complication (tentatives de suicides, problématiques à caractère sexuel précoce ou traumatique, problématiques addictives, comportements à risques à évolutions complexes de type trouble précoce de l'humeur ou pré psychose, ruptures de soins chez les patients malades chroniques depuis l'enfance) doivent pouvoir y être transitoirement accompagnées pour préparer aux suivis les mieux adaptés. De même les actions sociales pour 12 à 20 ans en clubs de prévention, Paej, missions locales dans les conditions d'un débordement de leurs missions habituelles doivent pouvoir se relier aux MDA pour un travail transitoire.

Exemple : La MDA 94 a élaboré une infirmerie de liaison susceptible de mettre en place ces actions de liaisons.

Propositions : doter les MDA d'infirmiers et de psychologues pour leurs missions de liaisons.

Préventions chez les adultes :

Les préventions sont ici différentes de celles chez les moins de 16 ans. Les passages à l'acte :

1. Qu'ils soient d'origine endogène : souffrances, pathologies psychotiques et thymiques ou réactionnels,
2. Ou exogène familiale, scolaire, sociale doivent bénéficier de recherches spécifiques tant sur le plan de la médecine, de la psychiatrie que de la neuro psycho pharmacologie.
3. Des études sociologiques et épidémiologiques doivent être orientées par les MDA sur des questions complètement déformées par les medias d'informations. Une présentation positive des adolescents doit être entreprise pour discréditer l'image ruineuse que créent les Medias à leur sujet. Cette inflexion nouvelle d'une communication de masse doit viser en priorité les professionnels enseignants et éducatifs (y compris dans le monde sportif et artistique) pour ne plus laisser progresser des distorsions invraisemblables sur l'adolescence.
4. Des formations spécifiques doivent être mises en place comme pour la périnatalité. Pour les professionnels des adolescents l'université de Paris sud par la faculté de médecine, a créé un diplôme visant à une formation inter professionnelle : Adolescents : société et pratiques inter professionnelles, 10 sessions de deux jours. Cette action peut être élargie à une collaboration inter universitaire et à un public plus large. Elle vise à une meilleure compréhension des professionnels en première ligne de certaines manifestations des adolescents soit en terme de souffrance soit en terme de pathologie. Elle articule une meilleure connaissance des adolescents à une meilleure connaissance des ressources autour

d'eux. Elle a pour effet de mieux protéger les professionnels en première ligne de l'errance dans leurs conduites professionnelles.

5. Une aide à l'acculturation aux projets de soins doit pouvoir être menée dans les services sociaux d'accueil des mineurs et jeunes majeurs.

Je vous remercie de votre attention à cet écrit et reste disposé à en discuter si vous le souhaitez.

Je vous remercie bien confraternellement pour votre bienveillant accueil à ma sollicitation.

6 - Deux propos sur la Prévention en Santé Mentale

Juan-David NASIO
Psychiatre, Psychanalyste, Enseignant

Je voudrais me centrer sur un aspect particulier du programme de l'**éducation thérapeutique** destiné non pas au patient lui-même, mais à son **entourage**. Je pense ici au **moment si crucial du retour du patient dans son milieu de vie** (famille, travail ou école) après une absence due à sa maladie. Il est impérieux, pour les professionnels de la santé mentale que nous sommes, de considérer ce moment du retour comme décisif pour éviter chez un patient encore convalescent, une éventuelle rechute (*Prévention tertiaire*). Aussi, nous devons essayer d'agir sur le comportement de l'entourage lorsque le patient revient à la maison, ou bien sur le comportement des collègues lorsque le patient reprend son travail, ou encore sur le comportement des enseignants et des camarades lorsque le jeune patient, après une absence de deux mois due à une phobie scolaire par exemple, retourne en classe. Dans tous ces cas, la **tâche préventive** du professionnel de santé mentale est d'**éduquer l'entourage** en lui proposant une série de conseils destinés à accueillir favorablement le patient encore convalescent. Voici trois recommandations parmi les plus importantes :

Comment accueillir un malade qui, n'ayant pas encore recouvert la santé, rentre à la maison ou retourne au travail ?

- Le meilleur accueil consiste en une présence bienveillante mais pas étouffante, ni oppressante, c'est-à-dire sans exiger qu'il retrouve trop vite son rythme habituel de vie.

- Un accueil positif est celui où chacun des proches ou des collègues continue à s'occuper de ses propres tâches tout en se montrant attentif et heureux de le revoir, mais surtout sans exagérer démesurément la joie de le retrouver.
- Dans le cas particulier du retour au travail, et pour éviter que le patient ne se sente honteux d'avoir été malade, ne pas le confronter à sa faiblesse en lui demandant de justifier son absence.

Mon deuxième propos concerne un principe majeur de toute action préventive (*Prévention secondaire*) à savoir que **la souffrance mentale d'un patient adulte est fréquemment la répétition d'une première et ancienne souffrance infantile** qui aurait pu être traitée à l'époque, voire évitée. Quel que soit le cadre conceptuel qui oriente le travail d'un professionnel de santé mentale, ce principe de la **répétition pathogène** d'un trauma infantile, est presque toujours confirmé. Aussi le praticien est-il amené souvent à penser à l'enfance pour mieux comprendre son patient adulte, et penser à la vie adulte lorsqu'il s'occupe d'un enfant. Voilà un praticien dont l'action préventive est devenue un réflexe !

7 - Point de vue du rectorat de Paris sur la prévention

Frédérique GUILLAUME

Médecin conseillère technique au rectorat et Représentante de l'Education nationale à la commission de coordination des politiques publiques

A l'éducation nationale, nous sommes bien sûr concernés par la **thématique de la promotion de la santé mentale chez les jeunes mais aussi par celle des adultes au travail**. L'Ecole a cette particularité d'avoir ces deux populations (enfants ou adolescents et adultes, enseignants.) qui vivent ensemble et qui interagissent de l'un vers l'autre dans les deux sens.

La notion de *climat scolaire* se développe de plus en plus et doit concerner toute la communauté éducative.

On a l'habitude de subdiviser ce climat scolaire en plusieurs axes qui permettent de mieux comprendre ce que l'on peut mettre en œuvre pour l'améliorer ;

On peut citer le climat organisationnel, le climat relationnel, le climat de sécurité, le sentiment d'équité et de justice et le sentiment d'appartenance

L'amélioration du climat scolaire ne peut être que bénéfique à la bonne santé mentale.

De travailler sur ces facteurs du climat scolaire va permettre de travailler sur l'environnement de travail de chacun.

Le décret du 11/07/2006 relatif au socle commun des connaissances et compétences participe à la notion de bien être et à la promotion de la santé mentale, notamment dans ses piliers 6 et 7 : l'élève acquiert progressivement de la maternelle à la fin du collège des connaissances, il développe des capacités et montre des attitudes lui permettant de devenir responsable, autonome et ouvert à l'initiative.

Le pilier 6 permet de développer les compétences sociales et civiques, le pilier 7 encourage l'autonomie et l'initiative.

Ce socle commun doit être acquis à la fin de la scolarité collège et s'applique dès l'école maternelle. Il s'agit d'une progression d'acquisitions de compétences tout au long de la scolarité ;

L'accès au dépistage et à des soins précoces est aussi notre préoccupation ; je rajouterai pour l'Ecole l'échelon du **repérage** qui est très important. Une circulaire de notre ministère vient de sortir sur les politiques éducatives de santé (Circulaire 2011-216 du 2/12/2011 BO du 15/12/2011 et il est donné comme une des priorités de :

« Repérer les signes d'alerte témoignant du mal-être et organiser le cas échéant la prise en charge des élèves repérés » et pour cela il est dit également que :

« La collaboration entre tous les personnels (enseignants, personnels éducatifs, sociaux et de santé, etc.) permet, par leur complémentarité, le repérage précoce des difficultés susceptibles d'entraver les apprentissages et de compromettre le déroulement de la scolarité. Cette organisation pluridisciplinaire est mise en œuvre dans le respect des compétences et de l'exercice professionnel

La santé scolaire avec les personnels de santé (infirmières, médecins) peut venir à la suite du repérage pour un dépistage et un accompagnement vers le soin si nécessaire :

« Si un élève nécessite une prise en charge spécifique, celle-ci peut s'organiser en lien avec les dispositifs extérieurs existants »

Les services travaillent notamment dans le domaine de la santé mentale avec les CMP, CMPP, maison des adolescents...

Les médecins de prévention dont l'animation est effectuée par le médecin conseiller technique du recteur s'occupent eux des personnels d'un rectorat, personnels enseignants, de direction ou administratifs. Un travail de collaboration est fait avec les services des ressources humaines dans le respect du secret médical bien sûr.

Une grande partie des visites concerne les personnels en difficulté qui sollicitent les médecins de prévention, certains personnels sont vus à la demande de l'administration.

Une orientation vers le soin est effectuée si nécessaire ou une concertation est faite avec le service soignant avec l'accord des agents.

Dans les programmes annuels de prévention la question de la prévention est aussi recommandée pour les adultes avec des groupes de réflexion sur la prévention des risques psycho-sociaux.

La problématique de *la reprise du travail ou du retour à l'école* dont parle le Dr. Nasio dans le texte qu'il nous a envoyé est également une de nos préoccupations à l'EN et j'adhère tout à fait à ce qu'il dit ; un gros travail est à faire dans l'environnement scolaire....

8 - Prévention de la santé mentale au travail

Madeleine KARLI
Médecine de prévention - INSERM

Le médecin de prévention senior que je suis désormais porte un regard intéressé depuis plus de 15 ans sur les multiples aspects de la prise en compte de la santé mentale en entreprise : au CNRS puis au ministère de la culture et enfin à l'Inserm et dans les structures mixtes de la recherche publique.

Si l'on envisage le monde du travail et celui de l'entreprise comme l'autre scène où se joue une grande partie de la vie et des relations humaines et sociales, la prévention en matière de santé intervient dans un collectif d'adultes interactifs avec leurs comportements aigus ou chroniques, plus ou moins attendus, normaux ou pathologiques. L'environnement et l'organisation du travail génèrent leurs propres facteurs de satisfaction et de bien-être ou de risques qui décompensent et génèrent des crises individuelles ou collectives.

En entreprise la juste prévention (dans toutes ses dimensions) et la bonne gestion des problèmes de santé mentale reposent sur un travail en réseau partenarial entre équipes de santé au travail (médecin du travail ou médecin de prévention et infirmiers –infirmières voire psychologues), acteurs sociaux (assistants sociaux, conseillers techniques) et gestionnaires de personnel et de ressources humaines, en relation avec les hiérarchies et les partenaires sociaux.

Cette activité de réseau suggère avant toutes choses une mobilisation des acteurs sur ce sujet délicat, une motivation de la direction et des strates hiérarchiques et une information-formation par la délivrance de connaissances minimales mais objectives aux participants de ces réseaux sur le sujet souvent tabou et mal connu de la santé mentale.

Car sont en question la santé de l'individu et son intégration au collectif et ses sources de bien-être mais aussi l'équilibre et la bonne santé du collectif dont l'objectif est d'aller au mieux pour produire et travailler .. et se maintenir au travail.

L'enjeu pour le préventeur est de taille. La plupart du temps il revient à l'acteur médecin de santé au travail d'organiser et d'animer le dispositif de prise en charge, le système de veille et d'alerte par des témoins tiers qui requiert l'information et la formation de publics divers.

Il nous appartient d'assurer le dépistage précoce, la prise en charge des malades, leur orientation vers des structures externes adaptées, leur intégration dans les équipes ou leur ré-intégration, la prévention du suicide et ... la diminution des facteurs de risques générés par l'environnement-même. Les expériences de prévention sont déjà nombreuses depuis une petite décennie dans le monde du travail en France. C'est peu de dire cependant que la récente mobilisation autour des RPS a eu du mal à se faire entendre et à mobiliser : les réticences demeurent et les tabous ne se sont pas évanouis.

Les acteurs médicaux et sociaux en entreprise se doivent plus que jamais d'être crédibles pour mobiliser des partenaires en interne sur ces sujets et s'appuyer sur les structures médico-sociales externes : médecins traitants, thérapeutes, structures et réseaux de soins et de prise en charge familiale et sociale.

9 - Les conséquences des troubles du développement de l'enfant sur sa santé mentale actuelle et future

Régis BRUNOD
Pédiatre - Centre régional autisme IDF
Monique TOUZIN

Quelles sont ces conséquences ?

- Importantes car les complications connues des troubles du développement sont :
 - Les difficultés d'installation ou la détérioration des relations parents-enfant ou enseignants-enfant
 - Les difficultés d'insertion ou la désinsertion sociale (scolaire, professionnelle, loisirs (culturels ou sportifs))
 - La perte d'estime de soi pouvant susciter une spirale d'auto-renforcement avec conduites d'échec dans les apprentissages et les relationsElles ont pour conséquences possibles la solitude, les affects dépressifs et les troubles du comportement (auto et hétéro-agressivité, retrait)
- Elles concernent tous les types de troubles du développement (spécifiques langage ou moteur, TED, retard mental) chacun ayant son mode et son moment d'expression préférentiels

Les pistes de repérage

- Importance de repérer les stagnations durables dans un ou plusieurs secteurs du développement de l'enfant en faisant référence à l'appétence naturelle et précoce des enfants pour :
 - La relation à leur mère et aux autres figures d'attachement ainsi que la relation aux autres enfants
 - La communication des pensées à l'aide d'un langage
 - Le plaisir lié aux aspects sensori-moteurs de leur corps
 - La découverte du monde et l'acquisition de savoirs permettant sa maîtrise
- Importance de rattacher les signes de souffrance de l'enfant décrits dans la diapositive précédente à d'éventuels troubles du développement

Les personnes et les lieux du repérage

- La famille :
 - Nécessité d'accorder la plus grande attention aux interrogations et inquiétudes des parents ou autres membres de la famille quant au développement de l'enfant
- Les professionnels des « lieux de l'enfance »:
 - Éducateurs, enseignants et autres adultes intervenant dans les divers lieux de socialisation et d'apprentissage des enfants: crèches, écoles, loisirs
 - Médico-sociaux : professionnels de santé (libéraux, PMI, médecine scolaire,...) à l'occasion des examens systématiques, des questions de la famille ou de celles des autres professionnels

Axes de travail et propositions

- Informer et former les professionnels de l'enfance aux troubles du développement
- Établir des parcours de dépistage, diagnostic et aides au développement clairement identifiés
- Faciliter l'accès à ces parcours aux familles les plus démunies
- Aider les familles à comprendre la nature et les aides possibles pour des troubles non évidents et mettant pourtant leur enfant en situation de handicap.

10 - Comment tenter de donner du sens au travail des Cadres de Santé dans un contexte incertain et complexe

Jean-François POPIELSKI
Directeur des soins à l'Hôpital Erasme (92)

Travaillant depuis plus de 30 ans en psychiatrie, j'y ai pris et je prends encore beaucoup de plaisir à échanger et à partager mes réflexions avec mes collègues. C'est la particularité ou la chance selon le ressenti que nous avons dans l'exercice des métiers où la relation, la rencontre avec l'autre est au cœur de notre action, de notre préoccupation.

Aussi, dans ce contexte, je vous invite à réfléchir sur ce savoir, savoir-être, savoir-faire, d'aucun diraient même, notre compétence.

Mais comment réfléchir sur le cœur de notre métier, la relation dans un monde en plein changement, sans cesse mouvant.

Comment donner du sens à notre action dans un contexte qui se veut chaque jour plus incertain et si nous nous en référons à Edgar Morin de plus en plus complexe.

Gestion de mouvements, des mouvements, de la complexité, de l'incertitude, vastes questionnements.

Qu'est-ce que qui peut bien apporter un Directeur des Soins dans ce champ-là ?

Quelle valeur ajoutée peut-il adjoindre ?

Quel sens pour son travail aujourd'hui ?

Le contexte est incertain. Mais la réalité est certaine.

Les générations du baby boom ont maintenant la cinquantaine, voir plus. Elles ont connu un modèle de construction sociale et sociétale, issu, ne l'oublions pas de la destruction et du chaos engendré par la 2ème guerre mondiale.

Et si les choses ont semblé s'organiser de façon linéaire et progressive : croissance, ascenseur social, consommation, le choc est rude à la fin des trente glorieuses quand le chômage explose et que les attentes et le futur sont interrogés. Personne n'a vu les mouvements « soixantards » comme des voyants clignotants d'une société en changement, en mutation, ou si, mais bien plus tard...

En fait, la crise pétrolière des années 80 contenait déjà le germe de nouvelles modalités d'organisation.

La société était en train de changer.

Nous sommes passés en 40 ans, d'une société où le groupe primait sur l'individu à une société où l'individu est au centre, au cœur : l'homme moderne se doit d'assumer son destin, d'être fort, au risque d'être mis sur le bord de la route, SDF, Sans Destin Fixe.

La perte du sens du global et du collectif est à resituer dans ce mouvement, l'individu doit tout faire pour que l'on réponde à ses aspirations, certains diront même à ses désirs !...

Comme l'a dit et écrit : Jean FURTOS, psychiatre, directeur scientifique de l'O.N.S.M.P. (Observatoire Nationale des pratiques en Santé Mentale et Précarité) « l'individualisme contemporain constitue le fait anthropologique de notre modernité ».

L'Hôpital et le travail à l'Hôpital n'échappent pas à ce contexte. L'Hôpital microcosme en interaction, véritable cellule en lien avec la société qui le construit, le fait évoluer.

Le contexte hospitalier est dans un mouvement d'ensemble, en recherche.

Au-delà de la question écran de la Crise Economique et Financière que nous subissons et vivons chaque jour en tant que professionnel et citoyen, (bien que le fonctionnaire soit à ce niveau un peu protégé voir privilégié), donc au-delà de ce présent, l'Hôpital traverse une interrogation quant à ses missions, son histoire et je dirais même ses valeurs.

Le contexte est donc incertain et complexe.

Nous savons maintenant, depuis la fin des trente Glorieuses que la santé à un coût, que ce coût génère des dépenses, que collectivement, nous devons assumer. Certes ce coût global ramené au Produit National Brut n'est pas si exorbitant que cela, mais collectivement nous ne sommes pas prêts à assumer un relèvement des cotisations sociales et à remettre véritablement en cause nos organisations de travail.

D'autant que le changement de production de richesse, plus autant basé sur le travail mais sur la finance de nos institutions, modifie les organisations et fonctionnements et notamment celle de la Sécurité Sociale : le fonctionnement de la Sécurité Sociale par répartition a touché et touche des limites qui ne sont pas sans conséquences sur nos représentations et manières de vivre collectivement.

Outre le coût de la santé que les Ordonnances de 1996 dites Ordonnances Juppé, nous ont rappelé, en développant des contraintes et en instaurant une philosophie comptable dans les soins, en l'évaluant aussi, le soin se doit d'être de qualité, mais aussi au meilleur rapport qualité / coût.

Il n'est pas inutile de rappeler maintenant, la définition de l'OMS sur la qualité des soins : « chaque patient doit recevoir la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédure de résultats et de contacts humains ».

Et ces derniers mots sont souvent oubliés dans les projets de réorganisations, de nos jours !...

Aussi, l'introduction de l'évaluation quantifiée, car l'évaluation en soi des soins a toujours existé dans le système de santé, va profondément changer l'Hôpital – Hospitalier – Centre Hospitalier – Hôpital Entreprise.

Et l'introduction de la T2 A avec toutes ses limites et dérives allait soumettre l'Hôpital à la rentabilité. C'est dans ce contexte que, les organisations de soins doivent elles aussi, subir des transformations. Avec les limites suivantes : il est peut-être plus facile de décider de modifier une organisation de structures que de contraindre ou de soumettre des hommes et des femmes (car l'Hôpital c'est avant tout des hommes et des femmes) à de nouvelles organisations et modalités d'échange. La sociologie nous a appris depuis bien longtemps combien la relation qui s'établissait entre les acteurs était parfois bien différente de celle demandée par l'organisation et révélait alors des questions organisationnelles pouvant aller jusqu'à des blocages de l'organisation initialement préconisée.

Et comme le contexte est incertain et complexe, les nouvelles organisations, au nom symbolique de gouvernance vont elles aussi imposer des changements impossibles à maîtriser, à comprendre aussi à ce jour. L'incertitude du projet de loi HPST est à ce titre un exemple emblématique. Incertitude du futur oui et c'est normal – incertitude des projets, cela peut interroger !

Si vous rajouter au contexte les projets de loi sur la psychiatrie et la santé mentale prévus à l'automne, réponses politiques à une demande sociétale ambiguë et mal formulée, vous avez là des éléments qui ne sont pas sans retentissement sur le travail des cadres au quotidien. Et il est à craindre que dans un contexte, de concurrence de recherche constante d'équilibre, le fameux consensus décrié dans les années 90, le compromis à minima, ne vole en éclat et oblige les managers hospitaliers en ce qui nous concernent, à trouver d'autres régulations dans nos approches managériales. Pour faire simple, la rapidité d'adaptation de l'encadrement aux ressentis par les acteurs du contexte est un élément capital dans la construction de son organisation, autant que tout un chacun, la veuille dynamique et attractive.

On le voit, le contexte incertain révèle une réalité où des solutions sont à construire. Mais, ces solutions existent-elles ? Affirmons qu'elles existent !

Alors face à l'incertitude : quelques certitudes...

En premier lieu prenons en compte le risque psychosocial.

Dans leur approche des risques psychosociaux du point de vue de l'ergonomie, Johann Petit, Bernard DUGNE et Fabien COUTAREL, du département d'ergonomie de Bordeaux nous rappellent :

« Dans toutes situations de travail, la prescription d'une tâche à un individu se fait généralement en fixant des objectifs et en fournissant les moyens nécessaires pour les atteindre (des outils, des procédures, des formations ...). Dans ce cas, si l'homme n'était que processus physiologiques et cognitifs, il exécuterait intellectuellement et mécaniquement, ce qui lui est demandé, comme le ferait un ordinateur ou un bras mécanique articulé sur une chaîne. Or, l'homme est aussi un être

social et psychique et chaque situation comporte une part d'inattendu, ce qui peut le conduire à apporter une part complémentaire au travail qu'il doit accomplir pour atteindre les objectifs souhaités.

Par exemple à l'Hôpital, fournir un soin de qualité peut être interprété de façon différente selon les infirmières ou selon les cas : passer plus de temps auprès du patient, car il n'a pas le moral, céder à certaines volontés du patient, car il est en fin de vie, mettre en jeu une part d'affecte, car le patient est un enfant, etc., Pour partie, cela a des effets négatifs du point de vue du prescripteur pour qui cette part imprévue du travail, souvent subjective et inconsciente, est synonyme d'un manque de maîtrise sur les résultats produits. Pour une autre partie, cette part du travail peut être une source de création de valeur productive et une source de développement au plan individuel ». Fin de la citation.

Par voie de conséquence, s'il est un acteur bien placé pour comprendre le sens d'une activité fut-elle soignante c'est bien le Directeur des Soins qui peut à la fois agir sur les moyens en tant que ressources et/ou en tant qu'outils en proposant des formations actions par exemple.

Face à l'incertitude d'autres certitudes...

Agir sur l'organisation.

Si l'on se réfère à la définition de l'O.M.S. des compétences psychosociales « aptitude à maintenir un état de bien être mental en adoptant un comportement approprié et positif dans les relations avec les autres ». La responsabilité des cadres vis-à-vis des personnes qu'ils encadrent est claire. L'estime de soi est un moteur dans l'adaptation. Elle permet l'ouverture à l'autre dans sa différence.

Aussi, faut-il dans le management, concevoir collectivement, être à l'écoute, chercher le sens et ... oser le plaisir !...

C'est sur ces valeurs que repose mon expérience en tant que Directeur des Soins à ERASME.

D'abord faire fonctionner le normal. Nous avons droit à la normalité.

Faire fonctionner le normal, qu'est-ce que cela veut dire : respecter le rôle et la place de chacun au sein des instances, évaluer le consensus mou au profit d'un véritable débat d'idées où l'autre n'est pas vécu comme un ennemi, un rival, mais comme un partenaire avec une histoire, un présent et des pensées parfois différentes.

Laisser à l'autre découvrir ses propres valeurs plutôt que les afficher de façon péremptoire, stérile et illusoire : l'écoute, le respect, le sens de l'autre.

La chance que nous avons, nous, professionnels en psychiatrie, c'est notre rencontre avec la personne en souffrance et je ne dis pas cela par goût du paradoxe, mais sincèrement, et je m'en explique. Les aptitudes que nous devons développer pour mieux répondre aux attentes exprimées au nom des personnes que nous sommes amenées à rencontrer, nous oblige à une constante ouverture

d'esprit et à développer notre imagination, car beaucoup de choses se jouent au moment de la rencontre avec l'autre, ouvrant ou non l'écoute de la souffrance.

Notre travail nous oblige donc à rechercher constamment des réponses à la question : comment ouvrir sur un possible, comment transformer le vécu proposé.

Par voie de conséquences, des réponses viennent du soin...

Aussi, en proposant aux patients pris en soin et non en charge à Erasme et à mon sens les mots ne sont pas anodins, dans le cadre de la cafétéria, un café philo, chaque jeudi avec l'intervention d'un véritable philosophe extérieur à l'établissement (espace où la pensée devient plaisir pour des personnes chez qui la pensée génère souvent doute et souffrance) en proposant de véritables concerts effectués in situ par des artistes, des films en exposant dans la cité des travaux effectués dans les ateliers d'expression, un espace se trouve ouvert. Et cet espace s'il est ouvert au personnel soignant est un outil et propose une réponse possible pour une reconnaissance du travail effectué. Cet espace est un élément propice à créer un sentiment d'appartenance, il participe à la création d'une cohésion groupale. Il donne du sens et prend corps dans une valeur de faire avec.

Ainsi, d'abord réfléchies et pensées pour les patients, des actions de soins deviennent outils et réponses pour les personnels : en permettant au personnel quel que soit son statut, soignant, ou non de participer à des activités comme la cafétéria, le café philo, les concerts, cinémas, les expos, nous prenons soin de l'autre. Car prendre soin c'est permettre un temps de rencontre, de découverte, une reconnaissance et des échanges entre individus pas uniquement professionnels contenus à une tâche même si un questionnement doit s'élaborer sur les limites que pour certains il conviendrait d'y mettre, au risque de révéler des problèmes professionnelles spécifiques.

Par ailleurs, en réalisant des réunions, cette fois-ci par corps professionnel où chacun peut exprimer ses propres ressentis et attentes, nous participons au développement des compétences psychosociales.

Il s'agit bien de prendre attention de l'autre, de prendre en compte l'autre, de prendre soin...

La mise en œuvre récente d'une journée de travail sur l'évaluation du projet de soin, journée animée par les membres de la Commission des Soins ouverte aux médecins, psychologues, et bien sûr personnel affiliés à la Direction des Soins, a permis des réflexions et des échanges, certes avec des imperfections sur un plan méthodologique quantifié, ouvrant tout un champ du possible démystifiant les mots affichés d'évaluation et des rendre compte.

Comme le dit fort bien Fabien COUTAREL : « Poser la Question de la santé au travail dans un projet de transformation, c'est avant tout se poser la question du travail ».

Et redonner des marges de manœuvre aux acteurs dans les organisations, c'est sans doute leur permettre de trouver du sens à leur travail dans un contexte incertain et complexe.

Aussi pour clore, je ne peux résister de vous citer Jean Paul SARTRE qui en 1943 dans « l'être et le néant » écrivait : « Le changement suppose la fabrication d'autres possibles. La décision de l'action de changement procède du changement de point de vue, d'une ouverture conceptuelle et imaginaire sur un autre possible et cette décision d'action de changement se déclenche le jour où l'on devient capable de concevoir un autre état de chose et de décider qu'une situation est insupportable ».

Nous avons parfois le choix entre :

- Nous plaindre ou agir
- Agir ou réfléchir
- Réfléchir pour avancer
- et Agir sans trop nous plaindre...

Même si le contexte est incertain et complexe !

11 - Art tôt ou tard

(Quand la culture participe au prendre soin)

Jean-François POPIELSKI
Directeur des soins à l'Hôpital Erasme (92)

De tous temps, hier la folie, aujourd'hui la souffrance psychique s'est trouvée, soit révélée, soit interpellée par l'expression artistique qu'elle fut ou qu'elle soit picturale, musicale, graphique ou scénique.

L'artiste avec sa part de mystère, d'incertitude, d'incompréhension et de solitude a rejoint dans la société, le fou, malade mental dans la difficulté de tout à chacun de décoder, de comprendre voir tout simplement entendre cette expression révélatrice de vécu et de sensibilité particulière.

Aussi, n'est-il pas étonnant que la psychiatrie moderne, contemporaine, s'intéresse à l'expression artistique et littéraire, la culture diront certains et utilise ces rencontres comme des ouvertures possibles à la fois pour les milieux artistiques et aussi et surtout pour les personnes en souffrance. Dès lors apparaissent mille points communs entre créativité et souffrance, permettant à l'artiste l'abord d'univers inexplorés ou inattendus et à la personne en souffrance de poser pendant quelques temps son vécu perturbant et perturbé.

N'oublions pas que déjà au Moyen-âge divers artistes (Jérôme BOSCH, par exemple) flirtaient avec la folie alors diabolisée, protégés par leur expression de leur originalité.

Même si la tentation a été grande, au point d'y croire un peu rappelons que, tous les fous ne sont pas des artistes et tous les artistes ne sont pas fous. Même si certains artistes souffrent et certaines personnes en difficultés sont de véritable artistes.

L'évolution des mots et de leurs signifiants ainsi que des techniques ont laissé apparaître les termes art-thérapie, psychothérapie à support artistique qui montrent à leur manière les tentations d'utiliser la culture au sens artistique comme un outil utile aux soins.

La finalité de l'expérience menée à Erasmus depuis de nombreuses années, de plus en plus formalisée s'est voulu et se veut différente, originale.

Il s'agit de donner à chacun les moyens de vivre une expérience, une rencontre avec soi, avec les autres, en utilisant un moment particulier, un outil connu ou inconnu.

La Culture : une occupation

La culture apparaît comme occupation au sens premier du mot : ce à quoi je consacre mon activité, mon temps. Elle est alors comme un repère face au vécu du temps éternel pour l'être en souffrance psychique. Car face au temps qui passe et à l'absence de conscience de son passage, elle lui donne réalité luttant ainsi contre le sentiment d'éternité ressenti, induisant un comportement où le faire maintenant ou demain n'a pas de sens.

Aussi, face à cette éternité non avouée mais vécue, la découpe du temps qui montre un avant, un après, un pendant, le faire, le geste peut engendrer un mouvement. Car pour les pathologies rencontrées autour de la psychose, la question qui émerge pour l'observateur : à quoi bon faire aujourd'hui, ce que je peux faire demain, quand le temps est infini. Même le plaisir engendré par la procrastination n'existe pas.

Et c'est tout naturellement qu'occuper le temps devient pertinent, la culture se présentant comme un outil de remise en ordre des choses. Aussi, peut-on espérer que le malade mettra en sommeil son délire, ses rituels, absorbé par ce qui s'ouvre à lui.

La Culture : une ouverture

Dès lors la culture devient un espace qui ose et permet l'échange. Elle restitue le fou-malade, en tant que sujet, homme parmi les hommes.

Car partager le même intérêt, la même découverte, la même passion libère des champs du possible loin de la souffrance et des enfermements.

C'est comme ouvrir des volets clos dont on ne sait pas où ils sont et ce qu'ils laissent à voir et vivre.

La Culture : pour être

La culture se partage. Elle permet reconnaissance, complicité, réalité. Elle offre la possibilité à l'individu de montrer ce qu'il sait, croit savoir, entrevoir, rêver. Elle est un espace du tout possible, du tout comprendre.

Elle est cette promesse qui révèle l'être.

La Culture : un soin

Si soigner est une énigme en psychiatrie, prendre soin est une réalité humaine. C'est écouter l'autre comme un semblable, l'accompagner dans ses gestes les plus anodins, les plus quotidiens parfois les plus intimes.

C'est ne pas juger, être en attente, écouter, parfois émerveillé, parfois inquiet. C'est passer d'un état de sollicitude stérile à une espérance où l'être existe par et pour lui-même.

Et le décor que nous offre la culture donne au réel le sentiment que la rencontre existe même dans l'étrangeté.

La Culture : c'est aussi des rencontres

Comment ne pas évoquer ce dialogue avec vous qui me parliez de votre soirée au Tabou lors d'une exposition sur Boris Vian, vous qui auparavant sembleriez muré dans une forteresse en perpétuelle protection.

Et ces moments où la chaleur des chants tziganes au rythme serbes où vous, étranger à double titre vous preniez conscience d'être avec nous pour partager ces musiques si fortes.

Comment oublier ces échanges lors d'une exposition où devant votre tableau peint selon votre habitude vous vous laissiez suspendre par une émotion de l'autre inattendue, inespérée vous interrogeant sur le comment et le pourquoi. Votre fierté de peindre envahissait alors tout votre l'espace psychique.

L'importance est bien dans la reconnaissance qu'offre le partage de la culture, elle n'a rien à voir avec le paternalisme ou un quelconque patronage. Elle restitue la personne en tant que sujet désireux, désirant et ouvert au monde, permettant une rencontre.

La culture donne dès lors la force à l'homme en mal être d'ouvrir la porte de la souffrance et comme l'a si bien vécu et dit Antonin Artaud :

"Nul n'a jamais écrit ou peint, sculpté, modelé, construit, inventé que pour sortir en fait de l'Enfer"

Pour illustrer ces propos, les artistes de l'atelier Jean-Wier ont exposé au musée du Quai Branly le 06 décembre dernier. Dans le cadre de rencontres sur la création artistique, quels apports pour la santé. Patronné par le Ministre de la culture et de communication avec le soutien de la Fondation Réunica Prévoyance et la Direction du Musée du Quai Branly, cette journée a été riche en échange, émotion et partage.

La projection d'un film intitulé « Les Artistes de Jean Wier » réalisé par Bernard TREMEGE a ouvert ces rencontres. Ensuite, la rencontre s'est organisée autour de deux tables rondes animées par Mme Catherine MATAUSCH, présentatrice du journal sur FR3 et Jean-Charles PASCAL, Psychiatre des hôpitaux.

La première table ronde intitulée « Médiation culturelle, la place de la personne en milieu de soins » a été l'objet d'échanges entre : Françoise Cloarec auteur d'un ouvrage sur Séraphine de Senlis, Elisabeth de la Genardière, directrice de l'Association Tournesol- Artistes à l'hôpital, Pascale Verges, cadre de Santé de l'Hôpital Beaujon, le Dr Jacqueline Augendre chef de pôle 9 et Eric Pays, artiste animateur au Centre Jean Wier.

La deuxième table ronde qui avait pour thème : ouvrir les lieux de prestige aux œuvres d'artistes patients, une mission de service public a permis des échanges riches entre Xavier Collal représentant du Ministère, Delphine Harmel du musée des Arts Premiers, notre hôte, Claude Olivier Doron, philosophe, Eliane Hervé Bazin, organisatrice de cette rencontre pour la Fondation Réunica Prévoyance et Gilles Rolland Manuel, pédopsychiatre impliqué dans divers projets culturels avec des patients artistes.

A la découverte de l'exposition des œuvres de patients/Artistes

Chacun a pu saluer l'effet produit d'une telle manifestation sur les soignants, soignés et public non initié : les regards étonnés et joyeux des uns et des autres ont durant la découverte de l'exposition laissés des traces que nos « Artistes héros d'un jour » nous invitent à emprunter.

Ainsi la culture se partage. Elle permet reconnaissance, complicité, réalité. Elle offre la possibilité à l'individu de montrer ce qu'il sait, croit savoir, entrevoir et rêver.

Elle est un espace du tout possible, du tout comprendre et surtout du partager. Elle devient cette promesse qui révèle l'être et nous unit l'espace d'un instant. Les artistes fiers d'être reconnus, les parents fiers de leur enfant et les professionnels fiers de leur travail.

12 - Santé Mentale des Adolescents et des Jeunes Adultes : En parler tôt, en parler mieux, agir à temps

UNAFAM

Objet

L'UNAFAM-Paris propose un **projet de prévention primaire** en santé mentale destiné à l'entourage des adolescents et des jeunes adultes.

Il a pour finalité d'aider à la **déstigmatisation de la santé mentale en donnant des moyens au plus proche du public concerné**. L'idée serait que les proches des jeunes aient la même attention sur leur santé mentale que sur leur santé somatique afin de les responsabiliser sur le rôle essentiel qu'ils ont à jouer pour accompagner le développement psychologique de ces jeunes.

Public Cible

Ce projet de prévention primaire s'adresse prioritairement **aux parents, aux proches et aux professionnels (éducation nationale notamment) qui accompagnent les adolescents et les jeunes adultes**.

Objectifs

Deux objectifs majeurs peuvent être distingués dans ce projet de prévention primaire.

- D'une part, il s'agit de **prendre en compte** et de **réduire les souffrances psychiques rencontrées chez les adolescents et les jeunes adultes**.
- D'autre part, il s'agit de **permettre une meilleure orientation des adolescents et des jeunes adultes vers l'aide de professionnels**.

Objectifs opérationnels

L'UNAFAM-Paris propose trois types d'intervention de proximité via les mairies d'arrondissement.

- **Montage d'actions permettant la déstigmatisation de la santé mentale** (manifestations grand public type conférence-débat, table ronde, café rencontre permettant aux différents interlocuteurs de dialoguer).
- **Création d'outils type « répertoire »**, propres à chaque arrondissement et qui réuniraient d'une part les coordonnées de l'ensemble des structures existant localement et pouvant prendre en charge des adolescents et d'autre part les coordonnées des espaces destinés aux parents et aux proches. Bien conscients que les structures psychiatriques « classiques » peuvent effrayer les personnes d'une part et ne sont pas forcément adaptées aux difficultés du jeune concerné d'autre part, cet outil a pour objectif de mentionner également les lieux d'information, d'orientation, d'écoute et de soins fonctionnant de manière alternative aux soins psychiatriques « classiques ». Par ailleurs, des numéros de téléphone permettant un accès direct aux jeunes et à leurs proches seront également communiqués.
- L'association UNAFAM-Paris propose d'autre part de **réaliser une plaquette** à partir de l'ouvrage écrit en collaboration avec le professeur Jeammet « *Votre adolescent vous inquiète* », avec le soutien de la Fondation de France.

Moyens d'action

3 instances de travail :

- Entretiens avec des personnes ressource
- Comité de pilotage
- Comité technique au sein de l'UNAFAM-Paris

13 - Paris sur la prévention pour le P.P.S.M

UNAFAM

Introduction

Les maladies psychiques, les troubles psychiques et les personnes qui en sont porteurs sont stigmatisés. De nombreuses représentations rendent ces sujets tabous et compliquent la prise en compte des souffrances psychiques pouvant exister chez les jeunes. Il apparaît aujourd'hui nécessaire, afin d'éviter au maximum le déclenchement de pathologies chroniques, de promouvoir la prévention en Santé Mentale et de l'inscrire dans une véritable politique de santé publique.

L'OMS distingue différents niveaux de prévention :

- La prévention primaire, permettant d'agir sur les facteurs entraînant l'apparition des pathologies afin de les éviter,
- La prévention secondaire, permettant de détecter au plus tôt les pathologies,
- La prévention tertiaire, permettant d'agir sur différents facteurs afin d'éviter les rechutes et de permettre à la personne de vivre le plus normalement possible.

En Santé Mentale, **la prévention primaire et la prévention secondaire** sont intimement liées et se situent essentiellement au niveau des enfants, des adolescents et des jeunes adultes.

Actuellement la prévention, primaire et secondaire essentiellement en Santé Mentale, apparaît comme une grande oubliée. En effet, peu de personnes semblent aborder ces questions de prévention comme si les tabous existants empêchaient de penser cette question de la Santé Mentale ; de plus, les campagnes de sensibilisation menées jusqu'alors ont eu pour effet, nous semble-t-il, d'augmenter la distance existante entre « la personne normale », nous, et l'Autre, « le fou » et par conséquent de renforcer la stigmatisation. Enfin, différentes pistes permettant d'expliquer pourquoi la prévention en Santé Mentale est aujourd'hui un sujet peu abordé ont été repérées :

- Les recherches actuelles donnent essentiellement des résultats sur les maladies mais s'intéressent peu aux causes de ces pathologies ; leurs résultats proviennent notamment de l'étude de personnes atteintes de maladies psychiques. Par ailleurs, il existe actuellement une tendance du « tout génétique » qui nous apparaît comme une simplification dangereuse. Nous sommes obligés de constater que même sur le plan de la recherche, la stigmatisation des maladies mentales fait que les causes des maladies sont peu recherchées, particulièrement celles qui peuvent devenir graves.
- Les associations de familles ou de malades travaillent sur les maladies et sur le handicap. La prévention est un sujet plus rarement évoqué et lorsque cette thématique est abordée, elle est plutôt du ressort de la prévention secondaire et s'appuie généralement sur des symptômes forts et visibles.
- Les laboratoires pharmaceutiques ne peuvent rien faire d'autre que d'essayer de développer leur entreprise en cherchant à améliorer la santé des patients.
- Le métier des médecins est de soigner et donc de traiter une pathologie. Un certain nombre d'entre eux adoptent cependant un regard préventif en réfléchissant aux causes de ces maladies.

La prévention tertiaire est un sujet traité par différents acteurs du secteur médical, médico-social, social et correspond bien à l'état des lieux figurant dans le document de travail du PPSM.

Les souffrances psychiques des jeunes sont parfois invisibles, difficiles à voir. La plupart des parents, des éducateurs, des professeurs s'arrêtent sur les symptômes bruyants, visibles et gênants pour « l'ordre social » tel qu'il est établi sans faire forcément le lien avec une possible souffrance psychique. Cependant, certains parents ont appris à le faire et il est certainement possible de trouver quelques repères permettant de veiller à la santé psychique de nos enfants. Il s'agirait d'avoir un regard sur leur santé psychique comme nous savons le faire concernant la santé physique et donc d'agir au niveau de la prévention primaire.

Malgré un débat malsain existant en France sur les objectifs de la prévention et de la détection précoce en particulier, cette dernière, à destination des jeunes enfants, permet de repérer et de prendre en charge certains enfants présentant des troubles visibles. Les pédopsychiatres interviennent en général à ce niveau qui est de l'ordre de la prévention secondaire.

Les adolescents apparaissent eux comme les « laissés pour compte » de la psychiatrie alors qu'on sait que cette période particulière nécessiterait un accompagnement singulier, d'autant plus qu'elle correspond à l'âge d'apparition de certaines pathologies psychiatriques. C'est pourquoi l'UNAFAM-Paris s'est engagée en faveur d'une véritable politique de prévention de la Santé Mentale des jeunes et a choisi d'adopter une démarche volontariste de prévention primaire et secondaire. L'unique finalité du projet mené par l'UNAFAM-Paris consiste à diminuer les souffrances des jeunes afin de favoriser leur développement harmonieux et de leur permettre de retrouver toutes leurs chances d'accomplissement social et professionnel.

Dans l'état des lieux du PPSM, nous constatons que deux études épidémiologiques réalisées en 2004 sur des enfants scolarisés à l'école primaire présentent des résultats différents.

Les déterminants, permettant de mesurer le vécu psychologique des enfants, sont peu étudiés.

La première étude, réalisée à Chartres, estime la prévalence des troubles mentaux pour 12,4% des enfants.

La deuxième étude, réalisée par le Pr Viviane Kovess, en Paca sur des enfants de 6 à 11 ans montre une fréquence des troubles mentaux de l'ordre de 7,6% à 25,4%.

Les deux enquêtes ont conclu qu'environ 5 à 6% des troubles étaient suffisamment sévères pour nécessiter des soins.

Retirons 5% des enfants qui seront suivis très jeunes en psychiatrie parce que des troubles sévères (souvent sévères pour l'entourage) auront été repérés. Il restera, 10% pour une enquête et 20% pour l'autre, d'enfants qui ne bénéficieront pas de suivi psychologique alors qu'ils présentent des souffrances psychiques cachées, des troubles essentiellement émotionnels, souvent peu visibles et

peu dérangeants pour leur environnement. De multiples événements peuvent procurer des souffrances invisibles chez l'enfant. Les enfants concernés peuvent camoufler très longtemps, par peur ou pour ne pas poser de problèmes et ce d'autant plus que ces troubles peuvent être provoqués par une situation familiale qui peut être aimante, mais dont l'enfant a compris la grande fragilité voire l'indisponibilité. Ces jeunes ont trouvé des stratégies d'adaptation et mettent en place des comportements sociaux et scolaires alternatifs pour ne pas se faire remarquer. Ils adaptent en permanence leurs comportements en essayant de faire ce qu'ils pensent qu'on attend d'eux. Les enfants semblent d'autant plus touchés par ces traumatismes qu'ils ne savent pas comment les évacuer. Comment leur permettre d'évacuer ces troubles émotionnels cachés ?

La thèse d'E. Farka (Troubles des fonctions émotionnelles dans la schizophrénie) nous oblige à réfléchir sur l'importance des troubles émotionnels non détectés chez des enfants et qui peuvent avoir une influence négative sur leur construction psychologique : « tout comme l'aspect ultime du négativisme, la catatonie peut, contrairement aux apparences refléter une activité délirante intense, l'indifférence affective a pu être rattachée par certains auteurs à une exacerbation des processus émotionnels. Cette exacerbation résulterait alors en un effort constant du patient pour éviter les situations émotionnellement intenses et se traduirait par une indifférence plaquée » et « une littérature conséquente montre que des dysfonctionnements dans les processus émotionnels méritent une attention toute particulière car ceux-ci peuvent être prédictifs du fonctionnement social ».

Ces souffrances invisibles se révèlent plus tard et actuellement, il est communément admis que 15% à 25% des adolescents sont en souffrance psychique. Les chiffres relatifs aux tentatives de suicide par exemple, même si leur évaluation reste difficile à mener, sont significatifs. Il y a environ 40.000 tentatives de suicide par an chez les jeunes de 15/24 ans et 600 suicides. Marie Choquet et Xavier Pommereau lors d'une enquête à Bordeaux révèlent que 7% des élèves de 12 à 19 ans ont fait une tentative de suicide et que 9 sur 10 n'ont pas été hospitalisés. En effet, ces stratégies d'adaptation semblent plus difficiles à mettre en œuvre à l'adolescence, qui correspond à une période où on demande, scolairement parlant aux jeunes, de développer des capacités d'abstraction, de réflexion et de mises en lien (dernières années de collège). Cette période peut correspondre également à « l'explosion » des troubles. Si la corrélation que nous faisons entre ces troubles émotionnels cachés et des symptômes visibles chez l'adolescent ne repose sur aucune donnée scientifique, force est de constater que les causes de l'arrivée de la schizophrénie n'ont jamais été identifiées, ni d'ailleurs celle des psychoses.

Pour appuyer notre projet, nous reprendrons les études faites au Canada par la commission de la Santé Mentale, notamment le Comité consultatif sur les enfants et les adolescents qui indique que la

« maladie mentale est devenue l'une des préoccupations principales en matière de santé chez les adolescents, celle-ci touchant entre 15% et 25% des jeunes. (Gouvernement du Canada Nov.2008*) ». Un rapport de la conseillère des enfants et des jeunes (Leitch, 2007) indique que :

- « 70% de tous les troubles psychiatriques émergent durant l'enfance et l'adolescence et représentent le principal facteur d'apparition de la maladie dans le groupe des adolescents.
- La recherche démontre qu'à tout moment, environ un enfant ou un adolescent canadien sur 7 (15%) de moins de 19 ans est possiblement atteint d'un sérieux problème de santé mentale qui affecte son développement et sa capacité de participer aux activités courantes des adolescents.
- Seulement un enfant canadien sur cinq qui nécessite des services de santé mentale reçoit de tels services ;
- Le suicide chez les jeunes est la deuxième cause principale de décès chez les adolescents canadiens et représente une forte préoccupation en matière de santé publique. Les tentatives de suicide sont environ quatre fois plus fréquentes que les suicides entraînant la mort. »

Par ailleurs, les Canadiens insistent sur la « chronicisation » des troubles et leurs conséquences, économiques notamment : « les problèmes de santé mentale chez les enfants et les adolescents persistent souvent à l'âge adulte » (Waddell, et collectif 2007) et « l'impact économique de la maladie mentale causé par la perte de productivité et l'augmentation du fardeau social et des soins de santé coûte cher à l'économie canadienne » (Lim et collectif 2008).

L'adolescence est reconnue comme singulière (« on reconnaît de plus en plus que les années menant à l'âge adulte représente une période de développement particulière dans laquelle les transitions sociales et le développement biologique interagissent et s'influencent mutuellement »). De plus, « de plus en plus de preuves de recherche suggèrent que l'enfance et l'adolescence sont les moments les plus favorables pour influencer les déterminants du bien être social, émotionnel et mental » (gouvernement du Canada, novembre 2008 ; McEwan, Waddell et Barker, 2007 ; Baker et collectif 2007).

L'expérience canadienne nous montre bien l'importance de mener une politique de prévention primaire et secondaire concernant la Santé Mentale.

Les principaux axes de travail doivent être étudiés de façon transversale :

- La communication, les médias
- Les acteurs de première ligne (l'entourage des adolescents (les familles, les proches et les amis d'une part, l'éducation nationale d'autre part), formation, information, sensibilisation des acteurs de première ligne à leur rôle de veille)
- Les moyens envisagés (outils, groupements locaux de coopération, structures...)

Communication, Médias

Actuellement, la manière dont les troubles psychiques sont traités par les médias renforce la stigmatisation entourant les maladies psychiques et les personnes qui en sont porteuses. En effet, la médiatisation des conséquences dramatiques entraînées par une minorité de cas très lourds entretient cette stigmatisation. Actuellement, le grand public semble avoir une représentation négative des troubles psychiques envisagés comme des pathologies incurables. Alors que la prévalence des troubles mentaux dans la population est estimée à 32%, l'enquête Ipsos 2009 pour Fondamental montre bien que « la maladie mentale, c'est l'Autre ». Nous proposons qu'une veille sur les médias puisse se faire afin qu'ils soient responsabilisés, au même titre que le grand public, sur le rôle de veille qu'ils ont à jouer.

Nous avons envisagé plusieurs pistes permettant de communiquer autrement sur la Santé Mentale afin d'éviter d'associer à cette notion les représentations existantes sur les troubles psychiques :

- La Santé Mentale devrait être intégrée à la Santé de manière générale, comme étant l'une de ses composantes ;

Dans un programme de prévention concernant la Santé Mentale des jeunes, il n'est pas possible de dissocier le physique et le psychique. La Santé doit aujourd'hui prendre en compte les deux aspects. Le fait de considérer l'adolescent dans sa globalité physique et psychique est une approche adoptée par les Maisons des Adolescents

- Etant donnée la prévalence des troubles psychiques, la Santé Mentale devrait constituer un sujet de société grand public, accessible et compréhensible par tous et non un sujet d'experts, de professionnels spécialisés car la prévention sur la Santé Mentale des jeunes concerne tout le monde.

En effet, il semblerait actuellement que les personnes constituant le grand public différencient les troubles qu'ils pourraient avoir du concept de Santé Mentale.

- La communication doit absolument restée dans du concret. Les campagnes couteuses, les discours abstraits ayant pour but de « changer le regard » semblent inutiles et toujours un peu plus stigmatisants, car élargissant la distance entre moi et l'Autre, le « Fou ». La maladie mentale, c'est nous, nos proches ; ce ne sont pas les autres !
- Dimension des campagnes de sensibilisation : cette sensibilisation grand public peut/doit se faire localement, régionalement et nationalement.

Sur le modèle écossais, nous pourrions former une cellule de veille et de contrôle des médias locaux, régionaux et nationaux sur la santé mentale et travailler à l'élaboration commune d'une chartre.

De la prévention primaire à la prévention secondaire

Le travail engagé par l'UNAFAM-Paris s'adresse en priorité aux acteurs de première ligne, représentés par l'entourage de l'adolescent. Il s'agit des parents, des proches, mais aussi des amis et de l'ensemble des professionnels accompagnant l'adolescent au quotidien (professionnels de l'Education Nationale, médecins généralistes, pédiatres...).

L'entourage des adolescents :

Les familles, les proches et les amis :

Chez les adolescents ce sont souvent les amis qui se rendent compte d'une situation anormale. La situation est inquiétante quand plusieurs symptômes coexistent et se répètent.

En effet, les adolescents continuent de camoufler vis-à-vis de leurs parents. Le lien avec leurs parents peut être rompu sans que les parents s'en rendent compte. Le jeune a gardé un discours rationnel qui est celui que ses parents ont vis à vis de lui; il lui permet de camoufler ses souffrances. Les parents n'ont pas su voir, s'adapter. Le jeune souffre, a souffert, et le risque est que la souffrance soit telle qu'il n'y aura que la crise pour que ces souffrances soient prises en compte. Les parents sont démunis, ne comprennent pas. Et pourtant il est difficile, sauf dans des cas très graves de dissocier les parents de l'éducation et du suivi Santé des enfants et adolescents. Le déni des familles, sauf si les troubles deviennent vraiment trop importants, provient essentiellement du fait de la stigmatisation importante autour de la Santé Mentale. Les parents sont attachés principalement à la disparition des symptômes sans forcément établir un lien entre les symptômes et les souffrances psychiques. Le Suicide, les addictions, les troubles alimentaires, les troubles du sommeil et le décrochage scolaire sont des axes forts pour les familles.

Il semble évident que la prévention des adolescents doit forcément passer par une sensibilisation des proches et il semblerait pertinent d'instaurer des soutiens, des formations pour les parents.

Marie-Jeanne Guedj responsable du CPOA Saint Anne propose des visites à domicile et indique que : « l'adolescent reste enfermé chez lui : c'est une situation dont viennent se plaindre les parents, paradoxalement en urgence et tardivement par rapport à l'installation insidieuse de ce comportement. Aller le voir à domicile puisqu'il ne vient pas nous voir semble une lapalissade ; évaluer la pathologie groupale et individuelle est une nécessité psychiatrique. Adolescence et urgence sont sur le même modèle (Guedj 2002)et la demande d'accès aux soins par un entourage débordé est une modalité fréquente, qui ne préfigure pas forcément de la gravité : crise maturante, dysfonctionnement familial, ou pathologie avérée ? ».

Au Canada, le comité consultatif pour les enfants et les adolescents indique qu' «une philosophie centrée sur la famille est un pilier clé pour l'éducation efficace des enfants, des adolescents et de leur famille. Il est reconnu que la majorité des adolescents grandissent au sein de leur famille et sont soutenus par elle et que les familles veulent fournir un environnement dans lequel leurs adolescents peuvent se développer d'une façon qui favorise la santé mentale. Un service ou un programme centré sur la famille reconnaît que les adolescents et leur famille ont une expertise expérientielle considérable. Pour être efficace, les ressources et les programmes doivent être élaborées en collaboration réelle avec les familles ». Les canadiens ont donc élaboré un cadre centré sur la famille pour l'éducation et le soutien dans l'espoir d'optimiser le vécu et le bien être psychologique des adolescents. Ainsi, il s'agit de :

- « Normaliser l'aide parentale ou le comportement de recherches de renseignements
- Augmenter les connaissances parentales sur les facteurs contribuant à une santé mentale positive à l'adolescence et sur les signes de problèmes de santé mentale.
- Augmenter la capacité des parents de fournir un contexte comportemental et émotionnel dans lequel la santé mentale de leur adolescent se développera ;
- Augmenter la capacité des parents d'identifier les signes précurseurs des problèmes de santé mentale ».

Selon le modèle canadien, on voit bien que la formation et la communication doivent être traitées et sont liées.

L'Education Nationale :

Les professionnels de l'Education Nationale sont souvent mis à contribution sur les problèmes de Santé Mentale. Les enseignants, en contact direct avec les jeunes reconnaissent bien les troubles des adolescents (essentiellement ceux pouvant être travaillés via la prévention secondaire), notamment ceux qui peuvent avoir un effet déstabilisant pour la bonne marche des cours. Les enseignants, au sein des établissements scolaires, travaillent avec les élèves et les équipes médico-sociales (médecins, infirmiers, psychologues...). Cependant, l'institution d'une première ligne de santé devrait doit pouvoir les aider à signaler des troubles perceptibles chez un élève.

Par ailleurs, les médecins scolaires, les infirmières devraient pouvoir bénéficier de formations (formations initiale et continue) à propos de la Santé Mentale.

Le rapport Versini indique qu'un « certain nombre d'enseignants considèrent que la qualité des résultats scolaires va de pair avec la qualité du fonctionnement mental de l'adolescent et estiment que tant qu'un adolescent travaille bien c'est qu'il ne rencontre pas de difficultés personnelles ». Or,

pour les anorexiques par exemple, force est de constater qu'elles présentent d'excellents résultats scolaires...

Formation, information, sensibilisation des acteurs de première ligne à leur rôle de veille :

Les troubles graves arrivent souvent entre 16 et 25 ans et, concernant cette tranche d'âge, il n'y a pas de protocole spécifique. Or, on sait que les malades chroniques en Santé Mentale constituent le premier coût des frais d'hospitalisation et sont aussi la seconde cause d'arrêt de travail.

La prévention primaire pourrait consister en un travail de veille, veille qui concernerait l'ensemble de l'entourage de l'adolescent (parents, proches, amis du jeune concerné...). Il semble indispensable de traiter les difficultés psychiques le plus en amont possible pour permettre d'éviter les troubles graves. La perte du lien, d'un lien est dangereuse. Il faut absolument recréer ce lien grâce à des pistes multiples pour éviter les crises graves. L'UNAFAM-Paris propose notamment la distribution d'un « catalogue d'aide à la parentalité » afin de sensibiliser les parents aux questions de Santé Mentale. La prévention secondaire pourrait se centrer sur les symptômes existants de manière suffisamment aigue et répétée qu'une intervention d'experts soit requise.

Par ailleurs, un renforcement des formations (initiales et continues) des professionnels du secteur sanitaire et éducatif notamment concernant la Santé Mentale, la multiplication des actions de sensibilisation semblent être des pistes intéressantes pour sensibiliser aux problématiques de Santé Mentale. Ainsi, il existe une unanimité des rapports sur la nécessité de formation des acteurs de première ligne à la psychiatrie.

Le rapport Strohl – Menninger prône de :

- Former en commun différents intervenants aux problèmes de la psychiatrie.
- Organiser dans tout le cursus de formation initiale des médecins, des infirmiers, des assistants sociaux un stage en psychiatrie, de préférence en extra-hospitalier. Une réorganisation des modalités de stage pendant les études médicales doit donc être préparée conjointement avec le ministère de la Santé et le ministère de l'éducation nationale et de la recherche.
- Développer des formations de repérage des difficultés et de méthodes de dépistage à destination des professionnels de première ligne, enseignants, travailleurs sociaux, généralistes ».

Le Rapport Couty propose lui de :

- « Rendre obligatoire le stage en psychiatrie au cours de l'internat de médecine générale;

- Prendre des mesures incitatives fortes afin que les généralistes s'engagent aux côtés des spécialistes dans les groupements locaux de coopération pour la santé mentale (possibilité de vacations mieux rémunérés)».

Enfin le Rapport Versini propose de « rendre obligatoire la formation des médecins généralistes, pédiatres, médecins scolaires, médecins des urgences au référentiel d'observation à l'usage des médecins pour un repérage précoce : souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent, élaboré en 2006 par la Fédération Française de Psychiatrie ».

Il s'agirait notamment de compléter la formation des généralistes et plus spécifiquement des pédiatres au psychisme, pour qu'elle fasse partie des disciplines d'un généraliste au même titre que les formations médicales physiques, avec une grille de rémunération supérieure.

Les moyens envisagés

Outils :

Pour être efficace, les dispositions de première ligne doivent être facilement repérables, visibles. Pour permettre cette lisibilité, l'UNAFAM-Paris propose la création d'un portail internet, la mise en place d'annuaires de proximité et l'édition de plaquettes notamment pour que les adolescents et leur entourage soient sensibilisés aux problématiques de santé mentale et soient informés sur les dispositifs existants et constituant la première ligne d'accueil pour des adolescents en souffrance psychique.

Groupement locaux de coopération ou toute autre appellation regroupant les acteurs présents en première ligne et organisés en réseau :

Le rapport Couty indique sur le temps des adolescents : « 15% des adolescents de plus en plus jeunes sont en grande souffrance soit 900.000 adolescents. Dans ce contexte une des stratégies possible en matière de prévention ciblée sur cette population consiste à aller vers ces adolescents afin de pouvoir intervenir le plus en amont possible sans pour autant qu'il y ait une demande de soin ». Ce rapport Couty préconisait aussi la création de groupements locaux de coopération (GLC) en insistant sur la notion de proximité et d'interdisciplinarité. Ainsi, ces GLC pourraient être exclusivement axés sur les problématiques ados. Il pourrait s'agir d'organisations locales de grande proximité réunissant différents acteurs. Pour que ce conseil puisse avoir de vrais pouvoirs, cela suppose que des élus avec des pouvoirs décisionnaires y participent. Ce conseil pourrait instaurer et surveiller les services de

première ligne (prévention primaire), participer à leur évaluation en harmonie avec la deuxième ligne (prévention secondaire).

Le rapport Couty conseille notamment de « prendre des mesures incitatives fortes afin que les généralistes s'engagent aux cotés des spécialistes ». Tous les services mis en place étant interdépendants, il faut donc que ces GLC bénéficient d'un coordinateur de bon niveau de formation, avec des qualités d'écoute et des facilités de synthèse. Des formations spécifiques pour ce poste pourront être envisagées particulièrement chez des psychologues.

Ces GLC pourraient/devraient être coordonnés par les Maisons des Adolescents et ils pourraient décider de l'adaptation des outils généraux vers des outils de proximité (adaptation du portail Internet, des numéros d'écoute, des outils papier et annuaires qui référenceront tous les possibilités médicales, sociales et médico-sociale de première ligne de proximité).

Concernant l'importance du réseau, le rapport Strohl-Menninger conseillait déjà en 2004 de:

- Organiser la coopération entre la psychiatrie et son environnement.
- Développer les collaborations entre établissements et service du secteur psychiatrique, social et médico-social.
- Charger une équipe dans toutes les DDASS d'élaborer des conventions organisant l'échange des services, de clients, de personnels entre les secteurs psychiatriques, les IR, les foyers, les missions locales
- Donner dans les budgets de chaque établissement ou service les moyens de cette collaboration, en revanche ne plus favoriser les organisations en forteresse où chaque institution souhaite disposer à elle seule de toutes les palettes d'intervention ».

Les formes d'institutionnalisation trop lourde doivent être évitées. Il doit être possible d'intégrer des services privés et autonomes sous forme de contrats révisables régulièrement (pour les psychologues par exemple).

Créations de structures :

- Création de structures de réinsertion sociale ou scolaire pour des adolescents qui ont des troubles, sans qu'ils soient obligés d'avoir recours à la reconnaissance du statut de personne Handicapée Psychique.
- Créations de lits d'hospitalisation spécifique et dissociation psychiatrie ado/psychiatrie adulte. Le vocabulaire de la psychiatrie adulte ne doit plus être employé pour les jeunes. Actuellement, mélangés avec des adultes malades chroniques, les adolescents vivent des hospitalisations traumatisantes. Ces traumatismes peuvent avoir des effets « d'entraînement » vers les psychoses. Les jeunes concernés peuvent s'imaginer que leurs symptômes sont

irréversibles. De plus, les adolescents hospitalisés se désinsèrent socialement. Ils peuvent ressentir toute leur vie le traumatisme créé par une hospitalisation inadaptée et vécue comme hostile. Ces hospitalisations vont à l'inverse du bienfait des environnements positifs, dont on sait qu'ils constituent une partie importante de la réhabilitation. Pour que le jeune en souffrance puisse retrouver du bien-être et de la sérénité, il paraît indispensable de lui procurer un environnement positif.

En attendant la création de lits spécifiques, les adolescents hospitalisés pourraient /devraient aller dans les services généralistes ou pédiatriques.

Enfin, il semble souhaitable que la durée d'hospitalisation soit relativement brève afin d'éviter la rupture sociale.

- Identification de personnes relais pouvant éventuellement accueillir un jeune en souffrance. La notion de repérage d'un proche de la famille ou extérieur à la famille mais qui ne serait pas les parents, peut être une piste pour la politique d'accompagnement dédiée aux adolescents.
- Création d'équipes mobiles pluridisciplinaire de prévention, qui verraient en systématique tous les adolescents.
- Développement des Points d'Accueil et d'Ecoute Jeunes.
- Développement des Maisons Des Adolescents : ce sont des lieux uniques qui ne sont pas assez valorisés par l'opinion publique. Les Maisons des Adolescents peuvent faire de la prévention primaire et secondaire. Nous pourrions imaginer qu'elles se chargent même de la formation des familles. Elles constituent des expériences positives permettant notamment d'écouter et d'orienter les jeunes mais elles se heurtent à leur manque de moyens. Elles sont un passage de bien-être pour ces adolescents dont l'environnement est insuffisant en termes d'accompagnement ou de prises en charge. Une fois les professionnels des Maison Des Adolescents ayant identifiés les difficultés ou les troubles, il existe un manque de moyens notoires pour assurer une continuité efficace.

Conclusion

Par cette contribution, l'UNAFAM-Paris souhaite :

- **Insister auprès des décideurs sur la nécessaire prise en compte de la Santé des adolescents, en traitant leurs souffrances psychiques au même titre que leurs souffrances physiques avant qu'elles n'entraînent des symptômes plus graves ;**
- **Orienter la recherche en sciences humaines sur des thématiques de prévention et notamment sur les déterminants de prévention.**

Selon le rapport Couty et même si les pistes d'action sont des pistes de proximité, la promotion de la Santé mentale et la prévention sont d'une ampleur telle qu'un « pilotage national interministériel reconnu et accepté par tous les acteurs » est indispensable.

Une question subsiste cependant : quel ministère, quelle institution peut prendre en charge un programme de prévention ? La DGS, la DGOS, la Cnam, la CAF, l'EN, et d'autres certainement.

Versini, dans son rapport écrit que : « ni enfant, ni adulte, l'adolescent est longtemps resté un grand négligé des politiques publiques qui pour l'essentiel ont peiné pour mettre en place des programmes spécifiques pour cette tranche d'âge. Ces travaux doivent être intégrés dans une prévention globale du mal être et de la souffrance psychique ».

Bibliographie :

- Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : www.miss.gouv.qc.ca et auteurs cités dans ce rapport
- Plan d'action en santé mentale 2010-2015 : www.miss.gouv.qc.ca et auteurs cités dans ce rapport
- Commission de la Santé Mentale du Canada. Comité consultatif sur les enfants et les adolescents : bleung@mentalhealthcommission.ca
- Fondamental Enquête Ipsos de 2009 : www.fondation.fondamental.org
- Rapport Couty : www.sante.gouv.fr
- Rapport Danièle Jourdain-Menninger et Hélène Strohl-Maffesoli : Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques (Février 2004) : lesrapportsladocumentationfrancaise.fr/BRP
- Dominique Versini : La défenseure des enfants. Rapport thématique 2009

13 - PROMAT : La promotion de la santé mentale à l'école maternelle

Étude de faisabilité d'une stratégie de promotion de la santé mentale s'adressant à l'ensemble des acteurs de l'école maternelle (*Whole School Approach*)

Tim GREACEN

Directeur du laboratoire de recherche EPS Maison Blanche

Carola ARENDS

Psychologue

Suite de l'étude Epiteppe (2006-2007)

Epiteppe : Quelle prise en compte de la santé mentale à l'école maternelle ?

Étude qualitative auprès de l'ensemble des acteurs de 3 écoles franciliennes.

Les recommandations qui en ressortent :

- Mieux concilier bien-être de l'enfant et programme d'apprentissages
- Inscrire de manière explicite la promotion de la santé mentale dans le projet d'école
- Affirmer le rôle de l'école maternelle et les professionnels de l'école dans le soutien à la parentalité
- Expérimenter différentes manières pour renforcer la place des parents au sein de l'école
- Améliorer la collaboration entre acteurs de l'école et professionnels de la santé et de la santé mentale (dans et à l'extérieur de l'école).

Promat : deux axes d'intervention

- 1) Adapter et mettre en oeuvre le programme internationalement reconnu de promotion de la santé mentale *Les amis de Zippy* qui vise l'acquisition de compétences d'adaptation par les enfants de 5 à 7 ans.
- 2) Mettre en place des *Rencontres sur la parentalité, la santé et la santé mentale*, rencontres s'adressant aux parents, menées notamment par les professionnels de santé de l'école et du quartier.

Choix des écoles

	Ecole polyvalente Simplon	Ecole maternelle Pasteur Garches	Ecole maternelle Pasteur Villejuif
Département	75	92	94
Rectorat	Paris	Versailles	Créteil
Nombre et type de classes	2 PS/GS 2 PS/MS 2 CP/CE1	3 PS 3 MS 1 MS/GS 2 GS	1 TPS 3 PS 1 PS/MS 3 MS 3 GS
Nombre d'enfants	150	250	260
Nombre d'enseignants	7	9	11
Nombre d'Atsem	2	9	4
Zone	ZEP	non ZEP	ZEP

TPS : toute petite section, PS : petite section, MS : moyenne section, GS : grande section, ZEP : zone d'éducation prioritaire

Déroulement de la recherche

Présentation du projet Promat à l'ensemble des acteurs

- Choix des thèmes des *Rencontres*
- Adapter le programme *Les amis de Zippy* au contexte français
- Formation par l'équipe québécoise de formateurs français sur *Les amis de Zippy*
- Formation des enseignants-animateurs sur *Les amis de Zippy*
- Formation d'une intervenante psychologue sur le programme Triple P (parentalité)
- Mise en place de *Zippy* et des *Rencontres* sur toute l'année scolaire
- Évaluation continue du programme

L'évaluation

Dans quelle mesure la mise en œuvre est-elle conforme à ce qui était prévu ?

- Comment se déroulent les séances ?
- Qu'en pensent les enseignants, les élèves et les parents ?
- Quels changements sont nécessaires afin de mieux adapter le programme au contexte culturel français ?

Enfants

Nombre de classes et d'enfants participant au programme *Les amis de Zippy*

	Début d'année		Fin d'année	
	Classes	Enfants	Classes	Enfants
Garches				
Grande section	2	59	2	59
Grande section mixte*	1	18	1	18
Villejuif				
Grande section	3	74	3	74
Total	6	151	6	151

Résultats : Les amis de Zippy

L'évaluation par les enseignants :

- Les enfants aiment le moment Zippy
- La participation est « bonne »
- Parler des sentiments est riche, productif et surprenant
- Limiter à 45 minutes est parfois difficile
- Quelques activités sont moins adaptées aux enfants de 5 ans :
 - Ecrire, lire
 - Certains concepts parfois trop abstraits
 - Trop de parole
 - Une séance modifiée systématiquement

Focus groupes enseignants à mi-parcours et à la fin

- Points forts du programme :
 - Les histoires et les personnages
 - Trouver des solutions ensemble
 - Un moment bien identifié
 - Les mises en scène, les jeux de rôles, marionnettes
- Impact du programme :
 - Les sentiments seraient entrés dans le vocabulaire de tous les jours (jalousie, colère, tristesse...)

- Les enfants reconnaîtraient et analyseraient mieux leurs propres sentiments et ceux d'autrui
- Les enfants associent ce qui s'est passé dans une séance avec la vie de tous les jours
- Un effet sur le « vivre ensemble »

Trois outils d'évaluation testés :

1) Questionnaire sur l'environnement socio- éducatif :

- Une amélioration dans la perception globale de l'ambiance dans la classe

2) Entretien avec des groupes d'enfants avec analyse d'une situation « problématique » de la vie de tous les jours :

- Ils utilisent les acquis des séances « Zippy » pour explorer ensemble des solutions
- Ils prennent en compte les sentiments des autres

3) Questionnaire aux parents :

Une famille sur trois a répondu

- Certains enfants ont parlé des séances/des activités de Zippy à la maison
- Plusieurs parents ont l'impression que leur enfant parle davantage et avec un vocabulaire plus riche sur les sentiments comme le fait d'être triste, heureux ou jaloux
- Ils remarquent que l'enfant commence à prendre en compte les sentiments chez autrui

Synthèse Zippy

Le programme *Les amis de Zippy* :

- S'inscrit facilement dans le programme officiel de l'éducation nationale
- Accepté par l'ensemble des acteurs (parents, enfants, enseignants)
- Contenu facilement adaptable au contexte français et à l'âge des enfants
- Changements perceptibles dans le savoir-faire social/interpersonnel et émotionnel des enfants

Résultats : Les rencontres

École 1

- 6 Rencontres animées par psychologue scolaire, médecin scolaire, Maison des parents, Centre social, Lieu d'accueil enfants parents, chargée de recherche

- 15-35 parents par Rencontre, mais peu d'enseignants

École 2

- Une rencontre autour de la parentalité (Triple P), aucune structure du quartier
 - 80 parents + toute l'équipe pédagogique

Grand intérêt des parents pour cette démarche

- Importante mobilisation des parents
- Taux de satisfaction élevé
- Participation interactive, beaucoup d'échanges
- Contact différent apprécié par les intervenants

Organisation difficile

- Certaines écoles ont peu de contact avec les professionnels de santé du quartier
- Difficile de trouver des interlocuteurs volontaires parmi ces professionnels
- Coordonner les agendas surchargés – d'autant plus pour des rencontres en dehors des heures de travail habituelles
- Polémique autour des programmes de promotion de la santé mentale

L'avenir

Évaluation de l'approche PROMAT avec groupe contrôle

- Développer un outil d'évaluation non nominatif de l'acquisition de compétences d'adaptation pour les jeunes enfants
- Préparer les acteurs de l'Éducation Nationale
- Mobiliser les institutions de la santé mentale
- Adapter Triple P au contexte français

Promouvoir les programmes de promotion de la santé mentale en milieu scolaire



Groupe de travail « Promouvoir une approche intégrée des parcours de santé et de vie »

14 - Contribution réalisée par le Docteur Bernard ODIER

Bernard ODIER
Association Santé Mentale du 13^{ème}

Plusieurs aspects fonctionnels et cliniques modernes des secteurs psychiatriques mériteraient d'être illustrés :

Sur un plan fonctionnel

- Avantages de l'unité de responsabilité médicale sur "l'intra" (l'hospitalisation) et "l'extra" (les traitements ambulatoires) : développement de l'hospitalisation séquentielle, développement des Centres d'Accueil et de Crises, alternatives aux traitements "sans consentement", ...
- Desserte en soins "extra-hospitaliers" des filières dites "médico-sociales" alternatives à l'hospitalisation, et aide au développement de celles-ci.

Sur un plan clinique

- Passage des prises en charges en Psychiatrie Infanto-Juvenile à des prises en charge " psy adultes:" intérêt des séminaires cliniques communs, et des travaux cliniques en rapport (devenir des Troubles Envahissants du Développement, évolution des autistes à l'age adulte, psychoses émergentes,...)
- Modalités de prise en charge des enfants de malades mentaux, intérêt de modalités d'organisation spécifiques et partagées

- Développement de réseaux "psychiatrie de secteur-médecine de ville": enquêtes diverses, récits d'expérience, développements en cours, recherche clinique en préparation.

Au contraire, la présentation retenue floute le secteur psychiatrique et l'évide en altérant ses principes.

Le terme "responsabilité populationnelle" n'a, à ma connaissance, jamais été utilisé à propos du secteur psychiatrique. Ses connotations à la fois restrictives, floues et illimitées risquent de contribuer à l'entreprise actuelle d'évidement du secteur psychiatrique et de dilution de ses principes.

En effet le secteur psychiatrique est une modalité d'organisation du dispositif de soin qui condense plusieurs dimensions: rationalisation des aires de recrutement des établissements hospitaliers, unité de responsabilité médicale de l'intra-hospitalier et de l'extra-hospitalier fluidifiant les filières de soins, unité de responsabilité en ce qui concerne la prévention, le traitement et la réhabilitation, et enfin détermination de la population desservie sur des bases géo-démographiques ayant une cohérence permettant de soutenir un projet de psychiatrie communautaire.

Ces caractéristiques dérivent non pas d'une théorie du soin comme avancé, mais d'une observation clinique: celle de la tendance des malades mentaux à introduire sous différentes formes des ruptures et des discontinuités dans leurs traitements, ce que les cliniciens connaissent bien, de l'interruption récurrente de traitement au nomadisme médical, etc... À ce titre, le secteur psychiatrique est la modalité organisationnelle qui de toutes va le moins dans le sens de cette tendance morbide. Il cherche tout simplement à ne pas en rajouter dans le registre de la discontinuité. Sur ce point, le terme de "responsabilité populationnelle" n'apporte aucune clarification et constitue un raccourci floutant.



Groupe de travail « Faciliter l'accès aux soins »

15 - Contribution réalisée par Sibel AGRALI

Sibel AGRALI
Association Primo Levi

Un projet associatif fondé en 1995 par cinq ONG

- Amnesty international – section française
- ACAT – Action des Chrétiens pour l'Abolition de la Torture
- MDM – Médecins du Monde
- JSF – Juristes sans Frontières
- Trêve – des professionnels de la santé ayant acquis une expérience auprès des personnes victimes de la torture

Soins et soutien aux personnes victimes de la torture et de la violence politique

L'Association Primo Levi est avant tout **un centre de de soin et de soutien pluridisciplinaires** pour les personnes victimes de la torture et de la violence politique – adultes, adolescents, enfants et familles – vivant en exil. Il est situé à Paris et regroupe des médecins généralistes, des psychologues cliniciens (tous psychanalystes), une kinésithérapeute, des assistants sociaux, une juriste et du personnel d'accueil. L'équipe du centre prend en charge chaque année près de 350 patients, originaires de plus de 40 pays pour des suivis d'une durée moyenne de 2 ans.

L'Association Primo Levi a également mis en place **un centre de formation** agréé pour les professionnels, en France et à l'étranger, en lien avec ce type de patients et a développé de nombreux outils pour informer et sensibiliser sur les effets de la torture et de la violence politique et la prise en charge des victimes. **Un centre de documentation spécialisé** unique en France, rassemble

plus d'un millier de références disponible à la consultation sur les thèmes de la torture, de la violence politique, et les effets du traumatismes sur les personnes exilées. www.primolevi.org

La torture sous toutes ses formes participe d'une volonté délibérée de détruire la dignité humaine. A travers le corps qui est pris comme cible, c'est l'être qui est visé, sa capacité de penser, sa possibilité de tenir une place dans sa famille, dans la communauté...

Alors que leurs séquelles traversent les générations, les effets de la violence politique sont méconnus et souvent ignorés laissant très démunis les professionnels confrontés aux manifestations de ces souffrances. Afin de promouvoir une meilleure prise en compte des traumatismes liés à la violence politique l'Association Primo Levi a, dès l'origine, accordé une grande importance à la sensibilisation et au transfert de compétences, notamment par la mise en place de son centre de formation.

Les victimes de torture et de violences politiques constituent une population qui a besoin d'une mise en confiance toute particulière du fait de la nature du vécu (des violences à caractère intentionnel) qui a déterminé leur départ et la nécessité de chercher refuge dans un autre pays. Refaire confiance à l'autre n'est pas chose facile. Plusieurs centaines de milliers de personnes exilées vivent actuellement en France avec des séquelles graves de psycho-traumatismes dus à la répression politique.

Toutes les recherches et l'expérience convergent pour affirmer **l'importance de recourir à des interprètes professionnels** dans la prise en charge médicale et psychologiques de ces personnes, qui souvent ne sont pas francophones. Il est important de savoir dans ces cas comment travailler de façon efficace avec ce tiers qu'est l'interprète.

L'Association Primo Levi propose de sensibiliser et de former les professionnels à mieux connaître la place et la fonction de l'interprète dans l'entretien clinique ; de reconnaître les possibilités du travail, notamment thérapeutique, avec interprète auprès des personnes victimes de violences politiques.

Le recours à l'interprétariat reste encore aujourd'hui l'exception dans les dispositifs « de droit commun » auxquels s'adressent les personnes réfugiées. Pourtant, le choix de l'interprétariat professionnel permet aux patients de se soigner dans de bonnes conditions : la qualité des soins est meilleure, le consentement éclairé est possible, les malentendus sont réduits. Cela permet surtout de rendre la parole à celles et ceux que la torture a voulu faire taire.

Alain FUSEAU
Association nationale des Maisons des adolescents
Marie Rose MORO
Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Paru dans Gestions Hospitalières, 2011, « Les maisons des adolescents. Unité et diversité », n°511, p. 640-643.

Nées à la fin des années quatre-vingt dix avec celle du Havre, le « phénomène » des maisons des adolescents (MdA) s'est étendu au cours de la dernière décennie pour aboutir aujourd'hui (mise à jour au 15 novembre 2011) à la création de 81 maisons des adolescents représentant 111 sites d'accueil pour les adolescents (certaines MdA exerçant leur activité sur plusieurs sites), répartis sur 69 départements, départements et territoires d'outre-mer inclus (y compris la Polynésie française à Tahiti, plus récemment Mayotte).

Un concept qui a trouvé des défenseurs

Il convient donc, 12 ans après la première maison, de s'interroger sur l'ampleur de ce dispositif et sur son succès, liés en grande partie aux relais dont il a bénéficié au plan national, en particulier auprès des deux défenseurs des enfants successives (Claire Brisset, puis Dominique Versini), ainsi qu'auprès de la Fondation hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France en la personne de sa présidente, Mme Bernadette Chirac. Difficile de définir une maison des adolescents, tant les dispositifs peuvent être différents et hétérogènes. La charte de l'Association Nationale des MdA ² évoque « des dispositifs créés...afin de favoriser l'accès aux aides, accompagnements et soins pour les adolescents en souffrance physique, psychique et sociale ».

La définition est large, on le voit, et susceptible de multiples interprétations. La charte citée ci-dessus rappelle d'ailleurs qu'une modélisation est impossible, et non souhaitable, car il est essentiel que les MdA puissent se développer sur un territoire donné comme un outil complémentaire à l'existant, atout supplémentaire dans l'accueil aux adolescents en souffrance, quelle que soit l'intensité de cette dernière. Les MdA sont aujourd'hui des structures hétérogènes dans leur taille et leur fonctionnement, mais qui ont en commun la volonté d'un accueil libre et généraliste de tous les adolescents en difficultés, dans une logique multidisciplinaire et pluripartenariale.

² Charte de l'ANMDA ; <http://www.derp.ad.com/anmda/documents/charte.pdf>

Repérées par Claire Brisset, alors défenseure des enfants, dans son rapport annuel 2002, elles vont bénéficier, sous l'impulsion de la conférence de la famille 2004, d'une circulaire du ministère de la famille ³ et surtout, de financements de l'état à hauteur de 5 millions d'euros par an pendant 5 ans, financements bientôt doublés par l'appui de la fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France. Apport financier non négligeable qui contribuera jusqu'à cette année 2011 à stimuler les projets en région, 2007, 2009 et 2010 étant les années les plus florissantes pour la création et l'ouverture de MdA.

Recueil au 01/06/2011	Nombre de MdA créées	% cumulé
1999	1	1,6%
2004	4	8,2%
2006	8	21,3%
2007	11	39,3%
2008	7	50,8%
2009	11	68,9%
2010	16	95,1%
2011	3	100%

Une vocation locale, départementale ou nationale

Très tôt, les MdA ont affirmé leur vocation départementale. La Défenseure des enfants, dès son rapport 2001, affirmait la nécessité de concevoir une maison des adolescents par département, objectif retenu par la conférence de la famille et revendiqué depuis par les gouvernements successifs. Aujourd'hui, 72% des MdA couvrent un département, tandis que les autres ont plutôt une couverture territoriale de type agglomération ou territoire de santé, exception faite de la Maison de Solenn, Maison des Adolescents de Cochin, à vocation nationale. Pour celles qui rayonnent sur un département, la tâche est souvent rude, la mobilité des adolescents restant limitée en particulier en territoire rural. C'est pourquoi un certain nombre d'entre elles ont développé un système d'antenne (de 1 à 5), voire des équipes mobiles afin d'assurer une proximité plus en accord avec leurs missions.

³ Lettre circulaire CAB/FC/D/12871 du 4 janvier 2005 relative à la création des maisons des adolescents

L'âge des populations accueillies varie là encore selon les lieux. Comme il est impossible de fixer arbitrairement les âges de début et de fin de l'adolescence, chaque structure s'est adaptée en fonction des histoires, des existants et des pratiques locales. Les âges frontières sont de 11 et 25 ans, la majorité des MdA s'accordant pour accueillir les adolescents à partir de 12 ans, et rarement au delà de 21 ans (25 ans quelquefois, en particulier pour les MdA qui se sont structurées autour d'anciens PAEJ, Points Accueil Ecoute Jeunes).

Il reste difficile aujourd'hui de rendre compte de l'activité de ces maisons des adolescents, plus de 80 à ce jour. Difficile de comparer des MdA créées il y a douze ans et des MdA ouvertes depuis seulement quelques mois. Difficile de confronter des fonctionnements, quand on sait que certaines MdA, parmi les plus récentes, ont des effectifs de l'ordre de 3 à 4 équivalents temps plein quand d'autres en ont entre vingt et trente, voire plus. Bien entendu, le travail qui y est réalisé, les missions qui y sont effectuées ne peuvent pas être similaires.

Effectif en ETP	Nombre de MdA	Pourcentage
1 à 5	24	40%
5,1 à 10	23	38,3%
10,1 à 20	9	15%
20,1 à 30	3	5%
> à 30	1	1,7%

Cette variabilité importante n'est pas forcément d'ailleurs le signe d'un sous-équipement local ou d'un moindre investissement des financeurs. N'oublions pas que les MdA sont des structures qui s'installent dans des paysages très inégaux en termes d'équipements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Les besoins ne peuvent pas être les mêmes là où la pédopsychiatrie est florissante (certes de plus en plus rarement) et là où elle se résume à un seul psychiatre pour 150 000 habitants. On ne bâtit pas une MdA de la même façon selon que le territoire est vierge de PAEJ et d'ESJ (Espaces Santé Jeunes), ou si, au contraire, les lieux d'accueil et d'écoute sont depuis longtemps implantés.

Il n'en reste pas moins que les professionnels peuvent être confrontés à des conditions de travail très différentes, en particulier en province et spécifiquement dans les territoires ruraux.

Face à cette hétérogénéité, il est possible de repérer un « socle commun » des missions retrouvées dans l'ensemble des MdA sur le territoire national. Il s'agit de ce qu'il est convenu d'appeler l'accueil de première ligne, ou accueil généraliste.

Dans l'esprit du cahier des charges attaché à la circulaire du 4 janvier 2005, et dans celui de la charte de l'association nationale des MdA, cet accueil doit permettre aux adolescents en mal-être d'être accueilli librement dans toutes les MdA, avec ou sans rendez-vous. Cet accueil, réalisé par des professionnels de différentes formations (infirmiers, éducateurs, psychologues, assistants sociaux...) a pour principales missions d'évaluer la problématique de l'adolescent, de l'informer et de l'orienter si besoin vers des structures plus spécialisées. Ces orientations sont souvent de nature sanitaire, et peuvent, dans certains cas, avoir lieu au sein même de la MdA puisque les plus importantes d'entre elles bénéficient d'un plateau technique spécialisé, dit de « deuxième ligne » (consultations somatiques, psychiatriques, etc...). Mais les adolescents peuvent aussi profiter d'orientation dans les structures en lien avec la formation (missions locales, PAIO...) ou vers les consultations juridiques et autres points d'accès au droit, dispositifs précocement développées par certaines MdA (22 d'entre elles en possèdent actuellement), comme *Casita* à Bobigny, dès son ouverture. De même, des liens sont possibles avec les structures d'accompagnement éducatif (prévention spécialisée en particulier).

Le lien avec le sanitaire

Face à de telles variétés d'organisation et de taille, les statuts juridiques des MdA ne peuvent être que pluriels. Une large partie d'entre eux, soit près de la moitié, dépend d'une structure hospitalière. Ce point est à rapprocher des exigences du cahier des charges, qui insiste sur le caractère indispensable d'un appui sanitaire pour chaque MdA. En effet, au regard des populations reçues et des problématiques présentées, il s'est trop tôt avéré qu'une MdA ne pouvait raisonnablement fonctionner sans un partenariat étroit avec une structure sanitaire susceptible d'accueillir les adolescents, surtout si ceux-ci présentent des manifestations psychiques nécessitant des soins spécialisés. Hors, on l'a dit, toutes les MdA n'ont pas la possibilité d'avoir en leur sein ce plateau technique (consultations psychologiques, psychiatriques, voire, pour une ou deux d'entre elles, des lits d'hospitalisation). L'appui sanitaire est donc indispensable, rappelé d'ailleurs en 2008 par le rapport sur les maisons des adolescents rédigé par les conseillers F. Salle et M. Buisson⁴. A tel point qu'aujourd'hui les MdA s'interrogent sur la mise en place d'un label qui leur permettrait de se reconnaître entre elles, label qui inclurait de manière obligatoire l'appui au monde sanitaire ; sur un mode conventionnel ou autre.

⁴ *Les maisons des adolescents*. Rapport de Marc Buisson et Francis Salles. Février 2009. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Ministère de la santé et des sports

L'importance de ce lien a conduit différentes structures hospitalières à souhaiter porter des projets de MdA et à les intégrer dans l'organigramme hospitalier, même si elles ont pour leur grande majorité des locaux distincts de l'hôpital. D'autres statuts sont bien entendu possibles, association loi 1901 (25%), Groupement d'intérêt public, service du conseil général ou groupement de coopération sanitaire pour un quart d'entre elles.

Les financements

Les financements des MdA ont des sources variées parmi lesquelles il faut retenir :

- l'aide au démarrage, attribué au MdA pour leur ouverture par le ministère de la cohésion sociale. Pour le démarrage, s'y associe fréquemment des crédits de la Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France.
- des crédits de fonctionnement « ONDAM », d'un montant maximal de 156 000 euros
- des crédits FIQCS (Fond d'intervention pour la qualité et la coordination des soins), d'un montant ne pouvant dépasser 53 000 euros

Ensuite, selon les MdA, selon l'implication des partenaires locaux, on pourra retrouver des financements des conseils généraux, plus rarement des conseils régionaux (au titre des missions de formation et de documentation). Pêle-mêle, on notera encore des financements possibles par les communautés de communes, la cohésion sociale (au titre des PAEJ), les REAAP (réseau d'écoute, d'appui et d'accompagnement à la parentalité), plus rarement encore l'éducation nationale ou la protection judiciaire de la jeunesse.

Les MdA comme facilitateurs et passeurs

La diversité des MdA aujourd'hui est donc réelle. Leurs financements, leurs structurations, leurs modes de fonctionnements sont à l'image de l'hétérogénéité du territoire et de son équipement sanitaire et social. Malgré les difficultés qui en découlent au quotidien, cette diversité permet encore de maintenir l'esprit dans lequel les premières maisons ont été créées : celui de la volonté, toujours ré-affirmée de s'adapter au mieux au tissu local, aux histoires, à l'existant. Celui d'être un facilitateur pour les adolescents, facilitateur pour l'écoute et pour l'accès aux soins. Facilitateur pour les parents qui trouvent désormais dans ces lieux une écoute attentive face aux problèmes rencontrés avec leurs adolescents. Facilitateur enfin pour les professionnels de l'adolescence qui trouvent dans ces maisons eux aussi écoute, mais aussi formation et documentation, toutes missions désormais dévolues et reconnues aux MdA dans leur fonction essentielle de coordination de réseau, tel qu'affirmé par l'ensemble des textes ayant présidés à leur création.

Un dispositif à plusieurs niveaux

Ces *Maisons* ont pour principe de prendre en charge les adolescents dans toutes leurs dimensions somatiques, psychologiques, scolaires, éducatives, psychiatriques... D'accueillir sans conditions les adolescents qui ne sont pas encore suivis, tous seuls ou accompagnés de leurs parents ou de l'école par exemple. Accueillir chacun et tous, être hospitalier pour les adolescents, offrir un accueil bienveillant et actif. Accueillir mais aussi conseiller sur le plan juridique avec les points d'accès aux droits installés dans certaines *Maisons des adolescents*, MdA comme on nous appelle souvent en utilisant nos initiales, et ensuite orienter si besoin ou prendre en charge l'adolescent et sa famille. Certaines *Maisons* sont d'abord des réseaux et elles n'ont ni toit, ni lieu, d'autres sont avant tout des unités de lieux et le réseau s'est construit en second.

Le deuxième temps dans ces *Maisons* peut être celui de la consultation individuelle ou familiale et, en fonction des lieux, des spécificités ont été développées. Il peut exister des consultations pédiatriques, gynécologiques, diététiques, sociales, psychologiques ou psychiatriques mais aussi transculturelles pour les enfants de migrants, des consultations pour les mineurs étrangers isolés ou des consultations adoption internationale pour les enfants de l'adoption... Mais aussi des groupes de paroles pour les parents d'adolescents en souffrance, des groupes de frères et sœurs d'adolescents en souffrance... Et en fonction des besoins du contexte, d'autres consultations peuvent être développées. Il est important de souligner que les MdA, même si elles peuvent être amenées à développer des accueils spécifiques dans certains cas, se doivent d'assurer en priorité leur mission généraliste en ouvrant leur plateau technique à tous les adolescents en mal-être.

Enfin, vient la possibilité d'une hospitalisation à temps partiel ou certaines, ont même des lits d'hospitalisation.

Mais reste un point supplémentaire qui caractérise l'adolescence et qui est largement utilisé dans les Maisons des adolescents c'est la nécessité de passer par la créativité artistique pour accéder à ce qui est propre à l'adolescence, à savoir un besoin de chercher son être par toutes les voies possibles et l'art est un média privilégié. D'où ces ateliers, musique, radio, *slam*, danse, écriture, cuisine, lecture, ateliers philosophiques, mode, vêtement ou ateliers théâtre mais aussi les modes de réappropriation de soi que sont le sport ou l'esthétique ... Ressentir, exprimer et rendre beau ce que l'on ressent, créer de nouvelles formes de soins et d'engagement dans le lien à l'autre, devient alors une nécessité lorsqu'on cherche la rencontre avec l'adolescent et sa transformation. Plusieurs textes dans ce numéro rendent compte de cette créativité recherchée, appelée, convoquée pour l'accueil ou le soin des adolescents.

Cependant une lecture même rapide du dossier que la revue *Adolescence* consacre aujourd'hui à ces dispositifs complexes et contemporains montre que ces *Maisons* sont profondément hétérogènes et que par définition, elles s'adaptent au contexte dans lequel elles naissent et se négocient. Il y a bien un art de négociation des MDA pour qu'elles s'imposent dans un contexte où on ne sait jamais où mettre les adolescents : du côté des enfants, oui mais ils sont plus grands, du côté des adultes oui mais ils ne le sont pas encore tout à fait. Qui doit alors s'en occuper et qui va donner les budgets pour le faire ? Tant de choses à négocier...

Se réunir autour des adolescents pour penser et faire

Ainsi ce qui nous caractérise, c'est la nécessité d'inventer, d'innover, d'imaginer des manières de soigner qui s'adaptent aux adolescents et à leur temporalité, à leur subjectivité aussi. Vouloir, par exemple, faire des psychothérapies à l'adolescence sans prendre en compte ces caractéristiques intimes des adolescents et de leurs liens à l'autre est peine perdue. Là aussi, il y a un défi à relever, un défi collectif, comme tous les grands défis qui changent les manières de penser et de faire de tous. C'est aussi un de nos axes de recherches actuel, oh combien nécessaire dans la mesure où trop peu de travaux sont disponibles sur ces soins de l'être à l'adolescence et sur des comparaisons internationales.

D'où la nécessité de réunir tous ceux qui vivent avec ces adolescents, qui les éduquent, qui les soignent quand c'est nécessaire et qui, tous, se soucient d'eux. Confronter les regards, essayer de comprendre leurs besoins et d'anticiper les nouvelles demandes. Apprendre d'eux aussi, se laisser affecter par eux et par leurs parents qui ont un métier difficile, celui d'être parents d'ados, une étape à inventer parfois dans le doute et la souffrance. Car, autant ces dernières années on s'est intéressé à la parentalité autour des plus petits, autant on a négligé la parentalité à l'étape adolescente. Comme si cela allait de soi, comme si l'essentiel était déjà joué. D'ailleurs les Maisons des adolescents font une grande place aux parents et à leurs doutes et questions. En observant le terrain et en convoquant professionnels et experts, on cherche à tirer des leçons pour agir. Certaines sont déjà connues, d'autres restent à analyser. Citons pêle-mêle : se souvenir qu'à l'adolescence tout est possible, tout est *encore* possible et qu'il faut donc ne pas renoncer à éduquer, à comprendre la souffrance, ne pas renoncer à consoler, soigner, ne pas renoncer à protéger. Les adolescents ont le droit à une première mais aussi une seconde chance, quand c'est nécessaire.

D'où l'importance de penser ensemble et de manière pluridisciplinaire pour, ensuite, pouvoir agir de manière intelligente *et* sensible, de manière individuelle *et* collective, de penser en même temps pour ces adolescents, l'intrapsychique, le subjectif et le collectif.

Voilà quelques défis des *Maisons des adolescents* que nous vous invitons à partager avec nous dans ce dossier.

Bibliographie

- Marie Rose Moro *Les ados expliqués à leurs parents*. Paris, Bayard, 2010.
- Revue adolescence, 2012, numéro consacré aux Maison des adolescents (à paraître)
- *Dictionnaire de l'adolescence et de la jeunesse*, sous la direction de D. Le Breton et D. Marcelli, Article « maisons des adolescents » de A.Fuseau, PUF, 2010
- Rapport annuel du défenseur des enfants au Président de la République et au Parlement, année 2002, Brisset Claire, France, Paris, La documentation française
- Sylvie Tordjman, Vincent Garcin, *Les équipes mobiles auprès des adolescents en difficulté*, Paris, Elsevier Masson, 2010
- *Revue Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, volume 59, n°2, mars 2011, Les Maisons d'adolescents

17 - Projet de création d'une maison dédiée aux maternités adolescentes

Développée dans le cadre de la Commission Protection de l'enfance de l'association Olga Spitzer

Bernard LANDOUZY - Président de l'Association Olga Spitzer

Jean AMET - Président de la Commission Protection de l'Enfance

Jean-Etienne LIOTARD - Directeur Général de l'Association Olga Spitzer

Marie KACI - Directrice du service SOS Famille en Péril - Responsable du développement du projet

La maternité adolescente - Projet de création d'une maison maternelle pour adolescentes mineures et très jeunes majeures

Notre société n'encourage pas les mineurs à donner la vie trop tôt du fait de la difficulté que représente la prise en charge de l'éducation d'un enfant et de la maturité psycho-affective que cela nécessite.

En revanche lorsque l'enfant naît la loi donne toute sa force pour que le lien mère-enfant puisse se constituer dans les meilleures conditions. La protection de la mère et du bébé doit être au centre de nos préoccupations en matière de protection de l'enfant.

Le dispositif que nous proposons devra permettre d'offrir à l'adolescente un espace favorable pour développer ses besoins personnels ainsi que les représentations psychiques indispensables pour qu'elle puisse construire un lien avec le bébé.

Un encadrement suffisamment étayant devra permettre à l'adolescente de continuer sa scolarité (le taux de scolarisation chez les adolescentes dont la grossesse se poursuit est de 26% - M. Uzan) et que le processus adolescent puisse se poursuivre.

Notre intervention agira également dans le champ de la prévention des troubles psychiques liés aux carences maternelles précoces et de la prévention des mauvais traitements subis par les enfants.

Lorsque l'adolescente enceinte est placée – notamment - le manque de lieu d'accueil peut amener les institutions à maintenir la jeune durant les premiers mois de la grossesse, et ce souvent jusqu'au huitième mois, dans des structures non adaptées et parfois dans une atmosphère de déni.

La grossesse à l'adolescence n'est ni le fait du destin ni celui d'un accident.

Nous nous garderons de dresser un profil type des mères adolescentes, cependant il est constaté que les jeunes adolescentes issues de familles socialement et économiquement défavorisées sont relativement plus exposées au risque de grossesse et ceci dans tous les pays d'Europe. Ce qui permet d'affirmer que la faiblesse des revenus et la pauvreté sont des facteurs éminents dans la survenue des grossesses précoces...Au-delà des facteurs sociétaux, un grand nombre de chercheurs mettent l'accent sur l'importance des facteurs psychologiques dans la genèse des maternités précoces (« La maternité précoce dans les pays développés » –A. Daguerre, C.Nativel – Institut d'Etudes Politique de Bordeaux).

Dans son rapport le Professeur Michèle Uzan distingue trois contextes différents dans lesquels l'adolescente débute une grossesse :

1. Celui de la très jeune femme mariée ou vivant en couple. Pour la quasi totalité il s'agit de femmes étrangères chez qui le mariage précoce est culturel. La grossesse est alors intégrée dans un schéma précis et suivie par le couple et la famille. Dans ce cas l'enfant est attendu et accueilli.
2. La grossesse peut survenir lorsque l'adolescente vivant au domicile des parents est encore scolarisée. Dans ce cas l'adolescente est prise en charge par la famille ; la décision de poursuivre la grossesse est prise en concertation avec la famille. Parfois le diagnostic est tardif, entraînant un retard dans le suivi de la grossesse qui pourra s'avérer chaotique ; le compagnon est souvent absent. Le nouveau né va être accueilli dans le foyer des parents, pas toujours bien intégré, venant parfois aggraver la précarité familiale.
3. Enfin la grossesse survient alors que l'adolescente est en grande difficulté, en échec scolaire et professionnel, dans un contexte de rupture avec la famille. Il s'agit souvent d'adolescentes en manque affectif.

Malika REDAOUIA
Association des paralysés de France - Evry

Depuis la loi de 2005 nous avons pu constater que la demande des familles a considérablement évolué. Si elles souhaitent toujours protéger leurs enfants elles revendiquent également l'accueil de leurs enfants dans les dispositifs communs.

Le travail qui nous (médico-social) ait donc demandé est d'accompagner ce changement.

Il manque de services assurant ces liens de formation et d'initiation des personnels des dispositifs communs pétrifiés devant la différence, l'inattendu et ce pour tous les publics. Ce changement de posture est vécu de façon violente par les enseignants qui se sentent incompetents, par les familles qui se sentent mal jugées et rejetées, par les enfants qui vivent au milieu d'adultes qui se déchirent.

Nous manquons également de place dans le sud du département dont la population est moins dense mais qui augmente, **un pic d'inquiétude pour les enfants présentant des troubles de la conduite ou du développement, scolarisés en écoles de quartiers**. Il n'y a pas d'hôpital de jour dans le 91 et la pédo psychiatrie est sinistrée. D'autre part, les familles ont du mal à s'adresser aux CMP et quand elles le font les délais d'attente sont très longs.

La continuité des soins est également mise à mal car on évoque le travail en partenariat, en complémentarité mais les rapprochements sont difficiles. Il manque une mise en musique des textes et peut-être une incitation plus précise de l'ARS pour mettre en place ce maillage.

Les établissements commencent à réfléchir sur l'évolution de leurs offres de service mais ils ne savent pas bien comment orienter leurs projets institutionnels. Là encore, il manque de précisions et de formations des personnels quant à l'évolution des textes législatifs.

Equipe Mobile de Psychiatrie de la Personne Agée Val de Marne OUEST
Groupe Hospitalier Paul Guiraud
Chef de Pôle Dr Anne RAUZY
Médecin responsable Dr Benoît HOUBIN

Une unité mobile de géro-psycho-geriatrie est mise en place depuis fin 2011 par le Groupe Hospitalier Paul Guiraud, sous la responsabilité du pôle 94G17.

L'**Equipe Mobile de Psychiatrie de la Personne Agée Ouest 94 (EMPPA Ouest 94)** est susceptible d'intervenir auprès des personnes de plus de 60 ans présentant des troubles d'allure psychiatrique, non connues des secteurs de psychiatrie et résidant sur une des communes des 6 pôles du Val de Marne du Groupe Hospitalier Paul Guiraud : Choisy-le-Roi, Ablon, Orly, Villeneuve Le Roi, Vitry-sur-Seine, Thiais, Fresnes, Rungis, Cachan, Gentilly, Arcueil, L'Hay les Roses, Chevilly-Larue, Le Kremlin-Bicêtre, Villejuif.

Ce territoire compte une population totale de 415 000 habitants (soit 1/3 de la population totale du Val de Marne), dont environ 30 000 personnes de plus de 75 ans et 9 000 personnes de plus de 85 ans.

Cette unité mobile initialement élaborée avec le service de géro-psycho-geriatrie de l'hôpital Charles Foix d'Ivry sur Seine, s'inscrit dans le cadre des schémas régionaux d'organisations sanitaires, du projet médical de territoire et du projet médical 2011 du groupe hospitalier Paul Guiraud.

L'équipe mobile propose une évaluation clinique à domicile des personnes âgées signalées par les partenaires médicaux ou sociaux, une orientation vers la structure la plus adaptée ou vers une consultation spécialisée psychiatrique, gériatrique ou autre.

Elle s'inscrit dans un partenariat élargi favorisant une meilleure coordination entre les services hospitaliers, la médecine de ville, le secteur psychiatrique, les secteurs médico-sociaux et associatifs, en appui des réseaux déjà existants développés dans les filières gériatriques, le médecin traitant restant le référent médical du patient.

L'équipe mobile est pluridisciplinaire et plurisectorielle, fonctionnant sur un mode transversal qui garantit d'emblée son inscription dans la continuité des soins. Si les missions de l'EMPPA ne concernent pas de prises en charge au long cours au domicile, elles initient et renforcent l'accès aux soins des personnes âgées.

L'équipe est composée d'un temps médical et de temps infirmiers organisés sur le principe du temps partagé.

Ainsi la domiciliation d'une personne âgée relevant des missions de l'EMPPA détermine la mobilisation conjointe du psychiatre et de l'infirmière de l'unité mobile, mais également d'un infirmier du CMP du lieu de domiciliation, préalablement déterminé comme personne-ressource au sein de chacun des CMP du 94T2 (Choisy le Roi, Vitry sur Seine, Thiais, Fresnes, Cachan, L'Hay les Roses, Le Kremlin-Bicêtre, Villejuif).

Les interventions impliquent directement ou indirectement les différents acteurs de la prise en charge de la personne âgée, qu'ils appartiennent au champ sanitaire, social, médico-social ou associatif.

L'Equipe Mobile de Psychiatrie de la Personne Agée est intégrée au volet géronto-psychiatrique du **réseau de santé ORIGINAL** développé par les six pôles de psychiatrie du Val de Marne du Groupe Hospitalier Paul Guiraud.