Synthèse courte

Cette synthèse a vocation à être publiée sur le site de l'IReSP, et ses partenaires ou sur tout autre support de publication. Elle devra être rédigée de manière simple et claire de sorte à être compréhensible par un public initié mais non spécialiste.

*Ce résumé doit satisfaire les exigences suivantes (**Max 4 pages, A4, Arial 11**) :*

- *Etre rédigé de façon à pouvoir être publié en l'état,*
- *Rédigé en français*

1. Contexte et objectifs du projet

La crise psycho-comportementale est fréquente à l'adolescence. Le Dispositif Départemental Réactif pour Adolescents (DDRA31) a été créé en Haute-Garonne, pour offrir rapidement, aux adolescents en crise, une consultation spécialisée de psychiatrie avec un accompagnement de moins de trois mois.

Le DDRA31 a été progressivement implanté en 2017, sur un département comprenant trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, le DDRA comprend plusieurs structures qui s'adressent à des adolescents de 12 à 17 ans révolus et qui couvrent l'ensemble du territoire départemental :

- trois « ConsultAdo » qui s'engagent à recevoir les jeunes en crise et leurs parents dans un délai d'une semaine, pour une évaluation et des soins de trois mois maximum ;
- trois Unités Mobiles d'Evaluation et de Soutien (UMES), équipes mobiles pouvant intervenir auprès des partenaires voire à domicile ;
- une équipe de régulation, le CeRCA (Centre de Régulation et de Crise) ;
- complété en décembre 2000, par six lits (Unité d'Hospitalisation Brève pour Adolescents (UHBA) pour des jeunes de 14-18 ans, pour une durée maximale d'hospitalisation de 5 jours.

Les deux premiers sont déployés sur chaque secteur (il en existe trois en Haute-Garonne), le troisième est intersectoriel. Ce dispositif est complété par deux hôpitaux de jour dits « réactifs », qui couvrent également le territoire, et qui, quand ils ne sont pas saturés peuvent accueillir rapidement des adolescents de 12 à 18 ans pour 3 à 6 mois afin d'initier des soins tout en affinant les indications des relais thérapeutiques et en travaillant avec le jeune et sa famille l'acceptation de soins au long cours.

Financé par l'Agence Régionale de Santé et déployé étape par étape, l'objectif du DDRA est d'abord d'apporter une réponse rapide à la crise des adolescents face au constat de délais d'attente extrêmement longs aussi bien du côté des CMP et des CMPP partenaires que du libéral (psychologues et pédopsychiatres, ces derniers ne pouvant plus recevoir qu'au compte-gouttes de nouveaux patients). Un second objectif est de désengorger les urgences en évitant que la crise devienne un motif systématique d'hospitalisation aux urgences et en proposant des relais d'aval réactifs qui facilitent la sortie des urgences pour éviter la iatrogénie.

L'objectif du programme PARCOURS-ADO-31 était dans un premier temps de construire un partenariat de recherche multidisciplinaire associant les différents acteurs impliqués (secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, urgentistes, épidémiologistes, sociologues, économistes, familles, ...) pour évaluer la faisabilité et fournir des éléments dans une étude pilote pour évaluer sur le plan quantitatif et qualitatif le dispositif départemental de crise visant à optimiser le parcours de soins en santé mentale des adolescents sur le territoire de la Haute-Garonne.

2. Méthodes utilisées

- Création d'un réseau multidisciplinaire de chercheurs et professionnels de santé

La coordination du programme est portée par l'équipe SPHERE du CERPOP, membre de l'IFERISS. Elle s'appuie sur une coordination de l'équipe de recherche pluridisciplinaire, une articulation avec l'espace professionnel que représente la Commission de Concertation et de Coordination (3CO) du DDRA31 et une organisation de journées d'étude de restitution et de discussion pluri-professionnelle des résultats des études exploratoires initiées par le programme PARCOURS-ADO-31.

- Phase exploratoire d'une étude quantitative sur les données disponibles

Cette analyse quantitative a été conduite rétrospectivement selon un schéma d'étude quasi-expérimental reposant sur une comparaison avant/après la mise en place du dispositif à partir de 2017 de données de recours au soins issues des services d'urgences adultes et enfants du CHU de Toulouse.

- On distingue trois périodes :
  - Période précédant la mise en place du dispositif : de 2014 à 2017 ;
  - Période de déploiement du dispositif : de 2017 à 2018 ;
  - Période faisant suite à la mise en place du dispositif : 2019
- Les sources de données. Deux bases de données ont été interrogées :
  - Une base de données du service d'urgences pédiatriques regroupant les données des mineurs âgés de 12 à 14 ans révolus ;
  - Une base de données du service d'urgences « adultes », regroupant les données des mineurs âgés de 15 à 17 ans révolus, dont le logiciel a changé en 2018 (logiciel URQUAL, puis ORBIS).
- L'extraction des données « pseudonymisées » rétrospectives, à partir des bases de données des services d'urgence (2014-2019), a permis de caractériser tous les passages aux urgences pédiatriques et adultes, pour motif ou diagnostic psychiatrique, de tous les adolescents (12-17 ans révolus) ainsi que le nombre de passages total, l'âge et le sexe des adolescents consultant pour tout motif, au cours de l'année.
- Les indicateurs mesurés : incidence annuelle des passages aux urgences (pédiatriques et adultes) et d'hospitalisation pour motif psychiatrique au CHU de Toulouse parmi la file active annuelle de tous les adolescents âgés de 12 à 17 ans révolus, résidant en Haute-Garonne, de 2014 à 2019. Les facteurs associés au risque d'hospitalisation ont été analysés par régression logistique à effet mixte pour mesurer l'effet du dispositif au cours du temps, avec l'année comme variable explicative principale, ajusté sur le sexe et l'âge.

- Etude qualitative du dispositif DDRA31

Description des conditions qui ont favorisé son déploiement, certains de ses effets et ses limites, ainsi que du contexte dans lequel il s'inscrit.
Bilans d'activité des secteurs et enquête sociologique par entretiens : 31 entretiens semi-directifs ont été menés avec les chefs de service, les cadres de santé, des infirmiers et assistantes sociales des trois secteurs concernés ainsi qu'aux urgences et avec un agent de l'ARS du territoire en charge des questions de santé mentale. L'analyse des entretiens est centrée ici sur l'expérience qu'ont les professionnels du dispositif, l'intérêt qu'ils y trouvent et les limites qu'ils pourraient rencontrer.

3. Principaux résultats obtenus

a. Apports en termes de connaissance

- Enquête quantitative

De 2014 à 2019, 6686 passages aux urgences, réalisés par 4245 adolescents ont été observés. Le taux annuel d'incidence de passage aux urgences pour motif psychiatrique était

stable, passant de 14,0 (IC 95 % : 13,2-14,9) pour 100 adolescents en 2014, à 13,9 (IC 95 % : 13,2-14,7) pour 100 adolescents en 2019. L'incidence annuelle des hospitalisations a diminué significativement de 38,3 (IC 95% : 34,1-42,8) pour 100 adolescents en 2014 à 24,2 (IC 95% : 21,2-27,4) pour 100 adolescents en 2019. La modélisation du risque d'hospitalisation montrait une réduction significative à partir de 2017, avec un rapport de côtes passant de 0,63 (IC 95 % : 0,49-0,80) en 2017 à 0,52 (IC 95 % : 0,41-0,67) en 2019. Nous n'avons pas montré d'effet du dispositif sur l'incidence annuelle du passage aux urgences pour motif psychiatrique mais un effet possible sur la réduction du risque d'hospitalisation en psychiatrie, suite à un passage aux urgences.

- Enquête qualitative

Le DDRA et ses ConsultAdo (CA) offre :

- Un cadre de prise en charge qui permet d'apaiser et de désamorcer la crise « *ça donne un filet de sécurité* » ;
- Une forte réactivité qui peut réduire les risques de chronicisation des pathologies ;
- Une prise en charge qui permet…de « *ne pas tout psychiatriser* », de mieux cerner les besoins ;
- Pour les urgences, le dispositif (CA, UMES, CERCA) amortit la discontinuité des parcours post urgences ;
- Pour les professionnels de ville, le dispositif permet d'accéder rapidement par téléphone à une équipe spécialisée de psychiatrie ;
- CA et CeRCA favorisent l'explicitation des critères de la crise adolescente auprès des professionnels de ville ;
- Le sentiment d'être plutôt bien repérés par les partenaires de ville ;
- Les équipes des CA estiment que le travail fait auprès des médecins généralistes est de qualité même s'il reste encore à renforcer la capacité des médecins traitants à différencier crise et « *ressenti de crise* » par l'environnement de l'ado (parents, école, ...) ;
- La CA permet une meilleure qualification des orientations (« *prendre le temps de mettre en place des choses plus pérennes* ») ;
- La CA associe les parents aux consultations ce qui a un effet positif sur la prise en charge de l'adolescent ;

Les limites du dispositif

- La CA amortit les discontinuités de parcours après un passage aux urgences mais reste dépendante des disponibilités de places, de lits et de rendez-vous en psychiatrie libérale ;
- Une multiplication des transitions au sein du parcours du jeune : « *Les Urgences, le CeRCA, la CA, l'UCHA, re-CA, CMP ! Voilà un parcours possible !* » ;
- Un puzzle de dispositifs et sa lisibilité ;
- L'objectif d'harmonisation des pratiques entre les trois secteurs à partir de formations communes à un niveau d'équipes (incluant paramédicaux, psychologues, éducateurs, AS) n'a pas été suivi dans le temps ;
- Le temps « *très* » partiel de certains professionnels dans les équipes ;

b. Apports en termes d'action de santé publique

La mise en place de structures ambulatoires réactives pourrait diminuer la sollicitation de services d'hospitalisation sous tension. Si les DDRA remplit effectivement ses missions d'accès rapide aux soins et d'évitement de passage aux urgences des adolescents, il pourrait trouver ses limites dans l'absence d'offres de soins en aval.

4. Impacts potentiels de ces résultats et perspectives pour la décision publique (politique de santé publique, politique de l'autonomie, …)

Ce projet a montré la faisabilité de la mise en place d'un système d'information connecté aux données pédiatriques et adultes des urgences pouvant être intégrées dans une analyse combinée pour mesurer des indicateurs utiles à l'analyse du parcours de soins des adolescents pour motif psychiatrique.

L'étude envisagée initialement de la transférabilité du dispositif sur d'autres territoires et sur le site montpelliérain n'a pas pu être conduite en raison de la crise sanitaire. Néanmoins, dans l'analyse des trois secteurs en Haute-Garonne, les différences inter-secteurs rapportées montrent que l'adaptation du dispositif au contexte du territoire est indispensable à son implantation.

Le colloque du 30 novembre 2021 a permis de proposer des pistes de recherche sur le thème du parcours de soins en santé mentale des adolescents pouvant être utiles à la conception d'un projet de recherche.

- La conduite d'un projet ambitieux combinant une analyse mixte quantitative et qualitative est une bonne approche méthodologique à retenir pour étudier le processus et l'effet de mise en œuvre d'un dispositif impactant le parcours de soins en santé mentale des adolescents.
- Les questions récurrentes et originales demeurant à évaluer dans une telle approche sont les suivantes :
    - Quelle est l'acceptabilité du dispositif du point de vue des « adresseurs », acteurs, bénéficiaires et ses déterminants ?
    - Quelle est la capacité du dispositif à s'intégrer au système existant de prise en charge ?
    - Quelle est la capacité diagnostique à soigner les cas tout en évitant la iatrogénie ?
    - Quel est le devenir à distance (12 mois) et ses déterminants des cas pris en charge *via* le dispositif en termes de continuité du parcours de soins des adolescents pour des maladies mentales avérées ?
    - Quelles sont les opportunités manquées de prise en charge des adolescents en crise et des déterminants, incluant les inégalités sociales de santé ?
    - Quel est l'impact budgétaire des dispositifs proposés ?
- La réponse à ces questions nécessiterait une approche de type évaluation réaliste de la mise en œuvre du dispositif avec suivi longitudinal (12 mois) des adolescents passés ou non par celui-ci.

Ce projet a montré que le Dispositif Départemental Réactif pour Adolescents (DDRA31) remplit effectivement ses missions d'accès rapide aux soins. Ceci montre l'intérêt pour la politique de santé publique de renforcer et étendre de tels dispositifs (financement de dispositifs de régulation de la crise – des flux 'en attente' pour garantir une prise en charge réactive auprès des adolescents en crise).

Ces dispositifs doivent être adaptés au contexte mais peuvent mettre en place des modalités de collaboration multiples : inter-secteurs/inter-établissements/interprofessionnels. A ce titre, la place des pédopsychiatres libéraux pour aider dans l'orientation vers le DDRA et le développement de cette profession sur les différents territoires méritent d'être considérée.

Enfin, l'orientation des adolescents après passage par le DDRA31 se pose et mérite d'être pris en compte dans le financement des dispositifs de prises en charge de suivi.