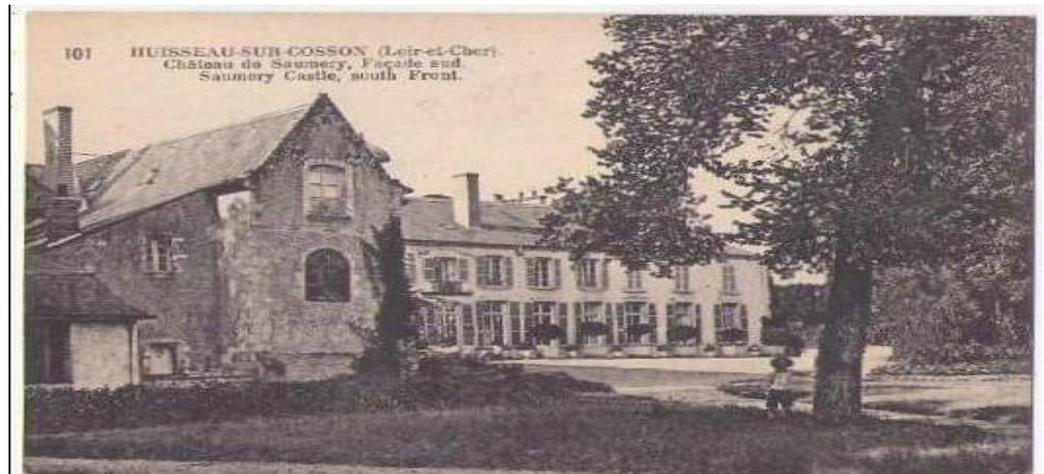


Unité Soins Intégration Scolaire (USIS)

Bilan d'activité
2009-2015



Dr Antoine Fontaine
Clinique de Saumery, Février 2016

REMERCIEMENTS

Ce bilan d'activité 2009-2016 n'aurait pu être rédigé sans la participation d'un certain nombre de professionnels de la Clinique de Saumery. Nous tenons donc à remercier chaleureusement les personnes suivantes pour leur implication et le temps qu'elles ont consacré à ce travail de rédaction :

- Mme Céline RONDARD, assistante sociale
- Mmes Christine JEAN, Valérie MARLIOT et Stéphanie PRIEUR, secrétaires médicales
- Mmes Catherine SIMOES et Marie-Chantal ROUSSELET, secrétaires administratives
- Mr Mourad ABOUAF et Mme Clarisse ALVAREZ, pédagogues
- Mme Julie BATTINI, psychologue - coordinatrice de l'Unité Soins Intégration Scolaire
- Mme Patricia LOPEZ, directrice adjointe
- Mr Benoît FAUCHEUX, responsable financier
- Mr Amaro DE VILLANOVA, gérant - directeur

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	3
I. File Active (15-25 ans)	4
1. Répartition selon l'âge	4
2. Répartition selon le sexe	5
3. Répartition géographique	5
II. Hospitalisation	7
1. Hospitalisation Temps plein	7
a. Taux d'occupation	7
b. Admission	8
c. Délais d'admission.....	9
d. Refus d'admission	10
2. Hospitalisation de Jour.....	12
III. Coopération Territoriale	15
1. Partenaires à l'admission	15
2. Réunions de concertation (indicateur de coopération territoriale)	15
IV. Psychopathologie	17
V. Situation Sociale	19
1. Ressources.....	19
2. Logement.....	20
3. Couverture sociale	21
VI. Dispositif pédagogique « Commission Sophocle »	22
1. Fonctionnement et composition.....	22
2. Admission à la commission Sophocle.....	22
3. Moyens pédagogiques	23
4. Résultats.....	24
CONCLUSIONS	29
Liste des tableaux et graphiques	31

INTRODUCTION

Historiquement, la Clinique de Saumery est engagée dans le soin des mineurs. L'expérience du soin auprès d'adultes atteints de pathologies psychiques lourdes a sensibilisé l'équipe à la nécessité d'une prise en charge préventive auprès de jeunes patients. Cette expérience a fourni l'occasion de développer un projet spécifique, original et unique en France.

Rédigé en 2004, le projet d'Unité Soins Intégration Scolaire (USIS) a abouti en 2009 à un agrément de fonctionnement pour 8 places d'hospitalisation temps plein, destinées aux 15–25 ans de la région Centre. Cet agrément a évolué en janvier 2013, se traduisant par une augmentation de la capacité d'accueil à 15 lits.

Renforçant son rôle dans le parcours de soins adolescents, la clinique de Saumery a obtenu en 2015 l'agrément d'une unité d'hospitalisation de jour (*La maison d'Artémis* - 10 places 11-17 ans, site de Blois) dont le principe de fonctionnement intègre l'esprit psychodynamique du projet initial de Saumery : logique de territoire, suivi des familles, collaboration entre partenaires, soins basés sur la dynamique des projets individualisés, importance du pôle pédagogique en partenariat avec les structures de l'éducation nationale du département.

Ce développement s'inscrit dans un projet global de coopération territoriale en partenariat avec les services sanitaires publics, médico-sociaux et sociaux et visent une couverture psychiatrique et psychologique du département, allant de la prévention à la guidance. En ce qui concerne l'accueil de la crise, l'organisation est insuffisante au sein du département.

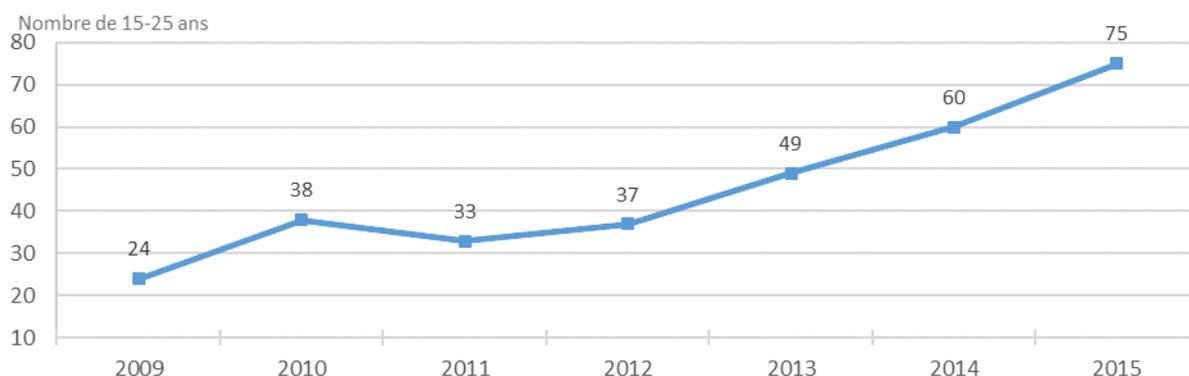
Les outils d'évaluation épidémiologique, médicale, sociale et pédagogique se sont enrichis d'indicateurs de coopération territoriale (CPOM 2012-2016). Mis en place pour le premier bilan (Avril 2011), ils permettent aujourd'hui de mieux cerner la pertinence du projet et d'évaluer son développement tant psychothérapeutique que socio-pédagogique.

I. File Active (15-25 ans)

La clinique de Saumery s'est positionnée dans l'accueil des adolescents et jeunes adultes depuis plus de dix ans. A partir de 2009, elle a priorisé l'accueil des jeunes de la Région Centre, conformément à l'engagement pris auprès des tutelles de renforcer la couverture territoriale. L'extension à 15 lits de l'Unité Soins Intégration Scolaire (USIS) va dans ce sens.

Ce bilan pluriannuel (2009–2015)¹ intègre les statistiques des versions antérieures. Soulignons d'emblée qu'en 2015, la file active de l'USIS concernait 75 patients.

Graphique 1. File active USIS toutes régions

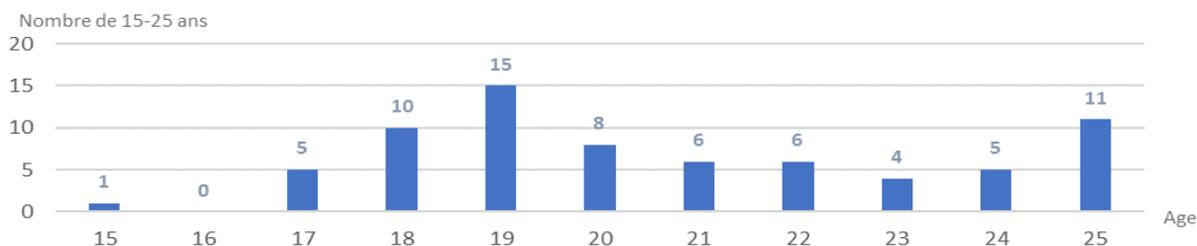


Depuis l'ouverture de l'USIS en 2009, la file active des patients (15 – 25) ans est passée de 24 à 75 patients, ce qui représente une **progression de 212%**. Cette augmentation souligne une évolution majeure de la population adolescente au sein de la Clinique de Saumery.

1. Répartition selon l'âge

En 2015, la file active de l'USIS comprenait 75 patients. Le **graphique 2** présente la répartition de l'âge au sein de cette population de 15-25 ans.

Graphique 2. Répartition selon l'âge en 2015

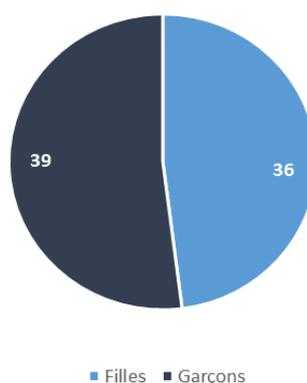


¹ En années civiles

Le **graphique 2** fait apparaître un nombre plus important de patients de 18 et 19 ans au sein de l'effectif de 2015, avec une moyenne d'âge de 21 ans. Cela traduit probablement le manque de structures d'accueil au-delà du cap des 18 ans, l'âge de fragilisation autour de la période charnière du BAC, le manque de relai des structures pédopsychiatriques et médico-sociales (la fin des prises en charges s'effectuant le plus souvent à la majorité des patients), et la mobilisation de familles qui se trouvent démunies et font davantage appel à l'aide à la majorité de leurs enfants. Au sein de l'effectif, 22,5% des patients ont moins de 18 ans.

2. Répartition selon le sexe

Graphique 3. Répartition selon le sexe depuis 2009

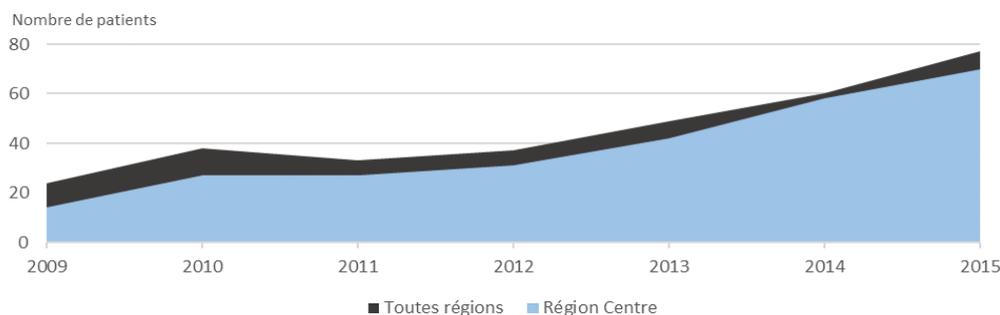


Le **graphique 3** met en évidence une répartition équilibrée entre le nombre de filles et de garçons hospitalisés dans le cadre de l'USIS en 2015. Cet équilibre perdure depuis la création de l'USIS en 2009.

3. Répartition géographique

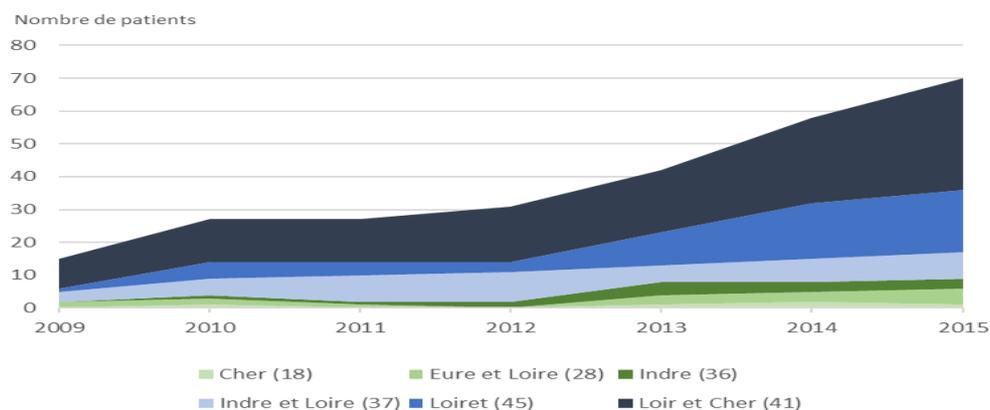
Depuis 2009, les patients originaires de la Région Centre deviennent prioritaires. La logique de territoire est soutenue et respectée.

Graphique 4. Répartition patients Région Centre vs Toutes Régions



Le **graphique 4** souligne le maintien de cette logique de territoire, les patients sont majoritairement originaires de la Région Centre. En 2009, les patients de l'USIS originaires de la Région Centre représentaient 58,3% de l'effectif total ; à la fin de l'année 2015, ils représentaient environ 88% de l'effectif total, ce qui traduit une augmentation de **29,7%** de l'accueil des patients de la Région Centre.

Graphique 5. Origine géographique des patients de la Région Centre



Parmi les patients originaires de la Région Centre, trois départements de la région sont principalement représentés : **Loir-et-Cher, Indre et Loire, Loiret**. Cela témoigne des liens étroits avec les acteurs locaux et les deux principaux Centres Hospitaliers Régionaux : La Clinique Psychiatrique Universitaire (CPU) du CHRU de Tours et l'unité adolescents du CHR Georges Daumezon à Orléans.

A RETENIR

La logique territoriale du projet est respectée
 avec une prédominance des patients originaires du Loir et Cher

Entre 2009 et 2015, la file active a progressé d'environ 212%, ce qui met en évidence le lien étroit entre l'offre de soins et les besoins sanitaires

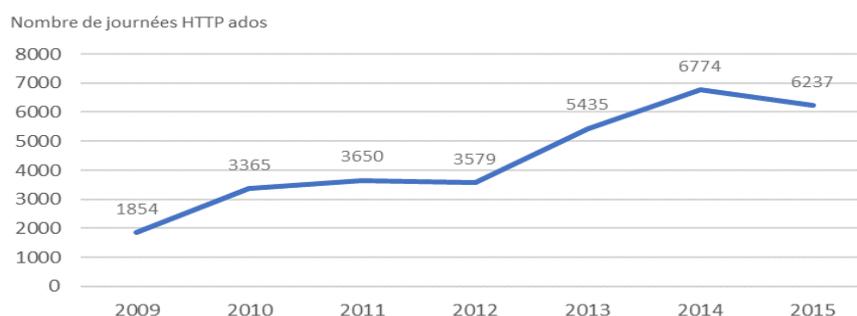
II. Hospitalisation

1. Hospitalisation Temps plein

a. Taux d'occupation

Depuis la création de l'USIS en 2009, le nombre de lits spécifiquement attribués à la population des 15-25 ans a progressivement évolué, passant de 2 lits en 2009 à 8 lits en 2010, puis à 15 lits en 2013. Ainsi, la capacité d'accueil a été multipliée par 7.

Graphique 6. Nombre de journées HTP USIS depuis 2009



Parallèlement à l'augmentation du nombre de lits, le nombre de journées d'hospitalisation temps plein pour les 15-25 ans a été multiplié par 3, passant de 1854 à 6237 journées. L'activité relative à la prise en charge des patients de 15-25 ans a considérablement évolué.

Graphique 7. Taux d'occupation USIS depuis 2009



Depuis 2009, le taux d'occupation réel dépasse le taux d'occupation théorique, confirmant ainsi la pertinence de l'offre de soins.

Graphique 8. Durée moyenne de séjour USIS depuis 2009



La durée moyenne de séjour est obtenue en divisant le nombre de journées d'hospitalisation par la file active de chaque année. De manière générale, depuis 2009, la durée moyenne de séjour des 15-25 ans est de 97 jours, ce qui équivaut à plus de 3 mois.

Cela correspond au temps nécessaire à un travail thérapeutique et pédagogique en profondeur, auquel s'ajoute un accompagnement vers la reprise de confiance et la réinsertion (travail socio-éducatif et pédagogique). Ce travail n'est possible qu'après un temps préparatoire assez long (séjours d'essai, hospitalisations courtes et répétées, séjours de familiarisation et de mise en confiance, entretiens familiaux, travail préparatoire avec les équipes).

Mais si la DMS reflète l'activité en termes de dynamisme et de mobilité, elle ne dit rien de la nature de l'activité. Certains patients sont accueillis ponctuellement, d'autres restent une ou deux années à la clinique, d'autres effectuent des séjours séquentiels itératifs. Quelques patients ont besoin de cinq à huit années de soins pour reprendre le cours de leur vie.

Le profil des patients est très hétérogène, il ne suit absolument pas celui des unités soins-études classiques, telles qu'elles sont proposées au sein de la Fondation Santé des Etudiants de France, par exemple.

b. Admission

Le processus d'admission est conforme au projet thérapeutique global de la clinique. Il suit la même logique que pour les adultes et passe par une commission d'admission dont le fonctionnement a été approuvé par les partenaires, les usagers et leur famille (EPP Dr Fontaine, Procédure de certification V2 – V3).

Les accueils en urgence sont impossibles (sauf patients de la file active) au sein d'une clinique dont le fonctionnement demande un accord et un engagement minimal dans les soins (groupe de travail ARS DT 41 sur la création d'une structure dédiée à l'accueil des urgences et de la post-urgence).

Pour réussir l'admission d'un adolescent, un travail préparatoire est nécessaire et doit intégrer plusieurs paramètres :

L'âge charnière des patients (entre 16 et 18 ans) constitue un tournant important dans des suivis qui sont souvent anciens (pédopsychiatrie, ASE, familles d'accueil) et pour lesquels il importe de bien préparer les patients, leur famille et les équipes. Cela demande de nombreuses consultations et réunions en amont de l'hospitalisation.

Comme les patients s'apprêtent à quitter la pédopsychiatrie (enfance) pour atteindre l'âge adulte (psychiatrie adulte), il importe de compléter et réorganiser les réseaux nécessaires pour prévenir l'isolement du patient et de la clinique dans une prise en charge qui peut risquer l'enlisement à terme.

Cette démarche de relais prend du temps, mais sa qualité et sa pertinence améliorent l'adhésion ultérieure aux soins. Cela est mieux compris par les partenaires, qui vivent pourtant des situations d'urgence, ou bien ont besoin de libérer des places au sein de leur propre unité.

A l'usage, les familles sont les premières à apprécier la démarche et se sentent associées au processus d'hospitalisation et de soins.

Tableau 1. Age à la 1^{ère} admission (en %)

	2009-2012	2013	2015	2015	TOTAL
15 ans	10.4	8.6	8.6	4.3	7.6
16 ans	16.6	10.6	20.7	14.5	15.6
17 ans	29.1	19.1	15.5	20.3	20.5
18 ans	12.5	19.1	15.5	21.7	17.4
19 ans	2.1	10.6	8.6	5.8	6.7
20 ans	12.5	10.6	8.6	5.8	8.9
21 ans	6.25	6.4	3.5	7.2	5.8
22 ans	6.25	2.1	3.5	4.3	4.1
23 ans	4.2	8.5	8.6	8.6	8.5
24 ans	0	2.1	5.2	5.8	3.6
25 ans	0	2.1	1.7	1.5	1.3

Le **tableau 1** met en évidence le moment de fragilité de la période 16-18 ans. Depuis 2009, le pic d'âge à l'admission reste stable, avec une majorité de patients âgés de 16 à 18 ans. En effet, toutes périodes confondues, les patients âgés de 16 ans à l'admission représentent 15,6% des patients, les patients de 17 ans représentent 20,4% et les patients de 18 ans représentent 17,4%.

c. Délais d'admission

Le délai d'attente tend à se raccourcir, sachant qu'il n'y a aucune admission en urgence (sauf file active). Il est passé de 105 jours en 2009 à 42 jours en 2015, ce qui correspond à une diminution de 60%. Ainsi, en 2015, le délai d'attente était d'environ un mois et demi.

Graphique 9. Délai d'attente moyen par patient (en jours)



d. Refus d'admission

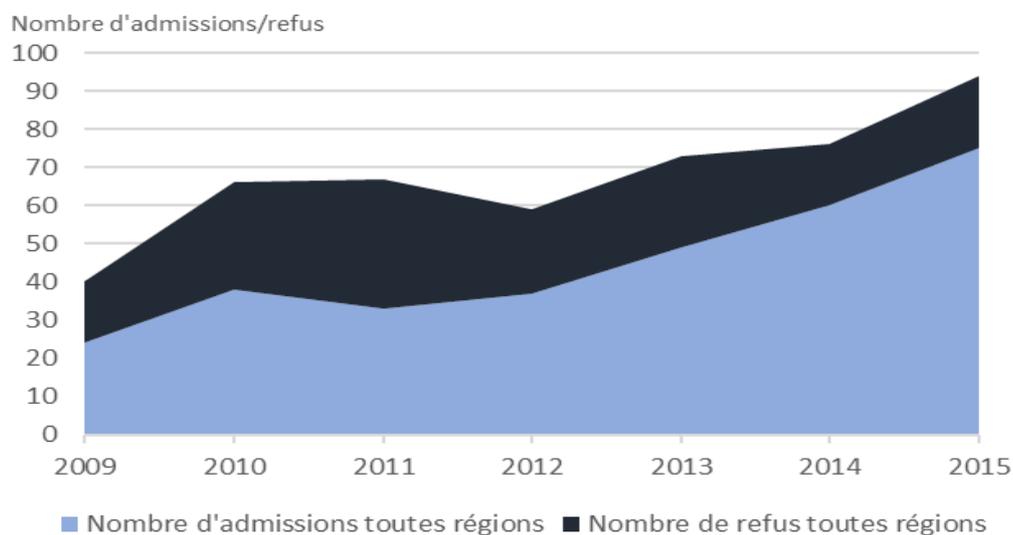
Le nombre de dossiers étudiés est supérieur au nombre d'admissions en hospitalisation temps plein. Le **tableau 2** et le **graphique 10** mettent en évidence la répartition du nombre de refus par rapport au nombre d'admissions depuis 2009.

Tableau 2. Nombre de refus toutes régions depuis 2009

ANNEES	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre de patients accueillis toutes régions	24	38	33	37	49	60	75
Nombre de refus toutes régions	16	28	34	22	24	16	19
Total dossiers étudiés	40	66	67	59	73	76	94
% de refus	40.0	42.4	50.7	37.3	32.8	21.0	20.2

Le **tableau 2** montre que le taux de refus n'a cessé de diminuer depuis 2011. En 2011, environ un dossier sur deux (50.7%) aboutissait à un refus d'admission. En 2015, seulement 20.2% des dossiers ont abouti à un refus d'admission. Cela traduit l'engagement de la clinique à développer son unité, avec une volonté évidente de permettre à un nombre croissant d'adolescents et de jeunes adultes d'accéder au dispositif de soins proposé.

Graphique 10. Nombre d'admissions vs nombre de refus toutes régions



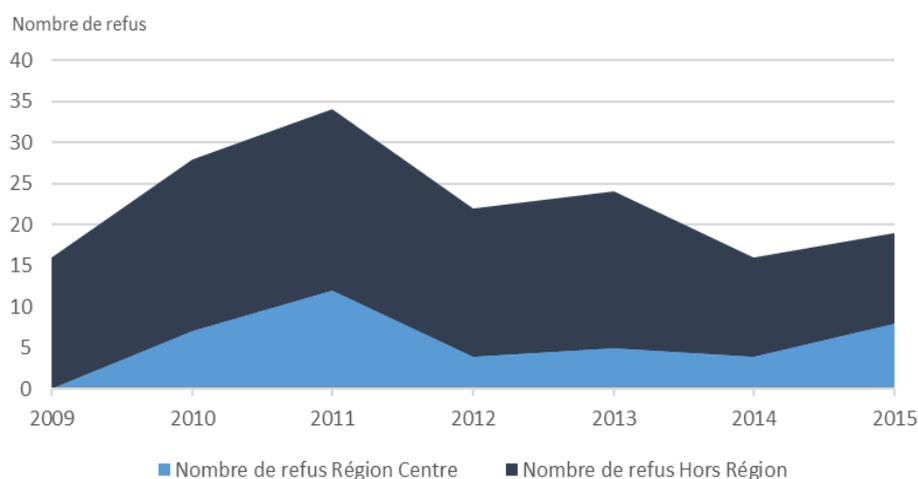
Le **graphique 10** met en évidence la répartition entre le nombre d'admissions et le nombre de refus. On remarque ici que l'aire qui représente le nombre de refus tend à se réduire considérablement, selon la logique décrite ci-dessus.

Tableau 3. Nombre de refus d'admissions Région Centre vs hors Région Centre

ANNEES	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre de refus Région Centre	0	7	12	4	5	4	8
Nombre de refus hors Région	16	21	22	18	19	12	11
Total Refus	16	28	34	22	24	16	19
% refus Région Centre	0	25.0	35.3	18.2	20.9	25.0	42.2
% refus hors Région	100	75.0	64.7	81.8	79.1	75.0	57.8

Le nombre de refus hors Région Centre est nettement supérieur au nombre de refus Région Centre, ce qui traduit la priorité donnée aux patients originaires du secteur, dans le respect de la logique territoriale. Toutefois, on repère qu'en 2015, le taux de refus hors Région a diminué. Suite à de nombreuses demandes, la clinique a ouvert ses portes pour des patients hors Région, sans remettre en cause la priorité territoriale.

Graphique 11. Refus d'admissions Région Centre vs hors Région Centre



Les motifs de refus sont divers :

- Refus du jeune et/ou de sa famille (déli des troubles, rejet du milieu psychiatrique, troubles non clairement identifiés)
- Travail en amont insuffisant (faible coopération avec équipes demandeuses, fragilité des partenaires institutionnels)
- Troubles trop importants pour hospitalisation libre en milieu ouvert (fugues, psychopathies graves, mises en danger de sa vie et de celle d'autrui...)
- Age inférieur à 15 ans et trois mois
- Politique d'admission favorisant l'hétérogénéité psychopathologique.

Lorsque la demande d'hospitalisation n'est pas pertinente et le jeune originaire de la région Centre, d'autres réponses thérapeutiques peuvent être proposées :

- Consultations ambulatoires (rares étant donnée la désertification médicale, ponctuelles)
- Hospitalisation de jour soit à la *Maison d'Artémis* pour les patients mineurs, soit à *l'Hôpital de Jour de Saumery* pour les patients jeunes adultes
- Réunions de coopération territoriale (cf. ci-dessous)

2. Hospitalisation de Jour

L'hôpital de jour adulte (HDJ) de Saumery a ouvert ses portes en octobre 2010. Le bilan d'activité concernant les patients de moins de 25 ans ne peut donc être effectué qu'à partir de l'année 2011. L'hôpital de jour accueille des patients âgés d'au moins 18 ans. Il représente soit une alternative à une hospitalisation à temps plein, soit une évolution à la suite d'une hospitalisation. Concernant les patients de moins de 18 ans, un hôpital de jour spécifique pour les mineurs, la *Maison d'Artémis*, a été créé fin 2015 dans une maison située à BLOIS. Cet hôpital de jour propose un accueil et une prise en charge à des patients de 11 à 17 ans (10 places), ainsi qu'une guidance de l'entourage (familles, professionnels).

L'Hospitalisation de jour évite les ruptures de suivi lorsqu'un patient quitte l'hospitalisation temps plein, permet une souplesse des interventions, autorise un accompagnement ambulatoire et des visites à domicile. A l'inverse, il peut s'agir d'une manière d'entrer progressivement dans les soins, et parfois, de préparer une hospitalisation à temps complet. Dans tous les cas, les jeunes patients de l'HDJ peuvent bénéficier d'un accompagnement spécifique dans le cadre du dispositif pédagogique. Les jours où ils sont présents à l'HDJ, ils peuvent préparer leur orientation, affiner leur projet pédagogique et suivre des cours à la clinique.

Graphique 12. Effectifs HDJ patients de moins de 25 ans



Le nombre de patients de moins de 25 ans accueillis à l'HDJ a été multiplié par 2 depuis 2011. Cette progression apparaît cohérente du point de vue de l'activité générale de la Clinique, qui a privilégié la prise en charge des adolescents depuis 2009.

Tableau 4. Statistiques descriptives effectifs HDJ

	2011	2012	2013	2014	2015
N	10	13	13	26	23
Garçons	5	7	6	12	12
Filles	5	6	7	14	11
Age moyen	20.1	21.3	22.2	20.9	20.7
Sophocle	0	0	3	3	7

Les statistiques descriptives mettent en évidence une répartition assez équilibrée selon le sexe, avec un âge moyen d'environ 20 ans.

En 2015, 16 des 23 patients ont également été accueillis en hospitalisation temps plein. Cela souligne les liens étroits entre les deux dispositifs (HTP et HDJ), permettant de garantir aux patients une continuité des soins. En cas d'amélioration de leur état psychique, ils passent de l'HTP à l'HDJ. En cas de dégradation, ils passent de l'HDJ à l'HTP.

On remarque que, progressivement, le dispositif Sophocle s'est ouvert à quelques patients de l'HDJ (7 patients en 2015). Le travail de lien entre l'HDJ et Sophocle est encore à développer.

A RETENIR

En Région centre, le suicide chez les jeunes adolescents représente la deuxième cause de mortalité après les accidents de la route. En France, on enregistre chaque année 800 suicides chez les adolescents et 40 000 tentatives de suicides (*Chiffres Région Centre 2012*).

En augmentant sa file active, en réduisant ses délais d'attente, en proposant une alternative à l'hospitalisation, en collaborant étroitement avec les partenaires, la clinique participe activement à la lutte contre le suicide des adolescents

En mettant des moyens pédagogiques à disposition des jeunes adultes de l'HDJ, la clinique offre une prestation normale sur le plan clinique, mais non tarifée.

Après l'ouverture d'un hôpital de jour destiné aux 11-17 ans, l'évolution naturelle du projet USIS serait de créer une unité de jour dédiée à un travail de réinsertion plus spécifique, avec des moyens supplémentaires

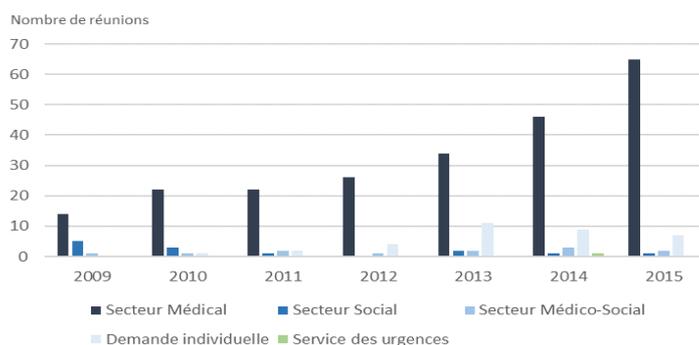
Entre 2009 et 2015, la file active a progressé d'environ 70%, ce qui met en évidence l'adéquation entre l'offre de soins et les besoins sanitaires

III. Coopération Territoriale

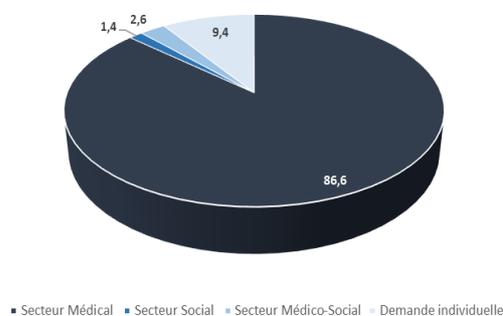
1. Partenaires à l'admission

L'équipe pluridisciplinaire de la Clinique de Saumery est en lien avec différents partenaires, qui sont souvent à l'origine des demandes d'admission et avec lesquels un travail de coopération est mis en place. Ces partenaires peuvent appartenir au secteur médical (Centres Hospitaliers, psychiatres ou médecins, service des urgences), au secteur social (ASE, foyers, psychologues) ou au secteur médico-social (IME). Il peut aussi s'agir de demandes individuelles, ne passant pas par un intervenant tiers.

Graphique 13. Coopération territoriale depuis 2009



Graphique 14. Coopération territoriale en 2015 (en %)

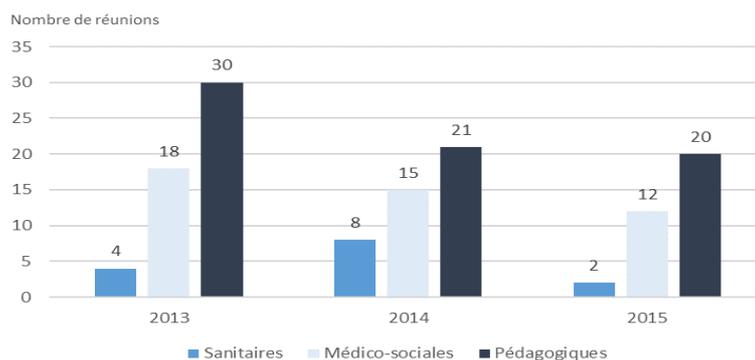


Le secteur médical représente le principal partenaire des demandes d'admission (86.6% en 2015). Les secteurs sociaux et médico-sociaux sont peu représentés, et cela reste stable dans le temps. Toutefois, depuis la création de l'USIS, on observe un accroissement des demandes directes, certaines familles étant isolées dans la prise en charge de leur enfant.

2. Réunions de concertation (indicateur de coopération territoriale)

Le travail de coopération avec les partenaires extérieurs nécessite un nombre conséquent de réunions de concertation. Ces temps de réunion mobilisent généralement plusieurs membres de l'équipe et permettent une élaboration du projet de soins de chaque patient. Il s'agit d'échanger autour de l'histoire du patient, de son parcours, de ses antécédents, des signes cliniques repérés par les différents acteurs, des indications thérapeutiques à envisager ou du projet pédagogique à définir.

Graphique 15. Réunions de concertation depuis 2013



Avant 2013, cet indicateur n'était pas pris en compte. Nous ne pouvons pas chiffrer le nombre de réunions qui ont été réalisées. A partir de 2013, on observe que le nombre de réunions a diminué alors que le nombre de patients de l'USIS a augmenté. Cela traduit un travail de restructuration et de réorganisation qui a eu lieu au sein de la clinique, nous amenant à privilégier les temps de réunion en interne. D'autre part, l'équipe médicale ayant été très remaniée, les réunions avec les partenaires se sont réduites.

On peut aussi penser que l'USIS est mieux repérée sur le territoire de santé, ce qui nécessite moins de déplacements pour présenter le dispositif. De nombreux échanges peuvent ainsi se faire par téléphone. Cependant, il conviendra de maintenir une vigilance pour que ces temps d'échange avec les partenaires extérieurs ne diminuent pas davantage.

On observe que les réunions pédagogiques sont les plus nombreuses. Cela correspond à un important travail d'articulation entre les pédagogues de la clinique et les établissements scolaires extérieurs (aménagements, nombre d'heures de cours, allègements de programmes, etc.).

A RETENIR

**L'USIS est bien identifiée sur le territoire de santé
L'USIS s'attache à soutenir et à accentuer la coopération territoriale
La clinique peut répondre aux demandes individuelles
Elle met l'accent sur la coopération pédagogique**

Toutes les demandes ne peuvent être satisfaites par une hospitalisation à temps plein. Il est important de diversifier les modes de prise en charge.

**Pour cela, un Hôpital de Jour pour adolescents a été créé (*Maison d'Artémis à BLOIS*)
Un dispositif jeunes adultes serait pertinent**

IV. Psychopathologie

Conformément au projet médical, l'Unité Soins Intégration Scolaire accueille des adolescents souffrant de toutes les pathologies, pour autant qu'elles soient compatibles avec des soins en milieu ouvert.

La psychopathologie rencontrée ici se caractérise par un polymorphisme des troubles. La diversité des Diagnostics Principaux (DP) posés à partir de la CIM 10 (Recueil PMSI) est importante. Les DP chez les uns se retrouvent chez les autres comme diagnostics associés, ou bien à un autre moment évolutif chez le même patient.

Les diagnostics CIM 10 permettent de situer les patients dans un paysage psychopathologique, mais ils sont insuffisants pour le travail proprement dit qui s'appuie essentiellement sur des données relationnelles dynamiques. C'est souvent à partir d'un contexte conflictuel ou d'incompréhension avec l'environnement (familles, équipes, entourage) et en posant un diagnostic de situation que le travail psychothérapeutique se construit.

La plupart des jeunes sont issus de familles au fonctionnement perturbé (des enfants carencés, avec des traumatismes précoces, placement, abandon, maltraitance, divorces). Dans tous les cas, l'image de parentalité et l'unité familiale sont constamment fragilisées.

La majorité d'entre eux ont des troubles du caractère sur fond d'anxiété et de vécus dépressifs généralisés, la personnalité s'en ressent.

L'ensemble de ces difficultés retentit négativement sur la scolarité, la socialisation, l'estime de soi et l'identité psychocorporelle. La moitié des jeunes a présenté au moins un épisode d'auto mutilation, souffre de troubles alimentaires, le rythme veille sommeil est déséquilibré.

Les adolescents souffrent donc de troubles hétérogènes, polymorphes, typiques de cette période mais aggravées du fait de souffrances infantiles souvent non repérées.

Le **tableau 5** présente les différentes catégories de troubles selon la CIM 10.

Le **tableau 6** et le **graphique 16** présentent la répartition des différents troubles depuis 2011 et en 2015.

Tableau 5. Catégories de troubles selon la CIM 10

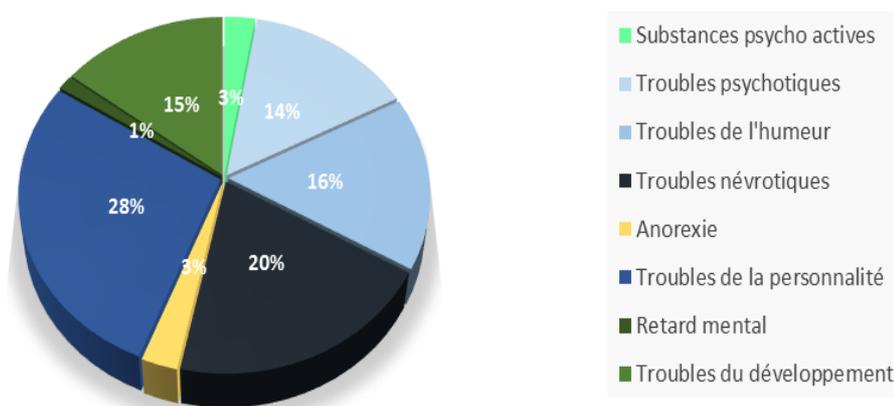
Substances psycho actives	F10-F19. Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives
Troubles psychotiques	F20-F29. Schizophrénie, trouble schizotipique et troubles délirants
Troubles de l'humeur	F30-F39. Troubles de l'humeur
Troubles névrotiques	F40-F48. Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes
Anorexie	F50-F59. Syndromes comportementaux (anorexie)
Troubles de la personnalité	F60-F69. Trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte
Retard mental	F70-F79. Retard mental
Troubles du développement	F80-F89. Troubles du développement psychologique
Troubles du comportement	F90-F98. Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence

Tableau 6. Répartition psychopathologique au sein de l'USIS depuis 2011

	2011		2012		2013		2014		2015		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Substances psycho actives	1	3	0	0	0	0	0	0	2	2.6	3	1.2
Troubles psychotiques	5	15.2	4	10.8	10	20.4	10	16.6	11	15.6	40	15.7
Troubles de l'humeur	7	21.2	7	18.4	7	14.3	8	13.3	12	16	41	16.1
Troubles névrotiques	4	12.1	4	10.8	4	8.2	11	18.3	15	20.0	38	14.9
Anorexie	0	0	1	2.7	1	2.1	0	0	2	2.6	4	1.6
Troubles de la personnalité	11	33.3	16	43.2	18	36.7	21	35.0	21	28.1	87	34.3
Retard mental	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.33	1	0.4
Troubles du développement	4	12.1	4	10.8	9	18.4	9	15.0	11	15.6	37	14.6
Troubles du comportement	1	3	1	2.7	0	0	1	1.6	0	0	3	1.2
TOTAL	33		37		49		60		75		254	

Ce tableau met en évidence une prédominance des troubles de la personnalité ainsi qu'une importante représentation des troubles névrotiques, troubles de l'humeur, troubles psychotiques et troubles du développement. L'augmentation de l'effectif des patients de l'USIS au cours de ces dernières années n'a pas impacté la diversité des profils psychopathologiques, diversité nécessaire à l'équilibre dans les prises en charge et dans la préservation de l'ambiance au sein de la clinique. On peut remarquer que les motifs d'hospitalisation en psychiatrie sont adéquats à l'offre de soins de la clinique.

Graphique 16. Répartition psychopathologique au sein de l'USIS en 2015



En 2015, la répartition se veut toujours équilibrée, avec une prédominance des troubles de la personnalité et une répartition assez homogène des troubles névrotiques, troubles de l'humeur, troubles psychotiques et troubles du développement.

V. Situation Sociale

Le travail social est essentiel dans la prise en charge des jeunes patients au sein de la Clinique. L'assistante sociale interpelle et relance les institutions sociales, les Conseils Départementaux et travaille avec les familles pour établir des budgets équilibrés. Par exemple, il importe de ne pas surajouter des difficultés financières à des parents qui d'une part sont soulagés d'avoir trouvé une solution pour leur enfant et d'autre part doivent prendre en charge le forfait hospitalier au-delà de la mutuelle.

L'Assistante sociale coopère avec les médecins pour la mise en place des prestations liées au handicap (MDPH), relance les médecins traitants pour les protocoles ALD.

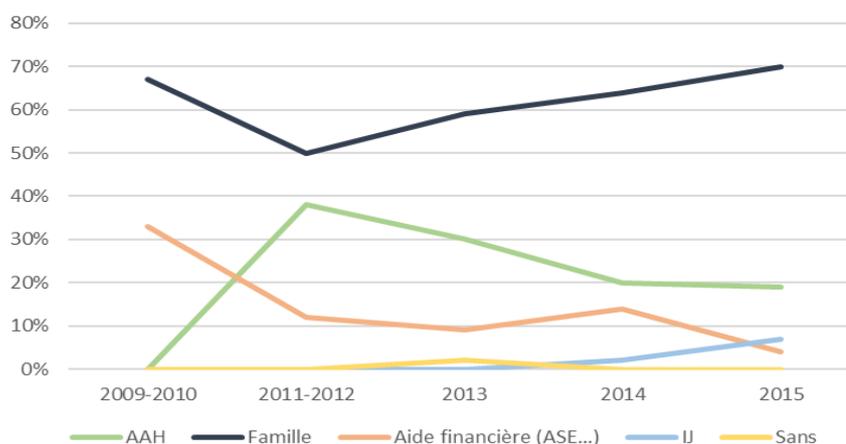
Une attention particulière est portée aux ressources des patients, au type de logement dont ils bénéficient, ainsi qu'à leur couverture sociale. Pour ces différents indicateurs, les données sont présentées ci-dessous selon deux points de vue : l'évolution depuis 2009 et la situation en 2015.

1. Ressources

L'ensemble des patients hospitalisés dans le cadre de l'USIS bénéficie de ressources, bien que l'origine de ces ressources puisse différer d'un patient à l'autre. Les différentes ressources identifiées sont l'Allocation Adulte Handicapé (AAH), les aides de la famille, des aides financières diverses (ASE, contrat jeune majeur, etc.).

Les **graphiques 17** et **18** présentent l'évolution des ressources des patients depuis 2009 ainsi que la répartition des ressources en 2015.

Graphique 17. Evolution des ressources depuis 2009

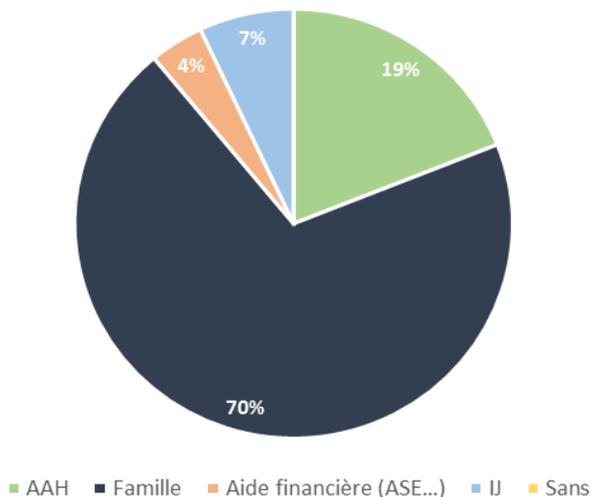


Les mineurs sont principalement aidés par leur famille (argent de poche).

Les jeunes majeurs (jusqu'à 20-21 ans) adressés par l'ASE bénéficient généralement d'une aide s'ils acceptent de respecter un « Contrat Jeune Majeur ». Mais dans la mesure où ces patients restent hospitalisés un certain temps et n'arrivent pas à se réinsérer rapidement, le Contrat Jeune Majeur s'arrête automatiquement une fois l'âge limite atteint. L'aide sociale évolue alors en AAH.

La réforme de l'ASE et la diminution massive des budgets pour l'accompagnement des jeunes majeurs impactent de manière évidente les ressources de certains jeunes, qui se retrouvent en situation de précarité. Le **graphique 17** met clairement en évidence la diminution des aides financières depuis 2009, ainsi que l'augmentation de la participation des familles.

Graphique 18. Ressources, 2015

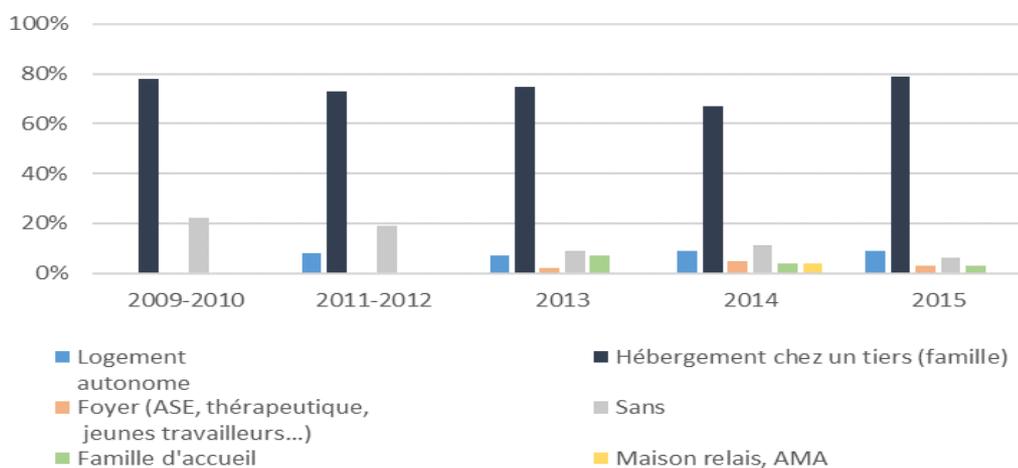


Le **graphique 18** souligne l'importance de l'engagement des familles dans le soutien financier des jeunes patients hospitalisés à la Clinique de Saumery. Si 19% d'entre eux bénéficient de l'AAH, la famille procure des ressources financières à 70% des patients de 15 à 25 ans.

2. Logement

Afin de garantir une continuité des soins suffisamment pérenne et une vision soignante à long terme, il est primordial que la Clinique de Saumery ne soit pas le seul lieu de vie envisageable pour le patient. Chaque patient doit pouvoir bénéficier d'un lieu extérieur, garantie pour lui de pouvoir sortir ponctuellement de la Clinique ou d'expérimenter la vie extérieure.

Graphique 19. Evolution du type de logement depuis 2009

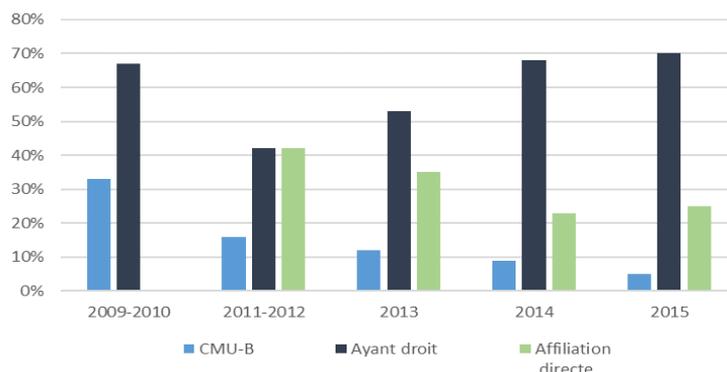


Le **graphique 19** souligne que le type de logement reste stable depuis 2009. En effet, depuis la création de l'USIS, 70 à 80% des patients de 15 à 25 ans sont domiciliés chez leurs parents. Les 20 à 30% restants bénéficient de divers types d'hébergement (logement autonome, famille d'accueil, foyer...). Ces résultats montrent l'importance de l'engagement des familles et le nécessaire travail d'articulation entre les soins au sein de la Clinique et le retour des patients au domicile.

3. Couverture sociale

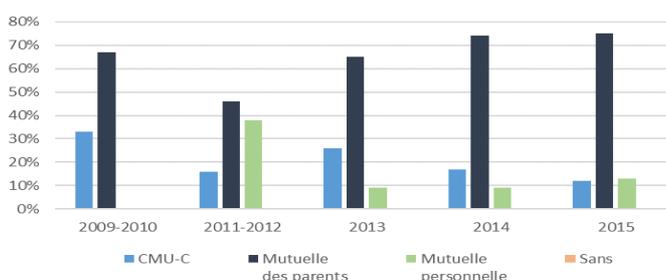
Les **graphiques 20** et **21** mettent en évidence le type de couverture santé des patients de l'USIS.

Graphique 20. Couverture Santé – Régime général (%)



La majorité des patients de l'USIS dépendent de la couverture santé de leurs parents (ayant droits). Parmi eux, 22,5% sont mineurs. Toutefois, un certain nombre de jeunes majeurs restent sous le régime de leurs parents. Egalement, nous observons ici que le nombre de patients bénéficiaires de la CMU a diminué d'environ 80%.

Graphique 21. Couverture Santé – Régime complémentaire (%)



Depuis 2009, environ 70% des patients de l'USIS relèvent de la mutuelle de leurs parents. Il est à noter que les jeunes patients bénéficiant de la CMU Complémentaire sont de moins en moins nombreux au fil des années. Au travers de cet indicateur, nous observons à nouveau l'importance du soutien parental, notamment pour ce qui relève de la couverture santé.

Par ailleurs, nous relevons que tous les patients bénéficient d'une couverture sociale.

A RETENIR

Tous les patients bénéficient d'une couverture sociale et de ressources
Le travail d'accompagnement social (ouverture de droits sociaux, mise à jour des dossiers) est un des axes forts du projet USIS

VI. Dispositif pédagogique « Commission Sophocle »

1. Fonctionnement et composition

Le dispositif pédagogique est structuré autour d'une Commission psychopédagogique baptisée « Commission Sophocle ».

Pluridisciplinaire, cette commission est composée d'un personnel spécifique (pédagogues, éducateurs, assistante sociale, médecins, infirmiers, ASH). Ses missions sont diversifiées et visent la construction de projets pédagogiques individualisés. Une psychologue coordinatrice a récemment été embauchée afin de faciliter l'articulation et la communication entre les différents membres de la Commission Sophocle, mais également entre l'ensemble du personnel de la Clinique de Saumery. Début 2017, 4 enseignants interviennent auprès des élèves hospitalisés.

La Commission Sophocle se réunit une fois par semaine, soit autour de situations individuelles, soit autour de thématiques liées à l'accueil et au soin d'adolescents en psychiatrie. Concernant l'étude des situations individuelles, la Commission étudie les demandes de formation et de scolarité, évalue les niveaux scolaires associés à l'état psychique des patients, à la forme et à la personnalisation de l'enseignement.

La commission établit les conventions de stages, planifie les conseils de classes, noue et entretient le contact avec les professeurs d'établissements, coordonne les accompagnements, au sein d'**un réseau de coopération territoriale psychopédagogique**.

Concernant le travail autour de thématiques liées à l'adolescence, il s'agit de s'interroger collectivement sur la particularité des manifestations adolescentes, tant en termes de développement normal que de pathologie. En effet, l'augmentation de l'effectif de patients de 15 à 25 ans a des répercussions sur l'organisation du travail et sur la fonction soignante.

De plus, la cohabitation avec une population d'adultes atteints de pathologies psychiatriques est à la fois riche et complexe. La Commission Sophocle a pour objectif de dégager des pistes de réflexion et de faciliter les échanges avec l'ensemble des soignants.

Les pédagogues ne font pas partie de l'équipe de soin, manière de souligner et maintenir l'identité et le rôle spécifiques des enseignants. Les espaces et les temporalités doivent demeurer distincts. L'ensemble des protagonistes est satisfait de cette délimitation. Les praticiens de la clinique n'entendent presque pas les élèves parler de leurs cours lors des consultations psychiatriques. Etre élève et être patient est bien différent.

2. Admission à la commission Sophocle

Pour être admis à la commission Sophocle, le patient adolescent doit rédiger un courrier expliquant motivations et projets. Il s'agit d'une exigence formelle pour signifier un changement de statut au cours de l'hospitalisation – le patient devient élève – et doit s'engager personnellement dans un projet psychopédagogique spécifique.

Dans la plupart des cas, le travail de la commission Sophocle commence par une évaluation pédagogique portant sur la motivation, les acquisitions scolaires, les capacités cognitives

(concentration, attention, mémoire). Les professeurs entrent en contact avec les établissements scolaires fréquentés par le patient. Au fur et à mesure des soins et de l'évolution, un projet individualisé se dessine. Celui-ci est réajusté en cours de route, selon les difficultés, selon les capacités.

L'objectif premier de la Commission Sophocle n'est pas de renvoyer tous les patients sur le banc de l'école et en faire des bacheliers. Le dispositif soins-intégration scolaire a été avant tout conçu pour soutenir un projet d'insertion, y compris par le biais du handicap. Qu'un patient gravement perturbé puisse intégrer un ESAT, qu'un élève en échec scolaire retrouve du plaisir à étudier dans une filière mieux adaptée, avec la reprise d'un projet porteur d'avenir, nous pouvons alors parler de succès.

3. Moyens pédagogiques

Pour pouvoir proposer un accompagnement individualisé aux patients admis dans le dispositif Sophocle, la Clinique de Saumery a œuvré à la mise en place de moyens divers. Ces moyens sont d'ordre humain, matériel, administratif et financier.

Quatre professeurs couvrent les matières générales (français, langues, mathématiques, physique chimie, droit et gestion). Leur temps de présence est réparti dans la semaine de manière à proposer un maximum de créneaux d'enseignement et d'accompagnement aux élèves.

Chaque professeur est référent d'un certain nombre d'élèves, ce qui permet une répartition de la charge de travail relative à l'élaboration d'un projet pédagogique individualisé pour chaque élève. Ces projets individualisés couvrent un large éventail de possibilités (ESAT, Baccalauréat, formation en alternance, télé-enseignement, CNED, cours particuliers, etc.).

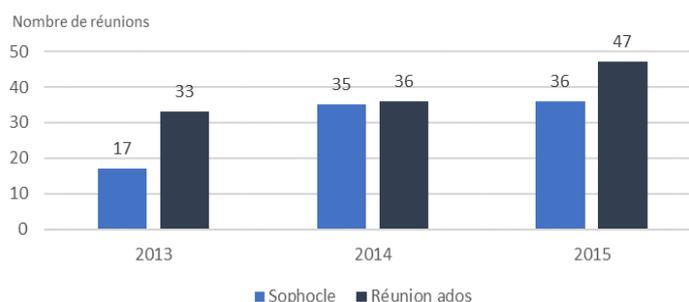
Une salle de classe informatisée est mise à leur disposition (plusieurs postes informatiques, accès Wi-Fi, matériel pédagogique) pour accueillir les élèves dans un environnement le plus scolaire possible. Outre les temps d'enseignement, les élèves sont accueillis dans la salle de classe pour des temps de permanence éducative (aide aux devoirs) ou encore des temps de recherche/documentation.

Certains élèves bénéficient à la fois d'un accompagnement pédagogique au sein de la Clinique et d'une scolarité aménagée dans des établissements du Loir-et-Cher. Les moyens de transports sont adaptés aux difficultés des élèves : soit ils se déplacent en bus (cartes de bus alloués par le Conseil Départemental), soit un professionnel de la Clinique les accompagne.

Ces divers aménagements font systématiquement l'objet d'une réflexion en amont lors des réunions de la Commission Sophocle. Parallèlement, les patients de 15-25 ans sont invités chaque semaine, le dimanche soir, à participer à une réunion « ados ». Cette réunion a pour objectif d'échanger sur la vie au sein de la Clinique et l'organisation du dispositif psycho-pédagogique.

Le **graphique 22** présente l'évolution de ces temps de réunion depuis 2013.

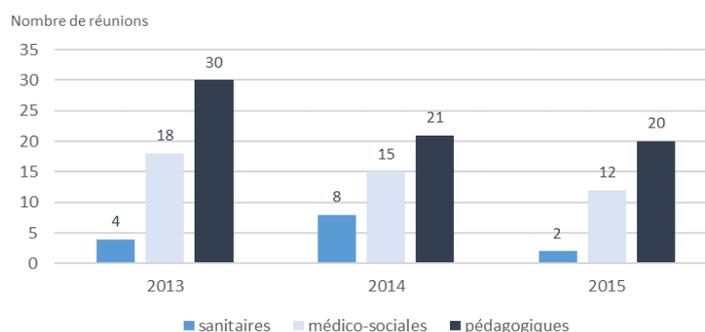
Graphique 22. Evolution du nombre de réunions du dispositif Sophocle depuis 2013



On observe ici que le nombre de réunions du dispositif Sophocle a fortement augmenté entre 2013 et 2014, puis il s'est stabilisé en 2015. Concernant les réunions « ados », on repère une nette augmentation en 2015. Ces données font apparaître que la mise en place d'un tel dispositif n'est pas aisée et se déploie sur plusieurs années ; ces évolutions sont très encourageantes et leur stabilisation l'est d'autant plus.

Par ailleurs, l'individualisation des prises en charge (mise en place d'un Projet Personnalisé de soins (PPS) formalisé en 2016) nécessite un important travail de coordination avec les partenaires extérieurs (établissements scolaires, médicaux-sociaux ou sanitaires). Le **graphique 23** présente l'évolution du nombre de réunions extérieures à la Clinique depuis 2013.

Graphique 23. Evolution du nombre de réunions extérieures à la Clinique de Saumery depuis 2013



Chaque temps de réunion nécessite environ 2 heures, et mobilise généralement plusieurs professionnels. En 2013, l'équipe du dispositif Sophocle a été amenée à se déplacer 52 fois, ce qui représente environ 104 heures d'absence de la Clinique. Le **graphique 23** montre que le nombre de réunions à l'extérieur a diminué depuis 2013, ce qui correspond à une pérennisation du travail de partenariat sur le territoire. Le dispositif Sophocle commence à être repéré par de nombreux partenaires et nécessite ainsi moins de déplacements. Les déplacements restants sont ceux relatifs à la nécessaire réflexion du projet pédagogique de chaque jeune (aménagements, nombre d'heures de cours, allègements de programmes, etc.).

4. Résultats

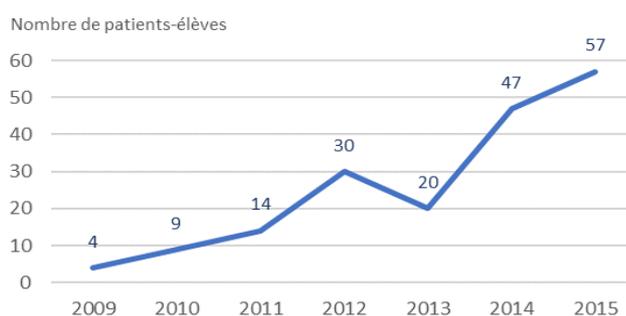
Les patients accueillis à Saumery ont des troubles plutôt sévères, leurs parcours de soins sont déjà longs, ils arrivent en deuxième ou troisième intention après des PEC en secteur public, social ou

médico-social après une évolution allant de deux à quatre ans, voire six à huit ans, sans parler des problèmes dépistés dans l'enfance.

Le temps de reprise thérapeutique est long avant de pouvoir envisager une re-scolarisation et nécessite de discerner les problèmes de fond et la maturation adolescente qui fragilise les défenses construites jusque-là. Pour cela, l'accompagnement pédagogique doit être particulièrement souple, adapté à la situation de chacun, et progressif.

Depuis la création de l'USIS en 2009, le dispositif Sophocle s'est progressivement développé et organisé. Le **graphique 24** et le **tableau 7** mettent en évidence cette évolution.

Graphique 24. File active patients-élèves depuis 2009



Le nombre de patients devenus élèves et accompagnés par le dispositif Sophocle n'a cessé de progresser depuis 2009, à l'exception de l'année 2013 où on note une diminution. Toutefois, ces effectifs sont à nuancer. En effet, les indicateurs d'entrée dans le dispositif ont évolué au fil des années, et nous ne disposons pas de données homogènes. Actuellement, un patient qui souhaite intégrer le dispositif doit rédiger une lettre de motivation et son projet est discuté lors de la Commission Sophocle. Cela n'a pas toujours été le cas. Certains patients pouvaient faire partie du dispositif sans être réellement accompagnés sur le plan éducatif ou pédagogique. Cependant, l'augmentation du nombre de patients-élèves traduit également l'évolution de la file active globale des patients de l'USIS, amenant le dispositif Sophocle à intégrer davantage d'élèves au fil des années.

Tableau 7. Taux d'admission sans la Commission Sophocle

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
File active USIS (N)	23	38	33	37	49	60	75
File active HDJ (N)	-	-	10	13	13	26	23
Total USIS + HDJ (N)			43	50	62	86	98
File active Sophocle (N)	4	9	14	30	20	47	57
Taux d'admission Sophocle (%)	17.3	23.7	32.5	60	32.3	54.6	58.2

La file active des élèves accompagnés par le dispositif Sophocle a connu une progression d'environ 40% entre 2009 et 2015. Ainsi, en 2015, 58.2% des patients de 15 à 25 ans (en hospitalisation temps plein et en hôpital de jour) faisaient partie de Sophocle et bénéficiaient d'un accompagnement spécifique sur le plan éducatif et pédagogique.

Les patients-élèves ont un niveau scolaire très hétérogène, et il faut tenir compte de leur psychopathologie, elle aussi hétérogène. Dans de nombreux cas, ils sont en décrochage scolaire depuis plusieurs années, ce qui nécessite une reprise de la scolarité très progressive.

Tableau 8. Niveau d'études à l'arrivée dans le dispositif (N) depuis 2013

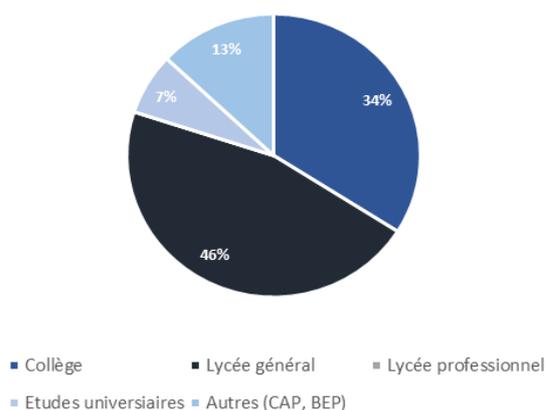
	2013	2014	2015
Collège	9	20	19
Lycée général	6	17	26
Lycée professionnel	0	0	0
Etudes universitaires	2	5	5
Autres (CAP, BEP)	3	5	7
File active Sophocle (N)	20	47	57

Avant 2013, l'indicateur du niveau d'études à l'arrivée dans le dispositif n'était pas pris en compte de manière systématique. Les données dont nous disposons ne sont donc pas complètes et nous avons fait le choix de présenter uniquement les données obtenues après 2013.

Nous observons ici que la majorité des patients-élèves ont un niveau collège ou lycée. Toutefois, peu d'entre eux ont obtenu le brevet ou le BAC. En effet, seul 2 élèves ont obtenu le brevet (effectif de 2014) et 1 élève a obtenu le BAC (effectif de 2013) avant leur arrivée dans le dispositif.

Le **graphique 25** présente la répartition en pourcentages (%) du niveau d'études à l'arrivée dans Sophocle en 2015.

Graphique 25. Niveau d'études à l'arrivée dans le dispositif en 2015 (%)



L'âge de recrutement s'étalant sur 10 ans, le niveau scolaire des patients est forcément hétérogène. C'est souligner l'importance de la formation généraliste et diversifiée des professeurs, devant posséder une bonne formation en méthodologie et pouvant s'adapter aux différentes situations. Le travail pédagogique n'est pas classique ; il se fait par petits groupes homogènes et tient compte des particularités de chacun. Le projet scolaire ne peut être qu'individualisé.

Au vu du niveau scolaire à l'entrée, on peut observer que les patients accueillis sont plutôt en échec scolaire ou ont un faible niveau.

Le tableau ci-dessous met en évidence la situation scolaire des élèves à leur entrée dans le dispositif (inscription dans un établissement scolaire, au CNED ou pas d'inscription).

Tableau 9. Situation scolaire des élèves à l'entrée dans le dispositif (N)

	2013	2014	2015
Etablissement scolaire	7	13	24
CNED, cours en ligne et formations	6	15	11
CNED + Etablissement	2	6	8
Pas d'inscription	6	12	14
Total élèves en formation	15	34	43

Indépendamment du niveau scolaire, on remarque ici qu'un nombre important de patients-élèves est complètement déscolarisé. Parmi les 57 patients-élèves accompagnés par la Commission Sophocle en 2015, 24.6% n'étaient inscrits dans aucun établissement scolaire ou formation par correspondance. Pour ces patients, le travail d'accompagnement pédagogique et éducatif doit se poursuivre à l'intérieur de la clinique, l'importance de leurs troubles ne leur permettant pas une intégration scolaire dans de bonnes conditions.

Toutefois, pour 75.4% des patients-élèves, ce travail d'intégration scolaire est possible. Il s'articule entre la Commission Sophocle et des partenaires extérieurs divers (établissements scolaires du département, CNED, lieux de stages, Ecole de la 2nde Chance, Mission Locale...)

Si le niveau scolaire et la situation scolaire à l'arrivée dans le dispositif ont pu être repérés pour la plupart des patients accueillis jusqu'en 2015, cela s'est avéré plus complexe pour leur niveau scolaire à la fin de l'année. Les quelques données dont nous disposons sont donc à nuancer car les évaluations n'ont pas été systématisées en fin d'année scolaire.

Tableau 10. Evolution de la situation scolaire depuis 2013 (N)

	2013	2014	2015
Total élèves en formation	15	34	43
Présentation à un examen	9	10	1
Réussite à l'examen	3	6	1
Passage en classe supérieure	0	4	0
Redoublement	0	2	0
Arrêt scolarité en cours d'année	0	6	1
Arrêt scolarité en fin d'année	0	0	0

Bien que ces données soient à nuancer, nous observons ici qu'il y a peu de redoublements et relativement peu d'arrêts de scolarité, ce qui est déjà très encourageant. Les élèves qui se sont présentés à un examen sont assez nombreux en 2013 et 2014, et leur pourcentage de réussite est de l'ordre de 50% (3 élèves sur 9 en 2013 et 6 élèves sur 10 en 2014). Concernant 2015, on remarque de manière évidente que le recueil de données n'a pas été concluant.

Après plusieurs années de fonctionnement, il est nécessaire de développer des outils d'évaluation du dispositif Sophocle *a posteriori*. D'après des observations directes, nous observons une amélioration certaine de l'état clinique d'un grand nombre de patients, et l'incidence de cette amélioration sur la sphère scolaire. Cependant, il nous manque des indicateurs pour évaluer plus objectivement des dimensions scolaires (niveau en français, mathématiques, langues, etc.), des dimensions cognitives (compréhension, mémorisation, abstraction, etc.), mais aussi des dimensions sociales (capacité à travailler en groupe, devoirs communs, répartition du travail, etc.). Il s'agit là de l'axe majeur à améliorer pour les années à venir.

A RETENIR

Le dispositif Sophocle n'a cessé de se développer depuis 2009

La plupart des patients de l'USIS finissent par intégrer Sophocle et à bénéficier d'un accompagnement pédagogique et éducatif renforcé

Des outils d'évaluation pédagogique doivent être créés pour permettre une appréhension objective de l'évolution des patients-élèves (dimensions scolaires, cognitives et sociales)

CONCLUSIONS

Ce bilan d'activité met en évidence que de nombreux objectifs (file active, délai d'attente, taux de refus, durée moyenne de séjour, accompagnement pédagogique, etc.) ont été atteints, et même dépassés.

Plusieurs points soulignent, de manière très encourageante, l'évolution du dispositif d'hospitalisation pour les 15-25 ans. En effet, l'USIS respecte la logique territoriale en priorisant l'accueil de patients du Loir-et-Cher et de la Région Centre. De plus, le dispositif encourage l'hétérogénéité des pathologies, des prises en charges, des niveaux scolaires et des profils. Le travail social est assuré et les délais d'admission sont réduits. La durée moyenne de séjour (d'environ 4 mois) traduit l'évolution des prises en charges, auparavant beaucoup plus longues du fait de la chronicité des troubles de la population adulte en psychiatrie.

La Clinique de Saumery s'attache à développer son implication dans la coopération territoriale adolescente du département. Le développement de l'USIS depuis 2009 et l'ouverture en novembre 2015 d'un hôpital de jour pour les 11-17 ans (*La Maison d'Artémis* à Blois) témoignent de cet engagement majeur.

La mixité de la population accueillie à la Clinique (adolescents-adultes) a des effets positifs et dynamisants, nous amenant à repenser nos pratiques en psychiatrie, notamment avec l'outil « psychothérapie institutionnelle » qui vise à soutenir le travail de socialisation et de désaliénation. Les espaces, les temps forts de la semaine, les moniteurs, le Club Thérapeutique sont investis de manière différente, parfois même désinvestis. Les repères des uns et des autres ont changé, la coordination s'est complexifiée (d'autant plus avec l'augmentation de la file active). Pourtant, dans ce mouvement de complexité, des effets thérapeutiques évidents apparaissent.

Les adolescents s'inscrivent dans un travail d'accompagnement auprès de la Commission Sophocle, ils acceptent de se soigner au long cours. En allant mieux, certains dynamisent l'ensemble de l'Institution, soulève des interrogations sur le fonctionnement très ancien du Club Thérapeutique, sur le fonctionnement de la fonction soignante des moniteurs, sur la souplesse ou la fermeté à adopter... Face à ces interrogations, il est nécessaire de poursuivre la formation à la psychopathologie spécifique de l'adolescence et des groupes pour l'ensemble du personnel.

Le dispositif innovant de l'USIS nous amène également à poursuivre la dynamique d'implication des familles dans le travail de soin de leur enfant.

Enfin, la capacité d'accueil des adolescents étant largement atteinte au sein de la Clinique de Saumery, il apparaît nécessaire d'augmenter le dispositif afin d'améliorer et de diversifier la prise en charge des jeunes patients, et de soutenir les pratiques des professionnels.

SYNTHESE GENERALE

Le projet est réalisé et il se développe

Les conclusions du précédent bilan ont été suivies par l'ARS

La prise en charge a été améliorée pour les points suivants :

- Accentuation de la dimension psychopédagogique
- Amélioration de la coopération territoriale
- Poursuite de la formation professionnelle sur la question adolescente
- Agrément pour une hospitalisation de jour adolescents 11-17 ans (*Maison d'Artémis*)

Nouveaux indicateurs à mettre en place :

- Satisfaction des familles et des partenaires
- Satisfaction des professionnels de la *Clinique de Saumery*
- Taux d'insertion (enquête prospective, devenir des patients à court, moyen et long terme)
- Evolution pédagogique des patients-élèves (dimensions scolaires, cognitives et sociales)

Projets à développer :

- Partenariat entre USIS et *Maison d'Artémis*
- Guidance familiale (accompagnement des parents)
- Activité de consultation ambulatoire
- Partenariat avec l'Education Nationale (développements d'indicateurs communs)

Liste des tableaux et graphiques

Graphique 1. File active USIS toutes régions	4
Graphique 2. Répartition selon l'âge en 2015	4
Graphique 3. Répartition selon le sexe depuis 2009	5
Graphique 4. Répartition patients Région Centre vs Toutes Régions	5
Graphique 5. Origine géographique des patients de la Région Centre	6
Graphique 6. Nombre de journées HTP USIS depuis 2009	7
Graphique 7. Taux d'occupation USIS depuis 2009	7
Graphique 8. Durée moyenne de séjour USIS depuis 2009	7
Tableau 1. Age à la 1 ^{ère} admission (en %)	9
Graphique 9. Délai d'attente moyen par patient (en jours)	9
Tableau 2. Nombre de refus toutes régions depuis 2009	10
Graphique 10. Nombre d'admissions vs nombre de refus toutes régions	10
Tableau 3. Nombre de refus d'admissions Région Centre vs hors Région Centre	11
Graphique 11. Refus d'admissions Région Centre vs hors Région Centre	11
Graphique 12. Effectifs HDJ patients de moins de 25 ans	12
Tableau 4. Statistiques descriptives effectifs HDJ	12
Graphique 13. Coopération territoriale depuis 2009	15
Graphique 14. Coopération territoriale en 2015 (en %)	15
Graphique 15. Réunions de concertation depuis 2013	16
Tableau 5. Catégories de troubles selon la CIM 10	17
Tableau 6. Répartition psychopathologique au sein de l'USIS depuis 2011	18
Graphique 16. Répartition psychopathologique au sein de l'USIS en 2015	18
Graphique 17. Evolution des ressources depuis 2009	19
Graphique 18. Ressources en 2015	20
Graphique 19. Evolution du type de logement depuis 2009	20
Graphique 20. Couverture Santé – Régime général (%)	21
Graphique 21. Couverture Santé – Régime complémentaire (%)	21
Graphique 22. Evolution du nombre de réunions du dispositif Sophocle depuis 2013	24
Graphique 23. Evolution du nombre de réunions extérieures à la Clinique de Saumery depuis 2013	24
Graphique 24. File active patients-élèves depuis 2009	25
Tableau 7. Taux d'admission sans la Commission Sophocle	25
Tableau 8. Niveau d'études à l'arrivée dans le dispositif (N) depuis 2013	26
Graphique 25. Niveau d'études à l'arrivée dans le dispositif en 2015 (%)	26
Tableau 9. Situation scolaire des élèves à l'entrée dans le dispositif (N)	27
Tableau 10. Evolution de la situation scolaire depuis 2013 (N)	27