

---

**Master 2**  
**Pilotage des politiques et actions en**  
**santé publique**

Promotion : **2014-2015**

**Comment améliorer le parcours de soins**  
**hospitalier des adolescents au sein d'un service**  
**de pédiatrie générale ?**  
**L'exemple du Centre Hospitalier de Bretagne**  
**Sud**

---

Anne-Sophie RIOU  
9 septembre 2015

*Anne-Sophie RIOU –*

*Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique Sciences Po Rennes – 2014-2015*

---

# Remerciements

---

Je souhaite remercier infiniment Madame MASINI-CONDON, Directrice Adjointe de la Clientèle, du Parcours Patient et des Relations avec les Usagers du CHBS, de m'avoir accueillie pour ce stage de fin d'études au sein du CHBS, pour sa confiance et l'autonomie qu'elle m'a accordée dans la réalisation de cette mission, ses conseils, ainsi que de m'avoir fait découvrir le monde hospitalier et la profession de Directeur d'hôpital.

Je remercie particulièrement le Docteur VIGNERON, Médecin Chef du Pôle Femme-Mère-Enfant du CHBS pour les échanges que nous avons pu avoir, l'intérêt et le soutien qu'il a pu porter à cette mission.

Je remercie infiniment Madame GARCIA, Coordinatrice des Soins de la Qualité et de la Gestion des Risques de m'avoir accompagnée dans la réalisation de cette mission, la construction de ce projet et ses conseils méthodologiques.

Je remercie également Madame SAINGERY, Cadre Supérieur du Pôle Femme-Mère-Enfant du CHBS pour son attention, ses conseils et son aide dans la réalisation de cette mission.

Je remercie l'équipe médicale, para-médicale et l'équipe du service social hospitalier du CHBS pour leur participation et leur implication dans cette étude.

Je remercie tous les professionnels qui ont accepté de me rencontrer, qui ont participé à cette étude et de leur attention portée à ce projet.

Je remercie également Monsieur SCHWEYER, pour ses conseils pédagogiques.

---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
Partie 1 RAPPORT DE MISSION.....	7
<b>1. Présentation de l'environnement de travail.....</b>	<b>7</b>
1.1 Le CHBS : établissement de référence sur le territoire de santé n°3 .....	7
1.2 Le Pôle Femme-Mère Enfant, un pôle marqué par son histoire.....	8
1.3 Le service de pédiatrie du Pôle Femme-Mère Enfant.....	9
1.4 L'équipe d'encadrement du Pôle Femme-Mère Enfant : le bureau de pôle.....	12
<b>2. Présentation de la mission .....</b>	<b>13</b>
2.1 Genèse du sujet.....	13
2.1.1 Des difficultés croissantes de prise en charge des adolescents au sein du service de pédiatrie .....	13
2.1.2 L'interpellation de la Direction de l'établissement par les professionnels de santé	13
2.1.3 La mobilisation de la Direction du CHBS.....	15
2.1.4 Réunion du 5 février 2015 et publicisation du problème de la prise en charge des adolescents .....	15
2.2 Intérêt du sujet .....	16
<b>3. Démarche adoptée .....</b>	<b>17</b>
3.1 Appropriation du sujet .....	17
3.2 Recueil et analyse des données empiriques .....	17
<b>4. Informations recueillies .....</b>	<b>20</b>
4.1 Un paysage institutionnel diversifié et caractéristique du pays de Lorient.....	20
4.1.1 Des interventions institutionnelles à géométrie variable dans le parcours des adolescents .....	20
4.1.2 Caractéristiques du pays de Lorient et disparités départementales.....	26
4.2 Des professionnels en difficultés .....	29
4.2.1 Dans la prise en charge des adolescents au sein du service de pédiatrie	29

4.2.2	Dans la coopération pluri-professionnelle et pluri-institutionnelle.....	32
<b>5.</b>	<b>Analyse et interprétation des informations .....</b>	<b>39</b>
5.1	De la difficulté de considérer l'adolescent dans sa spécificité.....	39
5.1.1	Pour le CHBS.....	39
5.1.2	Pour les professionnels du service de pédiatrie .....	40
5.2	De la difficulté de développer une logique de parcours des adolescents .....	46
<b>6.</b>	<b>Préconisations d'action .....</b>	<b>54</b>
6.1	Plan d'action préconisé .....	54
6.1.1	Améliorer la prise en charge des adolescents au sein du service de pédiatrie	54
6.1.2	Améliorer les collaborations avec les structures extra-hospitalières .....	58
6.2	Organigramme du projet .....	61
6.3	Construction du plan de communication.....	63
Partie 2 ANALYSE REFLEXIVE .....		64
<b>1.</b>	<b>Analyse du déroulement de la mission .....</b>	<b>64</b>
1.1	Une configuration structurelle spécifique.....	64
1.2	Des difficultés face au changement.....	69
1.3	Cultures professionnelles et appartenances.....	70
<b>2.</b>	<b>Analyse et évolution de la commande.....</b>	<b>71</b>
2.1	« Parcours », un terme polysémique.....	71
2.2	Le choix du « parcours de soins hospitalier » au sein du service de pédiatrie générale .....	73
<b>3.</b>	<b>Prise en charge des adolescents au sein d'un service de pédiatrie générale et Santé Publique .....</b>	<b>76</b>
<b>4.</b>	<b>Compétences acquises et apports du stage.....</b>	<b>78</b>
4.1	Adopter une démarche projet.....	78
4.2	Développer une approche de marketing hospitalier.....	80
	Conclusion .....	82
	Bibliographie .....	84
	Liste des annexes .....	88

Annexe 1 : Territoires de santé bretons .....	88
Annexe 2 : Composition et Répartition de l'équipe para-médicale du service de pédiatrie.....	88
Annexe 3 : Grille d'entretien prise en charge des adolescents par les professionnels du service pédiatrie.....	88
Annexe 4 : Organigramme Direction de la Famille et de l'Action Sociale .....	88
Annexe 5 : Modalité de prise en charge des adolescents sur le territoire de santé n°2, 3 et n°4.....	88
Annexe 6 : Recensement des besoins de formation dans la prise en charge de l'adolescent au sein du service de pédiatrie.....	88
Annexe 7 : Fiche de signalement type au Procureur de la République .....	88
Annexe 8 : Dispositifs spécifiques d'accueil, d'écoute et d'accompagnement des adolescents .....	88
Annexe 9 : Liste des entretiens réalisés.....	88
Annexe 1 : Territoires de santé bretons .....	89
Annexe 2 : Composition et Répartition de l'équipe para-médicale du service de pédiatrie.....	90
Annexe 3 : Grille d'entretien prise en charge des adolescents par les professionnels du service pédiatrie.....	92
Annexe 4 Organigramme Direction de la Famille et de l'Action Sociale .....	95
Annexe 5 : Modalité de prise en charge des adolescents sur le territoire de santé n°2, 3 et n°4.....	99
Annexe 6 : Recensement des besoins de formation dans la prise en charge de l'adolescent au sein du service de pédiatrie.....	100
Annexe 7 : Fiche de signalement type au Procureur de la République .....	104
Annexe 8 Dispositifs spécifiques d'accueil, d'écoute et d'accompagnement des adolescents .....	107
Annexe 9 : Liste des entretiens réalisés.....	110

---

## Liste des sigles utilisés

---

**AP** : Auxiliaire de Puériculture  
**AS** : Assistante Sociale  
**ARS** : Agence Régionale de Santé  
**CATTP** : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel  
**CH** : Centre Hospitalier  
**CHBS** : Centre Hospitalier de Bretagne Sud  
**CMP** : Centre Médico Psychologique  
**CSP** : Code de la Santé Publique  
**CRIP** : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes  
**DADST** : Direction Adjointe du développement Social et des Territoires  
**DAPE** : Direction Adjointe de la Protection de l'Enfance  
**DT** : Délégation Territoriale  
**EPSM** : Etablissement Public de Santé Mentale  
**EI** : Evènement Indésirable  
**ETP** : Equivalent Temps plein  
**HCSP** : Haut Conseil en Santé Publique  
**HPST** : Hôpital Patient Santé Territoires  
**IDE** : Infirmière Diplômée d'Etat  
**IPDE** : Infirmière Puéricultrice Diplômée d'Etat  
**MDA** : Maison des Adolescents  
**PFME** : Pôle Femme Mère Enfant  
**PJJ** : Protection Judiciaire de la Jeunesse  
**TS** : Territoire de Santé  
**UHEA** : Unité d'Hospitalisation pour Enfants et Adolescents  
**UMA** : Unité de Médecine de l'Adolescent  
**UMP** : Unité Médico Psychologique

# Introduction

« Entre la pédiatrie et la pathologie adulte se situe un *noman's land* où l'on trouve l'adolescent malade »<sup>1</sup>. Pendant longtemps ignorée, la prise en charge hospitalière des adolescents apparaît aujourd'hui comme un véritable enjeu de santé publique.

Impulsée par la dynamique de la Convention Internationale des Droits de l'Enfants de 1989, ce n'est que récemment que des mesures spécifiques sur la prise en charge des enfants et des adolescents ont été adoptées en France. L'attention portée à cette tranche d'âge, représentant près de 14% de la population<sup>2</sup> s'est concrétisée notamment à travers une circulaire de 1988 sur « l'amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents »<sup>3</sup> et une circulaire de 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents<sup>4</sup>.

## L'adolescence, une période de la vie aux contours relativement flous

Etymologiquement, « adolescent » vient du latin « *adulescens* » et signifie celui qui est en train de croître, mais cette définition ne se réfère à aucune classe d'âge précisément. Le concept d'adolescence tel qu'il est utilisé actuellement date du XX<sup>e</sup> siècle. Il existe dès lors différents critères permettant de borner cette période de la vie. **L'Organisation Mondiale de la Santé** définit l'adolescence selon **une tranche d'âge comprise entre 10 et 19 ans**, période de transition entre l'enfance et l'âge adulte. **La médecine de l'adolescent** destine son activité aux enfants en croissance, au moment de l'avènement de la **puberté et de la sexualité**. Le **Haut Comité de la Santé Publique (HCSP)** quant à lui opte pour une **approche psychosociale** de cette notion et considère que « *L'adolescence est caractérisée par un statut social proche de celui de l'enfance, lié à l'existence d'une dépendance familiale et à une période d'activité scolaire ou d'apprentissage. Le passage de la période enfance/adolescence à l'âge adulte se caractérise par le franchissement de stades liés à l'entrée dans la vie active et professionnelle d'une part, à la constitution d'un couple*

---

<sup>1</sup> COURTECUISSÉ, V. « L'adolescent en milieu hospitalier », Archives de Pédiatrie, 1976, n°33, p.733-7

<sup>2</sup> Part des 10-19 ans INSEE, 2003.

<sup>3</sup> Ministère des affaires sociales et de l'emploi, L'adolescent à l'hôpital : amélioration des conditions d'hospitalisation. Circulaire DGS, DH n°132, 16 mars 1988.

<sup>4</sup> Ministère des affaires sociales et de l'intégration, Circulaire n°70, 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents

*et/ou du départ de chez les parents, d'autre part.»*<sup>5</sup> Ainsi si l'on suit cette définition, l'adolescence pourrait se poursuivre jusqu'à l'âge de 24-25 ans et intègre ce que certain appelle la « post-adolescence »<sup>6</sup> popularisée notamment par le film « Tanguy »<sup>7</sup>. En effet avec la généralisation du baccalauréat dès les années 1980, aujourd'hui près de la moitié des 20-24 ans sont en formation, proportion qui a triplé en 20 ans<sup>8</sup>. Cette définition prolonge le statut d'adolescent **au-delà de la majorité**, qui d'un point de vue juridique est **le point de départ de l'âge adulte**, où l'individu acquiert sa pleine capacité juridique. Ainsi, cette **notion récente de l'adolescence**, semble finalement **dépendre des normes de la société, de la classe sociale** dans laquelle évolue l'adolescent ainsi que **des conceptions juridiques, sociales et sociologiques**.

### L'adolescence, une période entre autonomie et dépendance

Pour le Professeur JEAMMET, « *l'adolescence, c'est passer de la dépendance infantile à une position plus autonome. L'adolescent doit aménager une nouvelle distance relationnelle avec les adultes et notamment ceux dont il était le plus dépendant affectivement : les parents et les proches.* »<sup>9</sup>. C'est ce que DE SINGLY appelle le concept d'adonnaissance. « *L'adonnaissance, ce n'est ni la rupture du lien de filiation, ni le maintien de cette identité dominante. C'est un temps pendant lequel le jeune cherche ses marques, plus générationnelles que personnelles afin de se prouver et de prouver aux autres que son identité ne se réduit pas à son appartenance familiale.* »<sup>10</sup> En cela l'adolescent commence sa construction identitaire et son processus « d'autonomisation », ce que l'on appelle couramment « la crise d'adolescence ». Ainsi, « *le processus de construction identitaire repose sur la confrontation entre deux appartenances, la famille et la jeunesse.* » L'adolescent acquiert progressivement une certaine « autonomie

---

<sup>5</sup> Haut Comité de la Santé Publique, Santé des enfants, santé des jeunes, juin 1997, URL : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Hcsp/Rapports/hc001039.pdf>, consulté le 05/08/2015

<sup>6</sup> RUFO, M et CHOQUET, M. Regards croisés sur l'adolescence, son évolution, sa diversité, Editions Anne Carrière, 2007, p.435

<sup>7</sup> Réalisé par Etienne CHATILIEZ, Sabine AZEMA, André DUSSOLIER, Eric BERGER, 21 novembre 2001

<sup>8</sup> RUFO, M et CHOQUET, M. Regards croisés sur l'adolescence, son évolution, sa diversité, Editions Anne Carrière, 2007, p.435

<sup>9</sup> Rapport préparatoire à la Conférence de la famille 2004, Santé, adolescence et familles, Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées - Ministère délégué à la Famille, URL : [http://www.medecin-ado.org/docs/Rapport\\_ADO\\_Rufo-Joyeux\\_Integral.pdf](http://www.medecin-ado.org/docs/Rapport_ADO_Rufo-Joyeux_Integral.pdf), consulté le 05/08/2015

<sup>10</sup> DE SINGLY F. *Les adonaissants*, 2006, Éditions Armand Colin, Hachette Littératures, Paris, p.20

relationnelle »<sup>11</sup>. Toutefois, le rôle occupé par la famille reste important en matière de repères, de représentant de l'autorité, d'éducation, ou encore de valorisation et de construction de soi. L'accompagnement des parents dans cette phase de transition et de mutation s'avère parfois délicat et oscille entre « *abandon et possession, sans jamais tomber ni dans l'un ni dans l'autre* »<sup>12</sup>. Toutefois, en cas de carence éducative ou affective, ou au contraire de comportements parentaux possessifs, le processus d'autonomisation pourra être plus difficile. Les dysfonctionnements de la cellule familiale apparaissent souvent comme source d'un mal-être et d'une souffrance psychique chez l'adolescent.

### **L'adolescence, une période d'expérience et de vulnérabilité**

L'adolescence, phase de construction de soi est, une **période d'expérience** où le jeune teste ses limites. Il peut dans ce cas adopter des comportements qui « **font peur** »<sup>13</sup> **aux adultes, à la société tels que les « conduites à risques »**. Parmi ces conduites à risque, il est possible de citer la consommation de substance psycho-actives, le « binge-drinking », la tentative de suicide, la violence ou encore les troubles du comportement alimentaire. Autant de comportements d'adolescents en mal de vivre qui tentent de se construire et d'exister. Ces conduites peuvent pour certains être « *une tentative paradoxale de reprendre le contrôle de son existence, de décider enfin de soi quel qu'en soit le prix* »<sup>14</sup>. « *Ces conduites à risque sont une recherche de marques, de limites, qui n'ont jamais été données ou jamais intériorisées par le jeune.* »<sup>15</sup>.

Ces jeunes qui entrent dans cette période délicate avec un manque de confiance en soi, une mésestime de soi auront comme l'explique le Professeur JEAMMET « *le plus besoin de recevoir un soutien de la part des adultes, mais ce seront aussi ceux qui vont souvent le tolérer le moins bien. Ils vont vivre, en effet, toute demande à l'égard des adultes comme une menace pour leur autonomie. Le drame est que plus on veut aider l'adolescent, plus il*

---

<sup>11</sup> Metton C. 2006, « Devenir grand ». Le rôle des technologies de la communication dans la socialisation des collégiens, EHESS, 2006

<sup>12</sup> « La prise en charge sanitaire des adolescents », module interprofessionnel de santé publique, 2000, Ecole Nationale de Santé Publique, URL : [http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/Mip/2000/g\\_26.pdf](http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/Mip/2000/g_26.pdf), consulté le 19/06/2015

<sup>13</sup> RUFO, M et CHOQUET, M. Regards croisés sur l'adolescence, son évolution, sa diversité, éditions Anne carrière, 2007, p.338

<sup>14</sup> LE BRETON D. « L'identité meurtrie des jeunes », *Libération*, 25 décembre 2003

<sup>15</sup> POITEVINEAU C, « L'adolescence : un nouvel objet d'intervention sociale Mieux la reconnaître pour mieux l'accompagner », URL : [http://cediasbibli.org/opac/doc\\_num.php?explnum\\_id=729](http://cediasbibli.org/opac/doc_num.php?explnum_id=729), consulté le 08/07/2015

renforce son refus et son opposition. Et l'on en arrive à ce **paradoxe tragique** de l'adolescence, que **ceux qui auraient le plus besoin de recevoir** vont être ceux qui **s'enferment le plus dans le refus**. » La difficulté à exprimer ce mal-être pour certains peut se traduire par des conduites auto ou hétéro agressives ou au contraire des comportements passifs, d'inhibition et de mise en retrait de toute interaction sociale.

### **L'adolescence et ses pathologies spécifiques**

Les pathologies rencontrées au moment de l'adolescence possèdent la particularité de comporter une **composante « psy » importante** telles que<sup>16</sup> : des pathologies chroniques, des troubles somatiques sans étiologie organique retrouvée, des syndromes dépressifs, des troubles du comportement, des premières décompensations de futures pathologies psychiatriques, des pathologies somato-psychiques intriquées.

En parallèle, la souffrance psychique exprimée à l'adolescence peut se **transformer en une véritable pathologie psychiatrique**. Toutefois, comme le rappelle le HCSP, il faut bien **différencier** « *les troubles psychologiques qui s'aggravent à l'adolescence des pathologies émergentes de l'adolescence. Ce n'est que passé l'âge du jeune adulte que l'on pourra parler de diagnostic de pathologie psychique avérée, type schizophrénie* »<sup>17</sup>. Les bouleversements liés à cette période de la vie peuvent entraîner quelques difficultés pour l'adolescent à exprimer ses besoins. Le rapport aux soins de l'adolescent semble différent de celui de l'enfant et de l'adulte. Ainsi, une **prise en charge spécifique et attentive aux signes de souffrance** s'avère primordiale pour la construction d'un adulte en devenir.

### **Une période de transition capitale, aux enjeux importants**

Les événements traversés durant cette phase si spécifique peuvent **compromettre de façon importante le rapport de l'adolescent à la société**. Françoise DOLTO emprunte l'image des homards qui perdent leurs coquilles afin de décrire cette **période de fragilité** : « *ils se cachent sous les rochers à ce moment-là, le temps de sécréter leur nouvelle coquille pour acquérir des défenses. Mais si pendant qu'ils sont vulnérables, ils reçoivent des coups, ils sont blessés pour toujours, leur carapace recouvrira les cicatrices et ne les effacera*

---

16 Classification proposée par Dr LE COLLE, pédopsychiatre de liaison au CHBS

17 Rapport du groupe de travail sur " LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES ADULTES " Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Haut Comité de la santé publique, février 2000

pas »<sup>18</sup>. Les conditions dans lesquelles se déroule cette étape de la vie sont primordiales dans la construction de l'identité du sujet, de l'intégration sociale et de l'état de santé du futur adulte. Ainsi, **l'attention portée sur les besoins de santé de cette catégorie** de la population, apparaît être un **véritable enjeu de société et une priorité du système de santé** comme le rappelle le Professeur Danièle SOMMELET<sup>19</sup>. Le HCSP décrit l'enfance et l'adolescence comme « *les périodes du développement physique et mental, de l'acquisition d'un capital culturel et scolaire plus ou moins important, de l'intégration de la vie sociale plus ou moins réussie. Un moment d'identification personnelle et sociale et celui où achève de se constituer son capital de santé. Celui-ci peut et doit atteindre un niveau considérable, mais il risque d'être dilapidé par négligence, ignorance ou par des conduites à risques, dilapidation qui peut accumuler les facteurs de risques pour les stades ultérieurs de la vie* »<sup>20</sup>. Ainsi, **la santé à l'âge adulte sera largement conditionnée par la période de l'enfance et de l'adolescence.**

L'intérêt croissant des pédiatres et des pédopsychiatres pour cette tranche d'âge de la vie et ses pathologies a permis l'émergence progressive de modalités de prise en charge sanitaire spécifiques<sup>21</sup>. Toutefois, selon une enquête nationale menée en 1996, certaines prise en charge hospitalière restent encore inadaptées aux besoins de cette population si spécifique. L'inadéquation entre l'offre et les besoins, peut s'expliquer notamment à travers la conjonction de trois éléments :

- Des services de pédiatrie peu préparés à prendre en charge l'adolescent, véritable patient à part entière (organisation hôtelière, accueil, information)
- L'ouverture progressive des services de pédiatrie depuis les années 1970, à la prise en charge de nouvelles pathologies telles que : les tentatives de suicides, la prise de toxique, les troubles des comportements alimentaires, les violences ou encore les difficultés socio-familiales. Plus largement aux adolescents désignés comme

---

<sup>18</sup> DOLTO F., La cause des adolescents, Respecter leur liberté et leurs différences, 1988, Editions Robert Laffont, Paris.

<sup>19</sup> SOMMELET, D. L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé, 28 octobre 2006, la documentation française, URL : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000282.pdf>, consulté le 11/07/2015

<sup>20</sup> HCSP, Santé des enfants, santé des jeunes, juin 1997, URL : <file:///C:/Users/RIOU/Downloads/hc001039.pdf>, consulté le 11/07/2015

<sup>21</sup> Service du Kremlin Bicêtre 1982, unité du service de pédiatrie de Dunkerque, 1978

« adolescents en souffrance », « adolescents en crise », « adolescents à risque » ou encore « adolescents en difficultés ».

- Les progrès de la médecine ont permis d'apporter des soins de plus en plus appropriés aux enfants atteints de maladies chroniques qui « ont amené un nombre croissant de ces patients dans une situation inédite d'adolescence »<sup>22</sup>.

Même si « *l'adolescence est un concept. Et l'adolescent en tant que personne ne peut que souffrir d'être confondu avec l'adolescence* »<sup>23</sup>, il semble important de se pencher sur les spécificités de cette période de la vie. Dans ce nouveau contexte, où les adolescents font partie intégrante de l'activité du service de pédiatrie: **comment améliorer le parcours de soins hospitalier des adolescents au sein d'un service de pédiatrie générale ?**  
**L'exemple du Centre Hospitalier de Bretagne Sud (CHBS)**

C'est dans ce cadre que s'est inscrite ma mission de stage d'une durée de 4,5 mois au sein du service de pédiatrie du Pôle Femme-Mère Enfant du CHBS.

Ce rapport de mission s'articulera autour de deux parties. La première partie présentera l'environnement de travail, la mission, la démarche adoptée pour cette étude, les informations recueillies et les préconisations d'actions. La deuxième partie consistera en une analyse réflexive sur le déroulement de la mission.

---

<sup>22</sup> « La prise en charge sanitaire des adolescents », module interprofessionnel de santé publique, 2000, Ecole Nationale de Santé Publique, URL : [http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/Mip/2000/g\\_26.pdf](http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/Mip/2000/g_26.pdf), consulté le 19/06 /2015

<sup>23</sup> COURTECUISE, V. *L'adolescence : Les années métamorphoses*, Paris, édition Laurence Pernoud, 1992

---

# Partie 1 RAPPORT DE MISSION

---

## 1. Présentation de l'environnement de travail

### 1.1 Le CHBS : établissement de référence sur le territoire de santé n°3

Le Territoire de santé n°3 (Cf. Annexe 1) se compose du « Pays de Lorient, la partie sud-ouest du Pays du Centre Ouest Bretagne (Canton du Faouët et de Gourin) et le sud-est du Pays de Cornouaille (cantons de Quimperlé, Pont Aven, Bannalec, Scaër et Arzano) et l'île de Groix »<sup>24</sup>. Ce territoire d'environ 300 000 habitants<sup>25</sup> possède la particularité d'être réparti entre les départements du Finistère et du Morbihan. La partie littorale du territoire regroupe une forte densité de la population, alors que la partie nord du territoire, plus rurale présente une densité plus faible. Le pays de Lorient se caractérise par une faible superficie et une forte densité de population, puisqu'il se situe en 2<sup>ème</sup> position après le pays de Rennes<sup>26</sup>. Le pays de Lorient cumule des critères socio-économiques et de santé défavorables<sup>27</sup> :

- Une majorité des cantons présentent un revenu moyen inférieur à celui de la région Bretagne
- Une part de bénéficiaire de minima sociaux supérieure à la moyenne française
- Des chômeurs de longue durée plus nombreux qu'au regard du reste de la région
- Une mortalité prématurée nettement supérieure à la moyenne nationale, liée notamment à des comportements à risques : alcool et suicide
- Un niveau de mortalité élevée par cancer dans le pays de Lorient (voie aéro-digestive, poumon, trachée)

Le CHBS, résultat de la fusion de l'hôpital d'Hennebont et de Lorient en 1997 ainsi que de la reprise de l'hôpital militaire en 1999, assure aujourd'hui des **missions d'hôpital de**

---

<sup>24</sup> Programme Territorial de Santé n°3, ARS Bretagne, URL : [http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site\\_internet/Concertation\\_regionale/Projet\\_regional\\_sante/revison\\_2013/PTS\\_3\\_.pdf](http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Concertation_regionale/Projet_regional_sante/revison_2013/PTS_3_.pdf), consulté le 08/07/2015

<sup>25</sup> INSEE, 2009

<sup>26</sup> Observatoire Régional de Bretagne, « La santé dans le pays de Lorient », mai 2010, URL : [http://orsbretagne.typepad.fr/2010/Pays\\_Lorient\\_leger.pdf](http://orsbretagne.typepad.fr/2010/Pays_Lorient_leger.pdf), consulté le 08/07/2015

<sup>27</sup> Ibid

**référence sur le territoire de santé n°3.** Suite à une opération de modernisation des installations, le CHBS répartit son activité sur 3 sites distincts<sup>28</sup> :

- **Le site du Scorff à Lorient**, s'est ouvert en deux temps avec le **Pôle Femme Mère Enfant (PFME)** ouvert en 2007 et les activités médicales, chirurgicales et médico-techniques en 2013.
- Le site d'Hennebont, ouvert en 2012, exerçant des activités de réadaptation et de gériatrie
- Le site de Ploemeur exerçant une activité de gérontologie clinique.

Le CHBS s'inscrit dans un projet de Communauté Hospitalière de Territoire permettant ainsi des « activités médicales et de soutien partagées »<sup>29</sup>. Le mode de gouvernance se traduit par une direction commune avec le Centre Hospitalier de Port-Louis et une direction adjointe commune avec le Centre Hospitalier de Quimperlé.

Le CHBS présente une capacité d'accueil d'environ 1200 lits et places et réunit près de 3000 salariés. Le site du Scorff quant à lui compte environ 700 lits et places. Depuis la nouvelle gouvernance et la mise en place des pôles, le CHBS s'articule autour de sept pôles<sup>30</sup>, dont le Pôle Femme-Mère Enfant (pôle F).

## **1.2 Le Pôle Femme-Mère Enfant, un pôle marqué par son histoire**

Le PFME, regroupe les activités de gynécologie-obstétriques et de pédiatrie et se dote d'une capacité d'accueil de 120 lits et places.

**Le PFME, première vague du projet de modernisation**, est le premier pôle installé sur le **site du Scorff en 2007**. Les activités médicales, chirurgicales et médico-techniques de Bodélio<sup>31</sup> rejoindront le site du Scorff en 2013. Ainsi **pendant 5 ans, le pôle a fonctionné de manière relativement autonome vis-à-vis du restant de l'établissement**. Le PFME a dû faire face aux **fermetures des maternités de Quimperlé et de la Clinique du Ter**, respectivement en 2007 et 2008. Désormais le CHBS est le seul à assurer cette activité<sup>32</sup> sur le territoire. Malgré un scénario évoqué dès 2001, le pôle n'a pu lors de la construction

---

<sup>28</sup>Présentation de l'hôpital du Scorff, URL : <http://www.chbs.fr/les-projets-immobiliers.html>, consulté le 08/07/2015

<sup>29</sup> Ibid

<sup>30</sup> Pôle A, B, C, D, E, F, G

<sup>31</sup> Nom de l'ancien site du centre hospitalier

<sup>32</sup> Environ 3200 accouchements par an

du nouveau bâtiment réaliser une réserve foncière. Ainsi le pôle a dû faire face à une **augmentation significative de son activité**.<sup>33</sup> Pour faire face à cet enjeu de santé publique, un **dispositif innovant de sortie anticipée de la maternité** a été mis au point. Dans ce contexte, la **réflexion et l'avancée sur d'autres projets**, dont la **prise en charge des adolescents**, problématique pourtant constatée dès 2005, s'est retrouvée « gelée ».

Le PFME doté d'urgences pédiatriques et d'urgences gynéco-obstétriques, a également été mobilisé pendant un certain temps autour du **projet de déplacement des urgences pédiatriques du 1<sup>er</sup> étage vers le rez-de-jardin dès la fin 2012**. Au moment de l'arrivée de la seconde vague des activités du Centre Hospitalier en 2013, la réflexion d'un rapprochement du service des urgences adultes et des urgences pédiatriques, avait été envisagée, mais le **choix du pôle a été de conserver les urgences pédiatriques séparées des urgences adultes**. Ce choix organisationnel contribue aujourd'hui en partie, aux difficultés auxquelles doit faire face le service de pédiatrie générale.

### **1.3 Le service de pédiatrie du Pôle Femme-Mère Enfant**

Le service de pédiatrie situé au sein du PFME se compose de différentes unités. Le fonctionnement est assuré par une équipe médicale et para-médicale, une équipe de pédopsychiatrie de liaison mise à disposition par l'Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) Charcot ainsi que l'intervention du service social.

#### ➤ **Les différentes unités** :

Le service de pédiatrie est composé de différents secteurs comprenant<sup>34</sup> :

- 3 unités d'hospitalisation traditionnelle :
  - Néonatalogie,
  - Pédiatrie Générale : « Les petits » = enfants de moins de 3 ans et « Les grands » = enfants de plus de 3 ans et adolescents jusqu'à 18 ans
- 3 unités de prise en charge « en externe » : hôpital de jour, consultations et urgences

---

<sup>33</sup> Activité qui a augmenté de plus de 65% en un an selon le projet d'établissement 2008-2012

<sup>34</sup> Projet de service Pédiatrie-Néonatalogie-Médecine des adolescents, 2005-2010 CHBS

S'agissant des unités d'hospitalisation traditionnelle, **la néonatalogie**, située au 2<sup>ème</sup> étage du PFME se compose de **18 lits**. La **pédiatrie générale** quant à elle, s'organise autour de trois périodes en matière de capacité d'accueil :

- Période estivale : 14 à 18 lits
- Période intermédiaire : 20 à 24 lits
- Période hivernale : 24 à 28 lits

Il n'existe **pas d'unité spécifique, délimitée géographiquement**, concernant **l'accueil des adolescents**, mais normalement, un **secteur de 6 lits** regroupés, près du poste de soin, sont **dédiés à la prise en charge des adolescents à partir de 12 ans**, dans l'unité des « grands ». Mais selon le nombre d'adolescents accueilli par le service, il est **parfois difficile de les regrouper** et certains sont installés dans n'importe quelle chambre au sein de l'unité des grands.

Le service possède 2 salles de jeux, l'une pour les jeunes enfants et une autre récemment rénovée pour les adolescents comprenant un babyfoot, des livres, des jeux et bientôt un punching ball. L'espace de vie des adolescents, adjacent à la salle de jeux des enfants se situe **à l'opposé du poste de soin**.

Le service de pédiatrie accueille: **des pathologies somatiques** telles que des « crises d'asthme, pathologies virales épidémiques saisonnières (gastro-entérites, bronchiolites, méningites), infections urinaires, convulsions, méningites, ... »<sup>35</sup> dont la prise en charge des pathologies chronique ou aïgue nécessitant des soins spécialisés (diabète, pathologies hématologiques ou neurologiques, mucoviscidoses)<sup>36</sup>. Le service accueille également **des pathologies psychiques** telles que des tentatives de suicide ou encore des anorexies mentales.

Le service de pédiatrie hospitalise des patients majoritairement orientés par le biais des urgences pédiatriques. Toutefois, le service des urgences adultes gère les urgences traumatologiques ainsi que les enfants au-delà de 15 ans ayant présentés une crise d'agitation récente ou en cours.

---

<sup>35</sup> Projet de service Pédiatrie-Néonatalogie-Médecine des adolescents, 2005-2010 CHBS

<sup>36</sup> Projet de service Pédiatrie-Néonatalogie-Médecine des adolescents, 2005-2010 CHBS

### ➤ **L'équipe médicale et para-médicale**

L'équipe médicale se compose de **treize pédiatres aux compétences spécialisées**<sup>37</sup> dont une pédiatre spécialisée en médecine de l'adolescent. En effet, progressivement, le service de pédiatrie s'est doté de professionnels aux compétences spécifiques afin d'assurer le suivi d'enfants atteints de pathologies sévères permettant ainsi un **relai des Centres Hospitaliers Universitaires sur le territoire de Lorient**.

L'équipe paramédicale elle se compose de : 21 Equivalents Temps Plein (ETP) d'Infirmière Puéricultrice Diplômée d'Etat<sup>38</sup> (IPDE), 6 ETP d'Infirmière Diplômée d'Etat (IDE), 17 Auxiliaire de Puériculture (AP).

L'équipe para-médicale fonctionne en binôme comprenant une puéricultrice/infirmière<sup>39</sup> et une auxiliaire de puériculture sur une période de 12 heures. Ainsi sont répartis un binôme chez les petits, un binôme chez les grands et un binôme transverse en fonction de l'activité (Cf. Annexe 2). Le personnel para-médical est polyvalent et alterne régulièrement entre le secteur des nourrissons et le secteur des grands.

### ➤ **L'équipe de pédopsychiatrie de liaison mise à disposition par l'EPSM Charcot**

Cette équipe de liaison issue de la Maison des Adolescents, rattachée à l'EPSM Charcot se compose, d'une pédopsychiatre et d'un infirmier de liaison. Un infirmier intervient tous les matins au sein du service de pédiatrie ainsi qu'une pédopsychiatre 4,5 journées par semaine. L'EPSM met également à disposition un psychologue, 3,5 journées par semaine.

### ➤ **Le service social**

Le service social du Centre Hospitalier intervient également au sein du service de pédiatrie notamment dans le champ de la protection de l'enfance. Deux Assistantes Sociales (AS) du service social se répartissent d'un côté le service de pédiatrie, les urgences adultes, la

---

<sup>37</sup> Néonatalogie, onco-hématologie, médecine de l'adolescent, neuropédiatrie, pneumopédiatrie, endocrinologie, diabétologie, gastro-entérologie, allergologie

<sup>38</sup> « Pour exercer le métier de puéricultrice, il faut être titulaire du **DEP (diplôme d'État de puériculture)**. Pour l'obtenir, il faut posséder le diplôme d'État d'infirmier ou de sage-femme et réussir un concours d'admission dans une école de puériculture ». URL : <http://www.cidj.com/article-metier/puericultrice>, consulté le 05/08/2015

<sup>39</sup> Il sera utilisé pour cette présentation de façon équivalente le terme d'infirmière ou de puéricultrice

Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) et les urgences pédiatriques et de l'autre le service maternité, gynécologie et néonatalogie. Le binôme alterne la prise en charge des services toutes les 6 semaines.

#### **1.4 L'équipe d'encadrement du Pôle Femme-Mère Enfant : le bureau de pôle**

Une équipe est destinée à la coordination de l'activité du service de pédiatrie et de façon plus générale du Pôle FME. Il s'agit de l'équipe du bureau de Pôle FME.

L'ordonnance du 2 mai 2005<sup>40</sup> et la loi portant sur la réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) du 21 juillet 2009<sup>41</sup> ont organisé l'hôpital en pôle, visant ainsi à « *renforcer la gestion au plus près du secteur de soins* »<sup>42</sup> et renforcer le lien entre le corps administratif et le corps soignant.

Parmi les missions du chef de PFME, est mentionné celle d'assurer une concertation interne au sein du pôle. Pour cela un bureau de pôle a été mis en place, qui se réunit en moyenne une fois par mois.

L'équipe du bureau de pôle avec qui j'ai pu collaborer lors de mon stage était composée :

- Du Médecin chef de Pôle FME, pneumo-pédiatre
- De la Directrice référente du PFME, Directrice Adjointe de la Clientèle du Parcours Patient et des Relations avec les Usagers (DACPPRU) qui était également mon maître de stage
- De la Chef de service, pédiatre néonatalogie
- De la Responsable d'unité de pédiatrie, pédiatre- néphrologue
- De la Cadre supérieur Sage-Femme du PFME
- De la Cadre de gestion
- De la Cadre de santé infirmière du service de pédiatrie
- De la Cadre de santé infirmière du service de néonatalogie
- De la Coordinatrice des secrétaires médicales du PFME

Un bureau restreint se réunit en moyenne une semaine sur deux ; il est composé de l'équipe polaire (chef de pôle, cadre supérieur sage-femme, cadre de gestion et coordinatrice des secrétariats médicaux) et du directeur référent.

---

<sup>40</sup> Ordonnance n°2005-406

<sup>41</sup> n°2009-879

<sup>42</sup> CASSIAU, F, « Le pôle créateur du collectif cadre ? », Soins, Cadres, n°94, mai 2015, p.16-22

## 2. Présentation de la mission

### 2.1 Genèse du sujet

#### 2.1.1 Des difficultés croissantes de prise en charge des adolescents au sein du service de pédiatrie

Depuis quelques années, le service de pédiatrie se voit faire face à une augmentation constante des Evènements Indésirables (EI) concernant la prise en charge des adolescents avec un passage de **3 EI en 2011 à 18 EI en 2014**. Ces EI regroupent des évènements du type : tentative de suicide, intrusions, agressions, fugues ou encore dégradations au sein du service. Ces évènements ont lieu principalement entre 14h30 et 22h30 en semaine.

La prise en charge par le service de pédiatrie des adolescents représente une part non négligeable de son activité. Concernant les **10-18 ans**, ils représentent **en 2014** environ **30%<sup>43</sup> de l'activité du service**. S'agissant de la prise en charge des adolescents aux **troubles psycho-comportementaux<sup>44</sup>**, ils représentent environ 34% des 15-18 ans. Cette **prise en charge a doublé** entre 2012 et 2014, elle est passée de **52 adolescents à 80 adolescents**.

#### 2.1.2 L'interpellation de la Direction de l'établissement par les professionnels de santé

Les équipes du service de pédiatrie sont en difficulté face à la prise en charge des adolescents depuis plusieurs années, déjà avant l'emménagement du Pôle FME sur le site du Scorff.

L'interpellation de la direction de l'établissement par les professionnels de santé face à la difficulté croissante de prise en charge des adolescents aux troubles psycho-comportementaux, n'a été initiée réellement qu'à partir de 2013, notamment suite à la multiplication d'EI et plus particulièrement à l'hospitalisation d'une adolescente violente à l'égard du personnel soignants. Cette situation a fait l'objet d'une interpellation de la direction par la chef de service en novembre 2013.

---

43 Données PMSI 2014

44 Catégorie Majeur de Diagnostic 19 et 20 : système de classification médico-économique au sein des Groupes Homogènes de Malades

*Cette adolescente atteinte d'une épilepsie pharmaco-résistante symptomatique et souffrant de troubles majeurs du comportement avait été hospitalisée le 7 septembre 2013 dans le service pour recrudescence de ses crises et nécessitant un changement de traitement. Quelques jours plus tard, son état étant stabilisé, la sortie était autorisée. La jeune fille étant placée en famille d'accueil, l'éducateur avait été prévenu de sa sortie. Toutefois, la famille d'accueil disait ne plus pouvoir accueillir la jeune fille à leur domicile. Dans ce contexte une autre famille d'accueil avait été proposée par les services de l'Aide Sociale à l'Enfance mais l'adolescente l'a refusée menaçant de fuguer ou de se suicider. Faute de place en service de psychiatrie à l'EPSM Charcot, ni à Vannes pour raison de sectorisation, son hospitalisation s'est prolongée. Le 6 novembre, l'adolescente essayant de fuguer s'est vue interpellée par deux professionnelles essayant de l'en empêcher et de la retenir. L'adolescente a alors réagi violemment et frappé les deux soignantes. Cette adolescente est restée plus de deux mois dans le service de pédiatrie.*

Face à cet exemple, il est possible de s'interroger sur :

- La pertinence de l'hospitalisation de cette adolescente dans un service de pédiatrie générale ?
- Les difficultés d'aval de l'hospitalisation pour les enfants relevant d'un dispositif de protection de l'enfance. Cette situation met en exergue une adolescente ne souhaitant pas retourner dans sa famille d'accueil, mais se présente également la situation inverse où la famille d'accueil, à la sortie d'hospitalisation ne souhaite plus reprendre l'adolescent.

Quelques mois plus tard, suite à une succession d'évènement indésirable, la cadre de santé a également écrit une lettre, à la Direction des Soins de la Qualité et de la Gestion des Risques, faisant part des difficultés croissantes du service dans cette prise en charge et dans la coordination avec les différentes institutions intervenant en amont et en aval de l'hospitalisation de ces adolescents.

### 2.1.3 La mobilisation de la Direction du CHBS

Par la suite, la direction de l'établissement a saisi l'Agence Régionale de Santé (ARS). Une première réunion a eu lieu le 6 novembre 2014, au sujet des difficultés du CHBS dans la prise en charge des adolescents. Cette réunion a réuni les acteurs du service de pédiatrie et de la pédopsychiatrie. Toutefois tous les acteurs pouvant potentiellement intervenir dans la prise en charge des adolescents n'étaient pas présents, il a donc été décidé d'organiser une rencontre réunissant une grande partie des acteurs intervenant en amont et en aval de l'hospitalisation de ces adolescents.

### 2.1.4 Réunion du 5 février 2015 et publicisation<sup>45</sup> du problème de la prise en charge des adolescents

Le 5 février 2015, la direction du CHBS de Lorient a organisé une réunion, animée par la Délégation Territoriale (DT) de l'ARS, réunissant différents acteurs du territoire intervenant dans la prise en charge des adolescents, en amont et en aval de l'hospitalisation, tels que : la police, la justice, la mairie de Lorient, la Protection Judiciaire de la Jeunesse, la psychiatrie, l'Education Nationale, le Conseil Départemental, les services habilités par le Conseil Départemental à exercer les mesures de protection de l'enfance, les professionnels du service de pédiatrie et la direction du CHBS. Ainsi une trentaine de personnes étaient réunies. Les objectifs de cette réunion étaient de rencontrer tous les partenaires intervenant dans la prise en charge, d'informer des difficultés rencontrées par le CHBS, d'échanger au sujet des difficultés rencontrées, et élaborer des propositions d'amélioration. Les échanges se sont déroulés autour de quatre situations clinique ayant mis en difficultés le CHBS. A travers ces différents cas pratiques les principales difficultés qui ont été mises en valeur sont :

- Des difficultés d'organisation du service de pédiatrie dans la prise en charge des adolescents
- Une organisation du service de pédopsychiatrie perfectible
- Des difficultés de communication avec les partenaires extérieurs

A l'issue de cette réunion, des propositions ont été formulées :

---

<sup>45</sup> HASSENTEUFEL, Sociologie Politique : L'action Publique, 2<sup>ème</sup> édition Armand Colin, 2014, p.43

- Mise en place avec le Conseil Départemental d'une fiche de coordonnées permettant d'avoir accès aux éducateurs pour les enfants relevant d'un dispositif de protection de l'enfance, dans des situations complexes
- Réactivation de la Cellule de crise en cas d'urgence par le Conseil Départemental. Souhait d'intégrer le CHBS dans cette cellule de crise.

Suite à cette réunion, en concertation avec la Directrice Adjointe de la Clientèle, du Parcours Patient et des Relations avec les Usagers, il a été convenu de réaliser une cartographie des différentes institutions intervenant dans le parcours des adolescents ainsi qu'un état des lieux objectivant les difficultés rencontrées par les différents professionnels interne à l'hôpital ainsi que les difficultés relationnelles entre le CHBS et les partenaires extérieurs.

## 2.2 Intérêt du sujet

L'adaptation de l'activité pédiatrique aux besoins de cette population spécifique « adolescente » soulève de nouvelles interrogations relatives à la capacité de l'institution :

- à prendre en charge l'individu et lui proposer une hospitalisation pertinente,
- à protéger les autres patients du service de pédiatrie,
- à assurer la sécurité des professionnels de santé dans l'exercice de leurs fonctions

Au-delà des questionnements concrets, cette prise en charge interroge également l'objet même de la mission de l'institution.

Ainsi, au regard de la spécificité de l'adolescence étagée en introduction, de l'offre de soin proposée par le service de pédiatrie du CHBS et des difficultés rencontrées dans cette prise en charge, il semblait nécessaire de s'interroger sur « **l'étiquetage du problème** », « *comment-a-t-il été amené à être défini comme un problème social ?* »<sup>46</sup> **Quels sont les causes des dysfonctionnements dans la prise en charge des adolescents au sein du service ? Ainsi, l'identification des difficultés et l'analyse de ces dernières permettra d'envisager un plan d'action ayant pour objectif d'améliorer le parcours de soins hospitalier des adolescents.** Cette réflexion menée, en amont de la rédaction du projet d'établissement 2015-2019, du prochain projet médical et du prochain projet de soin, permettra également au regard du plan d'action de définir la politique de l'établissement en

---

<sup>46</sup> BECKER, H, Social Problems : A modern Approach, New York, John Wyler, 1966, p.11

la matière. De plus, cette étude permettra d'évaluer les relations avec les différents partenaires extérieurs de l'hôpital, identifier les causes de dysfonctionnement, afin d'envisager des axes d'améliorations dans l'objectif de fluidifier et de coordonner le parcours des adolescents. En effet, l'approche globale ou biopsychosociale nécessaire à la prise en charge des adolescents peut présenter quelques difficultés « face à la réalité fonctionnelle et culturelle hospitalière »<sup>47</sup>.

### 3. Démarche adoptée

#### 3.1 Appropriation du sujet

La première étape de cette étude a été d'effectuer une recherche de littérature (article scientifique, rapports, législation) en matière de prise en charge hospitalière des adolescents en France et de la protection de l'enfance.

#### 3.2 Recueil et analyse des données empiriques

##### ➤ Recueil et analyse de données interne à l'hôpital

La première partie, a consisté à recueillir des données internes à l'hôpital sur le fonctionnement du service de pédiatrie.

La méthode des entretiens semi-directifs a été choisie, pour sa pertinence dans les études menées notamment dans le champ de la santé<sup>48</sup>. Ce moment privilégié d'échange, de partage, d'écoute, et de reconnaissance du professionnel dans l'exercice de sa profession semblait essentiel. En effet, la logique compréhensive des entretiens semi-directifs, incitant à la description des processus, permet de mieux appréhender le sens du phénomène étudié, en l'occurrence ici, la prise en charge des adolescents dans le service de pédiatrie.

- Objectifs de la démarche

- Investiguer le champ des représentations de la prise en charge des adolescents, notamment en essayant de confronter la vision « idéale » et « initiale » de la pédiatrie par les professionnels intervenant dans le service, et l'exercice de la

---

<sup>47</sup> CAFLISH.M, ALVIN.P, « La prise en charge des adolescents en pédiatrie hospitalière, une enquête nationale », *Archives de Pédiatrie*, 2000, n°7, p.732-7

<sup>48</sup> IMBERT, G. « L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie », *Recherche en soins infirmiers*, n°102, 2010, p.23-34

pédiatrie aujourd'hui dans un contexte de réduction de la durée de séjour des enfants et d'accroissement des problématiques éducatives / psycho-sociale, en vue de comprendre l'origine des difficultés de prise en charge des adolescents, et de mettre en place un plan d'action.

- Identifier les difficultés ressenties dans la prise en charge des adolescents par le service de pédiatrie, en vue de mettre en place un plan d'action.
- Explorer les conditions d'exercice des professionnels de santé sur le terrain en accompagnant les professionnels au sein du service, afin de concevoir des actions et un plan d'action.

Les objectifs fixés ont donc permis d'établir la trame de la grille d'entretien (Cf. Annexe 3)

- Le choix des participants aux entretiens

Au regard des difficultés présentées lors de la réunion du 5 février 2015 par le service de pédiatrie, il semblait intéressant de m'entretenir avec l'ensemble des catégories professionnelles du service : pédiatres, cadre de santé du service de pédiatrie, cadre supérieur du Pôle FME, infirmières/puéricultrices, auxiliaires de puériculture, assistantes sociale, équipe de pédopsychiatrie de liaison. Des entretiens ont également été menés auprès des personnes de la direction afin de pouvoir croiser les regards sur la prise en charge des adolescents réalisée par le service. (Cf. Annexe 9)

- Contexte de la réalisation des entretiens

Les entretiens menés de façon individuelle, se sont déroulés au sein du service de pédiatrie, dans la salle de pause des agents, dans la salle à manger du service, dans les bureaux des pédiatres, afin que les professionnels soient dans un environnement connu, où ils se sentent en confiance permettant ainsi de faciliter les échanges.

Malgré le rappel de l'anonymat et de la confidentialité des échanges, la crainte suscitée par l'enregistrement prévu initialement lors des premiers entretiens réalisés notamment auprès de l'équipe para-médicale, il a été décidé de ne pas enregistrer les entretiens et d'assurer une prise de notes le plus proche possible des réponses données, lors de chaque entretien. En effet, au regard des difficultés de prise en charge et de la sensibilité du sujet, il me semblait important que les professionnels puissent exprimer librement leur ressenti et leurs difficultés.

De façon plus informelle, des données ont également pu être recueillies au cours de l'accompagnement de différents professionnels de santé au sein du service de pédiatrie dans l'exercice de leurs fonctions.

- Analyse des données

L'analyse des données recueillies s'est effectuée selon les différentes thématiques de la grille d'entretien ainsi qu'en fonction de la catégorie professionnelle. Les données recueillies étant principalement homogènes, l'analyse a été facilitée.

➤ **Recueil et analyse de données des partenaires extérieurs à l'hôpital**

La seconde partie de l'étude a consisté à rencontrer les partenaires extérieurs à l'hôpital pouvant intervenir en amont et/ou en aval de l'hospitalisation. Pour cette étape, la méthode des entretiens semi-directifs a également été choisie. (Cf. Annexe 9)

- Objectifs de la démarche

- Identifier le rôle et les missions de chaque institution en vue de réaliser une cartographie
- Identifier les difficultés relationnelles avec le CHBS, en vue de pouvoir proposer un plan d'action.

- Choix des participants

La sélection des partenaires à rencontrer s'est faite au regard des personnes présentes à la réunion du 5 février 2015 organisée par l'ARS tel que cité précédemment.

Une rencontre avec les établissements médicaux-sociaux, comme les Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques (ITEP) pouvant intervenir également dans le parcours de prise en charge des adolescents, n'a pas été incluse dans cette analyse car la durée de la mission était limitée. A ce sujet, le travail d'Agathe CHASSON, élève du Master 2 PPASP, pourra être lu avec intérêt.

- Contexte de la réalisation des entretiens

Pour une question d'homogénéité de la démarche et dans un souci de facilitation des échanges, les entretiens n'ont pas été enregistrés, mais une prise de note le plus proche possible des éléments donnés, a été réalisée.

- Analyse des données

L'analyse des données recueillies s'est basée sur les difficultés relationnelles entre le CHBS et ses partenaires extérieurs.

## **4. Informations recueillies**

Les différents entretiens menés pour cette étude permettent d'identifier un paysage institutionnel diversifié et caractéristique du pays de Lorient ainsi que des professionnels en difficultés dans la prise en charge des adolescents.

### **4.1 Un paysage institutionnel diversifié et caractéristique du pays de Lorient**

#### *4.1.1 Des interventions institutionnelles à géométrie variable dans le parcours des adolescents*

Au cours de l'adolescence, de nombreuses institutions peuvent être appelées à prendre en charge différents aspects de la vie d'un jeune tels que :

- Le soin
- La protection de l'enfance
- L'accompagnement social
- La prévention de la délinquance
- La prévention et la promotion de la santé

Les missions et organisations des différents acteurs institutionnels (services de l'Etat, des collectivités territoriales et établissements publics) et associatifs du pays de Lorient sont détaillées ci-après :

<u>Objectif de l'intervention</u>	<b>Soin</b>					
<u>Service/Structure</u>	Service de pédiatrie	Equipe de liaison de pédopsychiatrie	Unité d'Hospitalisation pour les Enfants et les Adolescents	Unité Médico Psychologique	Maison des Adolescents	Centre Psychothérapeutique pour Enfant et Adolescent
<u>Rattachement Hiérarchique</u>	CHBS	EPSM CHARCOT				
<u>Missions</u>	Prendre en charge des enfants de 0 à 18 ans sur un plan somatique et psychologique	-Donner un avis spécialisé aux pédiatres sur le plan psychologique de l'adolescent -Rencontrer le patient et sa famille -Tisser des liens avec les acteurs qui gravitent autour de l'adolescent: scolarité, suivi socio-éducatif, soins	Prendre en charge des enfants de 0 à 16 ans, sur un plan psychiatrique	-Prendre en charge sur un plan psychologique/ psychiatrique les patients admis dans les services de soins et aux urgences adultes, aucune intervention en pédiatrie en principe -Depuis 2014, tout adolescent de + de 15 ans ayant eu une crise d'agitation récente ou en cours est directement pris en charge par les urgences adultes	-accueillir, écouter, informer, évaluer, orienter, mettre en œuvre des prises en charges globales, des adolescents en souffrance psychique entre 12 et 18 ans	Prendre en charge des enfants et adolescents de 0 à 16 ans (en théorie) mais en pratique jusqu'à l'âge de 13 ans, pour des troubles de la relation et de la communication, du comportement, fonctionnels, du langage, psychomoteurs, de l'humeur ou des conduites à risques
<u>Organisation</u>	1er examen somatique réalisé par le pédiatre, si besoin recours à l'équipe de liaison de pédopsychiatrie pour une prise en charge sur le plan psychologique. Examen de 1ère intention par l'infirmier de liaison et entretien avec le pédopsychiatre si nécessaire	Entretien de première intention par l'infirmier de liaison et intervention du pédopsychiatre en principe	Ateliers thérapeutiques, participation de l'adolescent à la vie de l'unité, partenariat et mise en lien avec tous les partenaires intervenant dans le parcours de l'enfant: ASE, PJJ, Education Nationale, établissement médico-social, retour progressif dans l'environnement naturel	- Equipe de l'UMP: 2 infirmiers en journée + 1 psychiatre le matin + 1 psychiatre l'après midi entre l'UMP et l'équipe de liaison -Equipe de liaison: 1 infirmier en journée + 1 infirmier de l'équipe de l'UMP + 1 psychiatre référent le matin	Centre Médico Psychologique, CATTP, Equipe mobile, 2 Equipes de liaison	- <b>Centre Médico Psychologique:</b> consultation médicale /psychologique/psychomoteur/ orthophonie, - <b>Hôpital de jour:</b> groupes thérapeutiques, soins à la journée ou à temps partiel encadrés par des infirmiers et éducateurs, - <b>Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel:</b> Prise en charge à temps partiel, en petits groupes
<u>Professionnels</u>	<b>Cf. Annexe 2</b>	-1 infirmier 5 demi-journées par semaine et le samedi en fonction des admissions -1 pédopsychiatre 4 demi journées par semaine, -1 psychologue 3 demi journées (intervient surtout sur des pathologies somatiques)	16,4 ETP IPDE, 2 mi temps psychologue, 1 éducateur à temps plein, 1 assistante sociale à mi-temps		13,5 ETP: - 3 pédopsychiatres -1 pédiatre -1 diététicienne - 4 psychologues -7 infirmiers -9 éducateurs -2 secrétaires -1 cadre de santé	
<u>Nombre de lits/ Places/ File Active</u>	6 lits		8 à 10 lits		1400 adolescents suivis (450 prévu initialement)	

<b>Objectif de l'intervention</b>	<b>Protection de l'enfance</b>						
<b>Nature de la mesure</b>	<b>Administrative</b>		<b>Judiciaire</b>				
<b>Autorité décisionnelle</b>	Direction Adjointe de la Protection de l'Enfance (Cf. Annexe 4)		Substitut du procureur Juge des Enfants		Juge des enfants		
<b>Rattachement Hiérarchique</b>	Conseil Départemental		Ministère de la Justice				
<b>Type de mesure</b>	Aide Educative à Domicile, Technicien d'intervention Social et Familiale, Accueil provisoire, Accompagnement en économie sociale et familiale		Ordonnance de Placement provisoire, Jugement de placement		Aide Educative en milieu Ouvert		
<b>Garant de la mesure</b>	Direction Adjointe de la Protection de l'Enfance				Service habilité		
<b>Organisation</b>	Département divisé en 4 groupements, avec comme supérieur l'Inspecteur Enfance, Chaque inspecteur enfance est accompagné d'un Conseiller Educatif Enfance et d'un Coordonnateur d'Accueil Familial						
<b>Service exécutant la mesure</b>	Aide Sociale à l'Enfance/ DAPE	Sauvegarde 56 Service d'Accueil Familial, d'Hébergement et d'Intervention en Réseau (SAFHIR)		Service de milieu ouvert	Saint-Yves	Centre Départementale de l'Enfance	Sauvegarde 56, Saint-Yves
<b>Missions</b>	Exécuter la mesure de protection de l'enfance administrative	Prendre en charge des adolescents aux difficultés complexes et des comportements auto ou hétéro agressifs mettant en difficultés les institutions, L'hébergement est	-Mettre à distance l'adolescent de sa famille -Apprentissage de la vie quotidienne - Travailler le lien parent/enfant	Maison d'Enfants à caractère Social	-Accueil d'urgence (24h/24 et 365j/365j) -Accueil d'enfants et adolescents ayant une mesure de protection	-Encourager les adolescents et leurs parents à trouver une solution aux tensions familiales, -Prendre en compte les compétences de l'adolescents, de ses parents dans un projet éducatif personnalisé	
<b>Organisation</b>	Famille d'accueil, assistants familiaux	-hébergement: familles d'accueil, -la scolarité peut être aménagée, - Entretien éducatif réalise des entretiens avec l'adolescent et se rend au domicile, un travail en réseau est organisé avec les différentes institutions : médicales, médico-sociales, scolaires	Accompagnement éducatif avec hébergement -Service ULM à Lorient -Service SAAMO à Lanester	chargée d'accueillir les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans	-un service de 0 à 6 ans et un service de 7 à 18 ans, -2 foyers d'accueil d'urgence (Vannes et Hennebont) -36 familles d'accueil	Accompagnement éducatif à domicile	
<b>Professionnels</b>		1 éducateur pour 5 enfants	1 éducateur pour 30 enfants		20 éducateurs		
<b>Nombre de Place</b>	440 familles d'accueil	12	-SAAMO: 45 places d'AED et 16 places en hébergement sur Lorient -ULM: 8 places internat, 2 fois 2 places dans appartement semi-collectifs	10 places	150 accueils à l'année		

<u>Objectif de l'intervention</u>	<b><u>Accompagnement Social</u></b>
<u>Service</u>	Direction Adjointe du Développement Social et des Territoires (Cf. Annexe 4)
<u>Rattachement hiérarchique</u>	Direction de la Famille et de l'Action Sociale Conseil Départemental
<u>Missions</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Accompagner</b> des parents en difficultés dans la gestion du budget, la santé, la sécurité, la scolarité, l'entretien ou encore l'éducation de l'enfant.</li> <li>-<b>Réguler</b>: l'accompagnement des parents en difficultés, les situations comportant des indicateurs de danger, traite des évaluations demandées par la CRIP,</li> <li>-<b>Signaler</b> en cas d'information préoccupante à la CRIP</li> <li>-<b>Orienter</b>: sur saisine des partenaires extérieurs vers un dispositif de protection de l'enfance</li> </ul>
<u>Organisation</u>	Département divisé en 11 Territoires d'Intervention Sociale, chaque territoire s'organise autour d'un Centre-Médico-Social, avec un responsable de territoire, un Référent Prévention Familial et des assistantes sociales

<b><u>Service</u></b>	<b><u>Protection Judiciaire de la Jeunesse</u></b>
<b><u>Rattachement Hiérarchique</u></b>	Ministère de la justice
<b><u>Type de mesure</u></b>	Placement éducatif
<b><u>Missions</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Accueillir et héberger des mineurs confiés par les juridictions entre 13 et 18 ans,</li> <li>-Evaluer la situation familiale et sociale du jeune</li> <li>-Proposer une orientation au juge</li> </ul>
<b><u>Organisation</u></b>	<p>Etablissement de Placement Educatif de Lorient composé de 3 unités:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-l'Unité Educative d'Hébergement Collectif sur le site de Lorient</li> <li>-l'Unité Educative Centre Educatif Renforcé à Porspoder</li> <li>-l'Unité Educative d'Hébergement Diversifié Renforcé à Quimper</li> </ul>
<b><u>Professionnels</u></b>	14 éducateurs + 1 psychologue
<b><u>Nombre de place</u></b>	12

<b><u>Objectif de l'intervention</u></b>	<b><u>Prévention/Promotion</u></b>					
<b><u>Service</u></b>	Ecole primaire, maternelle, Collège, Lycée	Maison des jeunes à Ploemeur	Pôle jeunesse à Queven	Le SQUAT à Pont-Scorff	Maison de quartier de Kerihouais à Hennebont	Foyer Laïque de Keryado à Lorient
<b><u>Rattachement Hiérarchique</u></b>	Ministère de l'Education Nationale	Mairie de Ploemeur	Mairie de Quéven	Mairie de Pont-Scorff	Mairie de Hennebont	Association
<b><u>Missions</u></b>	<p>Promotion et prévention de la santé:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Veiller au bien-être physique, psychique et social des jeunes</li> <li>-faciliter l'accès aux soins</li> </ul> <p>- Réaliser des actions en éducation à la santé et à la sexualité, prévention des conduites à risques</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Contribuer à la protection de l'enfance, favoriser le repérage des situations à risques chez l'enfant, Orienter les enfants ou les familles vers des interlocuteurs privilégiés permettant la mise en œuvre de mesure nécessaire à leur protection</li> </ul>	Favoriser les rencontres, l'écoute et l'expression des jeunes, la compréhension	Accueillir, écouter et conseiller les jeunes	Favoriser les loisirs, les échanges, l'information, la prévention, la créativité des adolescents	Point Accueil, écoute des jeunes, accueil les enfants et les adolescents de 7 à 17 ans	Favoriser la Socialisation, l'intégration à la société, l'épanouissement de l'individu (psychologie et pédagogie), l'apprentissage de la citoyenneté
<b><u>Organisation</u></b>	Le département est divisé en secteurs médicaux, organisés autour de Centre-Médico Scolaire, composés de Médecin Scolaire	Bar sans alcool, salle de jeux, salles d'activités, atelier mécanique, plateau sportif,	4 entités: 1 Point Information Jeunesse, 2 espaces de création (salle de répétition et spectacles, studio et multimédia), la ferme de Kerzec, le Baratin (Bar sans alcool)	Activités: Baby, foot en salle, jeux vidéos, Billard, Fléchettes, organisation d'animation diverse, sortie loisirs, atelier d'initiation sportives	Activités sportives, création, pâtisserie, atelier audiovisuel, cinéma...	Activités sportives, activités en centre de vacances et centre d'hébergement, centre aéré

#### 4.1.2 Caractéristiques du pays de Lorient et disparités départementales

##### ➤ **Organisation pédiatrie/pédopsychiatrie**

Afin d'identifier les caractéristiques d'organisation du pays de Lorient, il a semblé intéressant d'identifier les modalités de fonctionnement de prise en charge des adolescents, des deux territoires de santé, entourant le territoire de Lorient : le territoire de santé n°2 Quimper/Douarnenez/Pont Labbé et le territoire de santé n°4 Vannes/ Ploermel/ Malestroit.

A travers un tableau de recensement des modalités d'organisation des deux territoires de santé voisins, (Cf. Annexe 5), il est possible d'observer que le service de pédiatrie de Lorient possède **un temps de liaison en pédopsychiatrie important**. Les services de pédiatrie de Quimper et Vannes ont fait le choix de faire intervenir un **éducateur** destiné à prendre en charge les enfants et adolescents sur un plan éducatif, **le service de pédiatrie de Lorient ne bénéficie pas quant à lui de ce type d'intervention**, au regret des professionnels.

S'agissant de l'organisation entre l'hôpital psychiatrique et l'hôpital général, il est intéressant de soulever l'organisation Vannetaise favorisant largement la collaboration entre la pédopsychiatrie et la pédiatrie. **Au sein de l'hôpital général** a été mis en place par l'EPSM de Saint-Avé un **Centre Psychothérapeutique Pour Adolescents (CPPA)** comprenant un Centre Médico Psychologique (CMP), un Hôpital de jour, une clinique pour adolescent en cas d'hospitalisation complète. Cette organisation permet de **réunir en un seul lieu l'ensemble des dispositifs et des équipes dédiés à la prise en charge des adolescents et apporter au service de pédiatrie une expertise psychiatrique pour les adolescents se présentant aux urgences pédiatriques**. Cette collaboration et proximité entre la pédopsychiatrie et la pédiatrie ne se retrouve malheureusement pas sur le territoire de santé n°3 bien que l'occasion ait pu se présenter. Lors de l'installation du Pôle FME sur le site du Scorff, l'EPSM Charcot avait proposé d'installer sur ce site l'Unité d'Hospitalisation pour Enfants et Adolescents (UHEA), mais pour différentes raisons, dont notamment la crainte du service de pédiatrie de devoir intervenir régulièrement en pédopsychiatrie, ce projet ne s'est pas concrétisé. **Le territoire de Lorient ne possède**

**également pas d'hôpital de jour.** Même si ce projet figure dans le projet d'établissement 2013-2017 de l'EPSM Charcot, l'ARS estime que ce projet doit être réalisé par un redéploiement des ressources de l'EPSM, ce que l'établissement ne semble pas pouvoir envisager. Par conséquent, au regard de l'organisation des ressources du pays de Lorient et des besoins, l'EPSM Charcot s'est appuyé sur la construction de **la Maison des Adolescents**, lors de l'élaboration de son projet d'établissement, pour développer une prise en charge des adolescents adaptée à leur spécificité. Ainsi, le dispositif de la MDA de Lorient présente **un volet sanitaire développé, comparativement aux MDA de Vannes ou de Quimper.** Cela se matérialise par la présence d'un CMP et un CATTP. La MDA de Lorient fait partie des MDA de France les mieux dotés en personnels<sup>49</sup>.

- L'absence d'instances pluri-institutionnelles spécifiques dans le champ de la protection de l'enfance
- Cellule de crise

Initialement prévu par le schéma départemental du Morbihan de la protection de l'enfance 2004-2009, la cellule de crise a pour objectif de réunir l'ensemble des acteurs, intervenant dans le parcours d'un jeune aux difficultés multiples suivi par un dispositif de protection de l'enfance. Cette instance partenariale, opérant dans l'intérêt supérieur du jeune, réunit l'ensemble des acteurs institutionnels pouvant avoir une connaissance sur l'adolescent. Ainsi est susceptible d'intervenir : le Centre départementale de l'Enfance, l'Aide sociale à l'Enfance, la protection Judiciaire de la Jeunesse, la pédopsychiatrie/psychiatrie, l'éducation nationale, les services habilités exerçant la mesure de protection de l'enfance, les familles d'accueil ou la police. **L'objectif** étant de **réfléchir au parcours de l'adolescent et de déterminer des modalités de prise en charge adaptées** aux difficultés rencontrées. Cette cellule de crise est en principe saisie par tout acteur se retrouvant en difficulté face à la prise en charge d'un jeune, dont les solutions dépassent à elles seules, le champ d'action de l'institution prenant en charge l'adolescent. Dans ce cas cet acteur saisit **l'Inspecteur Enfance**, garant de la protection de l'enfance sur le département par délégation du Président du Conseil départemental, qui convie dans les plus brefs délais l'ensemble des partenaires.

---

<sup>49</sup>78% des MDA, possèdent moins de 10 ETP. CANLER, JC, « Les dispositifs d'accueil, d'écoute et d'accompagnement de la souffrance psychique : frein et levier à la mise en œuvre d'une approche globale en Bretagne », URL : <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ehesp/Memoires/iass/2013/canler.pdf>, consulté le 15/07/2015

Toutefois, cette cellule de crise, dépendant largement de **l'appréciation par l'inspecteur enfance de l'opportunité d'une convocation pluri-institutionnelle**, cette **modalité de d'organisation n'a pas été portée par les acteurs du pays de Lorient** contrairement au secteur de Vannes.

A l'issue de cette cellule de crise, sur le secteur vannetais, le Centre d'Accompagnement Polyvalent (CAP) Ados peut être sollicité.

- CAP-Ados

Ce **dispositif** coordonné par un cadre socio-éducatif du Centre Départemental de l'Enfance, est proposé **aux adolescents en grandes difficultés**, lorsque toutes les mesures de prise en charge classiques ont échoué, afin de « *repositionner l'ado dans un ancrage institutionnelle* »<sup>50</sup>. Deux équipes sont mobilisées : un binôme éducateur spécialisé/Infirmier psychiatrique et une équipe technique pluri-professionnelle composée d'un coordonnateur, d'un pédopsychiatre, d'un cadre de santé, d'un psychologue. Cette équipe se réunit régulièrement afin d'évaluer l'avancement de la situation, les difficultés et fixer des objectifs dans le projet du jeune. Toutefois, ce dispositif n'a pas été mis en place sur le territoire de santé n°3.

Ainsi, il n'existe **aucune instance pluri-institutionnelle spécifique sur le territoire de santé n°3** destinées à intervenir dans la prise en charge des **adolescents aux difficultés multiples nécessitant une prise en charge coordonnées**, comme cela peut être le cas sur le reste du département du Morbihan ou dans le Finistère<sup>51</sup> Toutefois, il existe des **instances de rencontre institutionnelles**, telles que la **Commission d'Orientation ou la Commission de Protection de l'Enfance organisée par la DADST** (Cf. Annexe 4), des **réunions de synthèse** organisées par **l'Aide Sociale à l'Enfance** ou par la **pédopsychiatrie** réunissant les partenaires intervenant dans le parcours des adolescents. Cependant, **le service de pédiatrie n'est jamais convié** à ce type de rencontre. Pourtant, l'hôpital général s'inscrit dans certaine situation comme un véritable acteur du parcours de

---

<sup>50</sup> Entretien Responsable du dispositif de milieu ouvert et du dispositif des adolescents Sauvegarde 56.

<sup>51</sup> Groupes de ressources Locales réunissant : la PJJ, le Conseil départemental, la psychiatrie, l'éducation nationale, le CHRU de Brest, le CH de Morlaix, des associations. Ces trois GRL dans le département ont pour objectifs d'être un lieu de réflexion et d'échange sur des situations individuelles complexes, une instance de préconisation et d'engagement.

l'adolescent, de nombreux jeunes accueillis par le service de pédiatrie reviennent à plusieurs reprises en hospitalisation dans la même année et/ou d'année en année.

Ce paysage institutionnel caractéristique du pays de Lorient semble mettre les professionnels en difficultés

## 4.2 Des professionnels en difficultés

A travers les entretiens semi-directifs menés auprès des professionnels du CHBS et des partenaires extérieurs à l'hôpital, les professionnels semblent rencontrer des difficultés dans la prise en charge des adolescents au sein du service de pédiatrie ainsi que dans la coopération<sup>52</sup> pluri-professionnelle et pluri-institutionnelle.

### 4.2.1 Dans la prise en charge des adolescents au sein du service de pédiatrie

Au cours des entretiens menés auprès des équipes médicales et para-médicales, les points suivant ont été développés :

- Des affinités professionnelles et personnelles variables dans la prise en charge des adolescents.

L'orientation des professionnels vers la spécialité de pédiatre pour les médecins, puéricultrice pour les infirmières et les auxiliaires de puériculture, apparaît souvent être **motivée par la simplicité ou la légèreté des relations avec l'enfant**, qui se retrouve peut être moins à l'âge adulte et par conséquent lors de la période intermédiaire de l'adolescence.

*«Les rapports ne sont pas les mêmes, la relation est plus facile avec les enfants »<sup>53</sup>,  
«l'ambiance est sympa avec les petits, chaque spécialité à son intérêt mais avec les enfants c'est détendant... mais stressant quand même. »<sup>54</sup>*

De nombreux professionnels du service n'avaient pas au moment de s'engager dans leurs études, imaginés être confrontés dans la pratique à une prise en charge globale des adolescents y compris psychologique et sociale, tant pour l'équipe médicale que

---

<sup>52</sup> La coopération est à distinguer de la coordination. « Pour les sociologues du travail et des organisations, le thème de la coopération est lié à celui de la négociation dans la résolution des conflits, ainsi qu'au partage des savoirs » dans GHEORGIU, M-D et MOATTY, F. *L'hôpital en mouvement, changements organisationnels et conditions de travail*, éditions liaisons, 2013, p.147

<sup>53</sup> Entretien, Pédiatre

<sup>54</sup> Entretien, Pédiatre, chef de pôle

paramédicale. Il semblerait apparaître pour certains professionnels un « **désintérêt** » à ce type de prise en charge :

*« La médecine des ados c'est différent ça m'intéresse moins, on est déjà dans une relation adulte, c'est les petits qui sont marrants...<sup>55</sup> ».*

**Les affinités professionnelles et personnelles** dans la prise en charge des adolescents semblent **plus marquées au sein de l'équipe médicale** qu'au sein de **l'équipe paramédicale**.

- Des difficultés à allier prise en charge somatique et psychologique

A travers les entretiens menés et l'accompagnement des professionnels au sein du service de pédiatrie, il est possible de souligner la difficulté des professionnels du service de pédiatrie à **concilier prise en charge somatique et prise en charge psychologique**

*« L'infirmière ne peut pas passer son temps à occuper les ados [...] c'est très chronophage de s'occuper des ados.<sup>56</sup> »*

Les **soins somatiques** nécessitent des interventions à **heures fixes et sont programmés**, or la prise en charge des adolescents sur un **plan psychologique** n'est **pas fixée à l'avance** et nécessite une **certaine souplesse** et une **certaine disponibilité** des professionnels afin de pouvoir intervenir en cas de crises d'agitation ou encore, aux sollicitations des adolescents qui elles, ne sont pas programmées.

*« Une puéricultrice qui s'occupe d'une aplasie, n'a pas le temps de prendre en charge des ados qui vont dégénérer »<sup>57</sup>*

- Adolescent et effet de groupe

Le service de pédiatrie possède en principe **6 lits dédiés** à la prise en charge des adolescents présentant des difficultés psychologiques. Toutefois, **ce nombre peut être dépassé**, en fonction des périodes<sup>58</sup> de l'année. Au cours de mon stage, le service de pédiatrie s'est vu accueillir jusqu'à 12 adolescents sur un total de 18 lits. **Le nombre d'adolescent** accueilli en même temps au sein du service semble venir **perturber la**

---

<sup>55</sup> Entretien médecin chef de pôle FME

<sup>56</sup> Entretien, pédiatre

<sup>57</sup> Entretien pédiatre

<sup>58</sup> Les admissions des adolescents en difficultés psychologiques, semblent être rythmées selon les vacances scolaires.

**dynamique des équipes.** Les professionnels interrogés évoquent « **l'effet de groupe** » des **adolescents** difficile à gérer par les équipes, notamment l'équipe para-médicale, seule l'après-midi et en soirée au sein du service. Les adolescents ont **tendance à se regrouper** et fonctionnent en bande, phénomène lié au processus d'identification traversée à l'adolescence. Ce regroupement favorise l'émergence d'idées pour se divertir, transgresser les règles, caractéristiques de l'adolescence mais **difficiles à gérer** au sein d'un service de pédiatrie général.

*Le service de pédiatrie s'est vu confronté un week-end à la dégradation du salon des adolescents par un groupe de cinq adolescents. La porte du salon a été dégradée et un des adolescents a utilisé des morceaux de cette dernière pour se scarifier.*

- Des connaissances à géométrie variable en matière d'adolescence et de psychopathologie de l'adolescent.

**Les connaissances à géométrie variable des médecins** sur l'adolescent dans sa globalité, la pathologie et la psychopathologie de l'adolescent, entraînent des **difficultés** pour **poser un diagnostic, aux urgences pédiatriques**, sur des troubles, parfois très spectaculaires et expressifs. En l'absence d'expertise psychiatrique aux urgences pédiatriques, et dans le doute, d'un passage à l'acte, les pédiatres préfèrent hospitaliser l'adolescent.

Concernant l'équipe para-médicale, des connaissances variables en matière de psychopathologie de l'adolescent ne leur permettent pas d'être entièrement à l'aise et active dans cette prise en charge.

*« On n'a pas l'impression de pouvoir leur apporter grand-chose, c'est plus compliqué, on n'a pas toutes les bases... »<sup>59</sup>*

- Assimilation du service de pédiatrie à un simple lieu d'hébergement

Les difficultés présentes en aval de l'hospitalisation en pédiatrie, le manque de place à l'UHEA ou encore la difficulté à trouver une famille d'accueil pour un jeune relevant d'un dispositif de protection de l'enfance, fait naître chez les professionnels du service une image de la pédiatrie comme une « salle d'attente de l'UHEA ou de l'ASE ».

*« Ils restent là car il n'y a pas de place à l'UHEA »<sup>60</sup>, « on se demande à quoi on sert, ils sont certes protégés, mais on se demande à quoi on sert »<sup>61</sup>*

---

<sup>59</sup> Entretien AP

<sup>60</sup> Entretien AP

*« A la fin ils sont là à trainer et on rentre dans une relation à faire respecter les règles, on oublie presque pourquoi ils sont là »<sup>62</sup>*

➤ Difficulté de communication et de cohésion

Des règles de vie au sein du service ont été mises en place avec difficulté en 2013. Ces règles d'organisation du service, limitent par exemple l'usage du portable entre 10h et 18h, fixent des horaires pour que les adolescents puissent aller fumer ou encore limitent les visites aux personnes majeures ou bien aux mineurs accompagnés. Depuis l'instauration de ce règlement, l'équipe para-médicale note une diminution des incidents.

*« Ce règlement restrictif nous soulage, ce n'est plus la débandade »<sup>63</sup>*

Toutefois, ces règles de vie ne semblent pas faire l'unanimité dans le service et être appliquées par tous les professionnels intervenant dans le service. Ainsi la pédopsychiatre ou la pédiatre spécialisée en médecine de l'adolescent peuvent autoriser des dérogations dans certains cas. Cela n'est pas sans poser de problème dans l'organisation du service.

*« Il n'y a pas d'alliance au quotidien c'est gênant, extrêmement gênant que le pédiatre et la pédopsy acceptent difficilement ces règles, il faut toujours chercher une négociation [...] cela met en porte à faux l'équipe »<sup>64</sup>*

#### 4.2.2 Dans la coopération pluri-professionnelle et pluri-institutionnelle

Au cours des différents entretiens menés auprès des professionnels des difficultés en matière de collaboration et de coopération pluri-institutionnelles ont été identifiées notamment entre le CHBS et la psychiatrie, entre le CHBS et le Conseil Départemental, entre le CHBS et le Tribunal de Grande Instance, entre le CHBS et la PJJ.

---

<sup>61</sup> Entretien cadre de santé, service de pédiatrie,

<sup>62</sup> Entretien, AP

<sup>63</sup> Entretien AP

<sup>64</sup> Entretien cadre de santé, service de pédiatrie

## ➤ CHBS/Psychiatrie

### L'équipe de pédopsychiatrie de liaison :

Au sein de l'équipe elle-même, de même culture professionnelle, semble exister aujourd'hui **quelques dysfonctionnements notamment dans la répartition des tâches entre les infirmiers et la pédopsychiatre**. L'équipe de liaison reconnaît **une bonne dynamique avec le pédiatre référent** et plus variable en fonction des autres pédiatres, mais **globalement satisfaisante**. S'agissant des puéricultrices, l'équipe de liaison déplore **l'absence de temps d'échange quotidien formalisé** ainsi que leur rôle limité dans la prise en charge des adolescents **trop souvent étiquetés « psy »**. L'équipe de liaison essaie souvent de **remettre du sens sur la prise en charge des adolescents** au sein du service.

Les **auxiliaires de puériculture** permettent à l'équipe de liaison d'avoir un **retour intéressant concernant l'hygiène et l'alimentation des adolescents**. Toutefois, l'équipe de liaison déplore la présence non systématique de l'équipe para-médicale aux staffs du vendredi après-midi.

Concernant les rapports avec **la cadre de santé du service**, il existe **peu de contact et d'échange**. Elle est perçue principalement comme une « gestionnaire des lits » veillant à la tranquillité du service.

**La tension est palpable** au sein du service **lorsque ce dernier est complet**, l'équipe de liaison para-médicale a alors le sentiment d'être **le médiateur** entre les **pédiatres et la pédopsychiatre**.

La pédopsychiatre quant à elle évoque quelques **difficultés quant à la rotation quotidienne des pédiatres** et la difficulté à identifier un pédiatre référent.

*«Ils [les pédiatres] ont changé leur mode de fonctionnement et ont décidé de tourner, on peut aller jusqu'à trois pédiatres dans la même semaine, un pédiatre ne va pas oser faire la révolution, l'ado a été vu la veille par quelqu'un et sera vu par quelqu'un d'autre le lendemain. C'est difficile de trouver un référent pour un enfant»<sup>65</sup>.*

---

<sup>65</sup> Entretien pédopsychiatre, équipe de liaison

Pour terminer, l'équipe de liaison souligne les relations très positives et professionnelles avec le service social hospitalier.

### L'équipe de l'Unité Médico Psychologique

L'Unité Médico Psychologique rattachée à l'EPSM Charcot, située au niveau des urgences adultes est chargée d'assurer la prise en charge des urgences psychiatriques<sup>66</sup>. **La convention** conclue entre le **CHBS et l'EPSM Charcot** il y a maintenant plusieurs années **ne précise pas les modalités de prise en charge** notamment en ce qui concerne les urgences pédiatriques. L'UMP se compose également d'une équipe de liaison qui intervient dans tous les services du CHBS, sauf dans le service de pédiatrie puisqu'une équipe de liaison de pédopsychiatrie est mise à disposition. Toutefois, depuis 2014, une procédure de prise en charge des adolescents de plus de 15 ans en crise d'agitation ou récemment en crise a été initiée entre l'équipe de l'UMP et les urgences pédiatriques. La mise en œuvre de cette procédure semble aujourd'hui satisfaisante. Cependant, les difficultés persistent pour les adolescents de moins de 15 ans, relevant des urgences pédiatriques où aucune expertise psychiatrique n'est proposée et repose sur le pédiatre. Ces derniers peuvent dès lors être en difficulté pour poser un diagnostic et évaluer la pertinence d'une hospitalisation au sein du service de pédiatrie

Pour certaines situations particulières, où l'enfant est connu du service de pédiatrie et qu'il y a des antécédents de violence, le pédiatre peut avec accord de l'UMP dévier la prise en charge vers les urgences adultes, où il viendra accueillir l'enfant. Occasionnellement et de manière non officielle, sur demande des pédiatres et acceptation du psychiatre, l'UMP peut être amenée à intervenir au sein des Urgences Pédiatriques en cas de difficultés. Toutefois ce type de prise en charge au sein des urgences pédiatriques pose quelques difficultés techniques notamment en cas de contention.

*« Les urgences pédiatriques ne sont pas organisées, [...] c'est bien d'avoir le matériel, mais il faut savoir faire, il faut arriver en nombre 8 ou 10 c'est bien, une personne par membre, les jeunes ne se laissent pas faire, il y a ici [au sein de l'UMP] un savoir-faire, le fait qu'ils soient pris en charge aux urgences adultes ça marque un cadre. »<sup>67</sup>*

---

<sup>66</sup> Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique

<sup>67</sup> Entretien, psychiatre, UMP

De plus, lorsque les pédiatres font appel à l'UMP en cas de difficultés avec un adolescent cela génère des complications pour l'UMP, ces prises en charge sont très chronophages.

*« Si la question de la sortie se pose, il faut un avis avant la sortie. C'est moins chronophage de l'hospitaliser. Sinon l'entretien doit avoir un rôle d'évaluation, être thérapeutique et en même temps il faut apaiser les relations famille/enfant. Donc gérer une sortie avec des gens fâcher ça prend plus de temps [...] Ici [au sein de l'UMP] une fois que j'ai démarré une prise en charge l'infirmier peu prendre le relais mais quand je vais en pédiatrie, ça prend trop de temps, je dois tout faire tout seul »<sup>68</sup>*

Dans un contexte de négociation de la convention entre l'EPSM Charcot et le CHBS, il semblerait **difficile pour l'UMP d'assurer à moyen constant les urgences pédiatriques** tout en continuant d'assurer une prise en charge aux urgences adultes, sachant que les **pics d'activités semblent identiques**.

#### L'équipe de l'UHEA

D'après les entretiens menés, les relations entre la pédopsychiatrie et le CHBS « *ne sont pas très bonnes* »<sup>69</sup> et les relations semblent « *déshumanisées* »<sup>70</sup>

*« On ne se comprend pas dans la façon de travailler, on n'a pas le même lexique, la même façon de voir les choses »<sup>71</sup>*

En revanche, les relations entretenues avec le service de pédiatrie sont « *excellentes* », il semble y avoir une bonne entente entre l'équipe de liaison et les médecins de pédiatrie. Toutefois, cette appréciation semble devoir être nuancée lorsqu'un enfant pris en charge par la pédiatrie nécessite un transfert en pédopsychiatrie mais que l'UHEA est saturée. Dans ce type de situation, les relations entre les deux institutions ne semblent pas être dans la collaboration.

*« Le CHBS nous dit 'ce n'est pas notre rôle, vous vous débrouillez', alors que nous on essaie d'être dans la compréhension de leurs difficultés, ils nous disent 'ce n'est pas notre patient mais le vôtre', on n'est plus dans l'esprit soignant»<sup>72</sup>*

---

<sup>68</sup> ibid

<sup>69</sup> Entretien, médecin chef de service de pédopsychiatrie, UHEA, EPSM Charcot

<sup>70</sup> ibid

<sup>71</sup> ibid

**La confiance** ne semble pas être le maître mot pour qualifier les relations entre le service de pédiatrie et l'EPSM.

« On se retrouve à prouver qu'on fait ce que l'on peut pour les prendre »<sup>73</sup>

Selon le cadre de santé de pédopsychiatrie, « la pédiatrie a son rôle à jouer dans la prise en charge de la souffrance psychique de l'adolescent pour éviter la psychiatisation »<sup>74</sup>. Les lieux de prise en charge des troubles psychiques doivent se diversifier « l'hôpital psychiatrique doit être réservé pour les cas les plus lourds [...] Dès qu'on a mis un orteil en psy, tout le corps y reste et pour de bon »<sup>75</sup>. Ainsi la tendance semble aujourd'hui être à la désinstitutionnalisation de la psychiatisation.

### L'équipe de la MDA

Au regard de la **file active importante**, le dispositif présente quelques difficultés notamment liées à sa **saturation**, à trouver des partenaires sur le territoire pouvant prendre le **relais** des jeunes suivis à la MDA ainsi que des locaux insuffisants pour pouvoir accueillir tous les adolescents.

Face à la saturation de la MDA, et la difficulté de voir régulièrement les adolescents, les professionnels de la MDA orientent les jeunes vers les urgences pédiatriques. Difficile à comprendre pour le service de pédiatrie.

« Ils savent qu'on est saturé et ils nous les envoient quand même »

Le cadre de santé estime que la pédiatrie et les urgences pédiatriques « sont là pour accueillir tout mal être, tout ce qui concerne les enfants et adolescents jusqu'à 18 ans [...] C'est un lieu d'accueil et d'orientation. »<sup>76</sup>.

### ➤ L'équipe du Service Social Hospitalier du CHBS/ Conseil Départemental

Dans leurs missions de conseil et d'accompagnement des personnes<sup>77</sup> accueillis par l'établissement, les Assistantes Sociales Hospitalières peuvent intervenir dans le champ de la protection de l'enfance. Toutefois, la loi du 5 mars 2007 sur la protection de l'enfance

---

<sup>72</sup> Entretien cadre de santé, UHEA, EPSM Charcot

<sup>73</sup> Ibid

<sup>74</sup> Ibid

<sup>75</sup> Ibid

<sup>76</sup> Entretien cadre de santé MDA

<sup>77</sup> Décret n° 2014-101 du 4 février 2014 portant statut particulier du corps des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière, article 3

ainsi que **les nouveaux circuits d'orientation et de décision** sur les situations individuelles **au titre de la prévention et/ou de la protection de l'enfance** ne semblent **pas clairement identifiés pour le service social hospitalier**. L'**identification des personnes ressources**, la prise de contact avec ces dernières ainsi que **la répartition des tâches** entre le **Service Social Hospitalier et la Direction Adjointe du Développement Social et des Territoires (DADST)** ne semblent pas clairement établi en cas de suspicion de danger chez un enfant déjà connu de la DADST mais qui connaît un épisode d'hospitalisation. De plus, les modalités de fonctionnement apparaissent **être hétérogènes d'un territoire à l'autre**.

D'autre part quelques **dysfonctionnements d'orientation** de situation du service social hospitalier **vers la Direction Adjointe de la Protection de l'Enfance (DAPE)** semblent également exister. **La temporalité d'action diffère entre ces deux services et semble poser quelques difficultés**.

*Lorsqu'un enfant est médicalement sortant de l'hôpital, mais que le service social hospitalier estime qu'il existe un risque de danger pour l'enfant de retourner à son domicile, le service social n'a pas d'autre choix, en dehors des situations d'urgences, que de faire un signalement à la CRIP. La CRIP a alors jusqu'à trois mois pour effectuer une évaluation qui permettra de confirmer ou non la nécessité d'une mesure de protection de l'enfance.*

De son côté en revanche, la DAPE et la DADST du Conseil Départemental n'identifie pas de difficultés relationnelles particulières avec le CHBS.

➤ **CHBS/L'équipe de la Protection Judiciaire de la Jeunesse**

Les jeunes pris en charge par la PJJ sont souvent issus de famille en difficultés économiques et sociales entraînant des carences éducatives en matière de santé, de mise à jour de la carte vitale et de la mutuelle. Par conséquent, l'accès aux soins de ces jeunes semble difficile. De nombreux professionnels libéraux refusent de prendre en charge ces jeunes au regard du risque de ne pas obtenir de règlement des parents. Pour ces raisons l'Etablissement de Placement Educatif de Lorient a conclu avec un cabinet médical un partenariat, où l'administration avance les frais de santé des jeunes de la PJJ. En revanche lorsqu'il s'agit d'examen **ophtalmologiques, radiologiques et dentaires**, trouver un

cabinet qui accepte de prendre en charge ces jeunes s'avère être un **véritable parcours du combattant**. Ainsi lorsqu'un professionnel de la PJJ parvient à faire qu'un jeune accepte d'être pris en charge, **les contraintes administratives**<sup>78</sup> peuvent restreindre l'accès aux soins. Le temps de la prise en charge par la PJJ est de manière générale relativement courte, 6 mois en moyenne. Ainsi un jeune nécessitant une prise en charge médicale, selon le bilan médical effectué par le centre d'examen de Lanester pour chaque jeune accueilli au foyer de la PJJ, peut ne pas toujours être réalisée dans le temps de prise en charge de la PJJ au regard des délais d'attente important de certaine spécialité médicale.

La grande vulnérabilité des jeunes accueillis par la PJJ nécessite parfois une prise en charge par les urgences en raison d'agitation, de conduites addictives, de traumatologie, de mise en danger, de fragilité psychologique et/ou psychiatrique.... Toutefois ces jeunes « **hors normes** »<sup>79</sup> peuvent se retrouver en difficulté et **quitter les urgences** en cas de **contrainte administrative ou de délai d'attente trop important**.

Il semble donc aujourd'hui sur le Pays de Lorient exister une réelle **difficulté de prise en charge sanitaire des mineurs placés sous-main de justice**.

#### ➤ **CHBS/ Tribunal de Grande Instance**

Le substitut du procureur n'identifie pas de difficultés particulières avec le CHBS, sauf en matière de signalement d'un enfant en danger au niveau des urgences pédiatriques, les pédiatres doivent être vigilants et indiquer toutes les informations nécessaires pour prendre la décision la plus adéquate.

#### ➤ **CHBS/ Education Nationale**

Les médecins de l'Education Nationale n'identifient pas de difficultés particulières avec le CHBS. Il y a aurait d'ailleurs une meilleure considération des médecins de l'Education Nationale par les pédiatres qu'avant. Les interactions se font plus facilement et ils communiquent de manière régulière.

---

<sup>78</sup> Autorisation de soin, mise à jour carte vitale et mutuelle

<sup>79</sup> Entretien, éducateur PJJ

## 5. Analyse et interprétation des informations

Au regard d'une **approche en santé publique**, l'**amélioration générale de la santé à l'âge adulte** nécessite une **prise en charge globale de la santé physique, mentale, sociale de l'enfant, de l'adolescent et de sa famille** ainsi que **d'être attentif à la spécificité de la période de l'adolescence**. Autant de paramètres qui semblent être difficiles à prendre en compte encore aujourd'hui.

### 5.1 De la difficulté de considérer l'adolescent dans sa spécificité

#### 5.1.1 Pour le CHBS

L'**attention portée** par un centre hospitalier à la **prise en charge spécifique de l'adolescent** ne semble **pas si évidente**. Cette population ne représente qu'une **petite partie de l'activité d'un établissement de santé**. Le Centre hospitalier de Bretagne sud peut d'ailleurs en témoigner.

Le projet d'établissement 2002-2006 avait inscrit succinctement pour la pédiatrie de « satisfaire les besoins spécifiques des adolescents ». L'inscription au sein du **projet de service 2005-2010** de pédiatrie et de néonatalogie, d'une **Unité de Médecine de l'Adolescent (UMA)** témoigne d'une **prise de conscience déjà ancienne**, du chef de service et des professionnels du service, de la **spécificité des adolescents** au sein du service de pédiatrie. Cependant, même si ce projet avait été présenté au chef d'établissement, les projets de services n'occupaient pas la même place qu'aujourd'hui. Historiquement, la Commission Médicale d'Etablissement donnait un avis sur la désignation ou le renouvellement d'un chef de service en référence à un projet de service. **Ce projet ne liait donc pas l'institution**, mais les orientations qu'il comportait **pouvaient alimenter la réflexion institutionnelle** pour le projet d'établissement. Toutefois, un projet d'établissement se construit autour d'un projet médical, d'un projet de soin et d'un projet social. Dès lors, **pour qu'une thématique soit inscrite dans le projet d'établissement**, elle nécessite **une reconnaissance et une mobilisation des professionnels**, ce qui peut en partie expliquer le **projet d'établissement 2008-2012 qui ne mentionnait pas la spécificité de la prise en charge des adolescents**. Le **déménagement du pôle en 2007** peut également expliquer en partie l'essoufflement du projet de service 2005- 2010 et la

mise en place d'une UMA. De plus, cette organisation de prise en charge des adolescents était restée très abstraite, le fonctionnement et les modalités de prise en charge n'avaient pas été détaillés. Ce projet de service ne s'est pas montré suffisant pour que s'en suive une mise en œuvre automatique. **Un projet nécessite l'adhésion des professionnels** afin qu'il soit relayé sur le terrain. Ce sont les équipes qui œuvrent à la réalisation d'un projet au sein d'un service. **La motivation et l'intérêt des acteurs** sont dès lors essentiels. Mais la prise en compte de la spécificité de l'adolescent par les professionnels semble également être difficile.

### 5.1.2 *Pour les professionnels du service de pédiatrie*

#### ➤ Prise en charge des adolescents et identité professionnelle

Face à cette nouvelle typologie de patient : les adolescents en situation de fragilité psychique, le service de pédiatrie doit aujourd'hui repenser les modalités de prise en charge des adolescents. Mais ce véritable changement pour les professionnels de santé du service de pédiatrie nécessite **un ajustement de leur identité professionnelle**.

La notion d'identité fait partie intégrante de la construction du sujet dans une société. Pour Durkheim, l'identité sociale se définit comme «*un système d'idées, de sentiment d'habitude qui expriment en nous, non pas notre personnalité, mais le groupe ou les groupes différents dont nous faisons partie*»<sup>80</sup> Par conséquent, l'identité d'un sujet se construit au travail et en dehors du travail. Pour Sainsaulieu, **l'identité professionnelle empreinte d'une dimension culturelle** se définit comme une «*façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes, l'identité au travail est fondée sur des représentations collectives distinctes*»<sup>81</sup> Dubar quant à lui, opte pour une définition interactionniste, des identités professionnelles et les définit comme «*un processus de construction et de reconnaissance d'une définition de soi à la fois satisfaisante pour le sujet lui-même et validée par les institutions qui l'encadrent et l'ancrent socialement en le catégorisant.*»<sup>82</sup> Par conséquent le **lieu de travail est un lieu où l'identité individuelle et sociale continu d'évoluer par le biais de l'appropriation**

---

<sup>80</sup> DURKHEIM, E, *Education et Sociologie*, Presse universitaires de France, 1996, p.92

<sup>81</sup> SAINSAULIEU, R, *L'identité au travail*, collection Presse de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 1985, p.9

<sup>82</sup> DEMAZIERE, DUBAR C., *Analyser les entretiens biographiques. L'exemple des récits d'insertion*, Nathan, Essai et recherche, 1997

**des valeurs et des normes véhiculées par l'entreprise ou au contraire par son opposition.** Selon Dubar, la construction et **l'évolution de l'identité** résulte de l'articulation entre une **transaction objective** (avec les autres, identité attribuée par les autres) et une **transaction subjective** (avec soi, identité professionnelle pour soi-même). Ainsi dans **la transaction objective**, lorsque l'individu essaie d'assimiler des valeurs, des modalités d'organisation à son identité pour soi-même, cela **peut se solder par une non-reconnaissance et ainsi résulter un décalage entre son identité personnelle issue de la trajectoire antérieure et la projection de soi dans l'avenir.** Ce concept d'identité professionnelle permet ainsi de venir **analyser la difficulté de prise en charge des adolescents par les professionnels du service.** Le choix de la pédiatrie ou de la puériculture, véritable **vocation professionnelle**, souvent **centré sur la prise en charge somatique « du petit enfant et de l'enfant »**, faisant partie intégrante de l'identité pour soi entre en décalage avec l'idée de prendre en charge les adolescents sur un plan psychologique. Cette **projection professionnelle s'avère éloignée du référentiel métier initial.**

Le développement des **sur-spécialités médicales au sein du service depuis quelques années**, atout indéniable de l'hôpital, peut toutefois compliquer une prise en charge globale du patient<sup>83</sup> et contribuer notamment à la **difficulté de certains professionnels à se projeter** dans une telle prise en charge.

**Les connaissances à géométrie variable des professionnels médicaux et paramédicaux** sur l'adolescent dans sa globalité et la psychopathologie de l'adolescent peuvent entraîner quelques **difficultés à donner du sens à la prise en charge de l'adolescent en souffrance et son comportement.** L'augmentation des événements indésirables<sup>84</sup> entre 2011 et 2014, témoigne des difficultés auxquelles doivent faire face les professionnels générant du stress, de l'anxiété ou encore de l'insécurité. **L'attitude de l'adolescent**, pouvant être **vécue comme provocante par le professionnel**, peut entraîner des « attitudes contre-transférentielles »<sup>85</sup> selon **l'histoire personnelle** de ce dernier. Dans ce genre de situation, où l'introduction d'une dimension émotionnelle peut faire perdre aux

---

<sup>83</sup> AÏACH, P et FASSIN, D. Les métiers de la santé : enjeux de pouvoir et quête de légitimité, Anthropos, Paris, 1994

<sup>84</sup> Fugues, agressions, tentatives de suicides, dégradation de matériel

<sup>85</sup> BOUDAILLIEZ, B et al, Structure et fonctionnement d'une unité de médecine de l'adolescent ; Fédération entre un service de pédiatrie et un service de psychopathologie, Annales de Pédiatrie, 1998, 5, 311-320

professionnels la distance<sup>86</sup> nécessaire à la réalisation de l'activité professionnelle, d'un cadre thérapeutique adéquat, et faire naître des **attitudes parentales « rigides » et inappropriées**<sup>87</sup> Les difficultés présentées par les professionnels tiennent au service dans lequel ils exercent leur profession. En effet, à l'instar d'un service de gérontologie ou de psychiatrie, le service de pédiatrie se caractérise par sa **forte composante relationnelle** avec le patient, ce type de service est qualifié de **service « ouvert »**<sup>88</sup> en opposition à un service « fermé » type réanimation ou chirurgie, où la composante soin technique domine. Yvan Sainsaulieu oppose quant à lui « la communauté endogène » et « la communauté exogène : la relation au patient »<sup>89</sup>. Cette logique d'ouverture de la relation au patient, « *présente des risques dans la construction identitaire du fait du divorce ou, au contraire de la fusion avec le malade- malade préoccupant qui peut devenir l'obstacle plutôt que la source maîtrisée de son intégrité* »<sup>90</sup>.

La méconnaissance peut également entraîner chez les professionnels un **sentiment d'impuissance** dans la prise en charge de ces adolescents, surtout lorsque ces derniers peuvent revenir à plusieurs reprises pendant l'année au sein du service. Les connaissances variables des équipes sur l'adolescence et la psychopathologie de l'adolescent ajoutées à la difficulté de trouver un écho à ce type de prise en charge dans leur référentiel métier peuvent peut-être venir expliquer **l'absence de projet de soins personnalisé** pour ces adolescents.

Paradoxalement **l'absence d'un tel projet** pour ces jeunes **ne favorise pas l'implication de l'équipe para-médicale dans la prise en charge des adolescents ni l'interaction avec l'équipe de pédopsychiatrie**. Ce qui conforte un sentiment d'impuissance et d'inutilité dans la prise en charge de ces adolescents se traduisant par une participation aléatoire des para-médicaux aux réunions de synthèse du vendredi, dédiées aux adolescents. Ces réunions de synthèse hebdomadaires, organisées selon un « **modèle de gestion collégiale du travail** »<sup>91</sup> propre à la conception professionnelle de la psychiatrie, réunissant la

---

<sup>86</sup> HOLCMAN, R. « L'ordre sociologique, élément structurant de l'organisation du travail. L'exemple des bureaucraties professionnelle : ordre soignant contre ordre dirigeant à l'hôpital », URL : <http://www.robertholcman.net/index.php?post/2008/01/01/These>, p 36.

<sup>87</sup> BOUDAILLIEZ et al, Structure et fonctionnement d'une unité de médecine de l'adolescent ; fédération entre un service de pédiatrie et un service de psychopathologie, Annales de pédiatrie, 1998, 45, n°5, p.311-320

<sup>88</sup> ARBORIO, A-M, Un personnel invisible. Les aides soignants à l'hôpital, Anthropos, Paris, 2001

<sup>89</sup> SAINSAULIEU, Y, L'hôpital et ses acteurs- Appartenance et égalité, éditions belin, 2007, p.148

<sup>90</sup> Ibid, p150

<sup>91</sup> OGIEN, A. « Le travail en équipe : l'imposition de la collégialité dans l'exercice de la psychiatrie », *Sciences sociales et santé*. Volume 5, n°2, 1987. p. 61-84

pédopsychiatre et tous les infirmiers de liaison sont **consacrées à faire le point sur la prise en charge psychologique des adolescents hospitalisés** dans le service. Ces réunions récapitulant le parcours de chaque adolescent peuvent parfois **durer plus d'une heure**. Ce mode de fonctionnement témoigne du **décalage entre les pratiques de « la santé mentale » et de « la santé somatique »**. Les réunions de synthèse journalières entre l'équipe médicale et para-médicale du service de pédiatrie sont destinées quant à elle, à faire un point rapide sur les entrées et les sorties, sur les prescriptions ainsi que sur les objectifs de la prise en charge. Dès lors, **la réunion de synthèse du vendredi destinée à la prise en charge psychologique des adolescents** peut être perçue par l'équipe para-médicale du service de pédiatrie comme une simple instance de décision pour les permanences du week-end **sans avoir de réels objectifs rattachés à la prise en charge dans le service de pédiatrie**.

Toutefois, il est possible de s'interroger quant au management du service : Permet-il à l'équipe para-médicale de donner du sens quant à la prise en charge des adolescents en situation de fragilité psychique ? **L'identité professionnelle** peut également se construire par **imitation du supérieur hiérarchique**, ou encore par **identification**<sup>92</sup> à son **supérieur**<sup>93</sup>. Selon Robert Holcman, « *le positionnement du leader en termes de légitimité, d'opinions, de recommandations de bonnes pratiques, influence la pyramide hiérarchique – formelle ou informelle – au sommet de laquelle il est placé. Ses actes, son attitude, ses propos, son discours, ses recommandations, descendent en cascade dans le groupe professionnel dont il a la responsabilité* »<sup>94</sup> Cette analyse permet ainsi de se rapprocher de Herbert Blumler<sup>95</sup> dans sa conception constructiviste des problèmes publics, « *conçu comme le produit d'un comportement collectif* »<sup>96</sup> La difficulté de prise en charge des adolescents au sein du service de pédiatrie semblerait être le résultat d'un **comportement**

---

<sup>92</sup> Identification : « le processus central par lequel le sujet se constitue et se transforme en s'assimilant ou en s'appropriant en des moments clés de son évolution des aspects attributs ou traits des êtres humains qui l'entourent » Danon-Boileau, L et al., « Présentation », in Laurent Danon-Boileau et al., *Identifications*, Presses Universitaires de France « Monographies de psychanalyse », 2002, p. 7-8.

<sup>93</sup> SAINSAULIEU R. *L'identité au travail*, Presses de la Fondation nationale des Sciences politiques, 1988, Paris., p.307

<sup>94</sup> HOLCMAN, R. « L'ordre sociologique, élément structurant de l'organisation du travail. L'exemple des bureaucraties professionnelle : ordre soignant contre ordre dirigeant à l'hôpital », URL : <http://www.robertholcman.net/index.php?post/2008/01/01/These>, p 33

<sup>95</sup> BLUMLER, H. "Social problems as collective behavior", *Social Problems*, n°18, p.298-306

<sup>96</sup> HASSENTEUFEL, *Sociologie Politique : L'action Publique*, 2ème édition, 2014, p.44

**collectif**, partagé par l'ensemble du service qui permettrait également d'expliquer cette tentation à la « sous-traitance » des adolescents.

➤ Une tentation à la « sous-traitance »<sup>97</sup> des adolescents

Au niveau de l'institution, l'adolescent « **bouscule** » l'**organisation du service** basée sur le soin technique et la capacité des équipes à pouvoir répondre rapidement aux besoins de l'enfant. La prise en charge de l'adolescent vient remettre en cause cette logique, l'objectif n'est pas d'apporter une réponse rapide soulageant l'adolescent mais d'abord de « *restaurer un cadre contenant où l'adolescent peut reconnaître et exprimer les causes de sa souffrance* ». <sup>98</sup>

Selon le Professeur Pierre Royer : « *la médecine de l'enfant est l'ensemble des analyses, des recherches et des actions dont l'objectif est la protection de la santé de l'enfant et de celle de son environnement humain* ». **La médecine de l'adolescent**<sup>99</sup>, se détache de « la médecine d'organe » et **insiste sur une prise en charge globale et biopsychosociale**. Cette médecine de l'adolescent qualifiée de **médecine « élargie »**<sup>100</sup> ou encore de **médecine « tout terrain »**<sup>101</sup> se caractérise par « *son ouverture relationnelle et sa forte implication clinique dans les domaines habituellement considérés comme relevant de la psychologie médicale, de la famille ou du champ social.* » <sup>102</sup> Dès lors le médecin d'adolescent, lorsqu'il est confronté à des symptômes flous, de souffrance psychique ou encore de difficultés socio-familiales n'a pas pour réflexe de « *passer la main* »<sup>103</sup>. La **transversalité** apparaît être le maître mot de cette médecine de par ses différents champs d'activités et ses acteurs variés. Toutefois, une prise en charge globale de l'adolescent se voit confronter à de nombreux obstacles. L'un des premiers obstacles auquel est confronté la médecine de l'adolescent est le « **glissement** » vers la **pédopsychiatrie**.

---

97 ALVIN, P. « Jusqu'à l'âge de 18 ans », *Archives de pédiatrie*, 2004, 11, 1159-1162

98 BOUDAILLIEZ, B et al, « Structure et fonctionnement d'une unité de médecine de l'adolescent : Fédération entre un service de pédiatrie et un service de psychopathologie », *Annales de Pédiatrie*, 1998, 45, 5, 311-320

99 Développée notamment « sous l'impulsion de l'école pédiatrique de Bicêtre »<sup>99</sup>

100 ALVIN, P. « Médecine de l'adolescent : une pratique, une vocation », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55, 2007, 31-34

101 ALVIN, P. « De l'enfant malade à la médecine de l'adolescent », *Archives de pédiatrie*, 13, 2006, 29-32

102 ALVIN, P. « Médecine de l'adolescent : une pratique, une vocation », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55, 2007, 31-34

103 ALVIN, P. « Médecine de l'adolescent : une pratique, une vocation », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55, 2007, 31-34

Le professeur COURTECUISSÉ pointait déjà, dans les années 1980 toute la difficulté de cette spécialité polyvalente, la médecine de l'adolescent, lors de l'ouverture de l'unité d'adolescent à Bicêtre : « *mais certains de l'extérieur, ont d'emblée entendu « unité de psychiatrie ». Cette interprétation est révélatrice du discours social concernant l'adolescence : adolescent + hôpital = psychiatrie*<sup>104</sup>. » Même si ces deux disciplines peuvent dans certains cas être complémentaire, « *la médecine de l'adolescent n'est pas synonyme de psychiatrie de l'adolescent*<sup>105</sup>. » La méconnaissance de cette période si spécifique de la vie combinée au clivage **traditionnel entre le somatique et le psychologique**, entraîne une **absence d'échange et de coopération entre ces professionnels, de culture professionnelle différente, ne permettant pas une approche globale de la santé de l'enfant et la construction d'un vrai projet de soins personnalisés**. Dans un contexte où les compétences en pédopsychiatrie se raréfient, quelle place occupe aujourd'hui la pédiatrie dans la prise en charge de cette souffrance adolescente ? « *La réévaluation du rôle du pédiatre n'a jamais été menée à terme, faute d'une véritable réflexion sur une politique globale de santé de l'enfant et de l'adolescent.* »<sup>106</sup>

Cette souffrance décrite comme si spécifique et si importante aujourd'hui n'entraîne-t-elle pas un sentiment de non légitimité de la part des pédiatres dans cette prise en charge ? Entraînant de fait **une tendance à la « sous-traitance »**<sup>107</sup> des adolescents aux difficultés psychiques, par les pédopsychiatres ?

Les facteurs socio-démographiques semblent contribuer largement au développement d'une souffrance psychique et nécessitent dès lors une attention particulière<sup>108</sup>. Les professionnels de santé doivent donc pouvoir s'investir dans l'environnement familial de l'adolescent afin de s'assurer qu'au moment de sa sortie, le retour dans son environnement

---

<sup>104</sup> ALVIN, P, « De l'enfant malade à la médecine de l'adolescent », *Archives de Pédiatrie*, 13, 2006, 29-32

<sup>105</sup> ALVIN, P, « Médecine de l'adolescent : une pratique, une vocation », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55, 2007, 31-34

<sup>106</sup> Rapport annuel du défenseur des enfants au Président de la République et au Parlement, 2002, la documentation française

<sup>107</sup> ALVIN, P. « Médecine de l'adolescent : une pratique, une vocation », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55, 2007, 31-34

<sup>108</sup> Cette souffrance serait liée aux facteurs socio-démographiques tels que : a- l'âge, avec une augmentation de la souffrance après 15 ans b- le sexe, les filles seraient plus touchées, c- le contexte familiale, les familles monoparentales ou recomposées seraient un facteur de souffrance, d- la privation en terme de niveau de vie serait également un facteur de souffrance.

Le contexte scolaire, les tensions familiales ainsi que le harcèlement à l'école aurait une influence sur la souffrance psychologique. Enquête UNICEF 2014: Adolescent en France : le grand malaise

naturel ne lui sera pas préjudiciable. **L'approche globale de l'adolescent hospitalisé nécessite donc d'intégrer l'amont et l'aval** de cette trajectoire afin de pouvoir assurer une **continuité de la prise en charge et de développer une réelle logique de parcours**.

## 5.2 De la difficulté de développer une logique de parcours des adolescents

### ➤ Des difficultés de coopération : Organisation, Stratégie, Pouvoir

Afin de pouvoir analyser les difficultés apparentes de coopération dans la prise en charge des adolescents, il semble intéressant de s'intéresser aux acteurs et à leurs stratégies selon le modèle proposé par Crozier et Friedberg

La réflexion autour de la stratégie des acteurs nécessite de replacer l'acteur dans un contexte organisationnel. Toutefois, il semble important de rappeler qu'un **acteur** garde toujours une certaine **marge de liberté**. En effet, *«les acteurs sont insérés dans de multiples contraintes qui visent souvent à circonscrire leur comportements, mais dont ils parviennent toujours à s'affranchir partiellement. Ils disposent d'une certaine autonomie »*<sup>109</sup> De part cette **marge de liberté encore appelée source d'incertitude** par Crozier et Friedberg, l'acteur dispose d'un **pouvoir sur les autres** du fait notamment de **l'imprévisibilité de son comportement**. Le pouvoir étant en effet une relation et non un attribut. Ces deux auteurs évoquent également que la notion de pouvoir permet d'éclairer l'acteur et sa stratégie : *« des acteurs ne peuvent atteindre leurs objectifs propres que grâce à l'exercice de relations de pouvoir. »*<sup>110</sup> **L'organisation elle-même**, lieu d'exercice de ces relations de pouvoirs, secrète également des **zones d'incertitudes organisationnelles, convoitées par les acteurs** afin d'accroître leurs pouvoirs et poursuivre leurs stratégies. La maîtrise de ces sources d'incertitudes organisationnelles par les acteurs affecte la **capacité d'action de l'organisation à atteindre ses propres objectifs**. C'est pourquoi, il semble intéressant de se pencher sur ces zones d'incertitudes organisationnelles, lieu potentiel de déploiement du pouvoir des acteurs leur permettant d'élaborer leurs stratégies.

---

<sup>109</sup> MUSSELIN, C. « Sociologie de l'action organisée et analyse des politiques publiques : deux approches pour le même objet ? » *Revue française de science politique*, 2005, 55, 1, p.51-72

<sup>110</sup> CROZIER, M et FRIEDBERG, E, *L'acteur et le système*, 2014, Edition. Points, p.78

Selon Crozier et Friedberg<sup>111</sup> quatre sources de pouvoir semble pouvoir se distinguer, «*correspondant aux différents types de sources d'incertitudes*<sup>112</sup>» importantes pour une organisation, soit : celles découlant de la maîtrise d'une compétence, celles liées aux relations entre l'organisation et son environnement, celles qui naissent de la maîtrise de la communication et de l'information et enfin celles qui découlent de l'existence de règles organisationnelles. Il est important de souligner avant de développer ces différentes sources d'incertitudes, qu'elles n'existent que parce qu'elles sont investies par les acteurs de l'organisation qui « *s'en saisissent pour la poursuite de leur stratégie* »<sup>113</sup>.

La première source de pouvoir qui peut être développée et qui est la plus apparente c'est celle qui découle de *la possession d'une compétence ou d'une expertise*. Cet acteur sera dans une **position avantageuse** lorsqu'il s'agira de **négoier avec l'organisation ou des collègues**. C'est ainsi que **l'équipe de liaison de pédopsychiatrie** se retrouve dans cette situation. Les membres de cette équipe sont **seul à détenir les connaissances** en matière de prise en charge psychologique/psychiatrique d'un adolescent. Dès lors lorsqu'un infirmier de liaison ou la pédopsychiatre estime que le jeune doit rester dans le service de pédiatrie alors que ce dernier est déjà saturé, **sa décision s'impose**. L'expertise détenue par cette équipe permet de situer en position de supériorité et de légitimité en cas de négociation.

La deuxième source de pouvoir qu'il est possible d'observer au sein du CHBS comme d'ailleurs dans toute organisation, est le pouvoir lié à l'incertitude qui se développe autour *des relations entre l'organisation et son environnement*. En effet, aucune organisation ne peut exister sans entretenir des relations avec son environnement surtout en matière de prise en charge des adolescents où l'approche pluridisciplinaire est primordiale. Le CHBS doit préserver ses relations avec l'EPSM Charcot pour préserver **la mise à disposition de l'équipe de liaison au sein du service de pédiatrie** ou encore **la présence de l'UMP** aux urgences adultes. Si la prise en charge des urgences psychiatriques au sein des structures de médecine d'urgence est une obligation légale<sup>114</sup>, il en est autrement s'agissant de la mise à disposition de l'équipe de liaison de pédopsychiatrie. Il s'avère donc important au

---

<sup>111</sup> CROZIER, M et FRIEDBERG, E, *L'acteur et le système*, 2014, Edition. Points

<sup>112</sup> CROZIER, M et FRIEDBERG, E, *L'acteur et le système*, 2014, Edition. Points, p.83

<sup>113</sup> Ibid

<sup>114</sup> Article D.6124-26-6 et s du Code de la Santé Publique

regard des besoins de l'organisation de **préserver de «bonnes relations » avec son environnement**. Cette zone d'incertitude pour le CHBS peut potentiellement être une source de perturbation. Ainsi, les acteurs en mesure de contrôler cette zone d'incertitude dispose d'un fort pouvoir au sein de l'organisation. Ce pouvoir dit du « *marginalsécant* »<sup>115</sup> jouant un **rôle d'intermédiaire entre plusieurs systèmes d'action et « d'interprète entre des logiques d'action différentes voire contradictoires »** est très important pour l'organisation. Ce pouvoir s'illustre d'ailleurs lorsqu'un enfant pris en charge par le service de pédiatrie nécessite d'être transféré à l'UHEA. L'adolescent sera plus facilement transféré si l'échange a lieu entre l'équipe de liaison et l'EPSM, qu'entre un membre du service de pédiatrie et de l'EPSM, notamment en cas de saturation de ce dernier. Le clivage traditionnelle entre le somatique et le psychologique ne facilite pas les relations, les professionnels de la psychiatrie se méfient toujours d'une tendance à la « psychiatisation » des troubles<sup>116</sup>.

La troisième source de pouvoir réside également dans la manière dont l'organisation organise *la communication et les flux d'information*. Ainsi, si un individu A a besoin d'une information détenue par un individu B pour réaliser sa tâche, alors l'individu B est en mesure d'exercer un certain pouvoir dans la relation entre A et B. De plus la façon dont est transmise l'information<sup>117</sup> aura également un impact sur la capacité d'action de l'individu A. Cette source de pouvoir est une fois de plus détenue en matière de prise en charge des adolescents par **l'équipe de liaison** qui dans certains cas est **en possession d'information** dont ne dispose pas l'équipe médicale ou para-médicale du service de pédiatrie. Ainsi cette rétention d'information, aussi involontaire soit-elle,- culture psychiatrique du « silence » et « d'autorité »<sup>118</sup> -, peut accentuer le **sentiment d'impuissance des équipes médicales et para-médicale dans cette prise en charge** ou encore accentuer la difficulté à comprendre le comportement de certains adolescents. Cette **asymétrie d'information** ne permet pas un échange équilibré entre l'équipe médicale et l'équipe de liaison. L'équipe de liaison de pédopsychiatrie dispose d'un pouvoir important pour influencer les décisions notamment en matière de sortie d'un adolescent.

---

<sup>115</sup> CROZIER, M et FRIEDBERG, E, *L'acteur et le système*, 2014, Editions. Points, p86

<sup>116</sup> COUTANT, I. *Troubles en Psychiatrie*, 2012, Edition la dispute

<sup>117</sup> Information complexe, en retard, « maquillée »

<sup>118</sup> OGIEN, A « Le travail en équipe : l'imposition de la collégialité dans l'exercice de la psychiatrie » *Sciences sociales et santé*, 1987, vol.5, n°2, p.61-84,

La quatrième source de pouvoir est *l'utilisation des règles organisationnelles*. En principe, comme le rappelle Crozier et Friedberg dans leur ouvrage, **ces règles sont destinées à supprimer les zones d'incertitudes et limiter les trois sources précédentes de pouvoir** : la compétence, l'information et la communication et les relations avec l'environnement. Il est intéressant de constater qu'il ne semble **pas exister au sein de l'organisation étudiée de règles organisationnelles en matière de prise en charge des adolescents**. En effet concernant les relations **entre le CHBS et l'équipe de liaison**, il n'existe **aucune règle formalisée** concernant **l'organisation et les modalités d'intervention** de l'équipe au sein du service, ni pour les **modalités de transmission d'information** entre les équipes ainsi que concernant les **modalités de transfert** entre l'EPSM Charcot et le CHBS. La même réflexion peut également être menée s'agissant des relations entre **le CHBS et le Conseil Départemental**. **Aucune règle organisationnelle** ne semble exister dans le champ de **l'information et de la communication** ainsi que dans les **modalités relationnelles** entre ces deux institutions. Dès lors, l'absence de telles règles peut peut-être venir expliquer les difficultés de prise en charge du service ainsi que les difficultés relationnelles avec les autres institutions. Ces **zones d'incertitudes** permettent aux acteurs de **poursuivre leurs propres stratégies**.

Afin de mieux comprendre ces stratégies d'acteur, il semble important désormais de se pencher sur l'environnement dans lequel elles évoluent.

- Un environnement contraignant : des choix professionnels conditionnés par le manque de place

Avant d'évoquer les contraintes environnementales dans lesquelles évoluent les différents acteurs, il semble important de rappeler que **l'hôpital public est un service public** et par conséquent ses missions doivent être exercées dans le respect des lois de Rolland, soit les principes d'égalité, de neutralité et de continuité. Ainsi comme le mentionnait explicitement l'ancien article L.6112-2 du CSP « *Ces établissements [de santé publics et privés] garantissent l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent [...]. Ils doivent être en mesure de les accueillir de jour et de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement [...]. Ils [...] veillent à la continuité de ces soins, [...] Ils ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins* ». Par opposition, le **secteur social** quant à lui, comme le souligne Jean-François Bauduret « *relève plus de la notion de discrimination positive (apporter des*

réponses adaptées à des populations bien précises) que de celui de la non-discrimination au sens de la loi hospitalière (non sélection des personnes en fonction de leurs revenus ou au regard de leurs pathologies) »<sup>119</sup>. Depuis quelques années, l'hôpital doit également faire face à une certaine « *sanitarisation des questions sociales* »<sup>120</sup>, voire une « *psychiatriation des questions sociales* »<sup>121</sup>. Toutefois, comme l'énonçait l'économiste Philippe Mossé, depuis déjà quinze ans, il existe une vraie contradiction entre les « *impératifs économiques essentiellement comptables et centrés sur la production des soins imposés à l'hôpital et les missions sociales de ce dernier* »<sup>122</sup>. Les **missions de service public** s'avèrent de plus en plus **difficile à assurer** dans un **contexte de maîtrise des dépenses de santé** et de **rationalisation des ressources**. Au même titre que l'hôpital général, la psychiatrie est également victime de ces contraintes budgétaires.

Ce contexte budgétaire restreint ne semble pas encourager la collaboration entre les acteurs, et ravive des conflits et des enjeux de pouvoir. Selon Knoepfel, Larrue et Varone<sup>123</sup> afin de comprendre la stratégie des acteurs, l'un des premiers éléments à observer est les « *ressources sur lesquels ils peuvent s'appuyer pour agir* »<sup>124</sup>. En effet, la **nature et la quantité de ces ressources** permettent à un acteur de **déterminer sa capacité d'action et donc son pouvoir dans un processus d'action**. L'EPSM Charcot aujourd'hui dispose d'un taux d'équipement de 1,4 lit pour 10 000 habitants sur le territoire, contre un taux de 2,2 en région Bretagne et de 3,9 au niveau national<sup>125</sup>. Ces **ressources limitées** conditionnent très directement les négociations entre acteurs, et encourage la **crispation des relations entre l'hôpital général et l'établissement de santé mentale**. Doit également être pris en compte la **temporalité des acteurs** dans le champ des négociations. Le temps de l'hôpital général semble faire que les décisions sont généralement « *prises en général à partir d'influences s'exerçant dans l'instant* »<sup>126</sup> avec un **manque de**

<sup>119</sup>BAUDURET, JF, *Institutions sociales et médico-sociales : de l'esprit des lois à la transformation des pratiques*, Santé Social, Dunod, 2013, p.74

<sup>120</sup>LONCLE, P. « Evolution des politiques locales de jeunesse », *Agora débats/jeunesses*, 2007, vol 1 n° 43, p. 12-28.

<sup>121</sup>COUTANT, I, *Troubles en psychiatrie*, La dispute, 2012

<sup>122</sup>SCHWEYER, F-X. « L'hôpital sous pression », *Sociologie*, Compte rendus, 2012, URL : <http://sociologie.revues.org/1110>, consulté le 28/07/2015

<sup>123</sup>KNOEPFEL, P, LARRUE, C. VARONE, F, *Analyse et pilotage des politiques publiques*, 2001, Genève, Helbing et Lichtenhahn,

<sup>124</sup>HASSENTEUFEL, *Sociologie Politique : L'action Publique*, 2ème édition, 2014, p.117

<sup>125</sup>Programme territorial de Santé n°3, URL : [http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site\\_internet/Politique\\_regionale\\_de\\_sante/Projet\\_regional\\_de\\_sante/en\\_ligne\\_FEV\\_2014/PTS\\_3.pdf](http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Politique_regionale_de_sante/Projet_regional_de_sante/en_ligne_FEV_2014/PTS_3.pdf), consulté le 25 juillet 2015

<sup>126</sup>CUCCHI, M. « Agir à l'hôpital, de la mission de service au projet collectif », *Gestions Hospitalières*, Décembre 2006, p.753-768

**perspective sur l'environnement.** Ainsi, la **prédominance des enjeux internes** fait que les relations avec l'extérieur entraînent des rivalités et «*met les jeux de pouvoir au centre des processus de décision* »<sup>127</sup>.

Face à cette **offre de soin restreinte**, le CHBS se voit parfois contraint d'hospitaliser des enfants en **dehors du secteur géographique** de **pédopsychiatrie**. Ces pratiques professionnelles, tendent à **rompre avec la logique de secteur** insaturé après la seconde guerre mondiale, qui avait pour objectif de **maintenir le patient dans son environnement familial et social** et ainsi préserver les liens sociaux de l'individu. Ces situations semblent se présenter principalement pour des adolescents dont le contexte familial est fragilisé, marqués par des ruptures ou des placements au sein de l'aide sociale à l'enfance. Ces **pratiques institutionnelles** semblent venir **fragiliser les liens sociaux** de ces adolescents notamment dans le lien de citoyenneté et le lien de filiation et ainsi renforcer « *les formes inégales de l'intégration sociale* »<sup>128</sup> telles que décrites dans l'ouvrage collectif sous la direction de Serge Paugam.<sup>129</sup>

- Adolescents et politiques de santé publique: une conception thématique défavorable à une approche globale de l'adolescent

Les **difficultés d'articulation et de coordination institutionnelle** peuvent être analysées également au regard de la conception et de la manière dont sont structurées nos **politiques de santé publique**. Au sein du **Projet Régional de Santé Bretagne 2012-2016**, la spécificité et la reconnaissance de la « population jeune » se situe dans le schéma régional de l'organisation médico-social à travers la prise en charge du handicap. En dehors de cette reconnaissance, **la population adolescente ou jeune n'est à aucun moment reconnue**<sup>130</sup> **comme population spécifique ayant des besoins spécifiques**, comme cela peut être le cas d'une manière plus générale pour les personnes âgées. La politique de santé pour les jeunes est abordée aujourd'hui à travers des thématiques transversales telles que la santé mentale ou encore les conduites addictives. Ces modalités de conception ne permettent pas de

---

<sup>127</sup> ibid

<sup>128</sup> PAUGAM, S, Intégrations et inégalités : deux regards sociologiques à conjuguer, dans PAUGAM, S (dir), *L'intégration inégale- force, fragilité et rupture des liens sociaux*, éditions PUF, paris, 2014

<sup>129</sup> Ibid

<sup>130</sup> FERRON, C. « Santé des jeunes : plaidoyer pour un accompagnement des acteurs et de leurs publics », santé Publique, 2013, HS1 (S1), p ;5-6

favoriser la santé à chaque âge de la vie en prenant compte des spécificités de chaque population.

Il est également intéressant en analysant le PTS n°3 de distinguer les **ambitions politiques** initiales et la **mise en œuvre de l'action publique** et ainsi observer les **distorsions entre le politique et l'administration**, tel que cela a pu être démontré par la sociologie des organisations et la critique sociologique de l'idéal type « webérien » de la bureaucratie. Afin d'illustrer ce propos, l'axe transversal de la santé mentale développée par le PTS n°3, comportait notamment comme objectif d'améliorer la fluidité des parcours entre le sanitaire et le médico-social. Cet objectif a été décliné par une fiche action : « *amélioration de la prise en charge des situations de crise chez l'enfant et modalités de recours à l'hospitalisation et à ses alternatives* »<sup>131</sup>. Cependant, la DT n'a pas mis en place de véritable plan d'action en ce sens puisqu'un cabinet avait été mandaté par l'ARS pour réaliser des préconisations en matière de coordination des acteurs à l'échelle du territoire. Toutefois, il semblerait que le rapport n'a pas permis à l'ARS de dégager de véritable piste de coordination des acteurs. Cette fiche action n'a donc pas été mise en œuvre<sup>132</sup>. La construction des politiques de santé sous forme d'approche thématique semblerait être renforcée les configurations économiques actuelles comme le souligne Marcel Jaeger et son équipe : « *il est illusoire d'espérer des crédits supplémentaires importants dans le domaine sanitaire, et donc la demande doit être présentée dans le domaine médico-social ; le domaine médico-social est organisé en groupes-cibles, et donc la demande doit porter sur la création d'un nouveau groupe-cible (« faire exister une population »).* »<sup>133</sup>. Toutefois, le récent changement de Directeur Général de l'ARS Bretagne, et la réorganisation<sup>134</sup> en principe prévue, devrait intégrer **une approche populationnelle dans l'élaboration des futures politique de santé**, préconisée par la Stratégie Nationale de Santé, et porterait une attention particulière aux logiques de parcours.

En attendant, l'ARS intègre progressivement cette notion de parcours dans les travaux menés puisque sur la demande des 4 conseils généraux, elle travaille actuellement sur la régulation du **parcours des adolescents en difficultés multiples** : éducatives, psychiatriques, judiciaires ou encore médico-sociales, nécessitant une prise en charge

---

<sup>131</sup> Programme territorial de santé n°3, p 904

<sup>132</sup> Entretien 07/04/2015, Coordinatrice du TS n°3

<sup>133</sup> Jaeger, M. et al, *Usagers ou citoyens ? De l'usage des catégories en action sociale et médico-sociale*. 2011, Dunod, p.97.

<sup>134</sup> Entretien, Chargée de mission à la direction adjointe prévention promotion de la santé, ARS Bretagne

coordonnée. Cette étude vise à comprendre et prévenir les ruptures dont sont victimes ces adolescents. Si l'on ne peut qu'encourager la démarche de l'ARS visant à améliorer le parcours de ces jeunes aux difficultés multiples ou encore nommés par certains « incasables », il est possible de s'interroger toutefois sur la méthode de composition des groupes participants à cette étude. En effet, pour analyser les difficultés et réfléchir à d'éventuelles propositions d'amélioration de la prise en charge, l'ARS a convié : la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte, les maisons des adolescents, l'éducation nationale, les établissements et services médico-sociaux, les établissements et services sociaux ainsi que la PJJ. **L'hôpital général et les pédiatres** n'ont cependant pas été invités à la réflexion. Cette mise sur agenda<sup>135</sup> quasi concomitante mais parallèle d'un même problème, par l'ARS et par le CHBS ne sera pas sans conséquence sur l'action publique qui en résultera. En effet, « *la compréhension des processus de sélection des problèmes préalablement construits comme publics constitue de ce fait une dimension centrale des analyses en terme de mise sur l'agenda* »<sup>136</sup> Ainsi, la sélection des différentes institutions participant au focus groupe, est en quelque sorte une sélection du problème qui sera identifié comme tel mais qui ne sera pas représentatif de l'ensemble des problèmes rencontrés par les institutions dans la prise en charge des adolescents. L'exclusion de l'hôpital général de cette réflexion met en lumière l'interaction des acteurs reconnus comme tels dans ce type de prise en charge. Ainsi, **l'hôpital général ne semble pas être inclus dans ce réseau d'action publique**<sup>137</sup> et pouvoir participer à l'évolution des politiques publiques dans ce domaine.

Cette organisation **révèle** qu'il est encore **difficile aujourd'hui de réfléchir à des problématiques d'une manière globale** intégrant **une vraie logique de parcours**. Même si la volonté est aujourd'hui au décloisonnement du social, médico-social, et du sanitaire, impulsée par la loi Hôpital Patient Santé Territoire du 21 juillet 2009, la pratique en est pour autant bien différente. La pluralité des acteurs, des missions, des logiques, des cultures rend difficile l'intégration des différents systèmes, « *créant un « nous » co-*

---

<sup>135</sup> Mise sur agenda définit comme « l'ensemble des problèmes faisant l'objet d'un traitement, sous quelque forme que ce soit, de la part des autorités publiques et donc susceptible de faire l'objet d'une ou plusieurs décisions » GARRAUD, P. « Politiques nationales : l'élaboration de l'agenda » *L'année sociologique*, p.17-41

<sup>136</sup> HASSENTEUFEL, *Sociologie Politique : L'action Publique*, 2<sup>ème</sup> édition Armand Colin, 2014, p.44

<sup>137</sup> « Les réseaux sont le résultat de la coopération plus ou moins stable, non hiérarchique, entre des organisations qui se connaissent et se reconnaissent, négocient, échangent des ressources et peuvent partager des normes et des intérêts » LE GALES, P, THATCHER, M, *Les réseaux de politique publique. Débats autour des « policy networks »*, Paris, L'Harmattan, 1995

responsable de l'offre de soins et de services sur un territoire »<sup>138</sup>. Pour autant seul un système de santé intégré, tel que décrit par Pierre Blaise<sup>139</sup>, résultant d'une construction autour des valeurs souhaitées et des tensions générées sembleraient pouvoir relever les défis du cloisonnement et de la fluidité des parcours entre autre. « *Ainsi dans un système intégré, il importe moins de savoir si chaque effecteur assure sa mission que de savoir si l'ensemble des effecteurs couvrent les besoins de la population et, si non, pourquoi* »<sup>140</sup>

Il est possible d'espérer que cette étude permettra à l'ARS de se pencher d'une manière plus générale sur une véritable politique de santé des enfants et des adolescents, dans tous les domaines et permettra ainsi la mise en place d'une logique de parcours afin de lutter contre **l'organisation en « tuyau d'orgue »** des institutions faisant **obstacle à une prise en charge souple et coordonnée** des jeunes.

## 6. Préconisations d'action

### 6.1 Plan d'action préconisé

Au regard des informations recueillies et de l'analyse de ces informations, le plan d'action conseillé au CHBS peut se décliner en deux préconisations :

- Améliorer la prise en charge des adolescents au sein du service de pédiatrie
- Améliorer les collaborations avec les structures extra-hospitalières

#### 6.1.1 Améliorer la prise en charge des adolescents au sein du service de pédiatrie

Au regard de la spécificité de l'adolescence et des difficultés auxquelles sont confrontées les professionnels de santé du service, deux objectifs principaux peuvent être fixés :

- Accompagner les professionnels du service de pédiatrie
- Garantir une approche globale de l'adolescent

---

<sup>138</sup> SOMME, D. dans « intégration et gestion de cas, évolution des dispositifs de réponse à la perte d'autonomie dans le cadre du plan national Alzheimer », 2010 Direction générale de la cohésion sociale

<sup>139</sup> Directeur du projet régional de Santé, ARS Pays de la Loire

<sup>140</sup> SOMME, D. dans « intégration et gestion de cas, évolution des dispositifs de réponse à la perte d'autonomie dans le cadre du plan national Alzheimer », 2010 Direction générale de la cohésion sociale

➤ **Accompagner les professionnels du service de pédiatrie**

Accompagner les professionnels du service de pédiatrie dans la prise en charge des adolescents, c'est dans un premier temps leur permettre d'améliorer leur connaissance sur l'adolescence et la psychopathologie de l'adolescent et dans un second temps les accompagner dans la construction d'un projet de soins personnalisé.

- **Améliorer les connaissances sur l'adolescence et la psychopathologie de l'adolescent.**

Suite aux différents entretiens menés auprès des équipes du service de pédiatrie, il semble important de pouvoir proposer aux professionnels médicaux et para-médicaux une **formation sur ce qu'est l'adolescence et la psychopathologie de l'adolescent** afin de pouvoir mieux cerner cette période si spécifique et les enjeux de cette dernière. Cette formation ayant pour objectif de pouvoir permettre aux professionnels de **remettre du sens** sur la prise en charge des adolescents au sein du service de pédiatrie et « *que s'effectue un travail d'analyse de groupe et d'évolution des personnes, dans leur représentation d'elle-même et de leur pratique* »<sup>141</sup> essentielle en matière de changement.

Afin de pouvoir **objectiver les difficultés ressenties par les professionnels**, un questionnaire (cf. Annexe 6), co-construit avec la pédopsychiatrie pourrait être distribué aux professionnels. Ce questionnaire permettra ainsi de pouvoir rédiger un cahier des charges adapté aux véritables besoins exprimés par les professionnels.

- **Construire un projet de soins personnalisé**

Afin d'accompagner les professionnels dans la construction d'un projet de soin personnalisé pour les adolescents, l'idée est de poursuivre les **stages par immersion entre le CHBS et l'EPSM Charcot**, où des professionnels du service de pédiatrie se rendent à l'UHEA et des professionnels de l'UHEA interviennent au sein du service de pédiatrie. Toutefois, désormais cette action de stage par immersion devra être **rapprochée de l'objectif construire un projet de soins personnalisé**, ce qui n'est actuellement pas le cas.

La mise en place d'un tel projet de soins personnalisé, nécessite de **formaliser la participation des infirmières/puéricultrices et des auxiliaires aux synthèses**

---

<sup>141</sup> ROUCHY, J-C et SOULA DESROCHE, *Institution et changement*, Editions Erès, Toulouse, 2010, p.50

**hebdomadaires** du vendredi afin de pouvoir assurer un véritable suivi de ce projet en interaction avec l'équipe de liaison.

➤ **Garantir une approche globale de l'adolescent**

Afin de garantir une approche globale de l'adolescent préconisée par la médecine de l'adolescent, il s'agit dans un premier temps de formaliser un véritable projet d'Unité de Médecine de l'Adolescent (UMA), d'assurer une prise en charge individualisée de qualité et enfin garantir un accueil personnalisé et organisé de l'entourage.

• **Formaliser un projet d'UMA**

Ce projet d'UMA, pourrait être à destination des **adolescents de 10 et 18 ans, atteint de maladie somatique, chronique et également mal-être**. L'adolescence étant une période difficile à border, une fourchette assez large de cette période a été choisie, conformément à la définition donnée par l'OMS qui correspond également au public accueilli par le service de pédiatrie. Réunir des adolescents atteints de maladie somatique et psychique permet ainsi d'assurer une véritable prise en charge globale de l'adolescent permettant ainsi de **dépasser le clivage « somatique » ou « psy »**. Cette unité destinée à tout adolescent, peu importe son motif d'admission, permet de **ne pas stigmatiser l'adolescent** selon sa pathologie et permet également **aux professionnels de dépasser le clivage traditionnel et investir pleinement le champ de la médecine de l'adolescent**. Ainsi, cette organisation **favorisera le travail en synergie avec les différents professionnels** pouvant intervenir dans cette prise en charge.

Ce projet d'UMA pourrait également favoriser la **mise en place d'une équipe médico-soignante référente**, motivée à la prise en charge spécifique des adolescents. Cette équipe médico-soignante référente permettra ainsi d'identifier des professionnels chargés de la prise en charge des adolescents et **facilitera la collaboration avec l'équipe de liaison**.

L'UMA pourrait également être **un espace géographique délimité** et entièrement dédié à la prise en charge des adolescents. Ainsi le regroupement des adolescents permettrait d'éviter tout incident dans la cohabitation entre les enfants et les adolescents. **Un règlement intérieur** à destination des adolescents seraient également rédigé, comprenant les droits et les devoirs des adolescents ainsi que le déroulement d'une journée type. Ce règlement **devra être partagé par l'ensemble des professionnels** intervenant au sein du service.

- Assurer une prise en charge individualisée de qualité

Cette prise en charge individualisée de qualité passe par la **rédaction et la mise en œuvre de projets de soins personnalisés pour chaque adolescent, incluant dès l'entrée un véritable projet de sortie**, afin de **travailler la réintégration de l'adolescent** dans son milieu naturel. Ce projet de soins serait élaboré par l'équipe médicale et para-médicale du service de pédiatrie et l'équipe de liaison de pédopsychiatrie. En soutien à la rédaction de ce projet pourront intervenir tout acteur pertinent dans la prise en charge de l'adolescent : famille d'accueil, éducateur, enseignants, etc...

Lors de l'accueil individualisé de l'adolescent, un professionnel du service **remettra et expliquera à ce dernier le règlement intérieur du service**. La prise en charge de l'adolescent devra autant que possible **favoriser l'adhésion de celui-ci à l'hospitalisation et au projet de soins** envisagé. En effet, seul le consentement de l'adolescent à la démarche de soin initiée permettra de garantir son engagement personnel et l'efficacité de l'hospitalisation. L'adolescent doit être un véritable acteur de sa prise en charge et pour cela il doit être informé par les professionnels du service.

Afin de garantir une prise en charge de qualité de l'adolescent, il semblerait peut-être intéressant **d'analyser les compétences professionnelles du service au regard de la réalisation d'un tel projet**. En effet, la composition de l'équipe référente des adolescents est importante et devrait pouvoir être composée des **professionnels des deux sexes** afin de pouvoir répondre facilement aux interrogations des adolescents. De plus, l'équipe du service étant composée principalement de puéricultrice et d'auxiliaire de puériculture, **l'introduction de nouvelle catégorie professionnelle serait peut-être à envisager**.

En fonction des adolescents accueillis par le service et les objectifs fixés par le projet de soins, des **ateliers thérapeutiques** pourront être organisés. Le soin au cours de l'adolescence « *est en grande partie consacré à la valorisation des compétences et à l'amélioration de l'estime de soi* »<sup>142</sup>. Ainsi, grâce aux ressources internes de l'hôpital et des activités développées dans d'autres services, des ateliers autour de la nutrition, de l'estime de soi, d'éducation à la santé, de relaxation ou encore sur la gestion du stress pourraient être mis en place. Ces ateliers permettraient ainsi de participer à

---

<sup>142</sup> DEPRESLE, N, « La prise en charge des adolescents atteints de maladies chroniques » in « La médecine de l'adolescent, une clinique biopsychosociale », *Soins, pédiatrie, puériculture*, 2008, n°242, p.22

« *l'empowerment* »<sup>143</sup> des adolescents. Au regard des effectifs du service de pédiatrie, ces ateliers pourraient être animés par l'équipe para-médicale, ce qui permettra également à l'équipe de prendre part activement à cette prise en charge et de renforcer son rôle. Le comportement des adolescents lors de ces ateliers devra être relayé lors des temps de synthèse pluridisciplinaire afin de pouvoir faire un point sur la prise en charge de l'adolescent. Dès lors, **la formalisation de ce temps de synthèse pluridisciplinaire** regroupant : pédiatre, équipe para-médicale, équipe de liaison, assistante sociale est essentiel afin d'assurer une prise en charge individualisée de qualité.

- Garantir un accueil personnalisé et organisé de l'entourage

Chaque fois que cela sera envisageable, le pédiatre et le pédopsychiatre devront rencontrer l'entourage de l'adolescent permettant ainsi de recueillir l'adhésion à l'hospitalisation et au projet de soins envisagé. Cet entretien permet à l'entourage de se repositionner face à cette période délicate et de pouvoir être intégré dans cette prise en charge, où il n'est pas toujours facile de trouver sa place.

#### *6.1.2 Améliorer les collaborations avec les structures extra-hospitalières*

L'amélioration de la prise en charge des adolescents au sein du service de pédiatrie ne peut s'envisager que si l'amont et l'aval de l'hospitalisation sont également travaillés. Il s'agit dès lors d'améliorer les collaborations avec les institutions ou structures extra-hospitalières entrant en interaction avec le service de pédiatrie.

##### ➤ EPSM Charcot

Afin d'améliorer les collaborations entre l'EPSM et le CHBS, un travail de **formalisation des relations entre ces deux institutions** semble primordial.

Dans le cadre **d'une renégociation de la convention** liant ces deux établissements, il serait intéressant de pouvoir y inscrire **la garantie d'une expertise pédopsychiatrique en amont de l'hospitalisation, soit au niveau des urgences pédiatriques**, afin d'admettre

---

<sup>143</sup> « L'empowerment peut se concevoir en trois dimensions, plus ou moins observables. - La dimension la plus visible concerne les comportements de santé adoptés par les personnes malades (autodétermination dans les choix des comportements adoptés, capacité à lâcher prise, sentiment de maîtrise). - Une deuxième dimension concerne les attitudes et comportements des patients comme des soignants dans le cadre de la relation de soins (participation, sentiment de sécurité). - Enfin une troisième dimension concerne la relation à soi-même (conscience de soi, sentiment de sécurité, sentiment de cohérence, mobilisation de ressources intrapsychiques). », dans Aujoulat I. *L'empowerment des patients atteints de maladie chronique* [Thèse de doctorat en santé publique]. Louvain (Belgique) : Université catholique de Louvain ; 2007. p.36, URL : <http://ofep.inpes.fr/apports/index.php?id=3&action=definitions>, consulté le 05/08/2015

dans le service de pédiatrie, uniquement des adolescents relevant d'une prise en charge pédiatrique et ainsi assurer une hospitalisation pertinente tel que le recommande la HAS<sup>144</sup>. Ce « tri » aux urgences permettra d'orienter dès le départ les adolescents vers une prise en charge adaptée et de limiter les hospitalisations injustifiées. Dans la même idée, il serait intéressant de pouvoir **s'assurer qu'une expertise psychiatrique au sein de la Maison des Adolescents** a été effectuée avant d'orienter l'adolescent vers le service de pédiatrie.

Afin de fluidifier et clarifier les relations entre les deux institutions, il semblerait intéressant d'établir et de formaliser **le parcours de soins hospitalier des adolescents et la procédure à adopter en cas de transfert d'un enfant du CHBS vers l'UHEA**, ainsi que la procédure dégradée lorsque l'UHEA est saturée afin de limiter les sources d'incertitudes.

S'agissant des relations entre le **service de pédiatrie et l'équipe de liaison**, il semblerait intéressant de **formaliser la collaboration** de ces deux équipes notamment dans la **construction des projets de soins**.

➤ Direction Adjointe de la Protection de l'Enfance

Afin d'améliorer les collaborations entre le CHBS et la DAPE, deux objectifs apparaissent essentiels : fluidifier et sécuriser la sortie de l'adolescent et assurer une continuité de prise en charge pour les enfants suivis par un dispositif de protection de l'enfance.

- Pour fluidifier et sécuriser la sortie de l'adolescent **un ou des référent (s) opérationnel(s) au sein de l'équipe de l'UMA chargés des collaborations avec le secteur de la protection de l'enfance, pourrait (ent) être identifié(s)**. Ce (s) référent (s) permettra (ent) de faciliter les échanges entre ces deux institutions. A Vannes, un éducateur, mis à disposition par le Centre Départemental de l'Enfance, est présent dans le service de pédiatrie cinq matinées par semaine et est chargé uniquement de travailler les liens avec les structures extra-hospitalières. De plus dès l'entrée du patient dans le service de pédiatrie, devrait être **intégré systématiquement à l'hospitalisation les acteurs de la protection de l'enfance (éducateur, assistants familiaux) et associer au projet de soins et au projet de**

---

<sup>144</sup>HAS, Certification des établissements de Santé, Décembre 2011 Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé Certification V2010, URL : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/20120213\\_guide\\_pec\\_enfant\\_ado.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/20120213_guide_pec_enfant_ado.pdf), consulté le 05/08/2015

**sortie**, afin d'anticiper la sortie de l'adolescent et travailler les modalités de retour dans son environnement naturel. Concernant les adolescents ne relevant pas encore d'un dispositif de protection de l'enfance mais qui au cours de l'hospitalisation présentent un danger ou un risque de danger, il semblerait intéressant de mettre en place **un protocole inter-institutionnel entre le CHBS et la DAPE** afin de clarifier les circuits d'orientation et de décision.

- Pour assurer une continuité de prise en charge, lors d'une hospitalisation au sein du service de pédiatrie, la **fiche de liaison** proposée lors de la réunion du 5 février 2015 par le directeur de la Protection de l'Enfance semble effectivement un bon outil. Toutefois, cette fiche devra **intégrer le nom et les coordonnées du référent de l'ASE lorsque la mesure de protection est déléguée à un service habilité** et qu'une difficulté se présente avec ce service.

La **cellule de crise** évoquée lors de cette même réunion semble également un bon outil à mettre en place et à mobiliser, lorsque le CHBS se retrouve confronté à un adolescent aux difficultés multiples et dont la situation dépasse largement son propre champ de compétence. Toutefois, la volonté du Directeur de la Protection de l'Enfance de réactiver cet outil ne semble pas suffisante pour que s'en suive une mise en œuvre effective sur le territoire de santé n°3 au regard de la position tenue par les acteurs à ce sujet. Ainsi il semblerait intéressant d'avoir un **retour d'expérience sur le fonctionnement de la cellule de crise de l'est du département** et **travailler avec les acteurs** du territoire de santé n°3 **les modalités de saisine et de mise en œuvre d'un tel outil**, afin de pouvoir s'adapter aux particularités du territoire.

➤ Direction Adjointe du Développement Social et des Territoire

Malgré une note rédigée par la Direction de la famille et de l'Action Sociale qui est venue préciser les circuits d'orientation et de décision en matière de protection de l'enfance, des difficultés quant à la répartition des tâches entre le service social hospitalier et la DADST semblent persister, notamment sur certains Territoires d'Intervention Social. Ainsi, il semblerait opportun **d'organiser une rencontre avec cette direction** afin de **clarifier et homogénéiser les pratiques**. Afin de **formaliser ces pratiques, un protocole inter-institutionnel** pourrait être envisagé.

➤ Tribunal de Grande Instance

L'amélioration de la collaboration avec le TGI semblerait passer par **une meilleure communication directe entre le substitut des mineurs et le service social hospitalier**, notamment en cas d'hésitation pour ce dernier à solliciter une Ordonnance de Placement Provisoire. **Une fiche de signalement type** (Cf. Annexe 7) à destination des professionnels des urgences pourrait être instaurée afin de limiter l'oubli d'informations importantes pour le magistrat en cas de transmission directe d'un signalement.

➤ Protection Judiciaire de la Jeunesse

Au regard des difficultés de la PJJ à trouver **un partenariat en matière de radiologie, ophtalmologie et de soin bucco- dentaire**, un partenariat pourrait être envisagé entre le CHBS et la PJJ à ce sujet, notamment par l'intermédiaire de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé. Concernant les difficultés lors de l'accueil **aux urgences** de ces jeunes, il pourrait être mis en place **un protocole**, favorisant une prise en charge rapide de ces derniers.

➤ L'ensemble des partenaires du CHBS

Pour améliorer les collaborations avec ses partenaires, il semble important de **favoriser les rencontres régulières** et d'organiser au moins une fois par an une rencontre entre tous les acteurs<sup>145</sup> pouvant être amenés à intervenir dans la prise en charge des adolescents. Ce rendez-vous permettra aux différents acteurs de se connaître et de se reconnaître ce qui pourra faciliter les échanges par la suite. De plus ces réunions sont l'occasion de pouvoir échanger sur les difficultés rencontrées par les uns et les autres et ainsi envisager des solutions afin d'améliorer la prise en charge des adolescents et leurs parcours.

## 6.2 Organigramme du projet

Après avoir défini les objectifs institutionnels de ce projet, il s'agit désormais de définir l'organigramme du projet.

Après avoir identifié l'ensemble des acteurs directs et indirects pouvant intervenir dans ce projet, l'organigramme pourrait se présenter ainsi :

---

<sup>145</sup> Les acteurs du médico-social seraient également inclus à ces rencontres.

➤ Comité de Pilotage

Chargé de la définition des objectifs et des orientations stratégiques, il pourrait être composé :

- Médecin chef de Pôle FME
- Cadre supérieur du Pôle FME
- Directrice Adjointe de la Clientèle du Parcours Patient et des Relations avec les Usagers
- Coordonnatrice des Soins de la Qualité et de la Gestion des Risques

➤ Equipe Projet

Cette équipe chargée de piloter les actions et les différentes tâches du projet pourrait être composée :

- Trois pédiatres : médecin spécialisé en médecine de l'adolescent, médecin chef de service et un autre médecin intéressé et investi dans la prise en charge des adolescents
- Cadre de santé du service de pédiatrie
- Cadre du service social

➤ Groupes de travail

Ces groupes seront chargés de travailler sur les différents objectifs du projet et seront pilotés par un membre de l'équipe projet. La répartition des groupes de travail pourrait être effectuée en fonction des différents objectifs à travailler :

- Construire un projet de soin personnalisé
- Formaliser un projet d'Unité de Médecine de l'Adolescent
- Assurer une prise en charge individualisée et de qualité et garantir un accueil organisé et personnalisé de l'entourage
- Fluidifier/sécuriser la sortie de l'adolescent et assurer une continuité de prise en charge pour les adolescents relevant d'un dispositif de protection de l'enfance
- Clarifier et fluidifier les pratiques entre la DADST et le service social hospitalier
- Favoriser les rencontres régulières entre les partenaires

Ces groupes seront composés de tout professionnel volontaire à s'investir dans ce projet : pédiatre, puéricultrices, auxiliaire de puériculture et assistantes sociales. En soutien, ces groupes de travail pourront faire appel à des acteurs extérieurs au CHBS mais intervenant

et collaborant dans la prise en charge des adolescents : équipe de pédopsychiatrie de liaison ou encore des professionnels du Conseil départemental ou des services habilités.

### **6.3 Construction du plan de communication**

Afin d'informer les différentes équipes des résultats de cette étude en accord avec le bureau de pôle qui a validé le plan d'action, il a été décidé de faire un retour aux équipes médicales, para-médicales et du service social hospitalier.

L'objectif de ce plan de communication était que le plus grand nombre de professionnel puisse y assister. Quatre réunions d'information ont eu lieu (3 réunions avec les équipes médicales et para-médicales et 1 réunion avec le service social). Ces rencontres organisées en présence, du médecin chef du PFME, du cadre supérieur du Pôle FME, du cadre du service de santé de pédiatrie et de la Coordinatrice des Soins, de la Qualité et de la Gestion des Risques avaient également pour objectif de pouvoir à partir de cette étude créer un moment propice aux échanges entre professionnels de santé et direction (pratique peu répandue dans le monde hospitalier) afin de pouvoir anticiper les résistances potentielles liées à un tel projet.

---

## Partie 2 ANALYSE REFLEXIVE

---

### 1. Analyse du déroulement de la mission

Réaliser ma mission de stage dans un centre hospitalier m'a permis de me rendre compte entre autre d'une configuration structurelle spécifique, pouvant rencontrer des difficultés face au changement et où cohabite des cultures professionnelles et des appartenances différentes.

#### 1.1 Une configuration structurelle spécifique

En reprenant les configurations structurelles d'Henry Mintzberg, l'hôpital est traditionnellement présenté comme **une bureaucratie professionnelle**. Toutefois, à la lumière du stage réalisé, ce modèle organisationnel datant de 1982, peut être **complété** à la **lumière des nouvelles évolutions de l'hôpital**, c'est ainsi que Thierry Nobre parle de « *bureaucratie professionnelle coopérative éclairée* »<sup>146</sup>

- L'hôpital : une bureaucratie professionnelle

La **partie clé** de cette organisation est articulée autour du **centre opérationnel où se trouvent les professionnels**. Au sein de cette configuration sont développées des fonctions de **support administrative et logistique**, mais elles ont « *surtout pour mission de servir le centre opérationnel* »<sup>147</sup> La bureaucratie professionnelle est une configuration où la **coordination** est assurée par la **standardisation des qualifications**, qui se réalise à travers la formation et la socialisation des professionnels. Ainsi la **formation des professionnels** est un des principaux paramètres de conception de cette configuration et permet ainsi d'assurer la standardisation des connaissances. Cette organisation laisse une **marge d'autonomie considérable aux professionnels** « *dans le diagnostic, la mise en œuvre de solution et de contrôle de leur propre travail. Elle repose sur l'autorité professionnelle et*

---

<sup>146</sup> NOBRE, Y. L'hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisitée : à partir de l'analyse du coût des dysfonctionnements. 20ème CONGRES DE L'AFC, May 1999, France, URL : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00587813/document>, consulté le 30/07/2015.

<sup>147</sup> MINTZBERG, H. *Structure et Dynamique des Organisations*, éditions d'organisation, Paris 1982, p.314

la compétence »<sup>148</sup>. L'autonomie des professionnels s'explique notamment à travers le **processus de classement**<sup>149</sup> qui permet de diviser les tâches et de les affecter à des professionnels compétents, ainsi les professionnels ne s'attardent pas à coordonner leur travail. La bureaucratie professionnelle se caractérise par une **forte décentralisation** au niveau vertical et horizontal. De plus, cette configuration se compose fréquemment de « **deux hiérarchies parallèles**, l'une pour les professionnels, qui va du bas vers le haut et qui est démocratique, l'autre pour les fonctions de support logistique, qui va du haut vers le bas et qui a la nature d'une bureaucratie mécaniste »<sup>150</sup>. Ainsi, selon Henry Mintzberg, l'administrateur dispose d'un fort pouvoir informel lui permettant de « *traiter les perturbations qui surgissent dans la structure [...] et jouer le rôle de tampon entre eux [les professionnels] et les pressions externes* »<sup>151</sup>

Conformément au modèle de Mintzberg, l'hôpital semble être organisé en une bureaucratie professionnelle. Le centre opérationnel étant représenté par le **corps médical** ayant reçu un long apprentissage à travers une **formation** dans un premier temps et une **socialisation** via l'internat dans un second temps. De par la normalisation des compétences médicales, le médecin travaille de manière autonome avec ses patients, sans qu'un autre professionnel n'interfère dans la relation médecin/patient, ne contrôle le diagnostic ou la prescription réalisée. Le corps médical s'impose par son « **pouvoir de compétence** ». Mintzberg pointait déjà les **difficultés de contrôle** liées à ce type de configuration, d'ailleurs retrouvées dans l'organisation du CHBS. En effet, lorsqu'un adolescent est pris en charge par la pédopsychiatre de l'équipe de liaison, la prise en charge sera soumise à sa subjectivité et à l'appréciation qu'elle fait de la situation, un autre professionnel aurait peut-être pris une autre décision. Ainsi, **l'absence de contrôle de l'exercice médical** peut poser **quelques dysfonctionnements** au sein d'une institution notamment lorsque certains médecins adoptent des comportements individualistes, faisant prévaloir leurs propres intérêts professionnels et personnels sur les **besoins du patient et de l'organisation**. **L'autonomie des professionnels médicaux et l'indépendance** dont ils bénéficient les

---

<sup>148</sup> CUCCHI, M. « Agir à l'hôpital, de la mission de service au projet collectif », *Gestions Hospitalières*, Décembre 2006, p.753-768

<sup>149</sup> Le processus de classement « peut être représenté comme un répertoire de programmes standards- en fait, ce que les professionnels sont capables de réaliser et sont prêts à utiliser-qui sont appliqués à des situations répertoriées, prédéterminées, standardisées, qu'on peut appeler des cas » MINTZBERG, H. *Structure et Dynamique des Organisations*, éditions d'organisation, Paris 1982, p.313

<sup>150</sup> MINTZBERG, H. *Structure et Dynamique des Organisations*, éditions d'organisation, Paris 1982, p.320

<sup>151</sup> Ibid, p321.

libèrent également de coordonner leurs activités avec leur confrère. Toutefois, cette autonomie en la matière soulève quelques difficultés sur lesquelles, en dehors de la profession, aucun contrôle ne pourra corriger ces dysfonctionnements. « *Le processus de classement ne peut pas être parfait à un point tel que chaque cas corresponde très exactement à un programme standard : ceux qui se trouvent à la marge ou qui chevauchent deux catégories tendent à être –artificiellement – rangés dans une catégorie ou dans une autre* »<sup>152</sup>. Tel est d'ailleurs le cas d'un adolescent ayant une pathologie somato-psychique intriquée, où la coopération entre professionnelles n'est pas toujours adéquate et cohérente.

Parallèlement à la prédominance du pouvoir médical, se trouve une **deuxième ligne hiérarchique, la direction de l'hôpital**. A l'instar de la description donnée par Mintzberg, le directeur référent du pôle exerce son pouvoir dans les zones d'incertitudes perturbant la structure. Ainsi par exemple, le directeur référent intervient dans la négociation de la convention avec l'EPSM Charcot afin de limiter l'impact des dysfonctionnements au sein du service de pédiatrie.

**L'autonomie des professionnels médicaux** semble toutefois aujourd'hui à **nuancer**. En effet, le développement de l'evidence-based medicine (médecine basée sur des preuves) ou encore les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé visent « à désingulariser les décisions et les pratiques médicales en les homogénéisant autour de recommandations fondées scientifiquement »<sup>153</sup> De plus, progressivement, les directeurs d'hôpital se sont peu à peu affirmés et ne semblent plus aujourd'hui correspondre à une fonction de support assujettie au corps médical. Ainsi le modèle de la bureaucratie professionnelle proposée par Mintzberg semble devoir être complété.

- Evolution du modèle de Mintzberg: d'une bureaucratie professionnelle vers « *une bureaucratie professionnelle coopérative éclairée* »

Dans la configuration proposée par Mintzberg, le centre opérationnel semble être constitué uniquement par le corps médical. En effet, « *dans le chapitre consacré à la bureaucratie professionnelle il est fait référence au corps médical 36 fois alors que le personnel*

---

<sup>152</sup> Ibid, p330

<sup>153</sup> GHEORGIU, M-D et MOATTY, F. *L'hôpital en mouvement, changements organisationnels et conditions de travail, éditions liaisons, 2013, p.224*

soignant n'est mentionné qu'à deux reprises »<sup>154</sup>. Or la **professionnalisation et l'autonomisation de la profession para-médicale** fait d'elle aujourd'hui un **véritable acteur de la prise en charge du patient**, indépendant du pouvoir et du contrôle médical. La profession para-médicale encadrée par sa propre hiérarchie joue aujourd'hui un rôle non négligeable dans l'institution hospitalière. Comme en témoigne la mission de stage sur la prise en charge des adolescents, la communauté para-médicale a été **à l'initiative de la réflexion sur cette thématique**. Toutefois, à lui seul, le **pouvoir infirmier n'a pas été suffisant** pour impulser une dynamique et une mobilisation autour de cette prise en charge spécifique. En effet, tant que le chef de pôle et le cadre supérieur ne font pas du sujet une priorité du pôle, il est difficile d'engager un travail en ce sens. Ainsi, comme le souligne François-Xavier Schweyer, « *la quête d'une identité originale [...] soignante pour les infirmières, n'a pas abouti à la constitution d'une « troisième voie » entre la logique médicale et la logique administrative* »<sup>155</sup>. A ce titre, il est intéressant de soulever la position ambiguë du cadre de santé de pédiatrie oscillant entre « défenseure » de l'équipe para-médicale dans un premier temps et aujourd'hui « *relais de la direction* »<sup>156</sup>.

L'équilibre des pouvoirs décrit par Mintzberg, où prédominait largement le pouvoir médical semble aujourd'hui se **réajuster en faveur du pouvoir gestionnaire**. Les directeurs d'hôpital qui étaient jusque dans les années 1980 des entrepreneurs locaux du service public sont aujourd'hui une véritable profession de l'Etat Providence<sup>157</sup>. Ainsi « *la hiérarchie administrative s'est peu à peu affirmée en tant que pouvoir dirigeant, de la prédominance d'un corps professionnel qui tire sa légitimité et son autorité de son expertise, mais qui est obligé de justifier l'utilisation des ressources* »<sup>158</sup>. L'arrivée du **nouveau management public** et la **logique de rationalisation managériale**, est dès lors venue **réaménager les rapports professionnels** au sein de l'hôpital. Si le contrôle managérial du corps administratif de l'hôpital est parfois ressenti comme une perte de pouvoir et d'autonomie pour le corps médical, certaines réformes hospitalières sont venues

---

<sup>154</sup> NOBRE, Y. L'hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisitée : à partir de l'analyse du coût des dysfonctionnements. 20ème CONGRES DE L'AFC, May 1999, France, URL : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00587813/document>, consulté le 30/07/2015.

<sup>155</sup> SCHWEYER, F-X, « Une profession de l'état providence, les directeurs d'hôpital », *Revue européenne des sciences sociales*, Tome XLIV, 2006, n°135, p.45-60

<sup>156</sup> GHEORGIU, M-D et MOATTY, F. *L'hôpital en mouvement, changements organisationnels et conditions de travail*, éditions liaisons, 2013, p.232

<sup>157</sup> SCHWEYER, F-X, « Une profession de l'état providence, les directeurs d'hôpital », *Revue européenne des sciences sociales*, Tome XLIV, 2006, n°135, p.45-60

<sup>158</sup> Ibid, p.223

**renforcer l'intégration institutionnelle du corps médical**<sup>159</sup> ainsi que la **coopération entre le pouvoir médical et administratif**. J'ai pu au cours de ce stage être témoin de cette coopération entre le pouvoir médical et le pouvoir administratif lors des bureaux de pôle. Le couple médico-administratif représenté par le médecin chef de pôle et le directeur référent est primordial pour une bonne gestion du pôle d'un hôpital. En effet, le rôle occupé par la hiérarchie intermédiaire, le médecin chef de pôle, est un atout stratégique pour la direction d'un établissement, il permet de faire le lien entre le monde médical et le monde administratif et réguler les « zones d'incertitude » qui peuvent exister. Inversement, l'éclairage du directeur référent sur les aspects financiers, juridiques et politiques au médecin chef de pôle lui permet de mener à bien les projets du pôle. En effet même si l'organisation de l'hôpital en pôle était « *destiné à renforcer la gestion au plus près des secteurs de soins* »<sup>160</sup>, « *l'autonomie de gestion est peu aboutie aujourd'hui, c'est pourquoi une bonne entente avec le directeur référent est important* » comme en témoigne le médecin chef du PFME. Cette coopération entre monde administratif et monde médical permet ainsi d'intégrer le corps médical dans la définition de la politique institutionnelle. Ainsi, l'attention portée par le bureau de pôle sur la prise en charge des adolescents par le service de pédiatrie permettra d'inscrire cette thématique dans le futur projet d'établissement. Il est tout de même intéressant de noter que dans **ce contexte de rationalisation il existe une logique de priorisation** et de choix en matière d'attribution et d'allocation des ressources. Tous les projets ne peuvent être réalisés. Dès lors, **l'influence de la spécialité professionnelle** du médecin chef de pôle, semble déterminante dans le choix des priorités et de la pérennité des projets. En effet, l'inscription sur l'agenda du pôle de la prise en charge des adolescents n'est pas indépendante du fait que le médecin chef de pôle soit pédiatre, il n'est pas sûr qu'un médecin chef de pôle gynécologue, par exemple, ait porté autant d'importance à un tel sujet, qui ne représente finalement qu'une toute petite partie de l'activité du pôle. D'où l'intérêt d'avoir une direction non médicale garantissant une certaine équité.

Malgré l'évolution du modèle de la bureaucratie professionnelle proposé par Henry Mintzberg, l'hôpital public, le CHBS, présente quelques difficultés liées à cette

---

<sup>159</sup> BENAMOZIG, D et PIERRU, F « Le professionnel et le système : l'intégration institutionnelle du monde médical », in BEZES, P et al, Dossier débat « New Public Management et professions dans l'Etat : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? » *Sociologie du travail*, 2001, vol 53, n°3, p.327-333

<sup>160</sup> CASSIAU, F. « Le pôle créateur du collectif cadre ? », *Soins, cadres*, n°94, mai 2015

organisation en bureaucratie professionnelle, notamment des difficultés face au changement.

## 1.2 Des difficultés face au changement

Les **difficultés de prise en charge des adolescents** par les professionnels du service de pédiatrie peut s'analyser **d'un point de vu individuel au regard des identités professionnelles**, tel que cela a été développé dans la partie précédente. Toutefois, ces difficultés d'adaptation à une nouvelle typologie de patient peuvent également s'expliquer à mon sens par **la configuration de l'institution hospitalière**. En effet, le **processus de classement**, sur lequel repose la bureaucratie professionnelle hospitalière permet de répartir la prise en charge des patients à des professionnels autonomes, en fonction de leur spécialité. Ce fonctionnement permet ainsi aux professionnels de n'accorder que peu d'importance à la coordination de leur travail. Ce processus bien qu'efficace dans la répartition des tâches et la division du travail entraîne toutefois quelques **difficultés face à l'innovation et au changement**, qui nécessitent de modifier le processus de classement, de changer les standards et les référentiels, dès lors cela nécessite de la coordination entre les différents professionnels. Comme le souligne Henry Mintzberg, le changement de pratique nécessite un raisonnement inductif, là où les médecins raisonnent généralement de façon déductive. Les difficultés du CHBS face à la prise en charge des adolescents peuvent ainsi être analysées à la lumière de ce processus de classement, mis en place à un certain moment qui ne correspond plus finalement à la réalité mais qui continue à être appliqué, ou, du moins, qui peine à être modifié. Ainsi pour s'adapter à cette nouvelle typologie de patient, il semble nécessaire d'engager « *des ajustements du cadre institué et du système d'organisation [...] Enfin pour passer de l'adaptation au changement, un travail sur l'abandon des stéréotypes, des normes et des valeurs intériorisée, devraient être effectué avec les soignants, afin que ces « nouvelles valeurs » puissent s'inscrire dans un système d'organisation du travail repensé comme un tout* »<sup>161</sup> Toutefois, afin de pouvoir atteindre ce changement, cela nécessite d'être attentif aux cultures de chaque groupes professionnels de l'hôpital que j'ai eu l'occasion d'appréhender lors de mon stage.

---

<sup>161</sup> ROUCHY, J-C et SOULA DESROCHE, Institution et changement, Editions Erès, Toulouse, 2010, p.50

### 1.3 Cultures professionnelles et appartenances

J'ai pu au cours de mon stage découvrir cette « communauté hospitalière » où cohabitent différents groupes professionnels et notamment: les professionnels médicaux, para-médicaux et les directeurs d'hôpital, chacun possédant une culture particulière.

**L'équipe para-médicale** du service de pédiatrie, par exemple, se caractérise par un **fort esprit d'équipe** où l'entraide et la solidarité dominant. Cette solidarité permet ainsi d'affronter « les coups durs ou la menace extérieure »<sup>162</sup>. Le travail collectif de l'équipe para-médicale se distingue largement du **travail individualisé du corps médical**. Là où **l'équipe para-médicale s'identifie à l'institution dans laquelle elle travaille**, ce sentiment d'appartenance apparaît moins évident chez les pédiatres qui renvoient d'avantage au corps de métier qu'à l'institution dans laquelle ils l'exercent. Pour le sociologue Anselm Strauss, la confraternité caractérise cet esprit de corps. Ainsi les professionnels médicaux seraient liés entre eux non pas par le travail qu'ils effectuent dans le même service ou dans la même institution, mais par leur appartenance au corps médical. Cette **confraternité très forte** qui unit les médecins est un véritable **rempart à la dénonciation des dysfonctionnements** dans une organisation.

**Les directeurs d'hôpital** s'identifient à l'instar des médecins, par un véritable **esprit de corps**, mais s'identifient à l'institution pour laquelle ils travaillent.

Même si l'ensemble de ces professionnels possède un lien particulier avec la santé, la culture soignante (médicale et para-médicale) et la culture administrative semble toutefois éloignées. Chacune ayant ses propres représentations l'une de l'autre et ses propres raisons distinctes. Réaliser mon stage dans cette institution a donc nécessité de comprendre ces différentes cultures et essayer d'y trouver une place n'appartenant ni au corps soignant, ni au corps de directeur d'hôpital.

---

<sup>162</sup> SAINSAULIEU, I, *L'hôpital et ses acteurs-appartenances et égalité*, éditions belin, 2007, p.150

## 2. Analyse et évolution de la commande

La commande initiale du CHBS portait sur le « **parcours des adolescents au sein du Territoire de Santé** ». Le terme polysémique de « parcours » m'a conduit à devoir préciser la commande de l'institution et faire le choix du « **parcours de soin hospitalier** » au sein du service de pédiatrie générale du CHBS.

### 2.1 « Parcours », un terme polysémique.

Initialement créé dans le domaine des maladies chroniques, « *l'optimisation des parcours des patients et des usagers s'impose ainsi progressivement comme un axe transversal structurant des systèmes de santé* »<sup>163</sup>. Cette notion de parcours, utilisée de plus en plus ne semble pas être définie de façon homogène par les différents acteurs, Qu'entend-on par « parcours »? **Quel périmètre lui donne-t-on ? Parcours de soin** (coordonné, personnalisé) ? **Parcours de santé ? Parcours de vie** ? Il a semblé intéressant de revenir sur ces différentes notions.

#### ➤ Parcours de vie

La Caisse Nationale de la Solidarité pour l'Autonomie a en 2012 définit le parcours de vie comme « *la prise en compte des étapes successives de la vie de la personne, mais également les dimensions différentes de sa situation, à un moment donné de sa vie. En effet, dans ce cadre, il fait référence à la dimension de l'accompagnement global qui repose sur l'examen de la situation de la personne dans son ensemble, au cours d'une évaluation personnalisée : projet de vie personnel, autonomie dans la vie quotidienne, état de santé, environnement familial et social, ressources, etc* »<sup>164</sup> Cette notion de parcours de vie semblerait privilégiée pour **les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie.**

---

<sup>163</sup> Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie, Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers, Lexique de A à Z, septembre 2012, URL : [http://ars.sante.fr/uploads/media/Lexique\\_parcours\\_def.pdf](http://ars.sante.fr/uploads/media/Lexique_parcours_def.pdf), consulté le 31/07/2015

<sup>164</sup> Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie, Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers, Lexique de A à Z, septembre 2012, URL : [http://ars.sante.fr/uploads/media/Lexique\\_parcours\\_def.pdf](http://ars.sante.fr/uploads/media/Lexique_parcours_def.pdf), consulté le 31/07/2015

➤ Parcours de santé

Le lexique de A à Z de l'ARS définit le parcours de santé comme « *l'ensemble des étapes et le cheminement parcourus par un sujet dans un système sanitaire et social organisé, dans un temps et un espace donnés. Il concerne l'ensemble des déterminants de santé, articulant la prévention, les soins, le médico-social et le social* ».

➤ Parcours de soins

La notion de parcours de soins nécessite de différencier la notion de parcours de soins coordonné et la notion de parcours de soins personnalisé :

- Le parcours de soins coordonné, a été instauré par la loi du 13 août 2004<sup>165</sup>. Ce dispositif consiste « à **confier à un médecin traitant les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré, dans un objectif de rationalisation des soins. Son respect conditionne la prise en charge normale des dépenses de santé. A défaut, les patients s'exposent à des majorations financières.** »<sup>166</sup>

Parcours de soins personnalisé. La Haute Autorité de Santé a donné une définition du parcours de soin personnalisé concernant les maladies chroniques, mais qui peut être généralisée à toute autre pathologie. Ainsi, la HAS, souhaite « *promouvoir une vision rénovée de la prise en charge des [maladies chroniques] en centrant leur organisation autour de parcours de soins permettant le plus possible un **accompagnement du malade à la fois personnalisé et coordonné.** Cette approche constitue l'une des voies les plus sûres de la **qualité soignante et de l'efficacité économique du système de santé,** en ayant*

---

<sup>165</sup> Articles 7 et 8 de la loi du 13 août 2004, n°2004-810 relative à l'assurance maladie

<sup>166</sup> Parcours de soins coordonné, URL : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours\\_de\\_soins\\_coordonne\\_a\\_l\\_hopital-2.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours_de_soins_coordonne_a_l_hopital-2.pdf), consulté le 31/07/2015

*recours au bon moment à chaque compétence professionnelle médicale, soignante et sociale, et en réduisant ce faisant les dépenses mal orientées ou inadéquates »<sup>167</sup>.*

Au regard de ces différentes définitions et d'une commande dont le périmètre n'était que peu défini, il m'a fallu préciser cette étude et comprendre le sens de cette commande pour l'institution. Quelles étaient les difficultés du CHBS dans cette prise en charge? Ainsi différents éléments m'ont conduit à centrer cette étude autour de la notion de « parcours de soin personnalisé » et plus précisément autour de la notion de « parcours de soins hospitalier » au sein du service de pédiatrie générale, pour différentes raisons.

## **2.2 Le choix du « parcours de soins hospitalier » au sein du service de pédiatrie générale**

- Au regard des difficultés rencontrées par le CHBS dans la prise en charge des adolescents

Cette étude aurait pu être abordée par une perspective « parcours de santé » notamment concernant les adolescents en difficultés multiples nécessitant des interventions coordonnées dans le champ sanitaire, médico-social et social. Toutefois, au fur et à mesure des entretiens menés auprès des professionnels, de l'ampleur des difficultés auxquelles ils étaient confrontés, leur souffrance, des modalités de prise en charge proposées par le CHBS, il m'a semblé opportun de me **concentrer** dans un premier temps sur le **fonctionnement de l'institution et les pratiques professionnelles de prise en charge des adolescents au sein du service de pédiatrie**. Dans un second temps, au regard des difficultés rencontrées par le CHBS dans la collaboration avec les institutions extérieures à l'hôpital, je me suis intéressée à **l'amont et l'aval de la prise en charge hospitalière** qui ont inévitablement **un impact sur la prise en charge hospitalière**.

Ainsi au regard du temps imparti par le stage et l'ampleur de ce sujet, où de nombreuses institutions sont amenées à collaborer et intervenir dans le parcours des adolescents, j'ai **centré mon analyse sur l'hôpital et ses difficultés**. Ce choix s'est également imposé de par la place de stagiaire occupée et accordée au sein de l'institution.

---

<sup>167</sup> Promouvoir les parcours de soins personnalisés pour les malades chroniques, HAS, 15 mai 2012, URL : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1247611/promouvoir-les-parcours-de-soins-personnalises-pour-les-malades-chroniques](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1247611/promouvoir-les-parcours-de-soins-personnalises-pour-les-malades-chroniques), consulté le 31/07/2015

➤ Au regard de la place occupée au sein de l'institution

La place accordée lors de ce stage par l'institution semble intéressante à analyser pour comprendre la manière dont la commande a pu être menée. Physiquement, mon bureau était situé au sein du Pôle FME, détaché des services de la direction de l'hôpital, dans un pôle d'activité où se situait le service de pédiatrie, objet de cette étude, mais à un étage différent. Cette **position** me permettait ainsi d'être relativement **détachée de la direction ou du service des professionnels de santé, et ne pas être « étiquetée » 'direction' ou 'service de pédiatrie'** et ainsi d'essayer de **maintenir une certaine « neutralité »** même si implicitement, le stagiaire est **soumis aux « alliances implicites »**<sup>168</sup>. Mais du moins limiter les questions du type *de qu'elle côté se trouve-telle ? Va-t-elle aller dans le sens de la direction ou va-t-elle défendre les professionnels du service ?* Afin de préserver au maximum cette neutralité et comprendre les jeux d'alliances, j'ai pu identifier ce que Jean-Claude Rouchy et Monique Soula Desroche appellent « *un groupe de référents* »<sup>169</sup> » Ce dernier étant « *composé de professionnels appartenant aux différents services et aux différentes fonctions et pouvant représenter différents courants de pensée ou d'orientation théorique* »<sup>170</sup> Cette place privilégiée dans l'institution a ainsi permis aux **professionnels d'exprimer leurs difficultés, leurs souffrances, leurs angoisses**, qu'elles soient entendues, reconnues et analysées par quelqu'un qui les fera remonter à la direction. Cette **étape** semblait **primordiale** dans la **perspective d'un changement**. S'agissant des entretiens menés avec les partenaires extérieurs, ma place de stagiaire du CHBS, source de ma légitimité, m'a conduit à aborder les difficultés relationnelles entre le CHBS et les institutions interrogées. La **position ambiguë du stagiaire** à la fois **interne à l'institution** mais en même temps **arrivant de l'extérieur et pour une courte durée**, permet d'aborder des sujets qui ne le seraient peut-être pas par des professionnels en poste amenés à se côtoyer régulièrement et dont l'objectif est de maintenir de bonnes relations entre les institutions pour lesquelles ils travaillent.

---

<sup>168</sup> ROUCHY, J-C et SOULA DESROCHE, M. *Institution et changements- Processus psychique et organisation*, éditions Erès, Toulouse, 2010, p.69

<sup>169</sup> *ibid*

<sup>170</sup> *ibid*

Mener un travail sur les parcours de santé des adolescents, qui rappelle le, incluait les différents champs du sanitaire, du social et du médico-social, nécessite l'intervention d'une institution ayant suffisamment de recul et de distance par rapport au terrain et aux relations entre les différents acteurs institutionnels. Ainsi, l'ARS dans la cadre de « *sa mission de mise en œuvre de la politique de santé publique et de régulation de l'offre de services de soins et de services médico-sociaux* »<sup>171</sup>, attribuée par la loi HPST, serait légitime « *à jouer un rôle moteur dans la régulation des parcours* »<sup>172</sup> et initier des dynamiques partenariales, comme en témoigne d'ailleurs d'autres expériences et expérimentations<sup>173</sup> menées sur ce thème. Un tel projet nécessite de prendre en compte le territoire et ses particularités, fédérer des acteurs et animer un tel projet, mission qui semblerait relever d'une agence telle que l'ARS.

- Au regard de l'objectif de la mission: proposer un plan d'action

L'une des missions de ce stage était de proposer un plan d'action déclinant les grands objectifs institutionnels. Ainsi, il m'a semblé opportun de **concentrer mon analyse** et mes **préconisations** sur des **actions concrètes** que pouvaient **entreprendre l'institution** pour **améliorer son fonctionnement dans la prise en charge des adolescents**. Des préconisations plus générales, aussi intéressantes soient-elles pour améliorer le parcours de santé des adolescents n'auraient eu que peu d'intérêt. De quelle légitimité dispose une institution telle que le CHBS pour imposer des conventions, précisant les modalités de coordination, entre deux institutions différentes ? Seule une institution telle que l'ARS peut avoir une telle légitimité, conférée par la loi.

Tous ces éléments m'ont ainsi permis **d'analyser la commande et de la faire évoluer** dans la perspective que le **CHBS puisse retirer de ce travail des éléments** lui permettant de contribuer à **l'amélioration de la prise en charge des adolescents** sur le territoire, qui passe notamment par **l'amélioration du parcours de soin hospitalier de ces derniers au sein du service de pédiatrie**.

---

<sup>171</sup> TAYMI, S et DOKI-THONON J-M, « Jeunes et adolescents en difficultés, l'ARS mobilisée pour réguler les parcours de prise en charge », *ADSP*, n°86, mars 2014, p.47-48

<sup>172</sup> *ibid*

<sup>173</sup> ARS Languedoc-Roussillon

### 3. Prise en charge des adolescents au sein d'un service de pédiatrie générale et Santé Publique

La santé publique telle que définit en 1920 par Charles-Edward Winslow<sup>174</sup> « est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et de promouvoir la santé et l'efficacité physique à travers les efforts coordonnés de la communauté ». Ainsi la santé publique se caractérise par la santé « qu'elle essaie de préserver et de promouvoir »<sup>175</sup> et « concerne des collectivités dans le cadre de dispositifs publics ».

L'attention portée à la santé de l'adolescent et à sa prise en charge globale est aujourd'hui un véritable enjeu, l'état de santé de l'adolescent conditionne majoritairement la santé de l'adulte. Ainsi comme le souligne le Professeur Danièle Sommelet « *Protéger la santé de l'enfant dans sa globalité relève d'une réflexion collective médicale et socio-culturelle. La médecine de l'enfant allie en permanence le soin individuel et la santé publique* »<sup>176</sup>. Or aujourd'hui en France, « *l'enfant demeure orphelin d'une vision globale de l'organisation de sa politique de Santé. Celle-ci n'est envisagée que verticalement autour de certaines thématiques* »<sup>177</sup>

La thématique de la **santé mentale et de la souffrance psychique** est d'ailleurs devenue depuis le début des années 1990 « *une priorité de santé publique* »<sup>178</sup>. Il est intéressant toutefois de noter la manière dont « *la santé publique culturalise ses sujets* »<sup>179</sup> comme le souligne Didier Fassin, anthropologue, sociologue et médecin. En effet « *la culture de la santé publique ne se manifeste toutefois pas seulement dans sa façon de dessiner la maladie, elle le fait aussi dans sa façon de traiter la maladie* »<sup>180</sup>.

**L'orientation des politiques** dans le champ de la **santé mentale** ont largement évolué, notamment par l'intermédiaire de la circulaire du 14 mars 1990 cherchant à **rompre** avec

---

<sup>174</sup> Bactériologiste et considéré comme l'un des fondateurs de la Santé Publique aux USA

<sup>175</sup> FASSIN, D, *Faire de la Santé Publique*, éditions de l'EHESP, 2008, p.10

<sup>176</sup> SOMMELET, D. L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé, 28 octobre 2006, partie 1, p.26, URL : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000282.pdf>, consulté le 01/08/2015

<sup>177</sup> Ibid

<sup>178</sup> MILLE, C et al « Impact et impasses du « politique » dans les institutions soignantes pour adolescents en souffrance », *Adolescence*, 2009, vol 2, n°68, p.469-485

<sup>179</sup> FASSIN, D, *Faire de la Santé Publique*, éditions de l'EHESP, 2008, p.51

<sup>180</sup> Ibid

le schéma traditionnel de la « réparation »<sup>181</sup> et a étendre son champ d'action « de la pédopsychiatrie (maladie et déficience) à la santé mentale (les états intermédiaires comme le mal-être) et à élargir les publics cibles à de « nouvelles populations », « en souffrance », [...] en particulier : les adolescents »<sup>182</sup>. La santé mentale avait donc pour ambition de **s'élargir à de nouveaux acteurs et à de nouvelles institutions**. Toutefois, il est intéressant de souligner que dans les nombreux rapports portant sur les adolescents et plus particulièrement sur l'aspect de la santé mentale, **la pédiatrie ne figure pas parmi les acteurs institutionnels légitimes**, pouvant intervenir dans ce domaine. La santé mentale des adolescents reste encore **l'apanage des pédopsychiatres**. La santé des adolescents semble aujourd'hui principalement abordée par les politiques de santé publique sous l'angle de la santé mentale et réduite à cet aspect de la santé. Or, comme le soulignait Serge Lebovici : le concept de santé globale ne devrait-il pas remplacer le concept de santé mentale ? La **tendance des pouvoirs publics** est aujourd'hui à la **multiplication des dispositifs de prise en charge spécifiques**,<sup>183</sup> comme par exemple la mise en place des maisons des adolescents ou les Points Accueil Ecoute Jeunesse (Cf. Annexe 8). Toutefois, l'absence de cohérence entre ces différents dispositifs, créés par des directions générales différentes, ne cesse d'accentuer la complexité du paysage institutionnel, au détriment d'une approche globale de l'adolescent. Il est d'ailleurs possible de s'interroger : **l'entrée « adolescents en souffrance » dans un dispositif ne renforcerait-elle pas l'idée que les jeunes ne seraient pas « intégrables » dans les dispositifs sanitaires existants ?** Quelle reconnaissance et quelle place est aujourd'hui accordée à la médecine de l'adolescent par les pouvoirs publics ?

Une autre interrogation semble intéressante à soulever dans la prise en charge des adolescents et la manière dont sont construites les politiques en la matière : **Qu'est ce qui fait que la souffrance adolescente est devenue un problème de santé publique ?** Les spécialistes proposent des critères permettant « d'objectiver » le problème par l'intermédiaire de la « *fréquence, gravité, caractéristiques de la population concernée, rapport entre le coût et l'efficacité des mesures permettant de le prévenir ou de le traiter,*

---

<sup>181</sup> JOUBERT, M *Santé mentale, villes, violences*, éditions érès, Paris, 2003

<sup>182</sup> MAILLARD, I, « Lignes de force de l'évolution des politiques publiques relatives à la santé mentale des adolescents », *Santé Publique*, 2001, HS, vol 23, p.127-139

<sup>183</sup> Défenseure des enfants, *Adolescence en souffrance. Plaidoyer pour une véritable prise en charge*, novembre 2007

tous éléments qu'il est possible de quantifier »<sup>184</sup>. Par ces processus, Joseph Schneider parle d'ailleurs de « *construction sociale* » de la santé publique. Ces critères d'objectivation dans le champ de la jeunesse font état d'une jeunesse en grande souffrance psychique comparativement aux autres états de l'Union Européenne : « *les jeunes français fument plus, boivent plus d'alcool, consomment davantage de produits, sont plus fréquemment contaminés par le VIH, meurent plus d'accident de la circulation, se suicident plus...* »<sup>185</sup> Mais **ces critères témoignent-ils réellement d'une jeunesse qui va mal ?** Ne serait-il pas notre regard sur la jeunesse qui engendre un tel constat d'insécurité quant à la santé des jeunes ?

Les pouvoirs publics oublient peut-être dans la manière de concevoir les politiques que ces comportements peuvent être « *l'expression d'une légitime révolte et d'un « espoir » d'être entendu, ou encore l'expression d'un besoin de devenir soi par le recours à des conduites « traumatotropiques* » »<sup>186</sup>. Ils peuvent également « *faire oublier qu'une vraie souffrance peut être silencieuse ou masquée par des conduites défensive de retrait, un isolement.* »<sup>187</sup> Cette **focalisation sur l'adolescent en souffrance** tend également à **faire oublier** que la **majorité des adolescents vont bien** et qu'il serait peut-être plus **bénéfique de développer une véritable politique de santé globale des enfants et des adolescents**, mettant l'accent sur la prévention et la promotion de la santé dans ce domaine. C'est d'ailleurs dans ce cadre que s'inscrit cette étude.

## 4. Compétences acquises et apports du stage

### 4.1 Adopter une démarche projet

Le principal apport de ce stage professionnel réalisé au sein du CHBS réside dans **l'adoption d'une démarche projet et le pilotage d'une action en santé publique**. Ce stage m'a permis **d'appliquer mes connaissances acquises au cours de la formation du Master PPASP** en matière de conduite de projet, notamment lors de la réalisation du

---

<sup>184</sup> FASSIN, D, *Faire de la Santé Publique*, éditions de l'EHESP, 2008, p.29

<sup>185</sup> IGAS, TROUVE, C ; VIENNE, P ; MARROT, B. La prévention sanitaire en direction des enfants et des adolescents, Rapport 2003/02, Centre de recherche et de Documentation en Economie de la Santé, février 2003.

<sup>186</sup> MILLE, C et al « Impact et impasses du « politique » dans les institutions soignantes pour adolescents en souffrance », *Adolescence*, 2009, vol 2, n°68, p.469-485

<sup>187</sup> Ibid

cadrage d'un projet : Développement d'un programme d'Education Thérapeutique du Patient au sein d'un pôle pluridisciplinaire.

En matière de méthodologie, ce stage m'a permis de **mobiliser un réseau de professionnels**, intervenant dans la prise en charge sanitaire et sociale des adolescents, afin de **concevoir et conduire une action en santé publique**. Toutefois, cette étude aurait pu intégrer le champ du médico-social. En matière de recueil d'information, ce stage m'a permis de **prendre conscience qu'il n'existe pas de « bonne méthode »** pour recueillir le matériel nécessaire à une étude, même si quelques principes nécessitent d'être respectés, le tout étant de savoir **s'adapter au contexte et à l'environnement** dans lequel l'étude est réalisée et ainsi **opter pour une technique** qui permet de **recueillir des informations de qualité, authentiques et les plus pertinentes possible**. Mener un certain nombre d'entretiens semi-directifs m'a permis de me rendre compte de l'importance de la démarche de construction de la grille d'entretien, impliquant dès le départ « *la clarification et l'approfondissement de son questionnement de départ ainsi que les objectifs* »<sup>188</sup> poursuivis. Avec du recul d'autres champs auraient pu être explorés. Mener de nombreux entretiens abordant un sujet particulièrement sensible pour des professionnels, où angoisse et souffrance étaient présentes, m'a permis de **développer un sens de la « juste distance »** avec le professionnel interrogé, où parfois l'empathie naturelle peut venir interférer dans la relation interviewé/interviewer. Toutefois, lier **une relation de confiance** avec les professionnels s'est montré **fondamentale** dans la réalisation de cette étude notamment pour la **qualité et la richesse des informations**.

L'**ouverture sociologique** du Master, m'a permis de pouvoir **analyser les informations** recueillies à la lumière de diverses théories et concepts, qui permettent de **prendre de la distance et d'expliquer certains comportements et fonctionnements**. Cette analyse d'informations m'a ensuite permis de construire un plan d'action, avec l'aide de la coordinatrice des soins de la qualité et de la gestion des risques qui a pu être validé en bureau de pôle. Cette démarche m'a permis de me rendre compte de **l'importance à accorder aux différents jeux de pouvoirs et d'alliances** pour comprendre le **fonctionnement** d'une institution et les **dysfonctionnements** éventuels. L'importance à

---

<sup>188</sup> IMBERT, G. « L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie », *Recherche en soins infirmiers*, 2010, vol 3, n°102, p.23-34

accorder à **l'histoire d'une institution** s'est également révélée **essentielle** afin de pouvoir appréhender les difficultés de fonctionnements internes à l'institution ainsi qu'avec les partenaires extérieurs.

Ce stage m'a également permis de franchir une nouvelle étape dans la conduite de projet et de **réaliser la communication du plan d'action validé**, aux professionnels concernés par sa mise en œuvre. Cette étape a été pour moi, un **moment important** de ce stage qui était en quelque sorte « **le passage de la théorie à la pratique** », une prise de risque et une confrontation aux réactions des professionnels. Toutefois lors de ces présentations j'ai pu bénéficier du soutien et de la présence de la direction

Cette démarche projet m'a ainsi permis de **contribuer à définir la politique de l'établissement dans le domaine de la prise en charge des adolescents.**

#### **4.2 Développer une approche de marketing hospitalier**

Si le terme de « marketing hospitalier » peut paraître dans un premier temps comme un oxymore, c'est pourtant l'approche utilisée au cours de ce stage. En effet par l'intermédiaire de cette étude, le **CHBS tente de mieux qualifier son positionnement sur le territoire et « mettre en œuvre des actions spécifiques »**<sup>189</sup>.

Cette étude centrée sur l'analyse des **difficultés ressenties par les professionnels** dans la prise en charge des adolescents et « les motifs d'insatisfaction » consiste en ce qui peut être qualifié d'une approche « marketing ». **L'accompagnement des professionnels** développé par le plan d'action de cette étude, est une **technique du marketing hospitalier**, consistant à **redonner du sens à l'action des professionnels**, de **contribuer à leur bien-être** et ainsi à la **performance de l'institution** « *En effet, rappelons que les salariés font parties du service. Tout employé doit donc être lui-même considéré comme un client interne, dans une logique de client-fournisseur intra-organisationnelle, qui nécessite que l'on recherche la satisfaction du client final au travers de la satisfaction de l'ensemble de la chaîne de*

---

<sup>189</sup> CRIE, D, GALLOPEL-MORVAN, LOUAZEL, M et TARDIF, L. « Innover en créant de la valeur grâce au marketing hospitalier », dans NOBRE, T, (dir), *Innovation managériale à l'hôpital, 14 cas de mise en œuvre*, éditions Dunod, Paris 2013, p.185-200

*servuction, dont les salariés»<sup>190</sup> Aux Etats-Unis, ce que l'on appelle « les Magnets Hospitals »<sup>191</sup> prennent en compte la satisfaction et l'insatisfaction des professionnels dans la définition du management adopté. L'idée sous-jacente de ce projet est que « la reconnaissance de l'apport des salariés et d'un métier est indissociable de l'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital »<sup>192</sup>. Ainsi pour **améliorer le service rendu aux adolescents**, il semble **nécessaire d'inclure les professionnels du service de pédiatrie** dans cette prise en charge, de les **impliquer dans ce projet dont l'objectif est également d'améliorer leur cadre de travail**.*

Cette technique du marketing hospitalier semble aujourd'hui utile « *pour créer de la valeur et améliorer l'attractivité des établissements de santé tant auprès de la population que des professionnels de santé* »<sup>193</sup>.

---

<sup>190</sup> CRIE, D, GALLOPEL-MORVAN, LOUAZEL, M et TARDIF, L. « Innover en créant de la valeur grâce au marketing hospitalier », dans NOBRE, T, (dir), *Innovation managériale à l'hôpital, 14 cas de mise en œuvre*, éditions Dunod, Paris 2013, p.185-200

<sup>191</sup> « Le magnet hospital » est un établissement qui présente un niveau élevé de satisfaction des infirmières associé à un niveau de qualité des soins également élevé »

<sup>192</sup> Ibid

<sup>193</sup> Ibid

## Conclusion

Depuis plusieurs années les pouvoirs publics ont fait de la **souffrance adolescente** un véritable **enjeu de santé publique**. Toutefois, **la multiplication des dispositifs spécifiques** de prise en charge tendent à **rendre illégitime l'intégration** de ces adolescents dans un **maillage sanitaire traditionnel**. Or face à un territoire de santé où l'offre de soin pour les adolescents semble insuffisante et inadaptée, le **CHBS** se voit aujourd'hui face à cette **nouvelle typologie de patient**. Malgré la volonté politique d'ouvrir la santé mentale à d'autres acteurs que la psychiatrie, la **pédiatrie** ne semble **pas** être **reconnue** comme **acteur à part entière** de cette prise en charge par les autres institutions et semble également présenter quelques difficultés. **L'approche biopsychosociale** de l'adolescent vient **heurter l'identité des professionnels** et la conception même de leurs professions à l'heure où l'on assiste à une spécialisation de plus en plus importante de la médecine et où l'adolescence « *ne se concevrait qu'en termes de comportements indésirables* »<sup>194</sup>

Cette étude aura permis à l'établissement **d'impulser une dynamique** dans ce secteur d'activité, posant problème depuis de nombreuses années. L'organisation des différentes réunions présentant cette étude aux professionnels du service de pédiatrie a permis de toucher plus de la moitié des professionnels du service de pédiatrie, à un moment où de nombreux professionnels partaient en vacances, ce qui semble plutôt positif. **Les présentations** de cette étude auront permis aux **professionnels de santé** et à **la direction de se rencontrer** et de pouvoir **échanger à ce sujet**, rencontre **inédite jusqu'à maintenant**.

Ces rencontres semblaient en effet primordiales pour faire avancer ce projet et permettre « *la confrontation de chacune des parties avec leurs rationalités diverses, parfois contradictoires* »<sup>195</sup>. Ces présentations ont été l'occasion pour les professionnels du service de pédiatrie **d'exprimer directement leurs souffrances et leurs difficultés à la direction** qui a été très attentive à ce sujet. Les **directeurs d'hôpital** jouent aujourd'hui un **véritable rôle dans l'accompagnement des professionnels au changement**. En effet, la prise en charge globale de l'adolescent nécessite la coopération de divers acteurs et un travail collectif. L'importance des **jeux de pouvoirs** fait qu'aujourd'hui, **la coopération** résultant

<sup>194</sup> ALVIN, P. « Jusqu'à l'âge de 18 ans », Archives de pédiatrie, 2004, 11, 1159-1162

<sup>195</sup> Crozier, M, L'entreprise à l'écoute, Interéditions, 1989, p.29

du **simple jeu spontané des acteurs s'avère insuffisante** et « *devient un objet d'organisation du travail [...] dans le cadre des pôles* »<sup>196</sup>. **L'institutionnalisation de cette coopération permet ainsi de limiter les zones d'incertitudes.**

Il est possible d'espérer que **l'implication des professionnels** du service de pédiatrie dans les différents **groupes de travail** de ce projet, leur permettront de devenir de véritables **acteurs de la prise en charge** des adolescents et de ne plus « *se considérer que comme hôte bienveillant, roue de secours [...] ou consultant strictement 'somaticien'* »<sup>197</sup>, « utilisés » à la place de professionnels ou d'institutions plus appropriées. **La santé des adolescents est aujourd'hui l'affaire de tous.**

Ce sujet interroge plus largement aujourd'hui **la conception et l'orientation de notre système de santé : Quel investissement social notre société** est-elle prête à faire pour **préserver et maintenir notre capital humain** « *qui fait de la connaissance accumulée et de la santé, des investissements comme les autres* » ?<sup>198</sup>

---

<sup>196</sup> GHEORGIU, M-D et MOATTY, F. L'hôpital en mouvement, changements organisationnels et conditions de travail, éditions liaisons, 2013, p.275

<sup>197</sup> ALVIN, P. « Jusqu'à l'âge de 18 ans », *Archives de pédiatrie*, 2004, 11, 1159-1162

<sup>198</sup> BECKER, G. Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education *The University of Chicago Press*, 1993

---

# Bibliographie

---

## TEXTES LEGISLATIFS/ DOCUMENTS ET RAPPORTS OFFICIELS

Cahier des charges des Maisons des Adolescents, Ministère des Affaires Sociales de la Santé et des droits des Femmes, 2010

Certification des établissements de santé, Décembre 2011 Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé Certification V2010

Convention Internationale des Droits de l'Enfant

Charte Européenne de l'Enfant Hospitalisé

Circulaire DGS/DH n°132 du 16 mars 1988, relative à l'amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents

Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de la santé mentale

Circulaire n°70 du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents.

Circulaire DGS-DGAS n° 2002/145 du 12 mars 2002 relative à la mise en oeuvre d'un dispositif unifié des points d'accueil et d'écoute jeunes

Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique

Haut Comité de la Santé Publique, Santé des enfants, santé des jeunes, juin 1997

Haut Comité de la santé publique Rapport du groupe de travail sur « La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes » Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, février 2000

Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance

Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie, Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers, Lexique de A à Z, septembre 2012, ARS

Projet Régional de Santé Bretagne

Programme Territorial de santé n°3

RUFO M, JOYEUX H, Santé, adolescence et familles, Rapport préparatoire à la Conférence de la famille 2004, Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes

SOMMELET, D, « L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé », Ministère de la santé et des solidarités, avril 2007

VERSINI D, La Défenseure des enfants - Rapport thématique 2007 : « Adolescents en souffrance : plaider pour une véritable prise en charge », novembre 2007

Handicapées - Ministère délégué à la Famille

## **OUVRAGES**

COUTANT, I, *Troubles en psychiatrie*, Edition la dispute, 2012

CROZIER, M et FRIEDBERG, E, *L'acteur et le système*, 2014, Edition. Points

DOLTO F., *La cause des adolescents, Respecter leur liberté et leurs différences*, Editions Robert Laffont, 1988

FASSIN, D, *Faire de la Santé Publique*, Editions de l'EHESP, 2008

GHEORGHIU, M-D et MOATTY, F, *L'hôpital en mouvement, changements organisationnels et conditions de travail*, Editions liaisons, 2013

HASSENTEUFEL, P *Sociologie Politique : L'action Publique*, 2<sup>ème</sup> édition Armand Colin, 2014,

MINTZBERG, H. *Structure et Dynamique des Organisations*, Editions d'organisation, Paris 1982

NOBRE, T, (dir), *Innovation managériale à l'hôpital, 14 cas de mise en œuvre*, Editions Dunod, 2013

PAUGAM, S (dir), *L'intégration inégale- force, fragilité et rupture des liens sociaux*, Editions PUF, 2014

ROUCHY, J-C et SOULA DESROCHE, M. *Institution et changements- Processus psychique et organisation*, Editons Erès, Toulouse, 2010

RUFO, M et CHOQUET, M. *Regards croisés sur l'adolescence, son évolution, sa diversité*, Editions Anne Carrière, 2007,

SAINSAULIEU, I, *L'hôpital et ses acteurs-appartenances et égalité*, Editions belin ,2007

## **ARTICLES**

ABIKHZER, K. « Changements professionnels, En quête d'une nouvelle identité », *Gestions hospitalières*, n°527, juin/juillet 2013, p.345-353

ALVIN.P, « De l'enfant malade à la médecine de l'adolescent », *Archives de Pédiatrie*, 13, 2006, 29-32

ALVIN, P. « Jusqu'à l'âge de 18 ans », *Archives de pédiatrie*, 2004, 11, 1159-1162

ALVIN, P, « Les équipes pédiatriques et les adolescents », *cahiers de la puéricultrice*, n°143, septembre 1999, p.40-44

ALVIN, P. « Médecine de l'adolescent : une pratique, une vocation », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55, 2007, 31-34

BOUDAILLIEZ et al, « Structure et fonctionnement d'une unité de médecine de l'adolescent ; fédération entre un service de pédiatrie et un service de psychopathologie », *Annales de pédiatrie*, 1998, 45, n°5, p.311-320

C AFLISH.M, ALVIN.P, « La prise en charge des adolescents en pédiatrie hospitalière, une enquête nationale », *Archives de Pédiatrie*, 2000, n°7, p.732-7

CASSIAU, F, « Le pôle créateur du collectif cadre ? », *Soins, Cadres*, n°94, mai 2015, p.16-22

CUCCHI, M. « Agir à l'hôpital, de la mission de service au projet collectif », *Gestions Hospitalières*, Décembre 2006, p.753-768

DUVERGER, P. TOGORA, a, AVARELLO, G. PICHEROT, G. « Accueil de l'enfant et de l'adolescent agité aux urgences pédiatriques », *Cahiers de la puéricultrices*, n°210, octobre 2007, p.8-13

FERRON, C. « Santé des jeunes : plaider pour un accompagnement des acteurs et de leurs publics », *Santé Publique*, 2013, HS1 (S1), p ;5-6

GROSLIER, M-H, JOUBERT, A, ALVIN, P, DEPRESLE N, PLOMPEN, S « La médecine de l'adolescent, une clinique biopsychosociale », *Soins, pédiatrie, puériculture*, 2008, n°242, p.22

GUILLOT, F-H, « Travail éducatif auprès d'adolescent en hôpital pédiatrique », *Soins-Pédiatrie-puériculture*, n°214, octobre 2003, p.29-31

IMBERT, G. « L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie », *Recherche en soins infirmiers*, 2010, vol 3, n°102, p.23-34

LANDRIEU, P, « Médecine d'adolescents ou psychiatrie d'adolescents : dissiper l'équivoque ? » *Archives de pédiatrie*, 2007, 14, p.853-855

LONCLE, P. « Evolution des politiques locales de jeunesse », *Agora débats/jeunesses*, 2007, vol 1 n° 43, p. 12-28

MAILLARD, I, « Lignes de force de l'évolution des politiques publiques relatives à la santé mentale des adolescents », *Santé Publique*, 2001, HS, vol 23, p.127-139

MILLE, C et al « Impact et impasses du « politique » dans les institutions soignantes pour adolescents en souffrance », *Adolescence*, 2009, vol 2, n°68, p.469-485

NOBRE, T. L'hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisitée : à partir de l'analyse du coût des dysfonctionnements. 20ème CONGRES DE L'AFC, May 1999, France

OGIEN, A « Le travail en équipe : l'imposition de la collégialité dans l'exercice de la psychiatrie » *Sciences sociales et santé*, 1987, vol.5, n°2, p.61-84

TAYMI, S et DOKI-THONON J-M, « Jeunes et adolescents en difficultés, l'ARS mobilisée pour réguler les parcours de prise en charge », *ADSP*, n°86, mars 2014, p.47-48

SCHWEYER, F-X, « Une profession de l'état providence, les directeurs d'hôpital », *Revue européenne des sciences sociales*, Tome XLIV, 2006, n°135, p.45-60

## **COMPTES RENDUS D'OUVRAGE**

SCHWEYER, F-X. « L'hôpital sous pression », *Sociologie*, Compte rendus, 2012, URL : <http://sociologie.revues.org/1110>, consulté le 28/07/2015

## **MEMOIRES/ THESES**

CANLER, JC, « Les dispositifs d'accueil, d'écoute et d'accompagnement de la souffrance psychique : frein et levier à la mise en œuvre d'une approche globale en Bretagne », Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale, promotion 2011-2013

HOLCMAN, R. « L'ordre sociologique, élément structurant de l'organisation du travail. L'exemple des bureaucraties professionnelle : ordre soignant contre ordre dirigeant à l'hôpital », Thèse Conservatoire Nationale des Arts et Métiers, 2006

Module interprofessionnel de santé publique, « La prise en charge sanitaire des adolescents », 2000, Ecole Nationale de Santé Publique

POITEVINEAU C, « L'adolescence : un nouvel objet d'intervention sociale Mieux la reconnaître pour mieux l'accompagner », octobre 2008, université de Nantes

PALA, D, « La prise en charge des adolescents souffrant de troubles psychiatriques dans les établissements de l'aide social à l'enfance- Enjeux et perspectives à travers le cas du foyer François Constant », Directeur d'établissement social et médico-social, promotion 2005

---

## Liste des annexes

---

**Annexe 1 :** Territoires de santé bretons

**Annexe 2 :** Composition et Répartition de l'équipe para-médicale du service de pédiatrie

**Annexe 3 :** Grille d'entretien prise en charge des adolescents par les professionnels du service pédiatrie.

**Annexe 4 :** Organigramme Direction de la Famille et de l'Action Sociale

**Annexe 5 :** Modalité de prise en charge des adolescents sur le territoire de santé n°2, 3 et n°4.

**Annexe 6 :** Recensement des besoins de formation dans la prise en charge de l'adolescent au sein du service de pédiatrie

**Annexe 7 :** Fiche de signalement type au Procureur de la République

**Annexe 8 :** Dispositifs spécifiques d'accueil, d'écoute et d'accompagnement des adolescents

**Annexe 9 :** Liste des entretiens réalisés

## Annexe 1 : Territoires de santé bretons



Source : ARS Bretagne, octobre 2010

## Annexe 2 : Composition et Répartition de l'équipe para-médicale du service de pédiatrie

	CADRE	IPDE	AP	TOTAL
PEDIATRIE	1	27,03	17,03	45,06
HC Pédiatrie		12,53	12,6	25,13
HCPU - URG PED - HDJ - CS - ET		13,74	4,43	18,17
Renfort Hiver		0,76		0,76

hospitalisation complète

Période hivernale

2 unités

24 LITS possible 28LITS

JOUR 12H

RENFORT JOUR

NUIT 12H

IPDE	AP	TOTAL
3	3	
1	0	7
2	2	4

PERIODE intermédiaire

2 unités

20 LITS possible 24 LITS

JOUR 12H

RENFORT JOUR

NUIT 12H

IPDE	AP	TOTAL
3	3	
0	0	6
2	2	4

période estivale

1 unité

14 lits possible 18LITS

JOUR 12H

RENFORT JOUR

NUIT 12H

A L'ANNEE

HCPU

4 lits

IPDE	AP	TOTAL
2	2	
0	0	4
1	1	2

HC DE MOINS DE 24H

IPDE	AP	TOTAL
1		1
1		1

UP

IPDE	AP	TOTAL
1	1	2
1		1

Hospitalisation Journée, Consultation, Education Thérapeutique

DU LUNDI AU VENDREDI JOUR

EN 10H

EN 8H

MI TEMPS TEHERAPEUTIQUE

2 OU 3 JOUR SEMAINE

IPDE	AP
------	----

	1
1	
1	

## **Annexe 3 : Grille d'entretien prise en charge des adolescents par les professionnels du service pédiatrie.**

### **Thème 1 : Présentation du professionnel**

---

- Missions
- Date d'arrivée dans le service

avez-vous travaillé

- au CHBS
- dans d'autres services du CHBS
- dans d'autres services de pédiatrie
- dans d'autres établissements et d'autres services

- Motifs du choix de la pédiatrie

Venir en pédiatrie était un projet personnel ? pour quelle raison ?

- Qu'est ce qui est satisfaisant ? Avez-vous des difficultés ?  
*Si vous avez des difficultés, identifiez-vous les raisons ?*

- Votre formation vous semble-t-elle en adéquation avec votre travail aujourd'hui ?

### **Thème 2 : La prise en charge des ados « agités » par le service de pédiatrie**

---

- Le service accueil des enfants de 0 à 18 ans ? cela vous semble-t-il adapté ?
- Augmentation de l'activité ces dernières années ?
- Si oui, pour quels motifs selon vous l'activité a-t-elle augmenté ?

### Thème 3 : Ressenti du professionnel face à cette prise en charge

---

- Comment définissez-vous la pédiatrie ou la prise en charge en pédiatrie ?

Ces mots vous paraissent-ils refléter la spécificité de la discipline :

- prise en charge globale
- enfant mineur / rôle des parents
- autres

Si la question des ados est abordée

- La prise en charge vous semble-t-elle adaptée ?
- La présence de ces ados dans le service vous semble-t-elle justifiée ? Entrent-ils dans le champ de la pédiatrie selon vous ?
- Vous sentez-vous en mesure de répondre aux besoins de ces adolescents ?
- Vous sentez-vous formé pour réagir en cas de crise ?
- Quelle proportion prend aujourd'hui la prise en charge des adolescents en crise dans votre activité ?
- Etes-vous satisfait de la prise en charge proposée ? Sentiment d'un « bon travail » ?
- A partir de quand vous sentez-vous satisfait de la prise en charge?

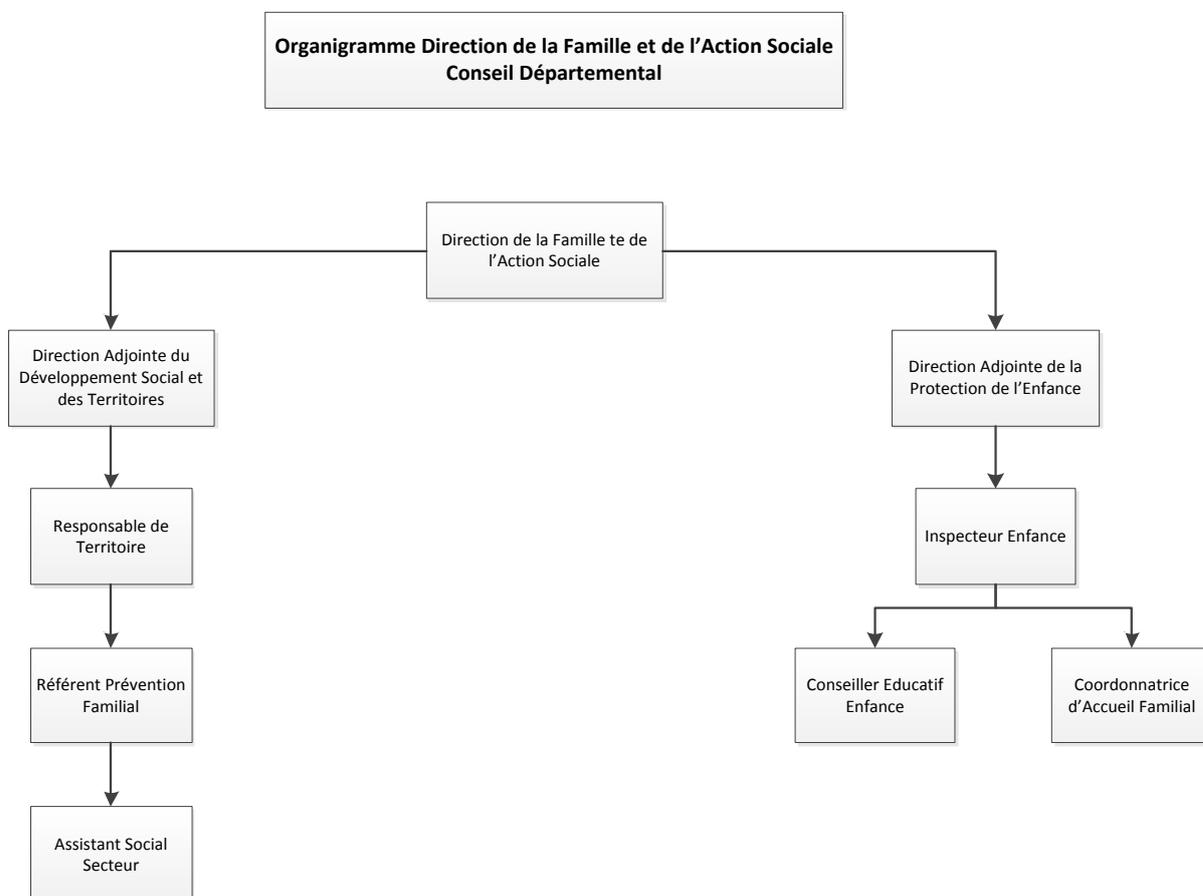
### Thème 4 : Préparation et aval de l'hospitalisation

---

- Existe-t-il un projet de soin pour ces ados ?
- Y a-t-il un travail de co-construction avec l'adolescent, sa famille, le représentant de l'adolescent... ?
- Comment se prépare la sortie de l'adolescent ?
- Connaissez-vous les autres structures qui prennent en charge les adolescents ? (les citer)
  - EPSM Charcot (UHEA, Maison des ado)
  - CMPP
  - Education nationale
  - Associations (Sauvegarde ... )
  - Conseil général (ASE, secteur, ... )
  - PJJ ...
- *Par quelle structure peut-il être suivi à sa sortie ?*

- Comment appréciez-vous la coopération avec les différentes structures prenant en charge les adolescents à leur sortie ? (question réservée aux cadres et aux praticiens)

## Annexe 4 Organigramme Direction de la Famille et de l'Action Sociale



### 1. La Direction Adjointe du Développement Social et des Territoires

Dans le cadre de l'accompagnement de l'enfance, la Direction Adjointe du Développement Social et des Territoires (DADST) est notamment chargée de repérer les enfants en difficultés. La DADST est divisé en 11 territoires d'intervention sociale, chaque territoire s'organise autour d'un Centre Médico-Social où est réuni une équipe de territoire composée : d'un Responsable de territoire, d'un Référent Prévention Familial, des gestionnaires de territoire et des assistantes sociales

En 2014, dans le cadre du schéma départemental de la protection de l'enfance, la Direction de la Famille et de l'Action Sociale (DFAS) a mis en place une nouvelle organisation destinée à simplifier les modalités d'orientation et de décision sur les situations.

Désormais trois instances permettent l'orientation des situations et l'aide à la prise de décision pour le dispositif de la protection de l'enfance :

L'Instance de Régulation : **Instance systématique** qui se réunit toute les semaines, réunissant les cadres de la DADST et de la Direction Adjointe de la Protection Maternelle et Infantile et des Actions de Santé (DAPMIAS). Cette instance régule les situations comportant des indicateurs de danger et **définit la stratégie** d'intervention. L'IR traite également de toutes les évaluations demandées par la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes<sup>199</sup> en cas d'IP et définit quels sont les professionnels chargés de l'évaluation.

La Commission d'Orientation : Instance **non systématique**, sur la demande des partenaires extérieurs ou de la DADST, réunissant les différents acteurs intervenants dans le parcours de l'enfant, chargée **d'orienter la situation** et de déterminer si la situation doit être prise en charge par le dispositif de protection de l'enfance.

La Commission de Protection de l'Enfance : Instance réunissant l'Inspecteur Enfance, les cadres de la DADST et tous partenaires extérieurs, une demi-journée par mois. Cette Commission est une **instance de décision** pour les situations individuelles complexes.

Dans la nouvelle organisation de la DADST, le **Référent Prévention Familiale** est à présent le **fil rouge** du suivi des situations et apparaît dès lors comme **interlocuteur principal**.

---

<sup>199</sup> La CRIP, instaurée par la loi du 5 mars 2007, est une instance du département au sein de la DAPE chargée de recueillir les Informations Préoccupantes qui peuvent être faite par n'importe quelle personne qui aurait connaissance d'un danger ou d'un risque de danger pour un enfant. En fonction des informations, la CRIP exige un complément d'information et une évaluation auprès de la DADST ou bien elle transmet le dossier au juge des enfants. Cette instance réaffirme le rôle du département dans la protection de l'enfance et joue un rôle de filtre afin d'éviter que toutes les informations ne soient transmises au juge.

## 2. La Direction Adjointe de la Protection de l'Enfance

En matière de Protection de l'Enfance, le département est divisé en quatre groupements avec à la tête de ce dernier un Inspecteur Enfance.

Dans le cadre de mesure administrative, où les parents acceptent de collaborer, un contrat est signé entre les parents et l'inspecteur enfance. Il peut dans ce cas proposer :

- une Aide Educative à Domicile où un éducateur est nommé pour intervenir au domicile de l'enfant
- un Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale
- une demande d'accueil provisoire

En revanche en cas de refus de collaboration des parents et/ou d'urgence, l'Inspecteur Enfance peut saisir le substitut du procureur afin que soit ordonné une Ordonnance de Placement Provisoire (OPP). Dans les 8 jours le juge des enfants doit être saisi afin qu'il ordonne une mesure.

En cas de mesure judiciaire, le Juge des Enfants peut ordonner :

- une Aide Educative en Milieu Ouvert (AEMO)
- un placement en famille d'accueil

En cas de mesure relevant d'un fait pénal (infraction, crime délit), le juge peut ordonner une mesure éducative en milieu ouvert ou un placement éducatif, dans ce cas la mesure sera suivie par la Protection Judiciaire de la Jeunesse

**L'Inspecteur Enfance (IE)** est garant du projet de vie de l'enfant et est le seul habilité à pouvoir prendre une décision sur l'orientation de ce dernier. Cet inspecteur collabore avec deux personnes importantes : le **Coordonnateur d'Accueil Familial (CAF)** et le **Conseiller Educatif Enfance (CEE)**.

Le CAF, à l'interface entre l'inspecteur enfance et les assistants familiaux, a pour mission de recenser les lieux d'accueil, intervient dans la formation, la coordination, le recrutement et l'accompagnement des assistants familiaux. La mission principale reste avant tout la recherche de famille d'accueil ou de place en foyer lorsqu'un enfant nécessite un placement.

Le CEE, à l'interface entre l'inspecteur enfance et l'éducateur, est quant à lui garant du projet éducatif de l'enfant, en interaction avec l'éducation nationale, IME, ITEP...

Le service de l'ASE possède ses propres assistants familiaux, mais il peut également déléguer l'exécution de la mesure à un **service habilité**. Dans ce cas **un référent de l'ASE** est nommé. Ce dernier est chargé de faire le lien entre le service habilité exécutant la mesure, et l'ASE, il y a dans ce cas une double référence.

Dès lors en cas de difficulté avec une famille d'accueil ou le service habilité, l'interlocuteur privilégié pour les partenaires est le référent ASE, puis le CEE et en dernier recours l'inspecteur enfance.

**Annexe 5 : Modalité de prise en charge des adolescents sur le territoire de santé n°2, 3 et n°4.**

<u>Ville</u>	<u>Vannes</u>	<u>Quimper</u>	<u>Lorient</u>
<b><u>Urgences</u></b>			
<b><u>Locaux des urgences</u></b>	Locaux urgences pédiatriques	Locaux urgences pédiatriques	Locaux urgences pédiatriques
<b><u>Evaluation aux urgences</u></b>	Expertise pédopsychiatrique 24h/24	-Evaluation par un pédiatre ≤ 16 ans -Evaluation UMP si ≥ 16 ans	-un pédiatre de 0 à 18 ans sauf en cas de crise clastique si ≥ 15 ans, équipe de l'UMP aux urgences adultes
<b><u>Orientation depuis les urgences</u></b>	Retour à domicile/Pédiatrie/ Clinique des adolescents	Retour à domicile/Pédiatre/pôle de pédopsychiatrie	Retour à domicile/Pédiatrie/UHEA
<b><u>Hospitalisation Complète</u></b>			
<b><u>Lits dédiés aux adolescents en souffrance psychique</u></b>	6	0	6
<b><u>Intervention spécifique de professionnels</u></b>	-1 pédopsychiatre (3 demi-journées par semaine) -1 infirmier de pédopsychiatrie (5 demi-journées) -1 psychologue (2 demi journées par semaine)	-1 pédopsychiatre (sur demande, 3 demi-journées par semaine jusqu'à 16 ans) - une psychologue (20%) - équipe de l'UMP pour les 16-18 ans (sur demande)	-1 pédopsychiatre (4 demi-journées par semaine), -1 infirmier de pédopsychiatrie (5 demi-journées par semaine), -1 psychologue (3 demi-journées par semaine)
<b><u>Professionnels intervenants</u></b>	-1 éducateur socio-éducatif (5 demi-journées par semaine), -1 éducateur jeunes enfants (5 jours par semaine), -1 art-thérapeute (26%)	1 Educateur jeunes enfants (5 journées par semaine)	0
<b><u>Centre Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents (&gt; 12 ans)</u></b>			
<b><u>Localisation</u></b>	Centre Hospitalier de Bretagne Atlantique	0	Maison des Adolescents
<b><u>Rattachement hiérarchique</u></b>	EPSM Saint Avé		EPSM Charcot
<b><u>Organisation</u></b>	- 1 Centre Médico Psychologique - 1 Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel -1 Hôpital de jour (10 places)		- 1 Centre Médico Psychologique - 1 Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
<b><u>Dispositif prise en charge de la souffrance psychique de l'adolescent: Maison des Adolescents</u></b>			
<b><u>Type d'approche</u></b>	Accueil et orientation	Accueil et orientation	Accueil et Soins
<b><u>Rattachement hiérarchique</u></b>	EPSM Saint Avé	EPSM Gourmelen	EPSM Charcot
<b><u>Missions</u></b>	- Accueillir -Ecouter -Evaluer -Orienter -Mise en réseau	- Accueillir -Ecouter -Evaluer -Orienter -Mise en réseau	- Accueillir -Ecouter -Evaluer -Orienter -Mise en réseau - Soins (CMP + CATTP)
<b><u>Professionnels intervenants</u></b>	4,3 ETP	4 à 7 ETP	13,5 ETP

## Annexe 6 : Recensement des besoins de formation dans la prise en charge de l'adolescent au sein du service de pédiatrie

Dans le cadre du projet « Améliorer la prise en charge des adolescents au sein du service de pédiatrie » porté par le Pôle Femme Mère Enfant et la Direction, le souhait est, comme cela vous a été présenté ou sera présenté prochainement, de mettre en place un dispositif de formation sur l'adolescence et la psychopathologie de l'adolescent, afin de vous accompagner dans cette prise en charge spécifique. Nous vous remercions par avance pour votre contribution à l'expression de vos besoins afin que le cahier des charges de la formation corresponde au mieux à vos attentes.

Merci de bien vouloir retourner ce questionnaire à Madame GORET, **au plus tard le vendredi 23 juillet.**

### 1- Présentation du professionnel

- Médecin                                       IPDE                                       IDE
- AP
- Date d'arrivée dans le service : .....
- Avez-vous travaillé :
- au CHBS
- dans d'autres services du CHBS
- Si oui le(s)*
- quel(s)*.....
- .....
- dans d'autres services de pédiatrie
- Si*                                      *oui*                                      *le(s)*
- quel(s)*.....
- .....
- dans d'autres établissements et d'autres services

*Si oui le(s)*

*quel(s) :.....*  
*.....*

Rencontrez-vous des difficultés dans la prise en charge des adolescents au sein du service de pédiatrie ?

Oui

Non

➤ Quelle est votre plus grande satisfaction dans la prise en charge des adolescents ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

➤ Quelle est votre plus grande difficulté dans la prise en charge des adolescents ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Avez-vous déjà bénéficié d'une formation sur la prise en charge des adolescents ?

Oui

Non

*Si oui*

*laquelle ?.....*

*Vous a-t-elle semblé contributive à une meilleure prise en charge ?*

Oui

Non

- Seriez-vous intéressé(e) par une formation sur l'adolescence et la psychopathologie de l'adolescent ?
- Oui                                       Non

2- **Expression des besoins:**

**Quels besoins identifiez-vous dans la prise en charge des adolescents qui pourraient aider à la construction d'un dispositif de formation sur l'adolescence et la psychopathologie de l'adolescent?**

- Décoder les besoins, attentes et demandes des adolescents
- Mieux appréhender la culture des adolescents
- Identifier le processus de la construction identitaire de l'adolescent
- Connaître le cadre général du développement et des problématiques rencontrées à l'adolescence
  - Repérer certains particularismes dans l'expression des troubles émotionnels à l'adolescence : conduites à risques, conduites addictives, troubles alimentaires, dépression, troubles psychotiques...
- Mieux appréhender la position et le rôle de chaque équipe (médicale, paramédicale de pédiatrie et de liaison) dans la prise en charge des adolescents
- Connaître le réseau existant autour de l'adolescent sur le territoire
- .Maîtriser les techniques d'entretiens
- Mieux appréhender la manière d'aborder les adolescents
- Mieux appréhender l'abord des adolescents en situation de crise
- Savoir analyser les conduites de l'adolescent
- Mieux identifier les éléments utiles à la construction d'un projet de soins de l'adolescent
- Autres : .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

### 3- Méthodes pédagogiques

- Apports théoriques
- Bibliographie et documentation
- Analyse des pratiques
- Etudes de cas concrets
- Mises en situation
- Autres ?

.....

.....

.....

.....

.....

## Annexe 7 : Fiche de signalement type au Procureur de la République

Lorient, le  
 Le Praticien  
 A  
 Mme / M. le Procureur de la République

Réf.

**Objet :** signalement de mineur / personne fragile en danger

Madame, Monsieur le Procureur de la République,

Vu les articles 434-1, 434-3 et 226-14 du Code Pénal, l'article R4127-44 du Code de la Santé Publique, l'article 375 du Code civil, l'article 226-4 du CASF, je vous prie de bien vouloir trouver ci après le certificat établi ce jour.

Je soussigné(e) Dr. NOM			
Prénom			
Statut	<input type="checkbox"/> praticien hospitalier	<input type="checkbox"/> praticien attaché	<input type="checkbox"/> assistant
Service			
Coordonnées téléphoniques.	Service : <input type="checkbox"/> Urgences 02.97.06.98.90 <input type="checkbox"/> Pédiatrie (secrétariat) 02.97.06.98.11 <input type="checkbox"/> Pédiatre de garde 02.97.06.70.39 <input type="checkbox"/> CISCO personnel 02.97.06.....		
CERTIFIE avoir examiné	en toutes lettres		
Le		A	
<input type="checkbox"/> l'enfant NOM <input type="checkbox"/> la personne fragile			
Prénom			
Né(e) le			
A (lieu de naissance) Préciser	<input type="checkbox"/> France métropolitaine <input type="checkbox"/> Union Européenne <input type="checkbox"/> Autre vit au domicile des parents <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

Adresse	

Accompagné par NOM	
Prénom	
Né(e) le	
Adresse	
Coordonnées tél.	
Lien avec le patient examiné	<input type="checkbox"/> père, mère <input type="checkbox"/> grand père, grand mère <input type="checkbox"/> tuteur <input type="checkbox"/> autre lien familial à préciser
	<input type="checkbox"/> éducateur <input type="checkbox"/> famille d'accueil <input type="checkbox"/> autre à préciser
Représentants légaux NOM (si connu)	
Prénom	
Né(e) le	
Adresse	
Coordonnées tél.	

### Commémoratif

*(Antécédents médicaux, propos du patient, propos de l'accompagnant, contexte général – comportement de l'enfant, de la personne accompagnatrice .... )*

--

- Examen clinique réalisé en présence de la personne accompagnatrice :  
 oui       non

- Constatations médicales :

J'atteste par la présente la vérité des faits signalés,

Le praticien (signature)

## **Annexe 8 Dispositifs spécifiques d'accueil, d'écoute et d'accompagnement des adolescents**

Dès les années 1990, impulsé par les professionnels du champ sanitaire et social, les pouvoirs publics ont pris conscience « d'un besoin d'accueil spécifique » et d'écoute pour les jeunes, constat dressé par le rapport interministériel du groupe de travail « ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale »<sup>200</sup>. Face à ce constat deux types de dispositifs vont naître les Point d'Accueil pour les Jeunes et les Points écoute pour les jeunes et/ou les parents. Mais ces dispositifs, à visée générale sur le mal-être global des jeunes, vont être amenés à prendre en charge des populations spécifiques (jeunes en errance ou problème de toxicomanie). Après le rapport inquiétant du Haut Comité de la Santé Publique, en février 2000 sur « la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes »<sup>201</sup>, les pouvoirs publics décident de fusionner les dispositifs d'accueil et d'écoute pré-existant et de donner naissance au Point d'Accueil et d'Ecoute Jeunes (PAEJ).

### 1. La naissance des PAEJ : Unification des dispositifs pré-existants

Les PAEJ sont destinés à assurer une mission de « prévention primaire globale » à destination des jeunes et des parents. Ils sont définis comme « *des formes d'intervention légères qui peuvent jouer utilement un rôle de proximité défini autour d'une fonction préventive d'accueil, d'écoute, de soutien, de sensibilisation, d'orientation et de médiation au contact des jeunes exposés à des situations de risque, et de leur entourage adulte [...]. Les PAEJ se situent en amont de toute intervention médicale ou sociale et excluent, dans leur enceinte, la thérapie, le soin médicalisé, l'échange de seringues, ou encore les prises en charge prolongées sous forme de suivi ou d'accompagnement social spécialisé. En revanche, ils sont en mesure de faire prendre rapidement le relais par des structures*

---

<sup>200</sup> LAZARUS A, STROHL H, Une souffrance qu'on ne peut plus cacher, Rapport du groupe de travail « ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale », février 1995, URL : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/954050300.pdf>

<sup>201</sup> Rapport du groupe de travail sur " LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES ADULTES " Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Haut Comité de la santé publique, février 2000, URL : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/014000155.pdf>

*médicales ou sociales de droit commun. Ils ont vocation à accueillir notamment les jeunes qui adoptent une attitude de rejet ou de retrait »<sup>202</sup>*

Cependant en 2004, l'état des lieux des PAEJ va constater la fragilité de ces dispositifs notamment à travers l'instrumentalisation de ces structures par certains partenaires « dans une logique de santé mentale ou d'insertion professionnelle » ainsi qu'à travers des modalités de financement non pérennes. Sans remettre en cause ce dispositif les pouvoirs publics décident d'aller plus loin dans la prise en charge de la souffrance psychique.

## 2. La naissance des MDA : Une prise en charge spécifique aux problématiques adolescentes

Les MDA sont destinées à proposer une prise en charge pluridisciplinaire : sanitaire, éducative, sociale et juridique. Ces professionnels accueillent, écoutent, orientent, conseillent et accompagnent les adolescents, leurs parents et les professionnels du territoire destinés à les prendre en charge. Cette première expérience initiée au Havre en 1999, a largement été encouragée par la Défenseur des droits de l'enfant. Ce dispositif est d'ailleurs repris par le rapport préparatoire de la Conférence de la famille en 2004<sup>203</sup>. A l'issue de cette conférence, l'Etat s'engage à ouvrir une MDA par département. Au départ à vocation généraliste sans cibler un public adolescent spécifique, la possibilité évoquée par le cahier des charges de s'adapter aux spécificités locales a entraîné une forte hétérogénéité entre les MDA. La circulaire de 2005, insiste sur la place de « tête de réseau » des MDA, destinées à réunir les professionnels intervenant dans la prise en charge des adolescents, les institutions ainsi que les PAEJ. En effet selon Claire BRISSET Défenseur des Droits de l'Enfant, « l'objectif d'une Maison des adolescents n'est pas d'ajouter une structure ou un dispositif à ceux déjà existants. Au contraire, il s'agit d'utiliser toutes les compétences des institutions pour les mettre en réseau et les rendre complémentaires »<sup>204</sup>. Toutefois, les articulations semblent difficiles entre des acteurs aux logiques différentes notamment entre les PAEJ, portée par des associations avec des

---

<sup>202</sup> Circulaire DGS-DGAS n° 2002/145 du 12 mars 2002 relative à la mise en oeuvre d'un dispositif unifié des points d'accueil et d'écoute jeunes

<sup>203</sup> RUFO M, JOYEUX H, Santé, adolescence et familles, Rapport préparatoire à la Conférence de la famille 2004, Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées - Ministère délégué à la Famille, URL : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/044000128.pdf>

<sup>204</sup> BRISSET, C. Les Maisons des Adolescents, Pourquoi ? Comment ?, 2003, URL : [http://www.derpad.com/fileadmin/ressources/download/defenseure\\_maisons\\_ados.pdf](http://www.derpad.com/fileadmin/ressources/download/defenseure_maisons_ados.pdf)

acteurs souvent issus du champ social et les MDA qui sont souvent portées par des établissements sanitaires, les logiques d'interventions sont parfois divergentes.

### 3. Une remise en cause des PAEJ ?

Principalement financé par la Cohésion Sociale et le Conseil régional les PAEJ se sont retrouvés en difficultés dans un contexte de restriction des crédits. Les ARS en 2012 ont décidé de financer une partie de ces dispositifs. Toutefois, le maintien de ces financements semblent aujourd'hui quelque peu remis en cause au regard du financement des MDA qui assurent peut-être une mission quelque peu similaire ? Cette question aurait peut-être pu se poser plutôt notamment en 2005, lors de la généralisation du dispositif des MDA 2005 ? Mais ces deux dispositifs nés de deux directions générales différentes n'y est sans doute pas pour rien dans cette organisation. La création des ARS et la répartition des activités avec la cohésion sociale a s'en doute contribué à renforcer ces incohérences entre ces deux dispositifs.

Cette mauvaise articulation entre les autorités de tutelle, ce cloisonnement de la gouvernance, renforce les clivages traditionnels au détriment d'une approche globale des adolescents aujourd'hui et d'une visibilité des dispositifs existants.

## **Annexe 9 : Liste des entretiens réalisés**

Docteur BELZIC, Pédiatre au CHBS, 09/03/2015, 2h15

Madame Bénédicte BOUCHER, Infirmière à la MDA de Lorient, 20/03/2015, 30 minutes

Madame BOURIGAULT, Infirmière, service de pédiatrie, CHBS, 05/05/2015 ; 45 minutes

Docteur BRIFFAUT, Pédiatre au CHBS, spécialisé dans la prise en charge des adolescents, 03/03/2015 : 1h30 ; 09/04/2015 : 45 minutes

Monsieur BROUDEUR, Directeur par interim de l'UEHC, PJJ, Lorient, 22/04/2015, 1h

DOCTEUR BROUET, Responsable d'Unité, Pédiatre au CHBS, 03/04/2015 : 40 minutes

Madame GORET, Cadre de santé du service de pédiatrie au CHBS, 10/03/2015 : 1h45, 05/05/2015 : 1h

Madame CAILLEUX, Auxiliaire de Puériculture, service de pédiatrie, CHBS, 18/03/2015

Madame CALVARY, Coordinatrice d'Accueil Familial, Groupement ASE Nord-Ouest, DAPE, Conseil Départemental, 21/04/2015 : 1h30

Monsieur CARTRON, Responsable du dispositif de milieu ouvert et du dispositif des adolescents Sauvegarde 56, 23/04/2015, 1h30

Madame CORNIC, Auxiliaire de Puériculture, service de pédiatrie, CHBS, 09/03/2015 : 45 minutes

Madame DAHIREL, Puéricultrice, service de pédiatrie, CHBS, 05/03/2015, 45 minutes

Madame DANIEL, Puéricultrice, service de pédiatrie, CHBS, 18/03/2015

Madame EVANO, Responsable du service promotion de la santé, santé publique, Mairie de Lorient, 17/04/2015, 1h15

Madame FEYEUX, Substitut du Procureur en charge des mineurs, TGI de Lorient, 23/04/2015, 1h

Madame FOUCHARD, Assistante Sociale EPSM Charcot, 15/05/2015 : 1h

Monsieur GOUEREC, Cadre de santé à la Maison des Adolescents de Lorient, 16/03/2015, 3 h

Madame GOYHENEIX-LO, Puéricultrice, service de pédiatrie CHBS, 02/03/2015

Madame HERVAULT, Cadre du service social au CHBS, 30/03/2015, 1h30

Monsieur HIROUX, Directeur Adjoint de la Protection de l'Enfance, Conseil Départemental du Morbihan, 14/04/2015, 2h

Docteur HOUANG, Médecin chef de l'UHEA, Pédopsychiatre, 20/05/2015 : 1h10

Madame JUBIN, Auxiliaire de Puériculture, 02/03/2015, 30 minutes

Monsieur LE BORGNE, Directeur Adjoint de la Direction Générale, 22/04/2015, 1h15

Docteur LE COLLE, Pédopsychiatre, Equipe de liaison, EPSM Charcot, 10/04/2015, 1h15

Docteur Le GALL, Chef de service de pédiatrie, Pédiatre au CHBS, 06/03/2015, 1h15  
Madame LE FRIEC, Auxiliaire de Puériculture, 09/03/2015 : 45 minutes  
Monsieur LE GOFF, Directeur des soins et de la Qualité, EPSM Charcot, 15/04/2015, 1h30  
Docteur LERAT et Docteur RAFFIN, Médecin de l'Education Nationale, 27/04/2015 : 1h15  
Docteur LE ROMANCER, Psychiatre UMP, EPSM Charcot, 04/05/2015, 1h30  
Monsieur MAHE, Inspecteur Enfance, Groupement ASE Nord-Ouest, DAPE, 30/03/2015, 2h  
Madame MONOT, DADST, Territoire d'Intervention Social n°7, Référente Prévention Familiale, 01/04/2015, 1h30  
Madame MONOT-JULIEN, Psychologue, EPSM Charcot, 09/03/2015, 1h30  
Madame MORVAN-PARIS, Directrice de l'Action Sociale et de la Famille, Conseil Départemental du Morbihan, 14/04/2015, 1h  
Madame MUZELEC KABOUCHE, Coordinatrice territoire de Santé n°3, DT ARS 56, 07/04/2015, 40 minutes  
Madame PAPETA, Puéricultrice, service de pédiatrie, CHBS, 18/03/2015  
Monsieur PEYCHERAND, Cadre de santé, UHEA, EPSM Charcot, 09/04/2015 : 1h, 22/04/2015 : 1h15  
Madame TAYMI, Chargée de mission à la direction adjointe prévention promotion de la santé, ARS Bretagne, 13/03/2015, 1h15  
Madame TOUATI, capitaine et chef de la brigade de la famille de la sûreté départementale du Morbihan, Hôtel de Police de Lorient, 28/04/2015, 45 minutes  
Docteur TROADEC, Pédiatre au CHBS, 09/03/2015, 45 minutes  
Madame TROUILLET et Madame LE GUEN, Assistantes Sociale au CHBS, 04/03/2015, 2h  
Docteur VIGNERON, Médecin chef du PFME, Pédiatre au CHBS, 12/03/2015 :1h, 03/03/2015 :1h30, 10/06/2015 :1h  
Madame VINCENT Directrice Territoriale Adjointe, PJJ 29-56 et Madame DUMORTIER, Infirmière Conseillère Technique Santé, PJJ 29-56, 13/04/2015 : 1h30

---

## NOTE D'OBSERVATION

---

RIOU	Anne-Sophie	09/09/2015
<b>Master 2</b> <b>Pilotage des politiques et actions en santé publique</b>		
<b>Comment améliorer le parcours de soins hospitalier des adolescents au sein d'un service de pédiatrie générale ? L'exemple du Centre Hospitalier de Bretagne Sud</b>		
<b>Promotion 2014-2015</b>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>Pendant longtemps ignorée, la prise en charge hospitalière des adolescents apparaît aujourd'hui comme un véritable enjeu de santé publique.</p> <p>L'adolescence est une période spécifique de la vie, où les bouleversements physiques, psychiques et sociologiques sont importants. Les pathologies rencontrées à cette période comportent une composante « psy » dominante et où la souffrance psychique exprimée à cette période si spécifique, peut se transformer en une véritable pathologie psychiatrique. Ainsi les besoins de santé spécifiques de l'adolescent font de lui un patient à part entière nécessitant une prise en charge globale/biopsychosociale, attentive aux signes de souffrance.</p> <p>Depuis les années 1970, les services de pédiatrie se sont progressivement ouverts à la prise en charge des adolescents et aux pathologies spécifiques qui accompagnent cette tranche d'âge : tentatives de suicide, prises de toxiques, troubles des comportements alimentaires, violences ou encore difficultés socio-familiales. L'adaptation de l'activité pédiatrique aux besoins de cette population « adolescente » soulève de nombreuses interrogations relatives à la capacité de l'institution ainsi que la capacité des professionnels de santé à accueillir cette typologie de patient. Le parcours de soins hospitalier des adolescents au sein d'un service de pédiatrie générale nécessite également de s'intéresser aux relations avec les partenaires extra-hospitalier amenés à intervenir en amont et en aval de l'hospitalisation et la capacité des différents professionnels à coopérer dans ces prises en charge parfois complexes.</p> <p>C'est dans ce cadre que ce rapport de mission tente de répondre à la question : Comment améliorer le parcours de soins hospitalier des adolescents au sein d'un service de pédiatrie générale ? L'exemple du Centre Hospitalier de Bretagne Sud.</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>Adolescents - Service de pédiatrie générale - Parcours de soins hospitalier - Souffrance psychique - Identités professionnelles - Coopération</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		