



**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

## **MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

**– 2000 –**

### **La prise en charge sanitaire des adolescents**

**– thème n° 26 –**

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 10 élèves en formation initiale  
(2 MISP, 2 EDH, 3 IASS, 2 D3S, 1 IG)

***Animateur***  
***Monsieur Tirel***

## **PREAMBULE**

*Le groupe tient avant tout à remercier vivement M. Tirel pour sa disponibilité et son soutien tout au long de notre travail.*

### **1 – Méthodologie de la recherche**

Le groupe a dans un premier temps visé les cadres législatif et réglementaire, puis étudié la littérature relative au sujet. Le problème posé par l'hospitalisation des adolescents est ancien, mais il fait l'objet d'une prise de conscience récente, comme en témoigne la multiplicité des rapports, colloques, conférences et initiatives politiques sur le sujet.

Un second temps a été consacré à l'identification des acteurs évoluant dans ce champ d'activité afin de les rencontrer lors d'entretiens semi-directifs<sup>1</sup> et de visiter différentes structures de prise en charge des adolescents. Les personnes ainsi sollicitées, ont manifesté un vif intérêt tant pour la question que pour la démarche entreprise lors de ce séminaire.

### **2 – Le travail en groupe.**

Le groupe a fonctionné en réunions plénières avec programmation des entretiens et des visites en sous-groupe, en favorisant l'interprofessionnalité et l'échange entre personnes. De la méthodologie à la réalisation du projet, le sujet a été envisagé dans sa globalité en élaborant collectivement le plan et non en divisant les différents aspects du sujet. Ainsi chacun a pu s'approprier la problématique. Le sujet a été riche en débats qui ont largement débordé le cadre de nos identités professionnelles (D3S, EDH, IASS, IG et MISP).

### **3 – L'enrichissement professionnel apporté par le module à chacun de ses membres**

En nous amenant à travailler ensemble, le module a favorisé les regards croisés sur le thème traité et nous a permis de découvrir notre complémentarité. En effet, le sujet a pu être abordé dans ses différentes dimensions, à la fois médicale, sociale, juridique et politique.

Cette expérience nous permettra de valoriser une telle démarche dans l'exercice de nos fonctions, de rechercher une ouverture vers les autres professions pour mettre en œuvre une véritable approche globale de santé publique.

---

<sup>1</sup> Voir la grille d'entretien en annexe.

# SOMMAIRE

<b>Introduction</b>	<b>1</b>
<b>I. L'adolescent hospitalisé : l'émergence d'une spécificité...</b>	<b>4</b>
<b>A. Un encadrement juridique par objectifs</b>	<b>4</b>
1. Les droits des adolescents	4
2. Le cadre juridique de la prise en charge hospitalière de l'adolescent	5
<b>B. La spécificité de l'adolescence</b>	<b>6</b>
1. Un rapport aux soins particulier	6
a) La demande de soins.	6
b) La santé des adolescents	8
2. Un dispositif institutionnel spécifique	10
<b>II. ...qui se decline sous des modalités de prise en charge différentes</b>	<b>12</b>
<b>A. Les modalités actuelles de prise en charge :</b>	<b>12</b>
1. Prise en charge dans un lieu spécifique à l'adolescence.	12
a) Les différentes structures spécifiques	12
b) Les intérêts et points communs d'une prise en charge spécifique	14
2. Prise en charge avec des conditions particulières dans un service de médecine générale adulte	17
3. Une prise en charge sans conditions particulières	18
<b>B. Les limites de l'existant</b>	<b>19</b>
1. Les problèmes de financement de la prise en charge spécifique des adolescents	19
2. Les inconvénients liés au regroupement des adolescents	19
3. La question de la nature du service d'accueil, pédiatrique ou psychiatrique et des éventuelles dérives	
a) Les risques de la pédiatrie	21
b) Les risques de la psychiatrie	21
4. L'adolescent : un patient à part	22
<b>Conclusion</b>	<b>23</b>
<b>Référentiel de prise en charge hospitalière des adolescents</b>	<b>24</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>30</b>
<b>Liste des annexes</b>	<b>33</b>

## Résumé

## INTRODUCTION

*« J'ai 17 ans. L'âge des espérances et des chimères... ; moi j'appelle cela du printemps »  
Arthur Rimbaud,  
Lettre à Théodore de Banville, 1870*

Longtemps ignorée, la prise en charge sanitaire des adolescents est aujourd'hui un véritable enjeu de santé publique. En 1997, la Conférence nationale de santé a recommandé la création de lieux de soins adaptés à l'accueil et au suivi des adolescents. En mars 2000, le Haut Comité de la santé publique rendait public un rapport concernant l'éducation à la santé des 12-25 ans, la sensibilisation des adultes, le développement de l'action des intervenants de crise et la création de structures innovantes pour leur prise en charge.

L'intérêt de certains pédiatres et psychiatres pour ce groupe d'âge et ses maladies a entraîné l'émergence de la réflexion sur les aménagements spécifiques d'hospitalisation des adolescents. Une enquête nationale menée en 1996, présentée aux Journées d'automne de la Société française de pédiatrie à Paris, puis aux Journées de printemps de la Société française de pédiatrie à Bordeaux en 1997 et enfin au congrès de la Society for Adolescent Medicine à Atlanta en 1998 constate l'inadaptation des lieux d'hospitalisation en services de pédiatrie pour cette population.

### **L' « adolescence » recouvre une période de la vie floue et délicate à cerner.**

Le concept d'adolescence renvoie à la période de la vie qui marque le passage de l'enfance à l'âge adulte, période de transition caractérisée autant par ce qui la précède et ce qui la suit. A priori, on peut sans peine fixer le début de l'adolescence à la puberté. Mais cette approche biologique est moins pertinente pour fixer la fin de l'adolescence ; sur ce sujet les différentes spécialités médicales s'affrontent : une jeune fille peut être majeure vers 16 ans selon les gynécologues ; d'un point de vue psychique, l'adolescence peut se prolonger jusqu'à 25 ans. Les psychiatres, enfin, l'identifient comme un processus de maturation cognitive, affective et sexuelle.

La définition purement médicale doit s'enrichir d'un aspect sociologique. Pour S. Tomkiewicz<sup>2</sup>, « l'adolescence existe depuis que l'être humain existe, même si elle ne durait que très brièvement avec, autour des premières manifestations sexuelles visibles, les rites d'initiation comme dans les sociétés qu'on appelle primitives ».

Les critères politico-légaux sont également des indicateurs : l'âge de la majorité est à 18 ans mais de 11 à 21 ans, les droits évoluent. La lisibilité de l'ensemble reste donc assez délicate : 15 ans est un âge limite en droit civil, en droit pénal, en matière d'hospitalisation pédiatrique et en ce qui concerne les peines punissant les mauvais traitements, 12 ans pour souscrire une assurance-vie, 14 ans pour un cyclomoteur, 16 ans pour disposer de la moitié de ses biens ou pour être émancipé, 21 ans, limite de la prise en charge sociale des jeunes majeurs.

De plus, aujourd'hui l'adolescence ne cesse de s'étendre : elle se termine plus tard dans la mesure où les processus d'insertion sociale et professionnelle sont retardés (allongement de la durée des études) ou entravés (chômage des jeunes). Elle démarre plus tôt, vers 9-10 ans lorsque s'effectue la rupture entre l'école primaire et le collège. D'où la

---

<sup>2</sup> Un entretien avec Stanislaw TOMKIEWICZ in « L'adolescence existe-t-elle ? » Prévenir 1992

multiplication des termes entre « pré-adolescence », « jeunes adolescents », « post adolescence », « jeunes adultes » (définition de l'Aide Sociale à l'Enfance 18-21 ans). L'Organisation Mondiale de la Santé quant à elle, se propose d'appeler « adolescents » les personnes de 10 à 19 ans et « jeunes » celles de 15 à 24 ans.

**En définitive, le terme d'adolescence renvoie à une définition relative aux différentes époques, sociétés et classes sociales, mais est également dépendant de la conception sociale, sociologique et juridique des deux âges encadrant cette période, l'enfance et l'âge adulte. « L'adolescence est un concept. Et l'adolescent en tant que personne ne peut que souffrir d'être confondu avec l'adolescence. L'adolescent est unique, et tel qu'il est, il ne ressemble à aucun autre<sup>3</sup> ».**

Le souci de la santé des adolescents devient primordial si l'on considère que les adolescents représentent 12,5% de la population française en 1990<sup>4</sup>. Les différentes études constatent que les comportements acquis au cours de la deuxième décennie de la vie peuvent avoir des conséquences sur la santé des individus. Ceci nous renvoie aux problématiques liées aux maladies sexuellement transmissibles, à l'usage du tabac, de l'alcool ou de la drogue, aux conduites suicidaires<sup>5</sup>, aux accidents, aux états dépressifs et aux maltraitements<sup>6</sup>. L'adolescence est par elle-même une période à risque pour la santé mentale de l'être humain. Si tout se prépare dans l'enfance, tout se joue à l'adolescence. L'adolescence n'est pas pour autant une période pathologique.

L'imbrication des pathologies psychiatriques et somatiques impose une approche globale des adolescents malades en tenant compte des aspects médicaux mais également sociaux et psychologiques personnels et environnementaux.

**Face à la difficulté d'appréhender l'adolescent, sa prise en charge dans le schéma classique d'hospitalisation paraît inadaptée.**

Aussi est-il nécessaire d'évaluer les dispositifs actuels d'hospitalisation de ces jeunes patients. De nombreuses difficultés sont à l'origine de l'inadéquation entre les besoins et l'offre en ce domaine. La prise en charge des adolescents, du fait de son caractère transdisciplinaire, peut difficilement être satisfaite par la réalité fonctionnelle et culturelle hospitalière. De plus, exprimant des besoins comme celui d'être reconnu et informé ainsi que de disposer de moyens d'accueil et d'organisation hôtelière, l'adolescent devient un usager à l'exigence très spécifique confronté à un système peu préparé à le recevoir.

De nombreuses études révèlent que souvent les adolescents ne viennent pas consulter car ils ne perçoivent pas l'importance de cette décision pour leur propre intérêt, ils ignorent les possibilités offertes et ne veulent pas attirer l'attention sur eux. Ces patients sont des acteurs responsables de leur santé et sont de ce fait, libres de consentir eux-mêmes aux soins nécessaires en participant au fonctionnement des services.

Les préoccupations pour la santé des adolescents conduisent à conceptualiser différemment l'organisation de leur prise en charge. Il s'agit de remettre en question le système actuel et de rechercher de nouveaux modes d'action, en particulier face à des cloisonnements multiples et des pratiques médico-administratives contradictoires. L'idée communément défendue aujourd'hui par les professionnels de la santé et de l'enfance est de privilégier une approche globale. Différents modes de prise en charge sont utilisés, du centre de santé spécialisé dans les problèmes des adolescents en liaison avec un centre de

---

<sup>3</sup> Professeur Courtecuisse, « L'adolescence, Les années métamorphoses »

<sup>4</sup> Rapport du Haut Comité de la Santé Publique, 9 mars 2000

<sup>5</sup> Conférence européenne sur le suicide des jeunes, Cité des Congrès à Nantes les 19 et 20 septembre 2000

<sup>6</sup> Journée de l'Enfance maltraitée, rencontres nationales de la Sorbonne le 26 septembre 2000

formation et de recherche, à l'établissement de soins classique qui s'efforce d'assurer des services spécifiques pour les adolescents.

**Quelles que soient les conditions d'hospitalisation, dans quelle mesure l'hôpital peut-il assurer la globalité de la prise en charge de l'adolescent, c'est à dire procéder à un travail de clarification des besoins en termes de démarche de soins et de conditions de séjour ?**

L'adolescent se voit progressivement reconnaître une place et des besoins spécifiques dans la société en général, ce qui marque son rapport au soin. Cette nouvelle prise en considération se traduit aujourd'hui par la recherche de modes adaptés de prise en charge, issus d'expériences variées mais dépourvues d'une démarche de réflexion globale.

## **I. L'ADOLESCENT HOSPITALISÉ : L'ÉMERGENCE D'UNE SPECIFICITÉ...**

Si la notion même de l'adolescent, ou de l'adolescence est floue et complexe, il n'en reste pas moins que le fait adolescent existe et que sa prise en charge, notamment hospitalière, pose quelques difficultés. L'intérêt est donc de cerner ici le cadre juridique qui concerne l'adolescent et le contenu de sa spécificité.

### **A. Un encadrement juridique par objectifs**

La législation française sur la question de l'adolescent est caractérisée par une complexité certaine et un manque d'unité. Cependant, il est possible au travers des textes de faire état du droit des adolescents, et de leurs droits, ainsi que du cadre juridique portant sur leur prise en charge en milieu hospitalier.

#### **1. Les droits des adolescents**

La législation française repose sur le principe de base suivant : l'adolescent n'acquiert ses droits qu'à sa majorité, auparavant il est assimilé à un enfant, c'est-à-dire qu'il est juridiquement incapable.

La première mesure qui permet à l'adolescent d'acquérir ses droits plus tôt que l'âge légal est l'émancipation. L'émancipation est dite légale quand elle se fait par le mariage, elle est dite judiciaire lorsqu'elle est prononcée par le juge des tutelles, à la demande d'au moins un des parents, ce pas avant seize ans. Toutefois, ces deux règles souffrent de lacunes. La première ne fait mention du cas d'un mineur non marié qui devient parent (qu'en est-il de l'exercice de son autorité parentale sur son enfant ?). La seconde ne peut émaner du mineur lui-même et ne concerne pas le mariage, l'adoption et le fait d'être commerçant, qui restent soumis à autorisation parentale. Seulement depuis la loi du 8 janvier 1993, le mineur doit être entendu par le juge sur les affaires le concernant !

Une série de textes et de pratiques jurisprudentielles accorde par ailleurs des droits au mineur. L'article 389-3 du Code Civil permet au mineur de contracter seul « dans le cas où la loi ou l'usage autorise le mineur à agir lui-même. » Cette règle n'offre cependant aucune garantie au cocontractant du mineur, ce dernier ne peut disposer librement de ses revenus et son accord n'est pas requis pour être embauché. Des droits supplémentaires sont ouverts au mineur de seize ans qui est salarié. Selon l'article 904 du Code Civil, le mineur peut léguer par testament la moitié des biens dont il pourrait disposer s'il était majeur.

Enfin, certaines dispositions demandent un avis conjoint du mineur et de ses parents. C'est le cas pour les plus de treize ans en cas d'adoption ou de changement de nom (art. 334-2 C.C.), en cas de mariage (art. 148 C.C.), en cas d'interruption volontaire de grossesse (art. L 162-7 C.S.P.) ou de prélèvements d'organes et sanguins. Le code de déontologie médicale prescrit toutefois, dans son article 42, de demander le consentement personnel du mineur. L'accord des parents reste de règle pour les thérapeutiques ni bénignes, ni urgentes. En ce qui concerne l'IVG, un projet de réforme actuellement en discussion prévoit de supprimer l'accord parental. Ainsi cette disposition rejoindra les trois cas où le mineur peut agir seul : la contraception (loi de 1967), la saisine du juge des enfants pour assistance éducative (art. 375 C.C.) et la manifestation de volonté pour les plus de seize ans en matière de nationalité (loi de 1993).

Il reste qu'en matière de soins, un jeune ne peut se faire soigner sans autorisation parentale ni en médecine libérale, ni en médecine hospitalière. Cette obligation pose de graves difficultés en matière d'inceste ou de maltraitance. Ces difficultés s'étendent également au secret médical. Si les adolescents souhaitent pouvoir consulter seuls (84,5%),

ils désirent de même pouvoir conserver le secret médical (72,5%). Ils font ainsi état de leur volonté à prendre en charge leur santé sans que cela s'inscrive nécessairement dans la relation avec leurs parents. Cependant, le médecin qui respecte ce secret s'expose à des poursuites judiciaires. Un aménagement de la législation paraît ici indispensable et l'idée avancée en 1994 d'une « majorité médicale » à 15 ans semble une réponse à leur besoin d'autonomie. Ce problème est lié à l'absence de couverture sociale autonome (sauf pour le mineur de plus de 16 ans qui peut, depuis la loi de juillet 99, article 7, bénéficier de la Couverture Maladie Universelle) et à l'incapacité légale pour le mineur de contester les décisions parentales, dans le cas d'accord des deux parents. Il n'y a donc pas de reconnaissance légale de l'adolescent mais plutôt un ensemble de mesures disjointes. Une accession progressive à l'autonomie et aux droits est donc souhaitable pour accompagner l'adolescent vers l'état d'adulte. Certains ont pu parler d'un statut de la pré-majorité et en termes de droit à la santé, la notion d'autonomie progressive est de plus en plus revendiquée pour l'adolescent.

## **2. Le cadre juridique de la prise en charge hospitalière de l'adolescent**

Au travers de l'ordonnance de 1945 sur la délinquance des mineurs, du préambule de la constitution de 1946 (repris par celle de 1958) qui reconnaît à tous le droit à la protection de la santé et du code civil dans ses articles 375 et suivants sur la protection des mineurs, il est difficile de repérer une politique cohérente dans le domaine de l'enfance et plus spécifiquement des adolescents. En effet, ces trois textes sont des réponses à des situations critiques.

Il faut attendre les années 70 pour qu'apparaissent des mesures spécifiques de prise en charge des adolescents, notamment dans le domaine psychiatrique. Vingt années sont encore nécessaires pour qu'une prise de conscience ait lieu dans la reconnaissance même de l'enfant et de l'adolescent. Il s'agit de la convention sur les droits de l'enfant adoptée par les Nations Unies en 1989. En France, cela se traduit par deux circulaires : l'une sur l'amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents (1988) et l'autre sur les orientations de la santé mentale en faveur des enfants et des adolescents (1992).

La circulaire du 16 mars 1988 portant sur l'amélioration des conditions d'hospitalisation recommande les modalités de prise en charge pour une adaptation du milieu sanitaire au patient adolescent. Elle développe particulièrement trois aspects :

- la formation des professionnels, organisée autour d'une formation initiale et d'une formation permanente,
- l'amélioration de l'accueil aux urgences, en respectant les principes de base qui sont : la rapidité de l'accueil, la nécessité d'un entretien direct avec l'adolescent, lui assurant la confidentialité du contenu de la consultation et la nécessité d'une communication avec les parents, selon les modalités propres à chaque situation,
- l'amélioration des conditions de séjour par la mise en place de consultations externes pour l'adolescent et l'organisation du séjour à l'hôpital.

Cette circulaire cherche à impulser une nouvelle orientation politique dans la prise en compte du phénomène adolescent. Elle se manifeste par le souhait de regrouper les adolescents et leur permettre ainsi de créer ensemble le milieu dont ils ont besoin pour surmonter l'épreuve de la maladie. Cette prise en charge se doit de dépasser le cadre strict de l'hôpital, en s'appuyant sur un projet thérapeutique global élaboré au cours de l'hospitalisation et se poursuivant en extrahospitalier. Cette démarche demande de préparer la sortie, de développer un réseau partenarial autour de l'adolescent (famille, médecin traitant, psychiatre, médecin scolaire, orientation scolaire, enseignant, juge pour enfant)

Enfin, la circulaire fait montre d'originalité en incitant la recherche sur la spécificité de prise en charge des adolescents.

Quant à la circulaire de 1992 sur les orientations en santé mentale, elle reprend les recommandations de celle de 1988 sur l'hôpital général en les adaptant au secteur psychiatrique. Toutefois, elle met l'accent sur la prise en charge de proximité au travers de la



mise à disposition des équipes psychiatriques dans les structures d'accueil des jeunes en difficulté sociale, dans les services d'accueil et urgences des hôpitaux généraux et dans les centres de détention pénitentiaires.

Ces deux circulaires s'appuient sur les principes de la convention des droits de l'enfant dont l'idée force est le droit prioritaire des enfants hospitalisés à bénéficier d'un environnement, d'attitudes et de soins conformes à leurs besoins. Cette mise en œuvre implique une adaptation constante. En effet, depuis les années 80, le phénomène adolescent a permis de mettre en évidence une inadéquation entre l'offre de soins et les besoins ressentis par cette population.

De plus, l'émergence de phénomènes atypiques, comme les conduites addictives et à risque, interroge sur la politique de santé à mettre en œuvre. D'ailleurs, des études et des rapports récents<sup>7</sup> viennent pointer la particularité de leur souffrance psychique et des réponses que les adolescents y apportent.

Dans leurs conclusions, ces rapports proposent un ensemble de mesures sous quatre axes, qui s'articulent et se confortent les uns les autres :

- améliorer l'information
- démultiplier des actions de vigilance des adultes de proximité
- développer l'action des intervenants de crise et donner des réponses adaptées
- réaliser des recherches, créer des structures, innover au service des besoins.

Aucun texte juridique n'est venu instituer ces règles. Cependant l'intérêt de la réflexion à approfondir l'organisation de la prévention et des soins dans les domaines de la santé mentale et de la psychiatrie se développe.

## **B. La spécificité de l'adolescence**

Déterminer la spécificité de l'adolescent et ses conséquences lors d'une hospitalisation permet de sérier les difficultés auxquelles les soignants sont confrontés. C'est également permettre une adaptation des conditions d'hospitalisation. Il s'agit alors de prendre en compte le rapport que l'adolescent entretient aux soins et le dispositif institutionnel au sein duquel il évolue.

### **1. Un rapport aux soins particulier**

La question de la prise en charge de l'adolescent se pose donc au regard de sa nature même. De par sa position mouvante et évolutive, l'adolescent se trouve aux prises avec une demande de soins ambivalente et des pathologies multiples.

#### **a) La demande de soins.**

L'adolescent vit ce passage délicat de l'enfance à l'adulte et ce simple état le conduit à un état de déséquilibre, de mal-être. Il doit lors de cette période de mutation, de renaissance, accomplir sa mue d'enfant en adulte. Il ne s'agit pas de se débarrasser de son enfance mais plutôt de la dépasser, c'est-à-dire de composer avec elle pour pouvoir s'affirmer en tant qu'adulte. L'adolescent doit « mourir à lui-même » en tant qu'enfant afin de sortir de l'histoire de ses parents, dans le but de renaître « homme » et d'accéder ainsi à sa propre histoire.

L'adolescent traverse une phase qui le rend vulnérable et fragile. Quittant le monde de l'enfance il se tourne vers celui des adultes, cherchant à être reconnu comme pair. Le rôle des adultes qui l'entourent est capital par le biais du discours professé sur lui. Ils occupent une place prépondérante dans la construction de sa personnalité. En effet, être

---

<sup>7</sup> Rapport du Haut Comité de la Santé Publique sur « La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes », mars 2000

parent c'est en quelque sorte savoir pratiquer « l'art de la maïeutique », autrement dit accompagner son enfant pour qu'il parvienne à l'état d'adulte. De là naît sans doute une des complexités de l'adolescence. Car l'adolescent est celui qui souhaite rompre avec ses parents et qui dans un même temps a besoin d'eux. Le Dr Picard<sup>8</sup> écrit que « les adolescents cherchent à couper le cordon - couper veut dire séparation mais pas rupture - ils ont besoin en même temps de se sentir aimés, ils ont besoin de ne pas se sentir abandonnés et ceci est important même dans la démarche de soins que l'on aura avec eux, ils ont en outre besoin de sentir des limites ». La relation parent-adolescent devient cet équilibre délicat qui oscille entre abandon et possession sans jamais tomber ni dans l'un ni dans l'autre.

Pour un adolescent qui n'est pas soutenu par ses parents et qui doit faire face soit à une « position abandonnique », soit possessive, voire les deux alternativement, son processus d'autonomisation est mis en échec. Cela ne veut pas dire pour autant qu'il n'y parviendra pas, mais la tâche est plus ardue et elle sera accompagnée d'un mal-être plus profond. Compte tenu de la fragilité de l'adolescent, le moindre dysfonctionnement familial pourra favoriser la survenue de conduites à risque (drogues, alcool, rébellion, conduites suicidaires...). Ces positions peuvent également amener l'adolescent à confondre la mort symbolique qu'il a à accomplir avec la mort réelle. Ceci est d'autant plus complexe que l'adolescent vit ses premiers émois. Pour F. Dolto, « le risque du premier amour est ressenti comme la mort de l'enfance.

Pour ce genre d'adolescents, la souffrance psychique vécue va jusqu'à une remise en cause même de leur être. Ainsi, F. Dolto écrit que « dans ces actes d'agression gratuits, le jeune est contre toutes les lois parce qu'il lui a semblé que quelqu'un qui représente la loi ne lui permettait pas d'être et de vivre. » Le soignant, ainsi que le cadre institutionnel qui le soutient, est pour lui un représentant de cette loi. Être dans une démarche de soins avec un adolescent, c'est donc être à l'écoute de sa souffrance et l'accompagner à la fois dans la prise en compte de cette souffrance, par le repérage des signes émis, et dans sa construction d'adulte. Si l'adolescent souffrant ne parvient plus à repérer ce qui est bon pour lui, il n'en a pas perdu pour autant le désir, il serait donc inadapté de répondre à sa place, ce qui reviendrait à le placer en position d'enfant. Il est plus opportun de l'amener à s'exprimer en termes de mieux-être, c'est-à-dire à porter sa propre volonté de vivre.

Cette difficulté à formaliser une demande naît de multiples facteurs concourant à sa vulnérabilité psychique. Durant cette période il manifeste une intolérance à la perte, une fragilité de la mentalisation liée à une défaillance de l'imaginaire et à un sentiment d'invulnérabilité ou d'éternité. Ainsi se comprend mieux la difficulté éprouvée par l'adolescent pour la verbalisation et la répétition de conduites à risque. Il apparaît donc que derrière la demande de soins peut se cacher une réalité qui peut être bien différente de celle exprimée ou pressentie par l'adulte.<sup>9</sup>

Enfin l'adolescent pris dans une fixation pathologique, dont le Haut Comité nous dit « qu'elle associe différents troubles qui désorganisent la trajectoire d'insertion de l'individu. Et ce n'est que passé l'âge du jeune adulte que l'on pourra parler de diagnostic de pathologie psychique avérée. », est-il encore en mesure de formuler une demande de soins « entendable » ? Il relève d'une prise en charge essentiellement psychiatrique, et à défaut de guérison, les soignants visent à trouver cet état d'équilibre grâce auquel le jeune pourra quand même s'insérer socialement.

---

<sup>8</sup> Rapport du Haut Comité de la Santé Publique « La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes », mars 2000

<sup>9</sup> Intervention du Dr Cohen le mardi 10 octobre 2000 à l'ENSP.

## **b) La santé des adolescents<sup>10</sup>**

La mortalité chez l'adolescent représente 1% des décès en 1995 alors que les adolescents représentent près de 12,5% de la population. Cette mortalité a diminué de près de 20% ces dix dernières années. Chez les 15-24 ans, la première cause de décès (38% des décès à cet âge) est d'origine accidentelle (essentiellement accidents de la circulation), la seconde est liée au suicide (un décès sur sept). Les cancers représentent la troisième cause de mortalité mais loin derrière les deux premières. On note une surmortalité masculine. Le risque de décès est trois fois supérieur chez les garçons que chez les filles.

En 1993, 20% des adolescents scolarisés, de 11 à 19 ans, ont bénéficié d'une hospitalisation au cours de l'année et un adolescent sur trente a été hospitalisé à plusieurs reprises. La durée moyenne de séjour est inférieure à 8 jours avec deux extrêmes pour l'IVG (1,5 jours) et pour les pathologies psychiatriques (55,5 jours).

L'orientation vers les services hospitaliers est essentiellement motivée par la nature de la pathologie mais pas uniquement. Ainsi, les services de chirurgie accueillent 0,7% de pathologie mentale, les services de pédiatrie 24% et les services de médecine adulte 32%. Trois services se partagent l'accueil des adolescents : la chirurgie (29%), la pédiatrie (16%) et les unités d'hospitalisation de courte durée des urgences.

Les pathologies présentées par les adolescents hospitalisés ne sont pas toujours liées au processus d'adolescence et peuvent être classées en quatre catégories :

### (1) Les pathologies somatiques:

#### *(a) Aiguës :*

Il peut s'agir de pathologies médicales (pneumopathie), chirurgicales (appendicectomie) ou traumatologiques (accident de sport, accident de la voie publique). Cette catégorie représente plus de la moitié des jeunes hospitalisés.

#### *(b) Chroniques :*

Les progrès considérables de la médecine et des soins apportés aux enfants porteurs de maladies chroniques ont amené un nombre croissant de ces patients dans une situation inédite d'adolescence. Dans 13% des cas les adolescents sont hospitalisés pour une pathologie chronique somatique, spécifique à l'adolescence (troubles de la croissance ou de la puberté) ou d'origine congénitale, génétique ou acquise.

#### *(c) Grossesse et contraception :*

Bien que n'étant pas des pathologies au sens propre, les hospitalisations en gynécologie obstétrique représentent 15% des hospitalisations d'adolescents. La grossesse chez les adolescentes est un sujet de préoccupation actuelle comme en témoigne le débat autour de la pilule du lendemain distribuée par les infirmières scolaires et le projet de loi relatif à l'accès direct des mineures à l'IVG.

### (2) Les troubles psychosomatiques:

La place centrale du corps à l'adolescence est soulignée par l'étroite corrélation retrouvée dans les études épidémiologiques entre malaise psychologique, plaintes ou troubles psychosomatiques, conduites addictives et troubles du comportement. Ce fait témoigne de la tendance à cet âge à utiliser son corps pour exprimer un mal être car il est difficile pour un adolescent de mentaliser et de verbaliser ses problèmes.

---

<sup>10</sup> INSERM Les adolescents face aux soins, 1988

Les troubles fonctionnels les plus couramment rencontrés sont les maux de tête, les douleurs abdominales et les troubles du sommeil chez les filles. Les garçons expriment préférentiellement leur mal être par des passages à l'acte et par la transgression. Ces plaintes diffuses, atypiques peuvent cacher un simple mal être, une pathologie somatique réelle. Quand elles persistent et se cumulent, elles peuvent être révélatrices d'une pathologie mentale ou d'une souffrance psychique grave.

### (3) Les conduites à risque :

L'adolescence est souvent qualifiée « d'âge de tous les dangers ». Les premières prises de toxiques, réalisées par plaisir, désir de fuite ou comme acte de socialisation au sein d'un groupe, sont le plus souvent réalisées à l'adolescence. 21% des adolescents déclarent fumer plus de 10 cigarettes par jour et avoir débuté vers l'âge de 15 ans. Les trois quarts des adolescents déclarent avoir déjà bu de l'alcool et 10 à 20% en consomment de manière régulière. 30% à 40% des jeunes ont pris une drogue et 15 à 25% en font une consommation répétée. Ces taux sont en augmentation depuis 1991. Ces jeunes consomment à plus de 99% du cannabis dont l'utilisation est souvent banalisée. La consommation des autres produits illicites ne concernerait que les 1% restant. Les consommateurs réguliers de cannabis sont aussi de « gros fumeurs » de tabac et s'alcoolisent plus facilement.

Par ailleurs, la recherche des limites, le besoin de se dépasser, l'envie de frôler la mort conduisent à des prises de risques sportifs ou de conduite (cyclomoteur) favorisant les pathologies traumatiques.

Enfin, les conduites antisociales, plus ou moins délinquantes peuvent être révélatrices d'un auto-sabotage des potentialités en particulier affectives et relationnelles au même titre que les conduites suicidaires.

### (4) Les pathologies psychiatriques :

Du fait de la construction psychique et identitaire à l'adolescence, le diagnostic psychiatrique, durant cette période mouvante de la vie psychique, est difficile voire destructeur s'il est posé prématurément. Le diagnostic peut figer l'adolescent dans une identité de toxicomane, d'anorexique ou d'alcoolique. Ce n'est que passé l'âge du jeune adulte que l'on pourra parler de pathologie psychique avérée comme la schizophrénie (sauf si la pathologie psychotique est survenue dans la petite enfance). En effet, il peut y avoir à l'adolescence des bouffées délirantes voire hallucinatoires, souvent transitoires et passagères qui n'entament pas le pronostic d'avenir. Il n'en reste pas moins vrai que les troubles psychotiques apparus dans l'enfance ou à l'adolescence, que les manifestations névrotiques et les dépressions sont des réalités de santé publique chez les jeunes. La dépression touche par exemple 2 à 8% des jeunes.

Parmi les causes de décès chez l'adolescent, le suicide est à l'origine de 15% des cas alors que dans la population générale le suicide ne représente que 2% des décès. Les modes de suicides des jeunes sont violents (pendaison, arme à feu). Entre 4 à 15% des adolescents ont fait une tentative de suicide dont seulement 1/3 sont hospitalisés.

Les pathologies psychiatriques ou psychosomatiques représentent quant à elles près de 10% des motifs d'hospitalisation.

Cette classification des pathologies ne recouvre qu'imparfaitement la réalité. En effet, l'intrication entre le somatique, le psychique et les conduites à risque est prégnante à l'adolescence. La répercussion sur l'image du corps, sur la crainte d'être hors norme pour les adolescents porteurs de maladies chroniques comme le diabète nécessite une prise en charge psychique voire pour certains psychiatrique. 5 à 10 % de ces adolescents ont effectué une tentative de suicide.

Parallèlement, les tentatives de suicide ou les anorexies graves pouvant mettre en jeu le pronostic vital nécessitent, au moins dans un premier temps, une prise en charge somatique. Les conduites à risque, si elles posent dans l'immédiat un problème somatique (fracture, coma éthylique), peuvent être révélatrices d'une souffrance psychique. Celles-ci nécessitent souvent une prise en charge psychiatrique. Quant aux grossesses chez les adolescentes menées ou non à terme, une prise en charge psychologique est indispensable.

La discordance, pouvant exister entre la plainte présentée par l'adolescent et le problème réel, représente aussi une des difficultés de la prise en charge médicale de ces jeunes.

L'intrication entre le somatique, le psychique et le social (les conduites à risque, les grossesses, la souffrance psychosociale) surviennent plus souvent au sein de famille en difficulté et fondent la nécessité d'une prise en charge transdisciplinaire

## 2. Un dispositif institutionnel spécifique

L'importance de la souffrance psychique chez les jeunes, ses origines (essentiellement psychosociale) et ses conséquences font intervenir nombres d'institutions spécifiques de l'enfance. Leurs missions se recoupent mais elles appartiennent à des administrations différentes et n'ont pas le même découpage sectoriel.

- **L'Éducation Nationale (Inspection académique) :**

Dans les collèges et les lycées, les professeurs, les conseillers pédagogiques en éducation sont directement confrontés aux situations de jeunes en danger, malades ou violents. Le « service de promotion de la santé en faveur des élèves » doit surveiller et promouvoir la santé physique et mentale des élèves, détecter les enfants maltraités et favoriser l'intégration des enfants malades ou handicapés.

- **Les Instituts médico-éducatifs (Conseil Général et Assurance Maladie):**

Ils ont pour missions l'éducation et la prise en charge sanitaire des enfants sur décision de la Commission Départementale de l'Éducation Spécialisée. Les instituts regroupent le plus souvent les enfants par classes d'âge : certains prenant en charge la petite enfance et d'autres l'adolescence.

- **L'Aide Sociale à l'Enfance (Conseil Général)**

L'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) apporte un soutien matériel, éducatif et psychologique aux mineurs et à leur famille. Elle prévient la marginalisation et favorise l'insertion. Elle pourvoit à l'ensemble des besoins des mineurs confiés à ses services. Les jeunes sont pris en charge de 0 à 18 ans et parfois jusqu'à 21 ans lors d'une décision de justice.

Les Centres Communaux d'Action Sociale peuvent juridiquement, par convention, exercer toutes les missions de protection de l'enfance.

La précarité, l'éclatement familial, la non-effectivité de la « parentalité », sources de souffrance psychique chez les jeunes motivent l'intervention de l'ASE. On retrouve donc au sein des familles prises en charge par l'ASE des jeunes particulièrement fragilisés sur le plan psychique et ayant des conduites à risque plus importantes.

- **La Protection Judiciaire de la Jeunesse (Direction Interrégional de la Protection Judiciaire de la Jeunesse)**

Intervenant sur ordonnance du juge des enfants, la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ) intervient dans trois domaines : la protection de l'enfant en danger, la prise en charge des mineurs délinquants et la protection des jeunes majeurs.

La souffrance psychique et les conduites à risque des jeunes de la PJJ. Leurs tentatives de suicide sont deux fois plus fréquentes et 77% d'entre eux fument et des produits illicites ont été utilisés par 60% de ces adolescents.

- **La psychiatrie infanto-juvénile (Agence Régionale de l'Hospitalisation) :**

Elle a pour missions de prévenir, détecter et soigner les troubles psychiques de l'enfant. Elle doit établir des liens avec les autres institutions prenant en charge les enfants en difficulté.

Si dans les textes, la psychiatrie infanto-juvénile s'occupe des enfants de 0 à 18 ans et obligatoirement de 0 à 16 ans (sauf dérogation), en pratique 72% des patients reçus en inter-secteurs de psychiatrie infanto-juvénile sont âgés de 5 à 14 ans au détriment des 15-18 ans. Certains inter-secteurs n'accueillent pas les enfants au-delà de 10-11 ans. Les adolescents sont donc fréquemment renvoyés sur le secteur de psychiatrie adulte.

- **Les hôpitaux généraux (Agence Régionale de l'Hospitalisation):**

L'hôpital général occupe une place prépondérante dans la prise en charge des adolescents malades, en danger ou toxicomanes.

En conclusion, la nécessité d'un multipartenariat ne se limite pas à la souffrance psychique et aux conduites à risque. Un adolescent ayant une pathologie au long cours peut avoir besoin d'un secours financier pour un appareillage lourd, d'une intégration scolaire particulière,... Par ailleurs, les partenaires concernés ne rassemblent pas uniquement ceux ayant la prise en charge de l'enfant mais aussi ceux ayant en charge les parents

## II. ...QUI SE DECLINE SOUS DES MODALITES DE PRISE EN CHARGE DIFFERENTES

### A. Les modalités actuelles de prise en charge :

Le problème de la qualité de la prise en charge des adolescents est une préoccupation des personnels hospitaliers. Qu'ils soient reçus en service de pédiatrie ou en service pour adultes, leur prise en charge s'est toujours avérée difficile. Tous les soignants ont pu constater que les adolescents hospitalisés se sentaient souvent mal à l'aise de partager le lieu d'hospitalisation avec de très jeunes enfants ou des adultes, voire que cette «cohabitation» avec des adultes malades pouvait les conduire à faire des projections profondément déstabilisantes sur leur propre avenir.

Par ailleurs, les équipes soignantes ne sont pas formées pour répondre aux besoins spécifiques des adolescents, et face aux détresses de l'adolescence, ont longtemps eu tendance à les considérer comme des éléments instables, perturbateurs pour le service.

Aujourd'hui les modalités de prise en charge des adolescents sont très hétérogènes. On peut distinguer trois types de lieux et de conceptions de cette prise en charge. Tout d'abord une prise en charge dans un lieu spécifique, ensuite une prise en charge avec des conditions particulières et enfin une prise en charge sans conditions particulières.

#### 1. Prise en charge dans un lieu spécifique à l'adolescence.

En 1996, 40 services de pédiatrie ont déclaré disposer de lits réservés aux adolescents. Cependant, d'autres services de pédopsychiatrie ou de médecine générale disposent de lits réservés aux adolescents ou ont une prise en charge spécifique mais ils n'ont pas fait l'objet d'un recensement.

La plupart de ces services ont bénéficié de formations spécifiques aux problèmes de santé des adolescents et vingt et un de leurs responsables ont également suivi une formation initiale dans ce domaine.

#### a) Les différentes structures spécifiques

##### (1) Sur initiative pédopsychiatrique

##### *(a) Une unité d'accueil et de soins des adolescents ( service du professeur Rufo au CHU de Marseille)*

L'unité d'accueil et de soins des adolescents du CHU de Marseille, « l'espace Arthur », a été créé le 31 mai 1999 à l'initiative du professeur Rufo pour répondre à la demande des secteurs de Psychiatrie Infanto-juvénile qui comptaient 1652 enfants âgés de 10 à 19 ans sur 4814 patients. La commission infanto-juvénile et la DDASS créent à la même époque un groupe de réflexion sur la prise en charge des adolescents présentant des pathologies autres que celles de psychoses chroniques. De cette réflexion est née la « structure fédérative intersectorielle de psychologie de l'enfant, de l'adolescent et sa famille »<sup>11</sup>, installée dans le pavillon universitaire de psychiatrie de l'hôpital de la Timone, à proximité des urgences psychiatriques.

---

<sup>11</sup> Livret de présentation de service « Espace Arthur : unité d'accueil et de soins pour adolescents et jeunes adulte du professeur Rufo », juin 1999

L'espace Arthur a pour vocation de prendre en charge les jeunes de 12 à 20 ans atteints de « pathologies spécifiques à l'adolescence ». Les pathologies traitées sont des pathologies en phase de crise aiguë s'exprimant par des conflits avec les parents, des tentatives de suicide, des dépressions, des pathologies centrées sur le corps et les conduites de dépendance, des pathologies de l'intégration socioculturelle, des pathologies cognitives, des crises pathologiques inaugurales d'un trouble de personnalité ou des pathologies médicales (grossesse adolescente par exemple).

Son objectif, selon les termes utilisés par le livret d'accueil est d'« aider le jeune à traverser un moment difficile, passerelle entre l'enfance et l'âge adulte, sans stigmatisation de la pathologie, en tenant compte de l'individu en construction dans sa globalité ».

L'hospitalisation de l'adolescent peut avoir lieu sous deux formes : soit une hospitalisation à temps complet, soit une hospitalisation de jour (ponctuelle ou pour une semaine).

*(b) Un « centre départemental d'évaluation et d'observation de l'adolescence »  
(Centre hospitalier intercommunal de Toulon /la Seyne sur Mer)*

« Le centre départemental d'évaluation et d'observation de l'adolescence » a été créé le 19 avril 1999, à l'initiative du docteur Alameda, chef d'un service pédopsychiatrique, installé dans l'hôpital Chalucet (CHITS), à proximité des services de psychiatrie. L'objectif a été d'offrir aux adolescents une structure de soins adaptée plutôt que de les laisser dans les services de pédiatrie ou de psychiatrie adulte, dans lesquels l'hospitalisation des adolescents en difficulté pose aux équipes soignantes de véritables problèmes de prise en charge. Le dispositif départemental se compose de plusieurs structures : le service d'accueil de l'hôpital Chalucet qui fonctionne en complémentarité avec l'aire toulonnaise, l'hôpital de Fréjus et le Centre hospitalier de Pierrefeu.

Actuellement dirigé par le docteur Boursset, le service se compose d'une unité d'hospitalisation ouverte à temps complet, de court séjour, d'une capacité d'accueil de 10 lits. Il a pour vocation d'accueillir les adolescents âgés de 11 à 16 ans présentant des pathologies de troubles de l'humeur, des troubles anxieux (angoisse de séparation, trouble panique, troubles anxieux généralisés, troubles obsessionnels compulsifs), ainsi que les troubles associés à ces pathologies comme des troubles du sommeil ou des troubles du comportement alimentaire.

*(2) Sur initiative pédiatrique*

*(a) Une unité de médecine pour adolescents (l'exemple du Kremlin Bicêtre)*

Le service du professeur Alvin, de médecine pour adolescents, à l'hôpital Bicêtre, à Kremlin Bicêtre, constitue l'exemple le plus ancien en France de structure spécialisée dans la prise en charge du public adolescent.

En mars 1982, lors de l'installation d'un véritable département de pédiatrie à Bicêtre, le professeur Courtecuisse<sup>12</sup>, qui travaillait alors à l'hôpital de Clamart (où il avait mis en place au sein de son service pédiatrique une section « adolescent » depuis l'autorisation d'accueillir les plus de 15 ans en 1978), créa avec une partie de son ancienne équipe un nouveau service entièrement consacré aux 13- 19 ans. Officiellement, le statut du service n'a été reconnu qu'en 1987 et une fiche de structure n'a été établie en interne qu'en 1992.

Les adolescents accueillis dans le service ont entre 13 et 20 ans, ils peuvent présenter n'importe quel pathologie ou problème psychosocial (mal être, divorce, décès, maltraitance...). Ce critère est souple : il est possible d'accueillir un adolescent de 12 ans, comme de prolonger la prise en charge (notamment pour les chroniques encore immatures) au delà de 20 ans .

---

<sup>12</sup> Voir l'histoire de la création du service dans le livre de Victor. Courtecuisse, Les années Métamorphoses



Il y a environ un tiers d'anorexiques sur les 20 lits du service, des tentatives de suicide, des dépresses, tous les symptômes type asthme, diabète, pathologie génétique, des problèmes de traumatologie, des problèmes gynécologiques et obstétricaux (IVG)... En fonction des priorités de société, le service a été amené à se spécialiser et à monter des programmes ad hoc : hémophiles dans les années 90, violences sexuelles, ...

*(b) Installation de lits spécifiques au sein d'une unité pour grands enfants (Hôpital Sud CHU de Rennes).*

Le service des grands enfants (à partir de trois ans) a toujours accueilli des adolescents, mais la tranche d'âge 13-18 ne cessant d'augmenter, est né le projet d'individualiser trois chambres pour les adolescents. L'ouverture de ce service s'est d'abord faite de façon informelle : on a localisé les adolescents d'un côté du couloir. En mars 1999 l'ouverture officielle est allée de pair avec l'affectation de moyens supplémentaires : les trois chambres adolescents ont été individualisées. Grâce à la sollicitation des « Pièces jaunes », des pièces à vivre ont été aménagées. En septembre 2000, des puéricultrices ont pu y être affectées spécifiquement.

Une première évaluation a eu lieu en novembre 1999 : elle a montré des difficultés de locaux (promiscuité) et de personnel qui n'est pas totalement sectorisé. Une deuxième évaluation du besoin actuel a été effectuée mais les résultats ne sont pas encore connus.

Le but est de recevoir les adolescents qui en ont besoin sans pour autant faire un grand service pour adolescents. La vocation du service n'est pas d'accueillir tous les adolescents de l'hôpital. Les pathologies concernées sont des pathologies médicales (infections, problème pulmonaire...), des maladies chroniques en phase aiguë, des tentatives de suicide ou des troubles du comportement alimentaire.

Suite à ces différentes expériences, il apparaît que la prise en charge des adolescents dans un lieu spécifique présente des intérêts et des points communs.

**b) Les intérêts et points communs d'une prise en charge spécifique**

*(1) La reconnaissance du fait adolescent*

L'objectif de ce type de service n'est pas de faire de l'adolescent un enjeu de pouvoir entre les différents services mais plutôt de lui proposer différents types de services, parmi lesquels il peut choisir. La médecine par tranche d'âge doit être vue comme une tentative de « transversalisation » par rapport à la médecine par pathologie<sup>13</sup>.

*(2) La multiplicité des modalités d'entrée dans le service*

L'arrivée dans le service des adolescents peut se faire par plusieurs biais : les urgences, les consultations du service, le transfert d'autres services ou hôpitaux, le médecin de ville, les centres d'adolescents, les foyers ou les centres « d'écoute téléphonique ». Pour les consultations, l'adolescent vient uniquement sur rendez-vous, avec ses parents ou seul.

Aux urgences du Kremlin Bicêtre, il existe depuis deux ans une garde pédopsychiatrique assurée par l'unité d'accueil d'urgence de pédopsychiatrie de la Fondation Vallée. Tous les mineurs arrivés aux urgences pour une tentative de suicide sont donc vus par un pédopsychiatre, puis par un des médecins du service qui décidera si l'enfant relève des compétences du service ou de la psychiatrie. En pratique, certains sont donc pris en charge par le service de médecine pour les adolescents, d'autres par les services psychiatriques, d'autres enfin par l'unité d'accueil de la Fondation Vallée

*(3) Une prise en charge plus adaptée*

---

<sup>13</sup> Entretien avec le professeur Alvin

La reconnaissance du « fait adolescent » se traduit par des formes particulières d'organisation et de fonctionnement de ces services.

Elle passe d'abord par des locaux, des installations et du matériel adaptés à leur âge: création de lieux de vie et de détente, mise en place d'activités ludiques, ...

L'espace Arthur, à Marseille, par exemple, a obtenu de nombreux moyens matériels : cinq chambres individuelles, dont une de surveillance, une chambre à deux lits et un studio, un espace Hôpital de jour, des lieux de détente (une médiathèque, une salle « Club », une salle de psychomotricité, un espace thérapeutique aquatique, une salle à manger avec activité culinaire et une salle de classe).

Dans le service de Médecine pour les adolescents du professeur Alvin, à Paris, les jeunes patients peuvent suivre de multiples activités organisées par une institutrice, une éducatrice de la ville de Paris et un acteur de théâtre bénévole. Ils disposent de deux salles de jeux ; le matériel est financé grâce au concours des « pièces jaunes ».

Dans le service même, la démarche de soin s'inscrit dans une logique pluridisciplinaire, qui favorise la rencontre des différents intervenants : les réunions de synthèse sont fréquentes et les dossiers adaptés aux questionnements des adolescents.

A l'espace Arthur, l'équipe soignante comprend outre le personnel médical et infirmier, une assistante sociale, deux éducateurs spécialisés, trois psychologues, un psychomotricien et une orthophoniste. Elle travaille en étroite collaboration avec l'instituteur de l'école de la Timone, le service d'endocrinologie, les services médicaux et chirurgicaux de l'hôpital pour les consultations spécialisées et le plateau technique. Les dossiers sont aménagés pour les besoins étendus de la prise en charge (scolarisation, projets d'avenir, interrogations particulières, ...) : fiche de liaison, dossier de soins enfant qui regroupe les informations administratives, médicales, l'état des besoins physiologiques ( alimentation, langage, objets familiers,...) et des besoins sociaux (religion, loisirs, suivi médico-social,...), planning hebdomadaire de l'hôpital de jour, qui informe le patient sur son emploi du temps et sur les noms de ses référents (un médecin, deux soignants et le psychologue) et réunions régulières de synthèse de l'équipe soignante.

Dans le service de médecine adolescente à Kremlin-Bicêtre, l'équipe médicale est composée de pédiatres, d'un généraliste et d'une gynécologue. Un poste de psychiatre devrait être ouvert dans un avenir proche. Il y a également dans le service deux psychologues et une assistante sociale. Tous les vendredis après-midi se tient une réunion de synthèse : tous les intervenants autour de l'adolescent parlent de son comportement, son traitement et la suite à donner (sortie...). Un dossier de suivi spécifique au service permet d'avoir un résumé du parcours de l'adolescent (rendez-vous pour les consultations, personnes rencontrées, hospitalisation, ...) et de faire le lien avec les autres services. Le dossier comprend un questionnaire<sup>14</sup> que l'adolescent remplit seul, confidentiel et sans caractère obligatoire (dans la pratique, il est presque toujours rempli). Abordant un éventail très large de thèmes, il sert ensuite d'aide au dialogue pour le médecin lors du premier examen de l'adolescent. Le service reçoit environ 3 000 consultations par an. Le dossier infirmier comporte des fiches particulières : suivi psychosocial par le psychologue, fiche sociale de l'assistante sociale, ... Le dossier médical comporte des questions spécifiques : tabac, études, projets d'avenir,...

Dans le service pour grands enfants de Rennes, également, une réunion hebdomadaire rassemble médecins, psychiatres, assistante sociale, puéricultrice et éducatrice PMI, psychologue, cadre, infirmière, aide soignant, ASH, pour faire le point sur le comportement de l'adolescent et sa prise en charge. Un projet est formalisé au niveau intra- et extra-hospitalier. Lors de sa première rencontre avec l'adolescent, le pédiatre essaye d'aborder tous les problèmes (sexualité, alcool, tabac, toxicomanie...). Un bilan psychologique est systématiquement fait. Si le bilan médical est transcrit dans le dossier, le bilan psychologique ne l'est pas en raison du secret médical (tout n'est pas dit aux parents). Le bilan social n'est effectué par l'assistante sociale qu'à la demande de l'équipe si le besoin

---

<sup>14</sup> Voir en annexe

s'en fait sentir. Grâce à la convention entre le CHU et le CHS Guillaume Régner, un pédopsychiatre vient à mi-temps dans le service à la demande du pédiatre ou de l'équipe soignante. Celui-ci est par ailleurs responsable d'un centre ambulatoire où il assure des consultations sans rendez-vous.

A Toulon, l'adolescent est aussi pris en charge par une équipe pluridisciplinaire comprenant outre les médecins et le personnel soignant, deux psychologues, un psychomotricien, une assistante sociale, une institutrice spécialisée. Elle travaille en partenariat avec les services de psychiatrie, les services et plateaux techniques du Centre hospitalier, ainsi que les services sociaux, les diététiciennes...

Par ailleurs, l'intérêt d'un secteur pour adolescents est de pouvoir former une équipe soignante référente pour les adolescents, du fait de la sectorisation. La composition de l'équipe elle-même est importante : elle doit être mixte afin que les soignants puissent répondre aux questions des jeunes des deux sexes ; ses membres doivent aussi avoir une maturité et un ascendant certain pour toujours être en mesure d'assurer leur autorité. L'unité pour les adolescents ne doit pas comporter trop de lits et garder une appréciation souple de la limite d'âge d'acceptation.

Notons que les compétences requises pour prétendre à un bon exercice dans une telle « spécialité » sont rares : les formations initiales médicales et paramédicales n'ont pas dans leur cursus des modules de pathologies de l'adolescence ; aussi les formations sont-elles souvent dispensées par des filières internes animées par les psychiatres ou dans le cadre de la formation continue.

Enfin, la prise en charge globale doit comporter un important travail en réseaux, qu'ils soient formels ou informels. En effet, les services hospitaliers doivent aussi tenir compte des interventions de partenaires extérieurs comme l'école ou la justice.

Dans le service du professeur Alvin, l'organisation de la sortie du jeune patient passe par des contacts informels avec certains établissements (notamment pour les anorexiques) ; en fait tout dépend du domicile de l'adolescent. Par contre, il n'existe aucune convention formalisée, même avec le service de psychiatrie (fondation Vallée).

A l'espace Arthur, l'équipe a intégré une démarche en réseaux comme une composante indispensable du suivi de l'adolescent. Aussi cherche-t-elle toujours à développer ses liens avec les services pédiatriques des hôpitaux de Marseille, les services de pédopsychiatrie et secteurs psychiatriques, les médecins de ville, les institutions pour adolescents déficients intellectuels (IME, IMPRO, CAT), celles relevant de la direction de l'Education surveillée et les institutions sociales (foyer de jeunes travailleurs, placement familial, hôtels maternels et maisons maternelles...), mais également la justice et l'éducation nationale. La sortie de l'adolescent est ainsi organisée et formalisée dans une « fiche de liaison »<sup>15</sup> avec l'extérieur.

#### *(4) L'intégration de l'adolescent dans la démarche de soin.*

L'adolescent est considéré par l'équipe soignante comme un patient qui mérite beaucoup d'attention : pour être efficace, sa prise en charge doit comporter un investissement personnel de sa part dans la démarche de soin.

Aussi doit-il être informé constamment des résultats d'examens et diagnostics ; le dialogue avec l'équipe doit être clair et fondé sur la confiance. En général, le projet de soin est formalisé par un contrat, oral ou écrit avec le jeune patient et celui-ci doit s'engager à respecter le règlement intérieur. Tout manquement de sa part est sanctionné par l'exclusion. Par exemple, durant son séjour à l'espace Arthur, l'adolescent doit respecter un certain nombre de règles particulières qui lui sont présentées à son arrivée dans le livret d'accueil ; en contrepartie une attention particulière est portée à son implication réelle dans la démarche de soins : communication directe et à sa demande de toutes les informations (les parents sont reçus une fois par semaine par l'équipe du service), liberté d'aller et venir circonscrite mais argumentée, recherche du consentement pour l'admission (recours à

---

<sup>15</sup> Voir en annexe

l'hospitalisation d'office par exception), contractualisation avec l'adolescent pour l'élaboration et réalisation de son projet, recherche de l'équilibre entre l'exercice de l'autorité parentale et le consentement de l'adolescent.

Au centre départemental d'évaluation et d'observation de l'adolescence du CHI de Toulon, les soins s'organisent autour d'un projet auquel l'adolescent doit adhérer, entrecoupés d'activités plus ludiques et d'activités thérapeutiques comme le « groupe de parole institutionnel » (obligatoire : l'adolescent y parle de l'institution), le « groupe rêverie » (travail sur la pensée) ou le « groupe de parole libre ». Un règlement intérieur fixe les règles de vie dans le service.

De la même façon, dans le service du professeur Alvin, : l'adolescent reçoit, lors de son entrée, un livret qui fixe le règlement intérieur. Un contrat est ensuite élaboré entre lui et son médecin référent, rencontré lors de la première consultation. Ce contrat est oral pour toutes les pathologies, il est formalisé pour les anorexiques et les suicidaires. L'intégration des parents est aussi un souci permanent : ils viennent quand ils veulent et sont reçus en rendez-vous. par les psychothérapeutes et par les médecins.

Enfin, à Rennes, un règlement intérieur a été mis en place pour faire face aux débordements des adolescents et il existe actuellement un protocole pour la remise de ce règlement.

#### *(5) Le refus de la « psychiatisation »*

Beaucoup d'adolescents accèdent à une prise en charge psychiatrique par un symptôme médical. L'accueil dans un service pour adolescents permet de ne pas étiqueter l'adolescent « psychiatrie » (exemple de la tentative de suicide) et éventuellement d'orienter plus finement un adolescent qui, sans souffrir de troubles psychiatriques, présente des troubles psychologiques.

## **2. Prise en charge avec des conditions particulières dans un service de médecine générale adulte**

### **L'exemple de Toulouse**

Le service qui reçoit les adolescents à Toulouse est un service de médecine générale de 36 lits. Des lits d'adolescents ont été créés il y a quatre ans autour d'un projet correspondant à une philosophie générale de prise en charge globale des malades. Cette philosophie avait conduit dans les années 1980 à une forte mobilisation autour des sidéens ; elle est encore présente dans le projet de prise en charge des toxicomanes et des personnes âgées.

Actuellement, une évaluation est en cours, notamment en raison des difficultés matérielles rencontrées par le personnel soignant. En effet, ces lits adolescents sont comptabilisés comme des lits classiques ne donnant pas lieu au déblocage de moyens supplémentaires.

L'accueil de l'adolescent se fait directement dans le service d'admission. Il s'effectue souvent par l'orientation d'un médecin scolaire, de famille, pédopsychiatre...

La première étape consiste en un entretien devant l'adolescent entre ses parents ou tuteurs et l'équipe soignante à propos du projet de soin. Un contrat moral est passé avec l'adolescent. Si l'adolescent est déjà suivi par une personne extérieure, il n'y a pas d'intervention automatique des médecins psychiatres ou du psychologue de l'hôpital. Il peut en outre demander l'intervention d'autres personnes extérieures

Il n'existe pas de scolarisation dans l'hôpital mais un contact est toujours pris avec le proviseur ou l'assistante sociale scolaire... Le service permet aussi des sorties de jour pour que l'adolescent retourne à l'école si cela paraît nécessaire.

L'équipe pluridisciplinaire comprend notamment un psychologue, un diététicien, un psychiatre, un kinésithérapeute et d'une assistante sociale de l'hôpital ou de l'extérieur. Les

partenaires extérieurs de l'hôpital sont nombreux : secteurs de pédopsychiatrie, scolarité, aide sociale... Mais ces réseaux ne sont pas formalisés, en dehors du réseau avec l'hôpital psychiatrique.

La sortie est préparée par des essais de sortie à la journée ou le week-end... Quand sa sortie définitive est programmée, l'adolescent part avec un relais : soit un rendez-vous avec le médecin du service dans les jours suivants en consultation, soit avec une personne extérieure.

### **3. Une prise en charge sans conditions particulières**

#### *(a) Exemple du CHG Forbach*

Le service de pédiatrie existe depuis 30ans. Il accueille des enfants de 1 à 16 ans, sans offrir de prise en charge spécifique à l'adolescent. Entré par le service des urgences, il est dirigé directement vers le service de pédiatrie.

L'adolescent arrive le plus souvent accompagné. Le recueil de données réalisé par l'infirmière et inscrit dans le dossier du patient ne correspond pas à un entretien spécifique à cette tranche d'âge, mais est commun à toutes les prises en charge. C'est le professionnel qui va dépister les éventuels soucis de l'adolescent, en menant un entretien pertinent. Il n'y a pas de lieux spécifiques ni pour l'hospitalisation ni pour les loisirs. L'hospitalisation se fait dans des chambres à deux lits, les chambres seules sont rares et souvent réservées aux nécessités des services.

Cette situation est source pour l'équipe soignante de nombreuses difficultés. Il n'est pas évident de concevoir une prise en charge efficace, qui fait l'économie de moyens adaptés. Certes, le nombre d'adolescents concernés ne semble pas important mais à chaque fois qu'un adolescent est accueilli dans le service, l'équipe soignante se sent démunie. La durée d'hospitalisation est courte (2-3 jours), et ne permet pas une prise en charge approfondie. De plus, face aux adolescents suicidants, le personnel n'a pas les capacités d'assurer une prise en charge et un suivi adaptés, surtout que l'adolescent n'a pas toujours l'occasion de rencontrer un psychiatre ou un psychologue lors de son hospitalisation. Lors de soucis majeurs ou de prise en charge complexes, des réunions de synthèse sont organisées mais elles sont rares. Les relais mis en place sont instaurés au cas par cas, ils demandent à chaque fois un investissement particulier et ne font pas l'objet d'une synthèse systématique. La prise en charge se trouve au final très morcelée.

Face à ces problèmes, une réflexion a été engagée pour mettre en place un système spécifique de prise en charge de l'enfant et de l'adolescent. Il est envisagé de créer un espace individualisé pour chaque catégorie d'âge, de développer les consultations et d'adapter l'accueil.

#### *(b) Exemple de la maternité de Nancy*

Si les adolescentes enceintes sont hospitalisées sans conditions particulières, leur prise en charge n'est pas pour autant négligée. A la maternité régionale de Nancy par exemple, ces adolescentes, venant en consultations ou hospitalisées, font l'objet d'une attention redoublée. Le rôle des équipes soignantes, obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, psychiatre de liaison, ASH, auxquelles sont largement associées les assistantes sociales de l'établissement, consiste à leur garantir une écoute, à évaluer leur situation sociale et familiale, et à leur proposer utilement des dispositifs d'aides afin d'optimiser leur séjour et préparer la sortie avec leur bébé. Par ailleurs, à l'horizon 2004, le projet médical de l'établissement consacrera un volet particulier à la prise en charge des adolescentes à la maternité.

Qu'il s'agisse d'une prise en charge par une unité spécifique ou dans une unité recevant aussi des adultes, les conditions d'accueil à l'hôpital des adolescents restent encore imparfaites.

## **B. Les limites de l'existant**

### **1. Les problèmes de financement de la prise en charge spécifique des adolescents**

Articuler de façon cohérente les soins somatiques et les soins psychiatriques apparaissent comme une amélioration du service rendu aux adolescents. Néanmoins, cette prise en charge spécifique nécessite des financements et des dotations budgétaires dans un contexte économique de maîtrise des dépenses publiques de santé.

Il apparaît cependant que l'aspect financier constitue souvent un obstacle à la réalisation de projets où les concepteurs doivent faire preuve de compétence particulière en matière de négociation devant les autorités de tutelle.

Les Agences Régionales de l'Hospitalisation et les services déconcentrés de l'Etat semblent réticents devant de tels projets compte tenu par exemple de l'importance des crédits demandés : 6.849.807 F /an pour une unité d'accueil et de soins de 12 lits au CHU La Timone à Marseille, hors budget d'investissement estimé à 2.850.000 F. En outre, l'ouverture du service depuis à peine un an et l'octroi d'une enveloppe budgétaire spécifique limitent l'analyse relative à la pertinence financière d'une telle opération.

La tutelle propose donc aux établissements de négocier des formules moins onéreuses comme la reconversion ou la transformation de lits de secteur en lits de psychiatrie adulte ou en lits de médecine, la coopération entre établissements sous la forme de protocoles ou d'ententes (comme celui de l'hôpital Sud de Rennes avec le centre hospitalier Guillaume Régnier) ou la création sur fonds propres de petites structures.

Mais quel que soit le mode d'organisation retenu, des crédits s'avèrent nécessaires pour recruter du personnel médical, paramédical et administratif qualifié (PH, pédopsychiatres de liaison, psychologues, infirmières spécialisées, éducateurs, assistantes sociales, secrétaires)

Les moyens alloués par les Agences de l'Hospitalisation apparaissent insuffisants et inégaux selon les régions( de un à sept millions). De plus, ces crédits relèvent de priorités définies dans les schémas d'organisation sanitaires ( SROS), or il existe peu de schémas où un volet spécifique a été réservé aux jeunes adultes et adolescents, excepté dans les SROS qui ont prévus de réorganiser le secteur de la santé mentale (comme par exemple en Ile de France).

L'amélioration de la prise en charge financière des adolescents incombe à la fois aux professionnels de santé et aux usagers lors des conférences régionales de santé pour exprimer un besoin, aux établissements hospitaliers à travers leurs projets d'établissement et leurs contrats d'objectifs et de moyens négociés avec la tutelle et à l'Etat, par l'intermédiaire des ARH et des services déconcentrés lors de l'élaboration de la carte sanitaire et des SROS.

Face à l'augmentation du nombre d'hospitalisations d'adolescents ou de jeunes adultes, le problème de l'accueil et des soins spécifiques acquiert une particulière acuité. Dans ce contexte, leur prise en charge particulière nécessitera des crédits appropriés ; reste à savoir quelle stratégie budgétaire sera adoptée par les pouvoirs publics : création de structures spécifiques relativement coûteuses ou prise en charge à moindre coût incluse dans la dotation globale de fonctionnement des établissements ?

### **2. Les inconvénients liés au regroupement des adolescents**

Dans les services pédiatriques, il existe des problèmes de cohabitation entre grands enfants et adolescents (par exemple, le non respect de la sieste) : le but de ces unités est donc de créer une structure particulière pour les adolescents.

Cependant il existe aussi des risques à regrouper les adolescents et à les isoler des autres services : leurs attitudes rendent les unités difficiles à gérer (violence vis-à-vis du

personnel, fugues, tentatives de suicide...). Il faut prendre en charge leur comportement à la fois adulte et à la fois enfant.

L'autre écueil consiste à ne recevoir que les adolescents dont personne ne veut : ainsi, le service du Kremlin Bicêtre a dû se battre pour accueillir tous les adolescents quelles que soient leurs pathologies car les autres services avaient tendance à ne leur envoyer que les adolescents difficiles, participant ainsi à une mauvaise réputation des patients du service. Cependant ce problème d'orientation est peut-être aussi à relier à l'absence de définition du type de pathologies accueillies. Certains services retiennent en effet l'âge comme seul critère d'admission. Or, compte tenu de la nécessité d'avoir des petites unités, l'ensemble des adolescents adressés à l'hôpital ne peut être accueilli dans ce type de service. D'autres critères seraient alors à définir, dans le cas contraire les autres services les poseraient arbitrairement.

Il semble en fait qu'il existe une taille de service à ne pas dépasser ou un nombre d'adolescents dans le service à respecter : ainsi à Toulouse dans un service de médecine adulte, le personnel a le sentiment d'être à un point critique. En effet, au vu de la demande croissante d'hospitalisation des adolescents dans ce service, le nombre de jeunes patients accueillis est actuellement de six. Or, ce chiffre constitue un seuil ayant des conséquences sur la bonne santé du personnel et ses conditions de travail, il présente également des risques quant à la qualité de la prise en charge. En effet, leur prise en charge demande particulièrement du temps pour pouvoir faire une bonne observation de la situation. De plus, le personnel soignant est parfois confronté à un manque de considération de la part des adolescents qui est fortement déstabilisant.

Dans l'enquête nationale sur les adolescents en pédiatrie hospitalière<sup>16</sup>, les auteurs ont constaté que si les problèmes psychosociaux ne sont pratiquement jamais cités comme premier motif d'admission d'adolescents, ils sont en revanche perçus comme les plus difficiles à gérer par le quart des services, sans différence régionale, ni entre CHU et CHG. Les services avec aménagements spécifiques pour adolescents précisent que les situations posant le plus de problèmes de prise en charge sont par ordre décroissant les comportements agressifs, la maltraitance, les fugues et les conflits familiaux. Quant aux problèmes psychiatriques avérés (psychoses, états dépressifs sévères, troubles graves du comportement), ils sont perçus comme les plus difficiles à gérer par un service de pédiatrie sur cinq, et plus souvent en CHG.

Ces constatations, préoccupantes, sont à rapprocher du fait qu'un service de pédiatrie sur trois ne dispose pas de possibilité d'hospitalisation en pédopsychiatrie dans son environnement proche.

Les contre-indications avancées à l'hospitalisation des adolescents en pédiatrie reflètent assez bien le profil des problèmes perçus comme les plus difficiles à gérer. Il n'est donc pas surprenant que les affections psychiatriques et la toxicomanie soient considérées comme des contre-indications par les deux tiers des responsables de service. En revanche, les troubles du comportement alimentaire sont le plus souvent acceptés. Enfin, le fait que plus de 15% des responsables de service considèrent les problèmes gynéco-obstétricaux comme contre indiquant l'hospitalisation invite à réfléchir à la question plus générale de la pédiatrie face au domaine de la sexualité.

Pour modérer cet aspect « du risque » à regrouper des adolescents, il apparaît important de signaler qu'il y a un bénéfice certain pour les professionnels travaillant dans un service spécifique aux adolescents : ils connaissent les problématiques et peuvent mieux répondre aux demandes. Il y a aussi un intérêt pour les patients car la rencontre avec le groupe est en soi une thérapie.

---

<sup>16</sup> Enquête nationale sur les adolescents en pédiatrie hospitalière, Professeur Alvin et M. Caflish, ed. APHP, mars 1998

### **3. La question de la nature du service d'accueil, pédiatrique ou psychiatrique et des éventuelles dérives**

Le problème fondamental des services pour adolescents, qu'ils privilégient une approche somatique ou psychiatrique, consiste à savoir quels sont les cas extrêmes dont l'équipe peut s'occuper. Si le diabétique décompensé ne saurait relever de la pédopsychiatrie, ni le psychotique délirant de la pédiatrie, de nombreux cas sont plus difficiles à orienter. Cependant chacun des services présente un certain nombre de travers.

#### **a) Les risques de la pédiatrie**

Le problème de la pédiatrie est qu'il est impossible de contenir certains débordements. Parfois il faut une unité fermée avec chambre d'isolement. Par ailleurs, la prise en charge de la pathologie mentale nécessite beaucoup de temps d'écoute et de parole. Dans un service de pédiatrie, les infirmières ont des soins somatiques à effectuer et ce à des horaires fixes, ce qui limite leur temps d'écoute et leur disponibilité.

Quand il y a un risque suicidaire important, il est souvent préférable d'hospitaliser en psychiatrie. Il en est de même pour les anorexies mentales quand elles durent plusieurs mois. Si c'est l'aspect somatique qui est le plus crucial, le patient reste en pédiatrie pour le plateau technique.

Le service du Kremlin Bicêtre a du, par exemple, fixer lui-même des limites à son accueil : il ne constitue pas un environnement pédopsychiatrique apte à accueillir des pathologies mentales graves (on peut regretter la faible présence des psychothérapeutes et l'absence de psychiatre) ; il n'est pas non plus capable d'accueillir des personnes violentes, ni toxicomanes ou alcooliques. Pour les autres pathologies, on constate qu'il n'accueille en fait pas tous les adolescents de l'hôpital ; certains restent dans les services adultes (en chirurgie notamment, sauf si le séjour est long).

De la même façon, l'espace Arthur, à Marseille, exclut les adolescents atteints de certaines pathologies : les pathologies psychiatriques évoluant depuis la petite enfance (autisme, psychoses chroniques,...), les pathologies nécessitant une contention en isolement, les pathologies non spécifiques de la crise de l'adolescence (mode d'entrée dans la désinsertion sociale et/ ou délinquante, les problèmes médico-légaux, sociaux ou juridiques), les pathologies organiques devant être traitées dans l'immédiat par un service spécifique médical ou chirurgical (tentative de suicide, pathologies neurologiques, ...).

Les services ou départements spécialisés dans la prise en charge des adolescents ne peuvent pas satisfaire entièrement à la demande. Aussi les adolescents resteront dans la plupart du temps dans les circuits habituels. Cependant ces lieux spécialisés deviennent des sites "ressources", d'expertises et de recherches. C'est l'ambition du centre à Marseille :

- fédérer les services pour créer des associations, congrès et formations
- se mettre en relation avec les professionnels européens

On assiste donc plus au développement de champs de compétences qu'à l'extension de moyens d'offre de soins à visée exhaustive.

#### **b) Les risques de la psychiatrie**

Quand le service est spécialisé dans le domaine psychiatrique, il existe un risque d'orienter la prise en charge indépendamment des réels besoins de l'adolescent. Cependant, quand l'admission est faite pour un motif de pathologie de comportement, l'observation, l'interrogatoire et le suivi clinique conduisent à mettre en œuvre les moyens médicaux de toutes les spécialités. Si le motif d'hospitalisation est l'existence de troubles psychiatriques ou gravement psychologiques, cela n'exclut pas des bilans somatiques en regard des signes cliniques avec utilisation des moyens de l'hôpital général souvent à proximité.



La Maison d'arrêt<sup>17</sup> constitue un autre exemple des limites de la psychiatrie pour ses raisons propres : la psychiatrie publique a certes un secteur dans le milieu carcéral mais les patients ne sont pas « hospitalisés ». Ils sont en premier lieu « incarcérés ». La prison n'est pas un lieu de soins au niveau psychiatrique. Il y a de toute façon une antinomie profonde entre la prison, lieu pathogène, et un service de soins. La durée de séjour des mineurs qui est en générale très courte ne permet pas d'entamer une psychothérapie (La prise en charge dépend de la durée de l'incarcération). Le rôle des psychologues est plutôt d'accompagner les détenus pendant leur détention que de mettre en œuvre une prise en charge adaptée.

#### **4. L'adolescent : un patient à part**

La question de l'existence d'un référent médical ou soignant se pose particulièrement avec l'adolescent. S'il est important pour l'adolescent d'individualiser une personne de l'équipe (sinon il peut avoir une impression anxiogène de « brouillon » dans les intervenants), le référent pose par ailleurs un certain nombre de problèmes : risques de désimplication du reste de l'équipe (il semble que cela ne soit pas le cas si les référents sont uniquement responsables de la constitution et de la présentation du dossier de l'adolescent aux synthèses, mais que toute l'équipe le prend en charge), problème de la place du choix laissé à l'adolescent (dans quelle mesure peut-il donner son avis sur la personne référente), problème de la dépendance de l'adolescent à l'égard de son référent. La contractualisation est très importante à cet âge : elle rassure et permet aux adolescents de se sentir considérés comme des « vrais patients » dont l'avis est pris en considération. Il faut « laisser faire l'adolescent » : celui-ci choisit spontanément son « référent » en terme d'interlocuteur privilégié, ce qui est en soi le début de la thérapie.

Une autre problématique propre aux adolescents est l'articulation entre la prise en compte de l'avis des adolescents et l'information ou le consentement des parents : on constate généralement que le questionnaire de sortie donné à l'adolescent est celui de l'hôpital, il n'est pas adapté. Il est en plus en général très peu rempli, le temps n'est pas pris pour les aider à y répondre, d'autant plus que les sorties sont rarement programmées à l'avance. Une idée est en germe à Rennes : faire une évaluation du livret d'accueil mais cela n'existe pas. Cependant la véritable innovation consisterait à élaborer un questionnaire spécifique aux adolescents pour vraiment savoir ce qu'ils pensent de leur hospitalisation et quels sont les besoins qu'ils ressentent.

Enfin on constate que la plupart des services accueillant des adolescents n'ont pas de dispositif d'évaluation. Le seul retour est celui de la demande par les patients d'être hospitalisés dans ce service. En outre, on ne connaît pas les résultats obtenus sur l'état de santé des adolescents (pas d'évaluation disponible sous forme de standardisation, le suivi est assuré par l'évaluation clinique).

---

<sup>17</sup> Voir annexe sur l'hospitalisation des adolescents en milieu carcéral

## CONCLUSION

Le système sanitaire français répond de façon très diversifiée aux besoins des adolescents qui sont de plus en plus identifiés comme nécessitant une prise en charge globale par les acteurs de santé publique.

Du fait de sa particulière fragilité durant cette période charnière de sa vie, l'adolescent est difficilement « intégrable » dans une démarche de soins classique. Face à ces difficultés psychiques et relationnelles, les équipes soignantes sont longtemps restées désarmées, considérant surtout ce jeune patient comme un élément perturbateur du service.

La reconnaissance de la nécessité d'adapter la démarche de soins au « public adolescent » a engendré la multiplication d'expériences de prise en charge. De l'institution d'une place à part au sein d'un service pédiatrique à la création de services exclusivement réservés aux adolescents, les modèles foisonnent sans pour autant apporter des réponses générales et définitives aux modalités de son hospitalisation. Il n'en reste pas moins que leurs succès reposent sur le respect de principes communs d'organisation et de fonctionnement : un cadre adapté et isolé du reste du service, des équipes pluridisciplinaires, une contractualisation du soin, un suivi étendu, un travail en réseau... La question du "public" visé n'est pas non plus résolue: tous les adolescents, quel que soit le motif de leur hospitalisation, nécessitent-ils une prise en charge spécifique ?

Certains points comme la formation et le travail en réseau restent encore à développer. L'élaboration d'un référentiel cherche à répondre au souci d'évaluer si l'établissement hospitalier assure une prise en charge globale et satisfaisante. Ce référentiel permet de dresser un état des lieux avec différentes clefs de lecture, aidant ainsi à apprécier, en dehors des effets de taille des établissements et des moyens budgétaires déployés, la qualité réelle du travail effectué.

## **REFLEXIONS SUR UNE DEMARCHE QUALITE : REFERENTIEL DE PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE DES ADOLESCENTS**

### **Préambule**

Les services sont actuellement en cours de procédure d'accréditation par l'ANAES. Il nous est donc apparu opportun de proposer un référentiel plus spécifique à la prise en charge des adolescents. En effet les référentiels sont conçus pour apprécier l'organisation, les procédures et les résultats attendus en terme de gain de santé et de satisfaction du patient.

Les référentiels d'accréditation sont structurés sur la base de référence d'accréditation elles-mêmes déclinées en critères ; l'ordonnancement s'effectue selon une trame commune aux différents référentiels.

Ainsi, la référence d'accréditation peut se définir comme l'énoncé d'une attente ou d'une exigence permettant de satisfaire la délivrance de soins ou de prestations de qualité.

Et le critère est l'énoncé d'un moyen ou d'un élément plus précis permettant de satisfaire la référence de l'accréditation, il doit dans la mesure du possible pouvoir être mesurable, objectif et réalisable. Les critères ne sont pas exhaustifs.

Le référentiel proposé s'inscrit dans une démarche globale de qualité. L'amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents dépend de la volonté d'une équipe. Donner du sens aux pratiques professionnelles quotidiennes requiert une réflexion en amont. Ces quelques principes de base en sont des exemples non exhaustifs.

### **Principes**

Le service définit et met en œuvre une politique adaptée à la prise en charge spécifique des besoins des adolescents accueillis :

- Une équipe pluridisciplinaire est formée, motivée et volontaire : médecins somaticiens, psychiatres, psychologues, infirmières, assistante sociale, enseignants et si besoin d'autres professionnels.
- Les adolescents atteints de pathologies à double composante somatique et psychique ( tentative de suicide, anorexie mentale...) doivent être vus systématiquement par un médecin somaticien et un psychiatre.
- Il est nécessaire d'avoir des structures et des équipements adaptés à cette tranche d'âge.
- Le service, inscrit dans un réseau, considère que l'hospitalisation est une étape du projet thérapeutique de l'adolescent.

## Une démarche qualité : un référentiel

### L'ACCES

- **L'adolescent est hospitalisé dans un service approprié :**

	oui	non	Pas toujours
Une réflexion sur l'orientation de l'adolescent est menée en fonction de son état de santé			
Dans la mesure du possible et sauf pathologies très spécifiques, il est demandé à l'adolescent s'il veut être orienté: avec des enfants, avec des adultes, avec des jeunes de son âge.			

### L'ACCUEIL

- **L'accueil individualisé est assuré par une personne qualifiée :**

	oui	non	Pas toujours
L'accueil de l'adolescent s'effectue dans un lieu spécifique			
La personne qualifiée est définie au préalable			
La personne est libérée de toute activité pour assurer l'accueil de l'adolescent et/ou sa famille			
La personne qui accueille l'adolescent devient la référente			
La personne recueille les données physiques, psychologiques et sociales le concernant, selon une procédure prédéfinie			
La personne est à l'écoute de la demande de l'adolescent et lui donne le droit de vouloir ou non communiquer			

- **L'accueil individualisé permet une meilleure intégration de l'adolescent dans le service**

	oui	non	Pas toujours
Une visite des locaux est effectuée avec l'adolescent			
Le règlement intérieur est expliqué à l'adolescent			
L'adolescent peut exprimer ses réactions et ses sentiments			

## **L'EVALUATION DES BESOINS ET DE L'ETAT DE SANTE DE L'ADOLESCENT**

- **La prise en charge globale de l'adolescent est établie en fonction d'une évaluation initiale et régulière de son état de santé**

	oui	non	Pas toujours
L'évaluation initiale est issue d'une première consultation : le dossier est lu avant l'entrée de l'adolescent.			
L'accueil fait suite à une admission d'urgence : la personne se renseigne sur le premier contact.			
Les critères de suivi sont définis et notés dans le dossier.			

- **Les besoins de l'adolescent sont identifiés et pris en compte :**

	oui	non	Pas toujours
L'intimité de l'adolescent est respectée.			
Un climat d'empathie, de proximité relationnelle et de confidentialité est favorisé.			
Des lieux ludiques sont à la disposition des adolescents.			
Le suivi scolaire de l'adolescent est assuré.			

## LA CONDUITE DE LA PRISE EN CHARGE

➤ **L'adhésion de l'adolescent à la planification des soins est recherchée :**

	oui	non	Pas toujours
Le projet thérapeutique est contracté entre l'adolescent, le médecin et /ou la famille.			
L'objet des soins qui vont suivre et leurs conditions de réalisation sont clairement expliqués à l'adolescent.			

➤ **L'ensemble des soins est coordonné :**

	oui	non	Pas toujours
La prise en charge de l'adolescent est coordonnée au sein des secteurs d'activités par le référent			
Les équipes soignantes et éducatives sont informées et consultées lors de réunion de synthèse pour évaluer et réajuster la prise en charge de l'adolescent			
Des procédures de coordination entre professionnels médicaux et paramédicaux permettent d'assurer la prise en charge globale de l'adolescent pour avoir une conduite commune.			
Des procédures de coordination entre professionnels hospitaliers et ceux de l'extérieur sont élaborées.			
Une synthèse est réalisée périodiquement au moins une fois par semaine.			
Un résumé de chaque synthèse est noté systématiquement dans le dossier.			

## LA SORTIE

➤ **La sortie est préparée et expliquée :**

	oui	non	Pas toujours
Une réflexion est menée sur l'information à donner à l'adolescent et à ses proches.			
Une information est donnée sur ce qui a été fait et sur ce qui reste à faire oralement et par écrit.			
Le traitement est expliqué dans son déroulement et ses effets attendus bénéfiques et secondaires.			
Une information écrite est donnée en cas d'urgence: quand, qui, comment joindre les soignants.			
Le questionnaire de sortie spécifique aux adolescents est commentés et remis la veille de la sortie.			

➤ **La continuité des soins est assurée :**

	oui	non	Pas toujours
Une prise de contact avec les intervenants extérieurs est réalisée sous forme de fiche de liaison et /ou de prise de rendez-vous..			
Une lettre de sortie est envoyée le jour même au médecin traitant.			
La sortie se fait quand le projet thérapeutique et quand les conditions mentionnées ci-dessus sont réalisées.			
Un suivi de l'adolescent est réalisé en participant aux réunions du réseau..			

## L'EVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE

➤ **Une évaluation est prévue pour chaque prise en charge :**

	oui	non	Pas toujours
Les champs d'intervention sont identifiés.			
Les objectifs thérapeutiques à atteindre sont clairement définis pour chaque champ d'intervention.			
Des indicateurs fiables et adaptés aux objectifs sont choisis (taux d'amélioration clinique et paraclinique, observance du traitement...)			
Le questionnaire de sortie spécifique aux adolescents est évalué.			

➤ **Une évaluation globale, concernant les processus et les résultats, est effectuée :**

	oui	non	Pas toujours
Une évaluation de l'accessibilité est réalisée.			
Une évaluation de l'accueil est réalisée.			
Une évaluation de la prise en charge est réalisée.			
Une évaluation de la sortie est réalisée.			
Une évaluation des résultats est réalisée.			



## BIBLIOGRAPHIE

### TEXTES DE LOIS, REGLEMENTS ET CIRCULAIRES.

- Convention des droits de l'enfant, Nations Unies, du 20 novembre 1989.
- Circulaire DGS/DH n°132 du 16 mars 1988, Ministère des affaires sociales et de l'emploi, relative à l'amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents .
- Circulaire du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents.

### ETUDES ET RAPPORTS OFFICIELS.

- A.N.A.E.S, Service des recommandations professionnelles, «*Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide* », ed. ANAES, Paris, 1998.
- ALVIN (P), CAFLISH (M), *Enquête nationale sur l'hospitalisation des adolescents en pédiatrie*, éditions APHP, Paris, 1998.
- Direction de la prospective et de l'information médicale de l'APHP, « *Enfants et adolescents victimes de la maltraitance. Leur prise en charge aux urgences* », ed. APHP, Paris, 1997.
- INSERM, *Les adolescents face aux soins*, ed. Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration, 1988
- Rapport d'un Groupe d'étude OMS/FNUAP/UNICEF, « *Santé et développement de l'adolescent : pour une programmation efficace* », Genève, 1999.
- Rapport du Haut Comité de la Santé publique, « *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes* », Actualités et données en santé publique, mars 2000, n°30, 88 p.
- TREHONY (A), FRATTINI (M.O), « *La santé des enfants et des adolescents : quelles pratiques professionnelles en Bretagne* », Observatoire Régional de Santé de Bretagne, 1993.
- UZAN-COHEN, « *La prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes* », rapport, Ministère de la santé, 20 novembre 1998

### **OUVRAGES.**

- COURTECUISSÉ (Victor), « *L'adolescence: les années métamorphoses* », ed. Stock, Paris, 1994.
- DOLTO (F), « *La cause des adolescents* », édition originale Laffont, 1988, ed. Pocket, Paris, 1997.
- DEKEUWER-DEFOSSEZ (F), « *Les droits de l'enfant* », Collection « Que sais-je ? », Paris, 1991.
- RICHARD (Blanche-Nirina), « *Santé, jeunesse et société: la prise en charge des jeunes 18-25 ans au sein d'un service prévention à l'hôpital* », ed. L'Harmattan, Paris, 1997.

### **REVUES ET ARTICLES.**

- « *Les adolescents malades et l'institution hospitalière* », Décision Santé, n°91, février 1996.
- « *Prise en charge des adolescents, comment l'hôpital peut-il s'adapter ?* », Décision Santé, n°128, dossier avril 1998.
- BARATTA (Nadine), « *Le suicide de l'adolescent. Pour une prise en charge globale ville-hôpital* », Décision santé
- BIZOUARD (P), NEZELOS (S), VANDEL (P), BONNET (C), « *L'hospitalisation des adolescents en psychiatrie* », Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale, Septembre 1998.
- BOUSIGES (R), « *L'adolescent à l'hôpital. L'encadrement juridique doit tenir compte du statut particulier de l'adolescent, plus un enfant, pas encore un adulte* », Revue Hospitalière de France, 1994
- BRUN (P), MACALLIS (S), « *Les psychologues en institution* », Le Nouveau Mascaret, 1996.
- ECHE (P), « *Evaluation : enjeux et perspectives* », Perspectives psychiatriques, 1995
- GASQUET (I.), CHOQUET (M.), « *Adaptation d'adolescents hospitalisés pour une longue durée en psychiatrie et en médecine* », Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, avril 1998, n°4, 267 p.
- Journée d'obstétrique et de néo-natalité du 5 octobre 2000 à Nancy, « *Rôle du service social en secteur mères-enfants* », Annales médicales de Lorraine, N°3, Octobre 2000.

- LANG (Jean Louis). « *L'autisme quatre ans après la circulaire. Etat des lieux dans les hôpitaux de jour pour enfants et adolescents* », Perspectives psy- perspectives psychiatriques,
- LERY (N), . « Soins, éthique, consentement de l'enfant », Le groupe familial, 1995.
- MILLOT (E), DESCHANDOL (P), « *Prise en charge des adolescents* », Décision Santé
- PACLOT (C), TORDJAM (M), « *L'accueil de l'enfant hospitalisé. L'enfant et l'hôpital* », L'hospitalisation privée.
- POMMEREAU (X), « *Suicidants et hôpital: création d'une unité médico psychologique* », Sociologie Santé, 1993.
- RACHEL (Guy Pierre), « *Quand la loi s'en mêle* », Le groupe familial, n°146, janvier 1995.
- RAIKOVIC (M), «Les adolescents malades et l'institution hospitalière », Décision Santé, 1996.
- RAPPARD (P), LACHAUSSEE (H), BROWN (M), « *Hôpital : silence* », Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale,
- TOMKIEWICZ (S), « *L'adolescence existe-t-elle ?* », entretien, Prévenir, n°23, 11-7, 1992.

### **MEMOIRES :**

- « *L'articulation entre le sanitaire et le social dans la prise en charge des suicidants* », Mémoire ENSP, Séminaire inter professionnel, ed. ENSP, Rennes, 1997
- MASINI-CONDON (Karim), « *Comment améliorer les conditions de l'hospitalisation des adolescents? L'exemple de l'hôpital St Vincent de Paul* », Mémoire ENSP, ed. ENSP, Rennes, 1996.

## Liste des annexes

**Annexe n° 1** : Liste des personnes rencontrées et des services visités

**Annexe n°2** : La grille d'entretien

**Annexe n°3** : La circulaire du 16 mars 1988 relative à l'amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents

**Annexe n°4** : Service de médecine pour adolescents de Kremlin Bicêtre : bilan d'activité et questionnaire d'entrée.

**Annexe n°5** : Espace Arthur à Marseille : questionnaire d'entrée

**Annexe n°6** : L'hospitalisation des adolescents en milieu carcéral : visite de la maison d'arrêt de Rennes.

## ANNEXE N°1

Liste des personnes rencontrées et des services visités

ANNEXE N°2

Grille d'entretien

ANNEXE N°3

Circulaire du 16 mars 1988

## ANNEXE N°4

Service de médecine pour adolescents  
du CHU Kremlin Bicêtre :  
bilan d'activité et questionnaire d'entrée



ANNEXE N°5

Espace Arthur du CHU de Marseille :  
questionnaire d'entrée

## ANNEXE N°6

La prise en charge hospitalière des adolescents en  
milieu carcéral : La maison d'arrêt de Rennes

## **Module interprofessionnel de santé publique**

**– 2000 –**

### **Thème n°26**

## **LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES ADOLESCENTS**

### **Résumé :**

S'il n'existe pas une définition consensuelle de l'adolescence, plusieurs approches, médicale, psychologique, sociale et juridique concourent à déterminer des bornes variables de 12-17 ans à 10-25 ans. Cependant cette période charnière entre l'état d'enfant et l'état d'adulte est perçue par tous comme un moment de grande vulnérabilité et de complexité. Dans ce contexte, les adolescents hospitalisés ont toujours posé des problèmes de prise en charge qui sont en augmentation depuis une vingtaine d'années.

Les adolescents, mal à l'aise au milieu de jeunes enfants ou d'adultes, ont des demandes et des besoins spécifiques. Ces patients ont un rapport à leur corps et aux soins complexe, mêlé de sentiments contradictoires. Ils forment un groupe de population à part entière dont les pathologies sont souvent étroitement associées à divers facteurs non médicaux. Les motifs d'hospitalisation les plus fréquemment rencontrés sont les accidents , les maladies chroniques , les conduites suicidaires ou à risque ainsi que les troubles du comportement ou les troubles alimentaires.

Depuis quelques années, devant l'émergence de problèmes spécifiques à cette tranche d'âge, des soignants ont mis en place différents types de prise en charge hospitalière soutenus par de récentes circulaires. Les initiatives sont venues d'équipes de pédiatrie, de pédopsychiatrie ou bien de services de médecine générale. Quel que soit le type d'accueil (service de médecine adolescente , lits individualisés ou non), cette prise en charge répond à des caractéristiques communes : prise en charge globale et pluridisciplinaire avec un bilan somatique, psychique et social, souvent réalisés en partenariat avec des professionnels extérieurs ( Education Nationale , Aide Sociale à l'enfance, protection Judiciaire de la Jeunesse..). Compte tenu du statut de mineur de l'adolescent, la famille est associée à la prise en charge. La parole de l'adolescent est prise en compte et son intimité est respectée. Des réflexions sont toujours nécessaires sur le secret médical, sur les conséquences chez l'adolescent et sur les parents d'une information mal adaptée. Ces prises en charge spécifiques, dont on pense qu'elles sont bénéfiques pour les adolescents, rencontrent de multiples difficultés comme les actes de violence, de transgression mais aussi de formation et de motivation du personnel et des problèmes de financement.

Les établissements de santé devant être accrédités par l'ANAES, une réflexion s'est dégagée autour d'un référentiel relatif à cette population. Si les différents modes de prise en charge spécifiques des adolescents à l'hôpital se révèlent novateurs et intéressants, ils doivent cependant répondre à un certain nombre de conditions nécessaires pour une optimisation des résultats en particulier une meilleure lisibilité et la mise en place systématique d'une évaluation pour mieux percevoir la valeur ajoutée de ces prises en charge.