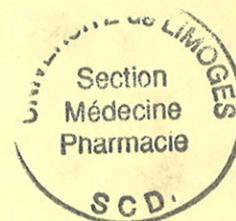


UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE



Année 2003

Thèse n° 147/1

**CONCEPTION ET FONCTIONNEMENT
D'UNE UNITE DE SOINS POUR
ADOLESCENTS DANS UN SERVICE DE
PEDIATRIE GENERALE
(Observation sur trois ans et étude critique)**

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le 30 juin 2003

Par

Charles LAFON

Né le 11 Août 1971 à Phu Nhuan
(Viêtname)

SCD UNIV.LIMOGES



D 035 112120 9

EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur le Professeur Lionel DE LUMLEY WOODYEAR

Président

Monsieur le Professeur Jean-Pierre CLEMENT

Juge

Monsieur le Professeur Roger GAROUX

Juge

Madame le Professeur Anne LIENHARDT-ROUSSIE

Juge

Monsieur le Docteur Philippe GAUTRY

Membre invité

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

DOYEN DE LA FACULTE :

Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude

ASSESEURS :

Monsieur le Professeur LASKAR Marc
Monsieur le Professeur VALLEIX Denis
Monsieur le Professeur COGNE Michel

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:

* C.S = Chef de Service

ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul * (C.S)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Jean-Luc	CHIRURGIE INFANTILE
ALDIGIER Jean-Claude (C.S)	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves (C.S)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BARTHE Dominique	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE CYTOGENETIQUE
BEDANE Christophe (C.S)	DERMATOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD François (C.S)	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie	DERMATOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S)	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
BOUTROS-TONI Fernand	BIOSTATISTIQUE ET INFORMATIQUE MEDICALE
CHARISSOUX Jean-Louis	ORTHOPEDIE
CLAVERE Pierre (C.S)	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (C.S)	PSYCHIATRIE ADULTES
COGNE Michel (C.S)	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre (C.S)	UROLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
CUBERTAFOND Pierre	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE
DARDE Marie-Laure (C.S)	PARASITOLOGIE
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)	PEDIATRIE
DENIS François (C.S)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE-HYGIENE
DESCOTTES Bernard (C.S)	ANATOMIE
DUDOGNON Pierre (C.S)	REEDUCATION FONCTIONNELLE
DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE
DUMAS Michel (SUR)	NEUROLOGIE
DUMONT Daniel (C.S)	MEDECINE DU TRAVAIL
DUPUY Jean-Paul (C.S)	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
FEISS Pierre (C.S)	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
FEUILLARD Jean (C.S)	HEMATOLOGIE
GAINANT Alain (C.S)	CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX Roger (C.S)	PEDOPSYCHIATRIE
GASTINNE Hervé (C.S)	REANIMATION MEDICALE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François (C.S)	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
LASKAR Marc (C.S)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LEGER Jean-Marie	PSYCHIATRIE D'ADULTES
LEROUX-ROBERT Claude (SUR)	NEPHROLOGIE
MABIT Christian	ANATOMIE-CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE
MAUBON Antoine	RADIOLOGIE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MENIER Robert (SUR)	PHYSIOLOGIE
MERLE Louis	PHARMACOLOGIE
MOREAU Jean-Jacques (C.S)	NEUROCHIRURGIE
MOULIES Dominique (C.S)	CHIRURGIE INFANTILE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE

PARAF François
PILLEGAND Bernard (C.S)
PIVA Claude (C.S)
PREUX Pierre-Marie
RIGAUD Michel (C.S)
SALLE Jean-Yves
SAUTEREAU Denis
SAUVAGE Jean-Pierre (C.S)
STURTZ Franck
TREVES Richard (C.S)
TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)
VALLAT Jean-Michel (C.S)
VALLEIX Denis
VANDROUX Jean-Claude (C.S)
VERGNENEGRE Alain (C.S)
VIDAL Elisabeth (C.S)
VIGNON Philippe
VIROT Patrice (C.S)
WEINBRECK Pierre (C.S)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
MEDECINE LEGALE
INFORMATIQUE MEDICALE ET EVALUATION
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
RHUMATOLOGIE
CANCEROLOGIE
NEUROLOGIE
ANATOMIE
BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE-PREVENTION
MEDECINE INTERNE
REANIMATION MEDICALE
CARDIOLOGIE
MALADIES INFECTIEUSES

PROFESSEUR ASSOCIE A MI-TEMPS

BUCHON Daniel

MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

BUISSON Jean-Gabriel

MEDECINE GENERALE

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

ROCHE Doriane

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

ALAIN Sophie
ANTONINI Marie-Thérèse
BOUTEILLE Bernard
CHABLE Hélène

DURAND-FONTANIER Sylvaine
ESCLAIRE Françoise

JULIA Annie
LAPLAUD Paul

MOUNIER Marcelle
PETIT Barbara
PLOU Marie-Cécile
RONDELAUD Daniel

VERGNE-SALLE Pascale
YARDIN Catherine

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE-HYGIENE HOSPITALIERE
EXPLORATIONS FONCTIONNELLES PHYSIOLOGIQUES
PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE
BIOCHIMIE ET GENETIQUE MOLECULAIRE, CHIMIE DES
EXPLORATIONS FONCTIONNELLES
ANATOMIE
LABORATOIRE D'HISTOLOGIE-CYTOLOGIE, CYTOGENETIQUE ET
DE BIOLOGIE MOLECULAIRE ET DE LA REPRODUCTION
LABORATOIRE D'HEMATOLOGIE
BIOCHIMIE ET GENETIQUE MOLECULAIRE, CHIMIE DES
EXPLORATIONS FONCTIONNELLES
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE-HYGIENE HOSPITALIERE
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE-HYGIENE HOSPITALIERE
LABORATOIRE D'HISTOLOGIE-CYTOLOGIE, CYTOGENETIQUE ET
DE BIOLOGIE MOLECULAIRE ET DE LA REPRODUCTION
RHUMATOLOGIE
LABORATOIRE D'HISTOLOGIE-CYTOLOGIE, CYTOGENETIQUE ET
DE BIOLOGIE MOLECULAIRE ET DE LA REPRODUCTION

A notre Président de thèse
Monsieur le Professeur Lionel DE LUMLEY WOODYEAR
Professeur des universités de pédiatrie
Médecin des hôpitaux
Chef de service

Vous nous faites aujourd'hui l'honneur de présider le jury de notre thèse
Nous vous remercions de votre enseignement
Qu'il nous soit permis de vous exprimer ici toute notre gratitude

Aux membres de notre jury

Madame le Professeur Anne LIENHARDT-ROUSSIE
Professeur des universités de pédiatrie
Pédiatre des hôpitaux

Nous vous remercions d'avoir accepté d'examiner notre travail
Et de faire partie de notre jury
Veuillez trouvez ici le témoignage de notre profonde reconnaissance

Monsieur le Professeur Roger GAROUX
Professeur des universités de pédopsychiatrie
Psychiatre des hôpitaux
Chef de service

Nous avons été touché par l'intérêt que vous avez porté à notre travail
Qu'il nous soit permis de vous exprimer ici toute notre reconnaissance

Monsieur le Professeur Jean-Pierre CLEMENT
Professeur des universités. Psychiatrie d'adultes
Psychiatre des hôpitaux
Chef de service

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites d'être un de nos juges
Et nous vous en remercions vivement

A notre directeur de thèse

Monsieur le Docteur Philippe GAUTRY

Pédiatre

Chef de service

Vous avez accepté de me confier et de diriger ce travail

Le temps passé à vos côtés nous a permis d'apprécier

vos qualités humaines, votre compétence et votre énergie au travail

Veillez trouver ici le témoignage de notre profonde reconnaissance

A Madame le Docteur Monique CHALAUX

Nous vous remercions pour votre aide précieuse et vos conseils judicieux

A tout le personnel du service pédiatrie

Nous remercions particulièrement pour leur gentillesse et l'aide apportée dans
l'élaboration de ce travail

Nathalie, Claire et Nathalie, secrétaires médicales

Yannick Tournier, éducatrice

Audrey et Philippe, archivistes

A Sylvie, de tout mon cœur

A Inès et Paul, mes amours

A mes parents

A toute ma famille

A tous mes amis de Limoges, Brive et Paris

SOMMAIRE

INTRODUCTION

1. Historique de la médecine de l'adolescent

2. Principes de la prise en charge des adolescents et modalités pratiques
 - 2.1. Données générales sur la prise en charge des adolescents
 - 2.2. Modalités pratiques de la relation de soin avec l'adolescent

3. Création d'une unité de soins pour adolescents à l'hôpital de Brive
 - 3.1. La chronologie
 - 3.2. Les locaux
 - 3.3. L'élaboration du projet
 - 3.4. Les modalités de fonctionnement
 - 3.5. Le réseau
 - 3.6. Le protocole du centre de guidance infantile (CGI)
 - 3.7. Les difficultés rencontrées

4. Le matériel et la méthode

5. Les résultats
 - 5.1. L'accueil à l'hôpital
 - 5.2. Les caractéristiques des adolescents hospitalisés
 - 5.3. Les adolescents hospitalisés pour une tentative de suicide

6. Discussion
 - 6.1. Comparaison avec les autres structures

6.2. La prise en charge des adolescents suicidants : intérêt du protocole utilisé

6.3. Etude critique du fonctionnement de l'unité de soins pour adolescents

6.3.1. Les points intéressants de cette expérience

6.3.2. Points négatifs de cette expérience de trois ans et propositions

CONCLUSION

INTRODUCTION

Les adolescents nous interpellent et nous déconcertent, et nous sommes mal préparés à les recevoir. Aujourd'hui comme autrefois, ils n'ont souvent pas bonne réputation et supportent une image de comportements délictueux : incivilité, agressions, délinquance, toxicomanie, voire viol, etc.

Les soignants quant à eux ne peuvent qu'être étonnés de constater le manque dans les propositions de soin s'adressant à cette tranche d'âge. Ce manque tend à s'atténuer depuis une vingtaine d'année en France avec la création d'unités de soins spécifiques pour les adolescents au sein des services de pédiatrie (3). Ce mouvement a été initié par la création de la première structure de ce type à l'hôpital du Kremlin-Bicêtre (2,10). Il s'est amplifié lors de la parution du décret ministériel n°132 du 16 mars 1988 visant à améliorer les conditions d'hospitalisation des adolescents (9).

Nous nous proposons de relater brièvement l'historique de ce mouvement avant d'exposer les données actuelles concernant la prise en charge médicale des adolescents et ses modalités pratiques.

La création d'une unité de soins pour adolescent dans le service de pédiatrie générale de Brive (Corrèze) s'est inscrite dans cette démarche, qui s'est déroulée dans un contexte local que nous décrirons. Cette unité a notamment permis de formaliser la collaboration qui existait entre le service de pédiatrie et le service de pédopsychiatrie, afin d'améliorer la prise en charge des adolescents en difficultés et plus particulièrement celle des jeunes suicidants. Cette initiative répondait également aux craintes de l'équipe soignante de voir des adolescents mélangés aux autres enfants et surtout au sentiment que les besoins spécifiques de cette tranche d'âge n'étaient pas pris en compte.

La mise en place de cette unité a nécessité dix années de gestation. L'objectif de ce travail est de rapporter l'expérience acquise en trois années de fonctionnement, à la fois pour ce qui concerne l'accueil des adolescents en général et le suivi extrahospitalier des jeunes suicidants. A la lumière de ces résultats nous tenterons d'analyser dans un chapitre de discussions et commentaires les points forts et les points faibles de ce dispositif afin d'en déterminer les objectifs futurs.

1. Historique de la médecine de l'adolescent

L'évolution de la médecine des adolescents n'apparaît ni homogène, ni linéaire, selon le pays et les époques (2,4).

Les premiers ouvrages traitant spécifiquement des problèmes de santé des adolescents datent du début du XX^e siècle. En 1938, Greulich propose un manuel clinique d'évaluation des adolescents. En 1962, Tanner crée une méthode de cotation de la puberté.

La création de services adaptés aux adolescents s'est faite avant tout dans le contexte des institutions sociales et des services de santé mentale. En 1951, le Dr J. Roswell Gallagher crée à Boston la première unité d'hospitalisation pour adolescent. Ensuite d'autres unités verront le jour aux Etats-Unis, au Canada, en Amérique du sud, en Australie et en Israël.

En 1968 l'académie américaine de pédiatrie crée la Society for Adolescent Medicine, qui publiera à partir de 1980 le Journal of Adolescent Health, revue scientifique présentant des articles cliniques et de recherche, et une bibliographie anglo-saxonne très complète.

Depuis plusieurs années les ouvrages médicaux et les programmes d'enseignement traitant de la santé des adolescents se sont multipliés en Amérique et en Europe.

En Europe des initiatives ont vu le jour en Angleterre, en Italie, en Suède, en Suisse et en Espagne.

En France, l'impulsion fut initiée par la prise de conscience par certaines équipes de pédiatres et de pédopsychiatres du vide dans lequel se trouvent les adolescents dans le système de soin. Cette constatation les a amenés à mettre en place des structures spécifiques d'hospitalisation et des programmes de recherche et de formation dans cette voie nouvelle.

Un précurseur dans ce domaine fut le service de médecine pour adolescents de l'hôpital du Kremlin-Bicêtre créé en 1982 par le Pr. Courtecuisse (2). Ce service associe des activités d'hospitalisation, de consultation et de formation.

L'expérience acquise dans cette unité a permis au législateur de définir de nouvelles orientations de santé publique en direction de cette population.

Dans cette perspective est parue la circulaire ministérielle n°132 du 16 mars 1988 de la Direction Générale de la Santé (9) prévoyant d'une part l'évaluation des conditions d'accueil et de séjour et d'autre part les méthodes visant à améliorer l'accueil des adolescents dans les établissements hospitaliers.

2. Principes de la prise en charge des adolescents et modalités pratiques

2.1. Données générales sur la prise en charge des adolescents

Qu'est-ce que l'adolescence ?

Le début de l'adolescence se situe entre 11 et 13 ans pour les filles et entre 12 et 14 ans pour les garçons. Cette étape, déclenchée par le début de la puberté est dominée par les transformations physiques, physiologiques, sexuelles et psychiques. Toutes ces transformations sont intimement liées et inter-réagissent. Sur le plan psychologique, il nous semble important de décrire certains aspects fondamentaux.

2.1.1. La crise d'adolescence ou travail psychique de l'adolescence

L'expression "crise d'adolescence" est apparue dans les années 60 pour différencier les comportements originaux de certains adolescents d'une sémiologie psychiatrique avérée. Mais ce concept a eu pour conséquence une tendance à l'attentisme et au laisser-faire. Actuellement on lui préfère le terme de "travail psychique de l'adolescence". Ce travail s'impose à l'adolescent et découle des transformations de son corps, des modifications des relations avec ses parents, les autres adultes et ses pairs.

2.1.2. La théorie des cercles

D. Marcelli utilise l'image suivante pour mieux faire comprendre le travail psychique de l'adolescent (21). L'enfance est une période tranquille et silencieuse, lisse comme la surface d'une mare. La puberté pourrait être comme un pavé que l'on jette dans cette mare. On ne sait pas quand il va tomber, ni avec quelle vitesse il va le faire. En tombant il va provoquer des ronds concentriques, qui sont comparés à des cercles de perturbations, allant du plus intime au plus général. Trois cercles se forment depuis le pavé de la puberté : les cercles du corps, de la famille et de la société.

2.1.2.1. Le cercle du corps

Le processus pubertaire se déroule de façon à peu près identique chez tous les individus, mais il existe de grandes variations dans les dates de début, de fin et dans la durée. Ces variations, même si elles sont normales, peuvent susciter un désarroi, voire une grande

souffrance chez le jeune. Le premier enjeu de ce cercle du corps consiste donc à essayer de maintenir un sentiment continu d'existence, alors même qu'on est confronté à d'incessants changements. Ceux-ci entraînent toutes sortes de doutes, sur son physique et son psychisme.

Tout ce qui touche au corps est source de questionnement à cet âge, avec des inquiétudes quant à la normalité et des craintes d'allure dysmorphophobique. Car l'adolescence est une période pendant laquelle les jeunes ont besoin de se conformer à la normalité d'une manière très précise. Mais plus l'adolescent doute de son corps et moins il en parle. Il existe en effet un décalage entre la maturation physique et la maturation psychoaffective, qui est le plus souvent retardée. Tout ceci est source d'anxiété et fait de l'adolescence une période de grande fragilité, même si elle se cache derrière un paravent d'agressivité.

Sur le plan psychique, l'adolescence est la période pendant laquelle l'individu accède à la subjectivation, c'est-à-dire au sentiment d'être un sujet, d'être le sujet de ses propres actes et pensées. Il n'est plus un enfant, il n'est plus l'enfant de ses parents. C'est une période où la pensée s'impose à l'individu. Qui suis-je ? Que vais-je devenir ? Il doit penser par lui-même et ne plus être le projet de quelqu'un d'autre. C'est une étape au cours de laquelle l'individu passe du statut de dépendance, qui caractérise l'enfance, au statut d'autonomie, qui caractérise l'adulte.

Le second enjeu de ce cercle du corps est l'intégration de la transformation pubertaire, avec la problématique de l'identité sexuée.

L'enfant doit renoncer à l'omnipotence infantile, c'est-à-dire l'idée qu'il dispose d'une bisexualité potentielle. La puberté s'impose à lui et définit ses identifications sexuelles. En même temps, elle inscrit dans son corps la dimension d'incomplétude et le besoin de l'autre.

2.1.2.2. Le cercle de la famille

A mesure que le corps se transforme, la relation aux parents va devoir se transformer. L'adolescent ne peut plus conserver l'innocence des relations qu'enfant il avait avec eux.

P.Gutton a nommé le "pubertaire" la pulsionnalité résurgente qui pousse l'adolescent vers ses parents et active chez lui des représentations psychiques inconscientes incestueuses. Il peut également être confronté à des désirs parricides. Ces représentations sont éprouvées par l'adolescent comme une menace et le contraignent à s'éloigner de ses parents pour les protéger

et se protéger. L'agressivité manifestée à l'égard d'un ou des parents est une façon de le ou les mettre à distance.

Le travail psychique de l'adolescent consiste pour lui à se séparer de ses parents, mais lui fait ressentir en même temps un danger : celui de se perdre, d'être abandonné, de sombrer dans la dépression. Cependant l'enjeu majeur de ce cercle de la famille reste la conquête de l'autonomie. Acquérir son autonomie, c'est savoir faire une expérience tout en connaissant et respectant ses limites.

Ces limites concernent aussi bien son corps, avec sa physiologie, son alimentation, ses rythmes et ses performances, que ses limites intellectuelles et affectives. Et dans le domaine des relations sociales, les limites commencent avec les interdits parentaux, puis se poursuivent avec les différents règlements auxquels il peut être confronté et avec la loi.

Cette recherche de limites nécessite une désidérialisation des parents et une perte de l'image parentale préoedipienne. Cette perte est traumatisante et signifie en même temps la perte de la stabilité de l'enfance, de son identité et de son image corporelle. Elle fait surgir une menace dépressive, qui se manifeste concrètement par les fluctuations d'humeur que présente l'adolescent entre crises de larmes, moments de cafard et de déprime.

Ces fluctuations thymiques sont normales, mais témoignent du potentiel dépressogène caractéristique de cet âge.

Ou bien l'adolescent ne peut les tolérer et risque de manifester son malaise par des passages à l'acte ou des conduites agressives. Car l'adolescence est ainsi marquée par une pauvreté des défenses faces au stress qui peut s'exprimer par une recherche de conflit ou au contraire par un repli sur soi ou une morosité. Les états dépressifs sont souvent atypiques et tout ce qui touche à l'humeur se traduit volontiers par des symptômes ou des messages corporels flous : baisse récente des résultats scolaires, troubles du sommeil, troubles de l'alimentation, pathologies fonctionnelles, conduites à risque mettant sa vie en danger, prise de toxique, isolement social, fugues.

Ou bien l'adolescent peut surmonter ces moments de souffrance, les intégrer et les sublimer.

2.1.2.3. Le cercle social

Les parents de l'adolescent ne sont plus en mesure de lui procurer la totalité de ses satisfactions. En s'éloignant de ses parents il va développer de nouvelles relations aux autres

et rechercher de nouvelles expériences de satisfactions qui vont le plonger dans le cadre des relations sociales. Cet espace social lui offre de nouvelles possibilités d'évolutions, lui permettant de découvrir différents rôles sociaux et de faire des expériences.

Les premières concernent les identifications affectives, où vont se développer les relations avec ses pairs. On distingue ici trois temps :

- le temps des copains, de la bande, au sein d'un petit groupe homogène
- le temps de l'ami, qui est toujours du même sexe, avec une relation de projection narcissique typique
- enfin le temps de la petite ou du petit ami, qui concerne plutôt le grand adolescent et qui traduit l'intégration de la différence de sexe.

En second lieu la découverte du savoir donne la capacité de choisir, de s'investir dans un idéal, de déployer son jugement et son esprit critique. Et enfin, l'aire de la créativité développe le plaisir de penser, jouer, aimer et travailler.

2.1.3. La crise parentale

Le travail psychique de l'adolescent a en miroir celui que doivent effectuer ses parents. Certains auteurs l'ont appelé la crise parentale (19). L'une des caractéristiques importantes du travail avec les adolescents est la prise en compte des parents et de leurs réactions face aux difficultés de leur enfant.

La crise des parents consiste pour eux à pouvoir passer d'une relation parent-enfant à une relation adulte-adulte. Ils doivent renoncer à l'idéalisation que leur enfant leur portait et à la satisfaction procurée par la toute puissance parentale.

En même temps ils sont confrontés à l'explosion pulsionnelle de leur adolescent, et à l'apparition de désirs incestueux réalisables, qui peuvent les effrayer et augmenter leur angoisse. Ils se remémorent leur propre adolescence, ce qui peut réveiller en eux des problématiques oedipiennes incomplètement résolues. Certains parents auront du mal à affronter cette levée du refoulement de leur propre adolescence.

Les réactions sont alors diverses. Certains ont tendance à sexualiser toutes les conduites de leur adolescent, trouvant par la même occasion un prétexte pour tout maîtriser. Ainsi certains pères interdisent-ils toute sortie à leur fille, déclarant qu'elle ne pense qu'à coucher avec les garçons. D'autres, en particulier les mères trop proches de leur enfant, sont effrayées

par l'émergence de la sexualité et réagissent avec froideur, en retirant leur affection ou au contraire en favorisant chez lui une régression infantile protectrice.

Les parents doivent effectuer un travail de deuil qui porte sur plusieurs niveaux. Certains projets scolaires et professionnels ont pu être élaborés durant l'enfance et représentent l'image de l'idéal des parents projeté sur leur enfant. Mais ces projets sont remis en cause au moment de l'adolescence, car l'enfant veut se dégager de l'idéal de ses parents et chercher ailleurs ses conseils, ses confidents, ses idéaux et ses plaisirs.

Le travail de deuil porte aussi sur la maturité génitale dont ils n'ont plus l'exclusivité.

Ils doivent enfin faire le deuil de leur identification en tant que parents, c'est-à-dire leur vécu et leur investissement en tant que géniteurs et éducateurs.

2.2. Modalités pratiques de la relation de soin avec l'adolescent

2.2.1. La confidentialité

L'enquête nationale effectuée par l'INSERM en 1992 (6) montre que le médecin généraliste est le médecin le plus sollicité par les adolescents. Pour deux tiers d'entre eux c'est le premier sollicité en cas de problèmes. Cependant cinquante pour cent d'entre eux déclarent ne pas savoir où consulter lorsqu'un problème, qu'ils souhaiteraient taire à leur entourage, se présente. Les adolescents n'aiment pas se découvrir, et n'acceptent de se montrer et de parler de leur problème qu'avec des professionnels, qui respectent leur désir d'intimité et de confidentialité par rapport à leurs parents. Le succès de l'acte de soin dépend largement du respect de cette condition. C'est pourquoi avec eux, le tête-à-tête sans les parents est indispensable.

Il ne faudrait cependant pas que cela soit synonyme d'exclusion des parents. Ceux-ci peuvent apporter leur part d'information et leur analyse des problèmes. Le passage à l'hôpital permet parfois le dépassement de certains conflits ou leurs reformulations. On a ensuite souvent besoin des parents pour faire adhérer leur enfant aux soins. Ils ont de plus leurs propres difficultés, dont il faut parler, tout en les aidant à comprendre celles de leur enfant.

2.2.2. Les questions essentielles

Pour ce faire, le médecin qui prend en charge des adolescents, doit pouvoir aborder tous les sujets jugés sensibles à cet âge : les transformations pubertaires, la sexualité, l'usage de toxiques, les violences subies ou les idées suicidaires. Nombre de blocages et d'échecs de soin sont liés à l'esquive de ces questions essentielles. Car même si le corps est source d'énormément de questionnements chez l'adolescent, il ne les expose que rarement de façon spontanée et explicite. Par exemple, les garçons qui consultent pour retard pubertaire se plaindront de leur taille en disant « je suis trop petit » plutôt que « je n'ai pas de poils ».

Le médecin doit donc savoir anticiper ces demandes et amener progressivement l'adolescent à aborder ces différents domaines. Il commencera toujours par la question qui semble la plus importante ou la plus urgente. Celle-ci peut d'ailleurs être différente du motif déclaré de la consultation.

Ensuite on peut s'aider d'un questionnaire médical de préconsultation (22) pour essayer de cerner rapidement les domaines qui posent problème et qui seront donc à travailler en priorité. Ce genre de questionnaire montre en même temps à l'adolescent que le médecin est disposé à aborder toutes les questions, et surtout celles qui sont spécifiques à son âge, en lui laissant de plus d'emblée une part active dans l'entretien.

2.2.3. L'examen clinique

Après ce premier temps consacré à l'anamnèse, qui permet d'aborder ses problèmes et de mettre à l'aise l'adolescent, on passe à l'examen clinique qui peut être source d'anxiété.

Les adolescents n'ont que des connaissances frustes de leur corps, souvent associées à des idées fausses et surtout à la peur de ne pas être dans la normalité. C'est pourquoi l'examen clinique sera le plus complet possible et commenté tout du long, afin d'expliquer les raisons de chaque geste. En dehors du motif de consultation, il est aussi l'occasion de faire un bilan général, dans une population qui consulte assez peu. A l'issue de cet examen on parlera de ce qui ne va pas, mais on n'oubliera surtout pas de souligner tout ce qui est normal et fonctionne correctement.

2.2.4. La synthèse

Il importe, au moment de synthétiser, d'essayer de ne pas opposer les pathologies somatiques, psychiques et psychosociales. Les adolescents attendent du médecin une

approche ouverte et globale. En effet le langage du corps est important à cet âge et tout ce qui touche aux émotions, à l'humeur se traduit volontiers en symptômes ou message corporel.

On retient donc comme principes généraux de la médecine des adolescents :

- le fait que l'adolescent est un interlocuteur à part entière, qui a droit à la confidentialité,
- qu'il faut prendre en compte les besoins de l'entourage,
- que l'on se trouve dans un champ extrêmement vaste de besoins de santé,
- que la prise en charge implique une communication large,
- qu'il ne faut pas opposer les pathologies somatiques, psychiques et sociales.

2.2.5. La particularité du soin hospitalier

La médecine de l'adolescent s'est en France, comme dans de nombreux autres pays, développée à l'hôpital. Son essor est venu du constat de vide de prise en charge dans lequel se trouve cette tranche d'âge, à la fin de l'enfance mais avant l'âge adulte.

Ce qui frappe dans l'enquête de l'INSERM de 1992 (6), c'est la grande dispersion des adolescents au travers des services hospitaliers. De plus, pour tout un ensemble de pathologies, les stratégies d'orientation ne sont pas claires. Par exemple pour les problèmes psychiatriques, plus de 40% des patients sont dirigés ailleurs qu'en psychiatrie. Pour les tentatives de suicide, 25% sont gardés moins de 24 heures et 30% ne bénéficient d'aucun entretien d'évaluation approfondi.

D'un point de vue général, 10% des adolescents français ont été hospitalisés dans l'année. Entre 12 et 16 ans, 25% ont été hospitalisés au moins une fois et 5% plusieurs fois. Cinquante pour cent des adolescents jugent l'hospitalisation pénible.

L'objectif qui serait de faire de l'hospitalisation une expérience positive se heurte à deux obstacles. Le premier découle de la dispersion des adolescents, qui ne permet pas de prendre en compte leurs besoins spécifiques, avec en premier lieu leur appétence à se retrouver entre eux. Le second obstacle est lié à la mauvaise image qui les accompagne souvent, dans des structures qui ne sont pas préparées à les recevoir. C'est une période de grande vulnérabilité et l'adolescent, lorsqu'il est stressé et entre dans un lieu qu'il ne connaît pas, réagit parfois avec des attitudes de contestation et de refus qui sont mal vécues par le personnel soignant, habitué aux enfants en bas âge ou aux adultes. Pour bien les accueillir, il faut bien les connaître et savoir prévoir leurs réactions.

Une idée répandue veut que, dès lors qu'un adolescent n'est pas "somatique", il est "psychiatrique" et inversement. De plus en plus centré sur une logique d'organes, le soin hospitalier tend à s'éloigner du vaste domaine de la médecine psychosociale. Or on a vu combien les résultats de la médecine des adolescents dépendaient de la place qu'on accorde à ces facteurs psychosociaux. Dans ce domaine, les questions les plus difficiles sont celles qui concernent les violences subies, avec les comportements agressifs, la maltraitance, les fugues ou les conflits familiaux. Tout cela nécessite une écoute attentive, un entretien avec chaque protagoniste, une prise en charge pluridisciplinaire concertée et un suivi post-hospitalier rapproché.

Il ne s'agit cependant pas d'admettre en pédiatrie polyvalente des adolescents présentant des troubles psychiatriques avérés ou des problèmes de toxicomanie, qui relèvent certainement d'un service de psychiatrie. A l'inverse la plupart des adolescents en souffrance ne justifient pas une hospitalisation en psychiatrie, mais plutôt dans une unité pour adolescents, pour ensuite être accompagnés vers un travail psychothérapeutique. C'est le cas de la majorité des jeunes suicidants de cet âge.

Il s'agit pour l'ensemble des professionnels s'occupant d'adolescents d'être prêt à travailler aussi avec la dimension psychique, d'exercer une médecine souple et décloisonnée.

Cette exigence découle de l'arrivée dans les services hospitaliers d'un nombre de plus en plus important d'affections particulières les concernant : accidents, tentatives de suicide, symptômes flous, troubles du comportement alimentaire, problèmes liés à la sexualité, violences subies, crises médicosociales complexes. Nombre de ces problèmes recouvrent plusieurs domaines d'activité et nécessitent une prise en charge pluridisciplinaire. C'est la raison pour laquelle un certain nombre de services de pédiatrie ont mis en place des secteurs d'hospitalisation spécifiques pour les adolescents.

2.2.6. Les unités d'hospitalisation pour adolescents

Une enquête de 1996 auprès de 392 services de pédiatrie montrait que plus de 40% d'entre eux avaient un projet "adolescent" en cours d'élaboration, 39 services avaient déjà un secteur qui leur était réservé (3). La majorité de ces structures sont situées dans des services de pédiatrie générale appartenant à un centre hospitalier général, avec une activité polyvalente. Toutes ces équipes travaillent en liaison avec le secteur de psychiatrie de façon régulière. La

majorité d'entre elles a bénéficié de formations spécifiques aux problèmes de santé des adolescents. Elles intègrent souvent un éducateur, un travailleur social, un psychologue ou un enseignant.

En pédiatrie la borne d'âge officielle de 15 ans pour l'admission des enfants a limité le recrutement des adolescents. Ce n'est qu'à la fin des années 70 que la pédiatrie hospitalière a élargi ses bornes d'âges jusqu'à 18 ans, avec le premier service de médecine des adolescents au Kremlin-Bicêtre. L'expérience acquise dans cette unité a permis au législateur de définir de nouvelles orientations de santé publique en direction de cette population, au travers de la circulaire ministérielle n°132 de la Direction générale de la santé.

2.2.7. La circulaire ministérielle n°132 du 16 mars 1988 (9)

Nous reprendrons ici brièvement les points essentiels développés dans cette circulaire. Celle-ci prévoit d'une part l'évaluation des conditions d'accueil et de séjour, et d'autre part l'amélioration de l'accueil des adolescents dans les établissements hospitaliers.

Le premier objectif de la circulaire concerne l'évaluation des conditions d'accueil et la définition des besoins. Ceci implique des établissements hospitaliers capables d'étudier les caractéristiques de la population adolescente qu'ils accueillent. Un groupe de travail sera constitué à cet effet. Ses missions seront d'évaluer les besoins quantitatifs et qualitatifs des adolescents admis dans l'hôpital. Il étudiera le nombre d'adolescents accueillis à l'hôpital, le nombre admis en hospitalisation et les services dans lesquels ils sont dirigés. Il recueille les motifs d'hospitalisation et les durées moyennes d'hospitalisation. Il proposera ensuite les adaptations nécessaires afin de suivre les orientations définies par la circulaire.

Le second objectif de la circulaire concerne l'amélioration de la formation du personnel et de l'accueil, aux urgences et durant l'hospitalisation.

On considère ainsi que la formation spécifique relative à la médecine des adolescents devrait être intégrée à la formation initiale des personnels soignants. Actuellement seuls les pédiatres et les pédopsychiatres reçoivent une telle formation. Il serait souhaitable qu'elle soit étendue aux résidents de médecine générale, le médecin de famille étant le premier interlocuteur vers lequel les adolescents se tournent en cas de problème. Le personnel paramédical devrait également bénéficier de ces actions de formation. Pour le personnel déjà

en poste, des stages de formation dans les structures pilotes en la matière pourront être organisés.

L'amélioration de l'accueil aux urgences est primordiale, car c'est un lieu de soins d'urgence fréquemment utilisé par les adolescents, et une des principales porte d'entrée pour une hospitalisation. Cette amélioration passe également par la formation des personnels et leur sensibilisation aux problèmes spécifiques des adolescents.

Ici aussi les règles de base de la relation de soin avec les adolescents doivent être suivies. L'accueil du jeune doit se faire le plus rapidement possible après son arrivée. Un entretien en tête-à-tête et la garantie de la confidentialité sont indispensables, mais ceci sans exclure les parents. Dans certains cas, la prise de rendez-vous pour un avis spécialisé dans les 24 heures qui suivent peut permettre d'éviter une hospitalisation.

En cas d'hospitalisation, l'amélioration des conditions d'accueil consiste à fournir aux adolescents un cadre, où ils peuvent recevoir une aide médicale de qualité et où ils sentent qu'ils sont acceptés et reconnus à part entière. Ceci passe par une bonne information du jeune et de ses parents au sujet des différents interlocuteurs et de leurs fonctions respectives, des motifs et des objectifs de l'hospitalisation, des examens, des traitements envisagés et de la durée prévisible du séjour.

On l'informerait d'emblée du mode de fonctionnement de l'unité, ainsi que son règlement intérieur. Celui-ci est propre à l'unité et permet de prendre en compte le rythme de vie différent à cet âge, notamment en ce qui concerne l'heure de lever et de coucher, l'heure de visite du médecin, les visites de la famille et des amis, les sorties du service.

Il importe de regrouper les adolescents afin de leur permettre de recréer un milieu qui leur soit propre. Une telle unité permet de regrouper des patients en fonction d'une tranche d'âge prédéfinie et pour des affections médicales somatiques, psychologiques, ou sociales, mais également chirurgicales ou gynécologiques dans la mesure où ces affections ne requièrent pas du personnel ou du matériel trop spécialisé.

Le personnel est affecté à cette unité par redéploiement interne à l'établissement. L'équipe médicale désigne un médecin référent pour cette unité, qui peut être un pédiatre, cas le plus fréquent, ou un pédopsychiatre. Il doit pouvoir s'assurer du concours d'autres spécialistes dans un délai relativement court, par exemple gynécologue, dermatologue, endocrinologue etc.

L'équipe paramédicale doit être sensibilisée aux problèmes spécifiques de cette tranche d'âge. Son effectif tiendra compte du surplus de travail relatif aux soins relationnels, qui sont plus importants dans ce genre d'unité. Il faut également disposer d'une assistante sociale ou d'un éducateur et éventuellement d'un psychologue, dont les activités pourront concerner autant les adolescents que leurs parents.

Chaque adolescent doit pouvoir poursuivre sa scolarité avec l'aide d'un enseignant, ce qui est d'autant plus important lorsque l'hospitalisation se prolonge, comme par exemple pour les anorexiques mentales. C'est de plus une période de scolarité où les premiers diplômes apparaissent, avec le brevet et le baccalauréat, et où les orientations scolaires se dessinent, ce qui peut constituer une source d'inquiétude supplémentaire. L'éducateur peut sur ces questions jouer un rôle, par exemple en aidant l'adolescent en échec scolaire à trouver une nouvelle orientation.

En ce qui concerne les locaux, des chambres individuelles constituent l'aménagement le mieux adapté pour répondre à leur besoin de confidentialité et d'intimité. On aménagera également des locaux collectifs pour leur permettre de se réunir et leur proposer des activités récréatives.

3. Création d'une unité de soins pour adolescents à l'hôpital de Brive

Les équipes de pédiatrie et de pédopsychiatrie du Centre Hospitalier de Brive ont vu dans la circulaire ministérielle n°132 du 16 mars 1988 une opportunité de formaliser leur collaboration, effective depuis 1980.

L'idée initiale était d'accueillir de façon spécifique dans le service de pédiatrie des jeunes de 14 à 18 ans, quelque soit leur pathologie, sans distinction entre les troubles somatiques ou psychologiques.

Le service de pédiatrie a, comme beaucoup d'autres, reçu de tout temps des adolescents, mais en priorité les enfants devenus adolescents qui étaient déjà suivis dans le service pour des maladies chroniques. En revanche l'hospitalisation d'adolescents inconnus du service ne se faisait pas de façon évidente. Or les pédiatres ont été amenés ces dernières années à s'occuper de plus en plus souvent d'adolescents.

La spécificité de la prise en charge des adolescents est au centre de l'émergence de ce projet. Il répondait également aux attentes de l'équipe soignante, désorientée car confrontée quotidiennement à la cohabitation entre les adolescents et les autres enfants. La création d'une unité intégrée dans le service s'est imposée comme la forme la mieux adaptée à un service de pédiatrie générale. D'un point de vue pratique, elle permet d'utiliser le personnel existant et économiquement elle est moins coûteuse.

3.1. La chronologie (14)

Le 16 mars 1988 paraît la circulaire ministérielle n°132.

Le 25 avril 1989 un courrier au président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) met l'accent sur la nécessité d'améliorer l'accueil et le soin des adolescents conformément à cette circulaire. Le chef de service de pédiatrie propose une réflexion sur le sujet et la constitution d'un groupe de travail chargé d'étudier les besoins et de définir un projet.

Le 7 juin 1990 un projet est adressé au directeur du Centre Hospitalier de Brive. Il propose la création d'un secteur spécifique pour adolescents situé à l'étage de la pédiatrie, mais séparé du reste de ce service, pour constituer une unité à part entière. Il est assorti d'un système d'accueil, de prise en charge et de coopération interservices. La formation adéquate du personnel est d'emblée envisagée.

Le 25 avril 1991 le projet est inscrit à l'ordre du jour de la CME. L'intérêt d'une telle structure pour l'accueil des adolescents ayant des problèmes psychologiques semble évident. Pour les autres pathologies les avis sont partagés. On s'interroge sur le transfert d'activité occasionné et donc sur les moyens à mettre en œuvre et notamment les redéploiements éventuels à effectuer. Les membres de la commission concluent à l'intérêt d'une telle structure et demandent la constitution d'un groupe de travail chargé d'approfondir tous les aspects abordés lors du débat.

Deux réunions, en mars et juin 1991, font la synthèse des premières conclusions du groupe de travail.

L'enquête, portant sur l'année 1988, montre que cette année là environ 300 adolescents de 14 à 18 ans auraient pu bénéficier d'une telle structure d'hospitalisation. On exclut d'emblée les problèmes de toxicomanie, ainsi que les patients présentant des troubles psychotique. On constate par ailleurs, qu'il y a globalement plus d'adolescents hospitalisés dans l'établissement en 1990 qu'en 1988 (plus 69).

On doit améliorer l'accueil de ces jeunes aux urgences. En effet un nombre important d'adolescents y est reçu : 150 sur une période de 50 jours, soit en moyenne 3 par jour. Vingt trois pour cent ont été hospitalisés, dont 33% en chirurgie orthopédique, 20% en chirurgie viscérale, 25% en pédiatrie et le reste dans les autres services.

L'orientation vers l'unité pour adolescents sera fonction de l'avis du médecin destinataire, qui pourra s'il le désire faire admettre son patient dans l'unité.

L'amélioration des conditions de séjour et de soins implique plusieurs objectifs. Une équipe plus particulièrement intéressée par les questions concernant les adolescents, avec un médecin référent, doit être désignée et mieux visible au sein de l'établissement. Concernant les pédopsychiatres, une présence accrue est nécessaire, et suppose la création d'un mi-temps supplémentaire de praticien hospitalier dans cette spécialité. Un secteur regroupant les adolescents doit être individualisé. D'après l'enquête et en tenant compte d'une durée moyenne de séjour de 5 jours, il nécessitera quatre lits, pris sur le pool des lits de pédiatrie. Ce secteur nécessitera des lieux de rencontres et des activités récréatives, avec par exemple la mise à disposition de matériels informatiques, audiovisuels ou d'une bibliothèque. Un projet architectural est proposé, organisé autour de quatre chambres individuelles et de pièces communes.

Les moyens en personnel infirmier sont estimés à deux infirmières et deux auxiliaires. Un règlement spécifique à l'unité sera établi. Il faudra veiller à maintenir le contact avec le milieu scolaire. Le directeur du personnel propose le recours à un enseignant par le biais d'un contrat Education Nationale-Hôpital.

Le projet est mis à l'ordre du jour de la CME du 17 oct 1991, qui émet à l'unanimité un avis favorable à la création de l'unité.

Le Comité Technique Paritaire émet également un avis favorable.

Le projet est présenté en conseil d'administration le 19 déc 1991, qui émet un avis réservé et subordonne un nouvel examen à un redéploiement interne des personnels, considérant que la mise en place de l'unité pourrait être réalisée sans création d'emplois nouveaux.

Le projet est donc retravaillé pour n'impliquer aucune augmentation de personnel, ni de création de lits, mais il suppose encore un réaménagement des locaux.

En décembre 1993 le projet de création d'une unité pour adolescents n'est plus présenté comme central, mais il est intégré au projet de service dans le cadre du Projet d'Etablissement. Celui-ci vise à améliorer la prise en charge en néonatalogie, en hospitalisation de jour et celle des adolescents. Il s'associe à un projet architectural de réaménagement global du service.

Le demi poste supplémentaire de pédopsychiatre est créé en mars 1995.

Les travaux débutent en 1997.

3.2. Les locaux

Les locaux sont le résultat d'un réaménagement au sein du service de pédiatrie. L'unité pour adolescent s'est créée aux dépens des boxes de nourrissons. Elle est isolée par rapport au reste du service et constitue une unité propre.

Elle comprend quatre chambres individuelles avec leurs sanitaires, une grande salle de réunion où les jeunes peuvent se rencontrer et avoir des activités récréatives, une salle plus petite équipée de matériels audiovisuel et informatique, avec une bibliothèque.

Les repas sont pris soit dans les chambres soit dans la grande salle.

Le poste de soins infirmiers est commun avec le secteur des enfants, et se situe à la jonction des deux unités.

3.3. L'élaboration du projet

L'élaboration du projet s'est faite de façon conjointe avec le service de pédopsychiatrie. Les deux services ont vu dans ce projet la possibilité d'établir un cadre à ce qui était devenu leur pratique commune et non formalisée. Les rencontres successives ont permis de préciser quelques points importants.

La future unité de soin se devait d'être complémentaire de la structure voisine située dans le centre hospitalier de Tulle (Corrèze) appelée "Passerelle", s'adressant à des adolescents et des adultes en situation de crise psychologique ou sociale, et prenant aussi en charge les troubles d'ordre psychotique. L'unité de Brive s'adresse quant à elle à tous les adolescents de 14 à 17 ans, quelque soit leur pathologie, et le désir est souligné de ne pas donner une image de structure psychiatrique.

Les limites d'âges sont fixées entre 14 et 17 ans, jusqu'à la veille des 18 ans, avec une exception possible après 18 ans en fonction des situations. De la même façon, tout patient de plus de 14 ans ne sera pas systématiquement orienté vers cette unité, mais l'admission sera conditionnée à la reconnaissance par l'intéressé de son statut d'adolescent. Dans le cas contraire, il peut choisir une hospitalisation mère-enfant, dans l'autre secteur.

Un des principes de cette unité, est de rassembler les adolescents du service de pédiatrie et du reste de l'hôpital, car on considère qu'ils seront mieux ensemble, plutôt que dispersés dans les services. La plupart apprécient particulièrement d'être entre jeunes du même âge. Cela les aide à supporter l'expérience difficile de l'hospitalisation.

Le choix est fait pour cette unité de ne pas utiliser de personnel spécifique. Aucun moyen n'ayant été alloué à ce secteur, créé par redéploiement interne au service de pédiatrie, chaque pédiatre ou infirmière sera amené à y travailler par roulement. On conserve cependant la notion de pédiatre référent.

La formation du personnel est considérée comme primordiale et des actions ont été entreprises bien avant l'ouverture de l'unité. Le service de référence choisi est le service de médecine pour adolescents du Pr. Courtecuisse. A partir de 1991, plusieurs infirmières et puéricultrices ont fait des stages dans ce service. Le pédiatre référent a acquis le diplôme interuniversitaire (DIU) de médecine de l'adolescent. En 1996 les Journées Brivistes de Pédiatrie prirent pour thème les adolescents et en 2003 une intervention traita du suicide des adolescents.

3.4. Les modalités de fonctionnement

Les adolescents hospitalisés dans l'unité peuvent être admis de différentes façons.

Il peut s'agir d'une hospitalisation programmée, lorsqu'un jeune est adressé par son médecin traitant ou un pédopsychiatre, ou encore d'une hospitalisation de jour, organisée le plus souvent par un pédiatre du service ou un pédopsychiatre.

La plupart du temps l'adolescent est adressé en urgence par : son médecin traitant, son pédiatre, une institution (lycée, foyer, centre éducatif) ou le service des urgences de l'hôpital.

Il est ensuite hospitalisé en chambre individuelle sans ses parents, dans la mesure où il accepte d'aller dans l'unité pour adolescent. On lui remet à l'entrée un règlement intérieur, qui précise les horaires de visites, de passage des différents médecins et de repas, le protocole pour les sorties du service (il doit noter où il va, ainsi que l'heure de départ et d'arrivée) et les interdictions (alcool, médicament non prescrit). Il peut s'il le désire remplir le questionnaire "adolescent", dont la rédaction est facultative et anonyme.

Il sera vu tous les matins à la visite par le pédiatre et l'interne et tous les soirs à la contre-visite par l'interne. Les adolescents en hospitalisation de jour ne sont vus que par le pédiatre qui les a fait hospitaliser et éventuellement par un spécialiste.

Dans le cas particulier des tentatives de suicide, la prise en charge par le pédopsychiatre se fait dès l'entrée. Celui-ci met en route le protocole de prise en charge des suicidants, que nous développerons plus loin, en envoyant un fax au Centre de Guidance Infantile afin de prévenir les thérapeutes familiaux.

Au cours de l'hospitalisation, les adolescents qui le désirent peuvent être suivis par le professeur des écoles pour leurs devoirs scolaires.

L'éducatrice spécialisée peut également les rencontrer. Elle les voit de façon individuelle et laisse un mot d'observation dans le dossier médical. Elle peut également rencontrer les familles. Elle a en fait un rôle de liaison entre d'un côté le service de pédiatrie et de l'autre les parents, les familles d'accueil, les éducateurs de ville, les établissements scolaires ou les instances judiciaires. Elle rédige les signalements au juge pour enfants lorsque c'est nécessaire. Elle représente le service, le cas échéant, au cours des audiences au tribunal. Elle a enfin un rôle d'assistance sociale et permet de résoudre par exemple les problèmes d'obtention d'aide sociale, de logements, et réalise si nécessaire les démarches administratives en vue d'une réorientation scolaire etc.

Les adolescents hospitalisés peuvent consulter un spécialiste si besoin ou simplement lorsqu'ils le demandent. Un effort est fait pour obtenir ces rendez-vous le plus rapidement possible, en concertation avec les services concernés.

Des diététiciennes, qui ne sont pas spécialement rattachées au service, rencontrent également les adolescents et leurs parents.

Les infirmières quant à elles, donnent des soins et peuvent, en fonction de leur charge de travail, discuter avec les adolescents, de façon moins formelle mais plus fréquente.

Des activités récréatives sont proposées à tous les patients du service par des professionnels extérieurs. Il s'agit d'atelier peinture, maquillage, pliage et d'un clown.

La sortie est décidée en concertation entre l'équipe médicale, l'adolescent et ses parents. Un rendez-vous de consultation ultérieur peut être proposé, dans le service ou au centre de guidance infantile, voire imposé dans le cas des suicidants.

3.5. Le réseau

Le travail en réseau entre les services de pédiatrie et de pédopsychiatrie est à la base de la création de cette unité et s'est développé après sa mise en place.

Le travail avec l'équipe pédopsychiatrique est synthétisé au cours d'une rencontre hebdomadaire le jeudi, réunissant les quatre pédiatres, les internes, les deux pédopsychiatres, la psychologue et l'éducatrice spécialisée du service. Sont discutés les cas hospitalisés et les suites concernant les adolescents passés dans le service.

Des rencontres avec le Service Social de Santé Scolaire dès 1995 ont été organisées afin de présenter le service et le projet d'unité de soin pour adolescents. Ont été redéfinies les modalités d'échange entre les assistantes sociales scolaires et le service, allant dans le sens d'une évaluation pluridisciplinaire lors de l'hospitalisation d'adolescents connus d'elles. Elles devraient par ailleurs avoir la possibilité d'adresser directement un adolescent en situation de crise dans le service.

3.6. Le protocole du Centre de Guidance Infantile (CGI)

Le protocole du CGI, mis en place dans le service, avec les professionnels du centre de guidance infantile de Brive, a pris pour modèle le protocole de thérapie brève des familles de suicidants proposé par J.-C. Oualid (25) et expérimenté à l'hôpital de Villeneuve Saint-Georges (Val de Marne).

Il s'appuie sur le constat que ce qui est le plus préoccupant dans la tentative de suicide (TS) c'est sa récurrence. Celle-ci survient dans un cas sur deux, lorsqu'il s'agit de la première TS, et elle est quasi systématique lorsqu'il s'agit de la 2^o ou 3^o TS. Or les statistiques montrent qu'on peut mourir d'une deuxième T.S.

Ce protocole a pour objectif d'essayer de diminuer le nombre de récurrences. Avec les jeunes suicidants la prise en charge est difficile à mettre en place : l'implication de la famille s'avère donc nécessaire. Le protocole s'inscrit dans un travail familial, visant à contrer les facteurs favorisant la récurrence que sont l'absence de communication, la banalisation et la déniation.

Les jeunes suicidants décrivent souvent dans l'avant TS un sentiment d'isolement croissant et d'incompréhension de l'entourage. On retrouve une sensation d'impasse, allée à une anxiété importante. Celle-ci arrive progressivement à un maximum qui correspond au moment précis de la décision suicidaire. Cette décision s'accompagne d'une brutale et importante baisse de la tension et de l'anxiété. Après la TS la sensation d'impasse et l'anxiété n'existent plus, contrastant avec celle que vivent les proches.

On constate également chez ces jeunes suicidants un appauvrissement de l'élaboration autour de leur détresse et une incapacité à trouver les mots pour exprimer la complexité des sentiments qui les assaillent.

En face d'eux, la réaction spontanée des familles est la déniation ou la banalisation. On fait de cet acte un événement totalement isolé de l'histoire familiale et ne pouvant s'expliquer que par des éléments de causalité extérieurs.

Le protocole consiste à proposer à la famille de se réunir avec un thérapeute familial du CGI, au cours d'un premier entretien au lit du malade, le plus tôt possible après la TS. Cet entretien débute par un recadrage rapide avec par exemple comme question : "avez-vous vraiment voulu mourir?".

Cette question permet au patient d'affirmer d'emblée sa volonté individuelle active, rendant plus difficiles les éventuelles tentatives de disqualification du geste. Elle est pour la famille l'occasion d'écouter sa réponse et les mots de sa détresse. L'entretien permet aux différents membres de l'entourage de pouvoir commencer à se parler, rassurés par la présence d'un tiers expert.

Le travail consiste d'abord à repositionner la TS dans l'actualité des problèmes de la famille et dans un second temps, dans l'historique de la famille. On découvre ainsi les éventuels antécédents familiaux de TS, qui sont retrouvés dans deux tiers des cas.

La détresse n'est plus synonyme d'isolement, mais est transformée en émotion partagée et s'oriente vers un dialogue autour de la crise. Un nouveau mode de communication est ainsi initié.

Au cours du deuxième entretien, 15 jours après l'hospitalisation, le dialogue s'installe généralement assez vite. Chaque participant a quelque chose à dire, ce qui montre que les semaines passées ont été l'occasion de poursuivre la réflexion. Cette séance est sous le signe de l'approfondissement de cette réflexion.

Le troisième entretien, 45 jours après l'hospitalisation, vient clore la séquence suicidaire et permet de décider des suites à donner. La première possibilité est l'arrêt de toute prise en charge, lorsqu'on estime que la crise est passée. Si l'on constate la persistance de difficulté relationnelle, on peut proposer la poursuite des entretiens familiaux. On peut également proposer une prise en charge individuelle pour le suicidant ou pour un autre membre de la famille.

3.7. Les difficultés rencontrées

Ce projet d'unité de soins pour adolescent, sortant de l'ordinaire, s'est trouvé confronté rapidement à différentes formes de résistances (13).

Ces résistances venaient en premier lieu de l'extérieur du service, au travers de réflexions et d'argumentations attaquant directement ou plus insidieusement le projet.

Un certain nombre de personnes ont d'emblée considéré néfaste l'arrivée d'adolescents à l'hôpital et surtout en pédiatrie, ces adolescents catalogués comme relevant de la psychiatrie ou vecteurs d'un certain nombre de maux, allant de l'usage de drogue, en passant par une

sexualité débridée, à la transmission du SIDA. Une vision aussi caricaturale ne pouvant procéder que d'une méconnaissance de cette tranche d'âge, constitue un encouragement à développer des structures prenant en compte les besoins spécifiques des adolescents et répondant à chacun de leurs problèmes de santé, quels qu'ils soient.

Au contraire une vision positive de l'adolescent hospitalisé au contact gratifiant pour les équipes soignantes habituées aux personnes âgées et pour peu qu'il ne pose pas de problème fait rapidement sombrer certains dans l'excès inverse.

Pour d'autres, l'adolescent doit pouvoir bénéficier d'une technicité, d'un personnel entraîné et des compétences d'un spécialiste, qu'il ne saurait trouver dans un autre service que le leur. Si cet argument est légitime pour certaines pathologies, il ne peut être avancé pour l'ensemble de celles rencontrées dans un hôpital général.

L'administration, quant à elle, avance l'argument du coût trop élevé d'une telle unité, occultant les besoins en terme de santé publique et les directives ministérielles concernant l'hospitalisation des adolescents.

En second lieu des résistances internes au service de pédiatrie se sont faites également sentir.

Comme à l'extérieur du service, il existe en interne une peur du psychologue ou du psychiatre et du patient "psy". Une frontière est établie par certains entre ce qui est considéré comme somatique, du ressort du pédiatre, et ce qui est psychologique, du ressort du pédopsychiatre. Dans le premier cas l'avis pédopsychiatrique n'est demandé qu'en dernier recours, lorsqu'on n'a rien trouvé d'autre et souvent juste avant la sortie du jeune. Dans le second cas, la prise en charge pédopsychiatrique est attendue avec impatience et elle est sensée dissiper les inquiétudes qui accompagnent ce genre de patient.

P.Gautry et M.Chaloux ont comparé ce malaise des soignants à une crise parentale institutionnelle (13), où le professionnel s'efface, pour laisser parler le parent d'adolescent ou l'ex-adolescent. La dimension sexualisée de l'adolescence dérange et entraîne les mêmes réactions de rejet, d'évitement ou de dénie que l'on connaît chez les parents.

On constate d'ailleurs que la moyenne d'âge des personnes travaillant dans le service est d'environ 40 ans, c'est-à-dire l'âge d'être parents d'adolescent. Ces personnels susceptibles de vivre dans leur foyer les différentes dimensions de la crise parentale ressentent avec d'autant plus d'acuité les problèmes des adolescents hospitalisés et s'identifient à leurs parents. Elles deviennent tour à tour inquisitrices devant les aller et venues fréquentes, autoritaires en cas de conflit ou paniquées en cas de fugue. On a pu également constater des clivages dans l'équipe quant à l'attitude à adopter face à tel ou tel adolescent, conduisant à des ruptures de cohérence.

Enfin, on a pu remarquer que pour certaines personnes, la création d'une unité pour adolescent a été vécue comme un détournement de leur vocation, qui était de soigner des enfants.

Quoiqu'il en soit le principe de base de cette unité étant la polyvalence, cela a impliqué que les équipes puissent tourner sur les différents secteurs d'hospitalisation. Tous les membres de l'équipe n'y étaient pas préparés et un long travail d'explication individuelle au cas par cas a du être mené, afin d'éviter toute contrainte et pour ménager un temps d'adaptation suffisant.

4. Le matériel et la méthode

La création du secteur adolescent à l'hôpital de Brive s'est faite progressivement et a nécessité une gestation de dix ans. Cette longue période de réflexion a permis à un groupe de travail, constitué de quelques personnes très impliquées dans le projet, de définir avec précision les principes de son fonctionnement. Cette élaboration, comme nous l'avons vu, a pris pour modèle certains services de référence déjà en activité et s'est attachée à tenir compte d'une spécificité propre à l'hôpital de Brive.

La coopération avec le service de pédopsychiatrie était effective et les deux services ont vu dans ce projet l'occasion de formaliser un mode de fonctionnement déjà bien rodé et de renforcer les liens préexistants. Les quelques modifications qui ont été faites l'ont été progressivement et l'ouverture de l'unité proprement dite, en mars 2000, n'a pas modifié fondamentalement le mode de fonctionnement. Celui-ci le fut plus au moment de la mise en place du protocole de suivi des suicidants avec le CGI, qui s'est faite au bout d'un an d'activité, en février 2001.

L'ouverture de l'unité a permis par ailleurs de diminuer le clivage qui pouvait exister entre les adolescents hospitalisés pour problèmes somatiques et ceux hospitalisés pour des problèmes psychosociaux. On proposait ainsi plus aisément pour les premiers, un entretien avec le pédopsychiatre ou l'éducatrice spécialisée, quand le besoin s'en ressentait ou lorsque le motif d'hospitalisation suggérait un impact psychologique probable. Et pour les seconds, un examen somatique complet permettait de dépister les éventuels problèmes non diagnostiqués, ou ceux dont l'adolescent pouvait se plaindre mais pour lesquels il n'avait jamais consulté, comme cela est souvent le cas à cet âge.

Ce principe de prise en charge globale existait déjà avant l'ouverture de l'unité pour adolescent, mais les liens avec les services de spécialité ont été renforcés afin de donner plus rapidement des rendez-vous de consultations spécialisées. Afin d'affiner le dépistage des multiples problèmes auxquels peuvent être confrontés les adolescents, on avait également déjà introduit un questionnaire de préconsultation, ou questionnaire "adolescent", qui était distribué à tous les jeunes de 14 à 18 ans du service, qu'ils remplissaient s'ils le désiraient et de façon anonyme. Il était ensuite aussi bien utilisé par le pédiatre que par le pédopsychiatre, permettant souvent de comprendre les complexités de chacun et de faire le lien entre ce qui peut être somatique et psychologique.

Tout ceci a contribué à faciliter l'ouverture de l'unité, qui s'est faite comme une continuité du travail effectué jusqu'alors.

L'objectif de cette étude est l'analyse épidémiologique descriptive de tous les adolescents hospitalisés dans l'unité au cours des trois premières années de fonctionnement soit les années 2000, 2001 et 2002, sachant que l'unité a été ouverte en mars 2000, mais que les adolescents étaient déjà enregistrés auparavant sous le numéro d'unité fonctionnelle 6322.

Cette étude rétrospective se voulait exhaustive, mais quelques rares dossiers médicaux n'ont pas pu être récupérés pour des raisons d'archivage. Elle a permis au sein du service de faire un bilan au bout de trois années d'activité, de mieux cerner la population d'adolescents admis dans le service et de comparer l'activité de l'unité par rapport à l'activité totale de l'hôpital pour cette tranche d'âge. Les informations sur ce dernier point nous ont été fournies par le service statistique de l'hôpital. Elle fut également l'occasion d'analyser, après deux années de fonctionnement, le protocole du Centre de Guidance Infantile. Cette analyse du suivi des jeunes suicidants au CGI a été faite par les thérapeutes familiaux du CGI et l'éducatrice spécialisée du service.

Les données concernant les adolescents hospitalisés dans le service ont été recueillies dans les dossiers médicaux selon une grille qui comprend 40 items. Tous les dossiers ne permettent pas de répondre à ces 40 items, c'est pourquoi nous donneront pour chacun d'eux le taux de réponse. Les résultats sont exprimés en pourcentage par rapport au total des réponses recueillies, afin d'éviter d'émettre des hypothèses en l'absence de réponse.

Les tests statistiques utilisés dans cette étude sont le test de Chi-carré pour les variables qualitatives et le test de Student pour les variables quantitatives.

Les premières questions sont d'ordre sociodémographique, avec les éléments d'état civil comme **le sexe et l'âge**.

La scolarité est notée lorsqu'elle est mentionnée. Cette information est recueillie par les infirmières à l'admission ou par les médecins au cours des entretiens. Les classes représentées par les jeunes du service vont de la cinquième à la terminale dans l'enseignement général. Les autres sont en apprentissage (CAP) ou en BEP. Certains d'entre eux étaient déscolarisés.

Les éléments du contexte familial comprennent le nombre d'enfants, la place dans la fratrie et le milieu de vie. **Le nombre d'enfants** est classé en quatre possibilités : un, deux, trois ou quatre enfants et plus.

La place de l'adolescent dans sa fratrie désigne sa position d'aîné, de cadet ou de dernier, lorsqu'il n'est pas enfant unique.

Son milieu de vie correspond à différentes possibilités selon qu'il habite :

- avec ses deux parents,
- avec un parent seul,
- avec un parent et son nouveau conjoint,
- dans la famille proche (le plus souvent les grands-parents),
- dans une famille d'accueil,
- dans un foyer d'accueil.

Nous avons par ailleurs précisé le cas des **familles dissociées**, qui concernent les adolescents dont les parents sont divorcés, séparés ou décédés.

Les questions suivantes concernent les conditions d'admission, l'état de santé et le suivi. **L'admission** dans le service peut se faire de façon programmée ou urgente. Les admissions programmées correspondent le plus souvent à une hospitalisation de jour. L'adolescent admis en urgence peut être adressé soit par son médecin traitant via les urgences, soit par le service des urgences, soit par un autre praticien.

On s'intéressera ensuite au diagnostic, au recours à une consultation spécialisée et à la prise en charge psychologique.

Le motif d'hospitalisation figure dans la lettre de sortie rédigée par le pédiatre, l'interne ou le pédopsychiatre qui a pris en charge l'adolescent. Les diagnostics ont été regroupés selon les catégories suivantes :

- *les maladies chroniques* regroupent les adolescents suivis au long court dans le service pour une mucoviscidose, une endocrinopathie, un diabète, une hémopathie, une néphropathie ou une encéphalopathie,
- *l'asthme*, qui aurait pu également faire partie des maladies chroniques, a été mis à part,
- *l'épilepsie* correspond aux épilepsies avérées, qui ont été également séparées des maladies chroniques, et aux crises convulsives occasionnelles,
- les autres *pathologies neurologiques*, avec principalement des méningites et des neuropathies,
- *les céphalées et les migraines*,
- *les affections pulmonaires* regroupent des pathologies infectieuses, des pneumothorax, et des bilans allergologiques,

- *les affections ORL et stomatologiques* regroupent des pathologies infectieuses, des bilans de vertige et des extractions dentaires,
- *les affections dermatologiques* sont d'origine infectieuse ou allergique, ou des brûlures,
- les pathologies digestives sont médicales ou chirurgicales; elles regroupent des problèmes infectieux (gastro-entérite, adénolymphite) et des surveillances de douleurs abdominales qui peuvent correspondre à des appendicites, des constipations ou des colopathies fonctionnelles,
- *les ébriétés*,
- *les malaises* avec ou sans perte de connaissance,
- *les traumatismes crâniens*,
- *les pathologies orthopédiques*,
- *les difficultés familiales ou sociales* regroupent les problèmes relationnels familiaux, les problèmes éducatifs et les situations sociales difficiles,
- *les états anxieux ou dépressifs* regroupent les pathologies liées à l'anxiété, les plaintes fonctionnelles, les crises d'agitation, les syndromes dépressifs et les menaces de suicide,
- *les tentatives de suicide*,
- *les troubles du comportement alimentaire* sont essentiellement représentés par l'anorexie mentale,
- *les infections* regroupent les infections virales (hépatite virale, EBV et autres viroses), bactérienne (essentiellement des pyélonéphrites), et parasitaires (paludisme, toxoplasmose),
- la catégorie "*divers*" regroupe des pathologies plus rares (lombalgie, intoxication involontaire, morsure de vipère, colique néphrétique, bilans de retard pubertaire ou d'obésité, troubles du rythme ou péricardites).

Afin de comparer les résultats entre les différents diagnostics, nous les avons regroupés en trois catégories. La première catégorie regroupe **les accidentés** et comprend les pathologies orthopédiques, les traumatismes crâniens et quelques autres pathologies accidentelles. La deuxième catégorie regroupe toutes **les pathologies somatiques**. La dernière regroupe **les problèmes psychosociaux**, c'est-à-dire les états anxieux ou dépressifs, les tentatives de suicides, les difficultés familiales ou sociales et les troubles du comportement alimentaire.

La prise en charge a pu nécessiter la demande de **consultations spécialisées** parmi les suivantes : l'ophtalmologie, l'ORL, la gynécologie, l'orthopédie, la chirurgie digestive, la stomatologie, la gastro-entérologie, la dermatologie, la rhumatologie, la rééducation fonctionnelle, la néphrologie, la neurologie, la cardiologie, l'urologie et la chirurgie plastique.

Certains adolescents ont été **pris en charge sur le plan psychologique, éducatif et social** pendant l'hospitalisation par les pédopsychiatres et/ou par l'éducatrice spécialisée.

Ces entretiens nous ont permis de recueillir des informations sur les **antécédents psychologiques de l'adolescent ou de ses parents**, principalement lorsqu'il était admis pour un problème psychosocial.

Ont pu également être précisés pour les jeunes suicidants **les antécédents de tentative de suicide**, la présence **d'éléments dépressifs** patents signalés par les pédopsychiatres et la poursuite ou la mise en route d'un **traitement médicamenteux**.

Après l'hospitalisation, une majorité de patient n'a plus été revue et réadressée à son médecin traitant. Pour un certain nombre d'entre eux **un suivi** a été mis en place. Dans ce cas, ils ont été soit revus en consultation par un pédiatre dans le service, soit convoqués pour une hospitalisation de jour si un bilan plus important était nécessaire. **Un suivi psychologique** a pu également être mise en place, en général au sein du CGI, au travers de consultation avec un pédopsychiatre, un psychologue ou un thérapeute familial (rendez-vous donné pendant l'hospitalisation ou le plus souvent pris par les parents ultérieurement). Lorsque l'adolescent vient d'une autre région, les coordonnées des centres locaux sont données.

Dans le cas particulier des suicidants, **le protocole du CGI** permet de débiter une série d'entretiens familiaux, le suivi étant présenté comme une injonction et la plupart du temps accepté.

Les derniers items concernent **le questionnaire "adolescent"**. Celui-ci est rempli par l'adolescent seul et repris ensuite en entretien par les différents intervenants. Il aborde les différents sujets sensibles à cet âge et permet en même temps d'évaluer l'état de santé des adolescents tel qu'ils le perçoivent eux-mêmes. Nous avons regroupés les questions par thème. En effet l'analyse de toutes les réponses ne semblait pas judicieuse, au regard des données de comparaison disponibles dans la littérature. Nous avons sélectionné comme items :

- la consommation de *tabac*,

- l'usage de drogue illicite, au travers de la consommation de *hachisch*,
- la consommation d'*alcool*, sans précision sur la fréquence,
- *les comportements à risque*, avec l'absence de port du casque en mobylette ou de la ceinture de sécurité en voiture,
- *les troubles du sommeil*, qu'ils soient liés à des difficultés d'endormissement ou à des réveils nocturnes itératifs,
- *les plaintes somatiques* regroupant plusieurs question qui vont des maux de ventre, aux malaises, aux douleurs de jambes, à une fatigue générale et aux douleurs de règle pour les filles (une réponse positive à au moins une des questions rend cet item positif),
- *les plaintes par rapport au poids ou à la taille*, qu'ils se considèrent trop petit, trop grand, trop maigre ou trop gros (une réponse positive à au moins une des questions rend cet item positif),
- *les problèmes relationnels familiaux* entre l'adolescent et ses parents ou ses beaux-parents, au travers de la question: j'aimerais bien changer mes relation avec mes parents,
- *les difficultés scolaires*, qu'elles soient anciennes ou récentes,
- l'existence d'un *projet professionnel*,
- *l'information sur la sexualité*, avec les questions sur les notions de contraception, de maladies sexuellement transmissibles (celles-ci étaient initialement dénommées maladies vénériennes; ce terme étant rarement connu des adolescents, contrairement au terme de MST, le questionnaire a du être modifié), et d'autre part avec les questions sur l'existence d'une source d'information sur ces thèmes, qu'elle vienne des parents ou des amis (une réponse positive aux deux questions, sur contraception et MST, donnait un item positif, de même en cas de réponse positive à l'une de ces deux questions avec l'existence d'une source d'information proche)
- et enfin la présence *d'idées suicidaires* déclarées par l'adolescent.

5. Les résultats

417 adolescents ont été accueillis dans l'unité en 3 ans. Nous étudierons dans un premier temps leur mode d'accueil dans le service, leur prise en charge et leur suivi. Dans une seconde partie, nous analyserons leurs caractéristiques sociodémographiques. Dans une dernière partie nous nous intéresserons à une population particulière constituée par les jeunes suicidants.

5.1. L'accueil à l'hôpital

5.1.1. Le mode d'accueil dans l'unité de soins pour adolescent

Le mode d'admission est précisé pour l'ensemble des dossiers. La proportion des différents modes d'entrée est restée stable pendant les trois années de l'étude (fig.1).

Les hospitalisations programmées se font principalement en hospitalisation de jour, et représentent 7.7% des entrées. Cinq autres hospitalisations plus prolongées avaient été programmées par un pédiatre du service (une en 2001 et 4 en 2002).

La majorité des entrées se fait par le service des urgences de l'hôpital. Le patient est soit adressé par son médecin traitant dans 31.4% des cas, soit il s'est présenté spontanément aux urgences ou a été emmené par les pompiers dans 55.2% des cas.

Les pédopsychiatres font entrer directement dans le service 3 à 4 patients par an, ce qui représente 2.4% des entrées.

Les autres modes d'admission représentent 4.6% des entrées et comprennent des transferts d'autres hôpitaux (3 cas) ou d'autres services de l'hôpital et principalement du service de réanimation (6 cas). Deux adolescents étaient adressés par un ophtalmologiste de ville.

Fig.1.-Modes d'entrées (%)

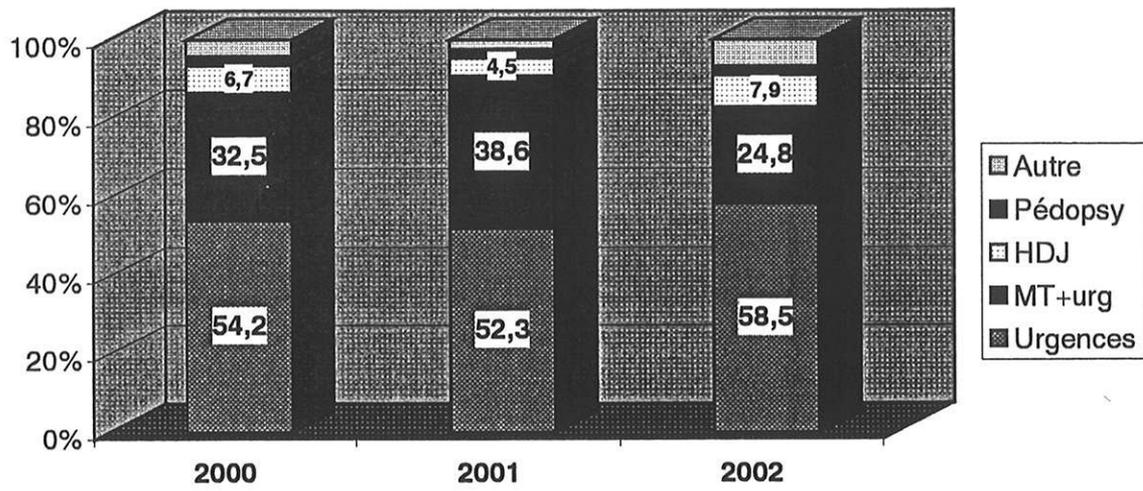


Fig.2. -Taux d'occupation mensuel (%)

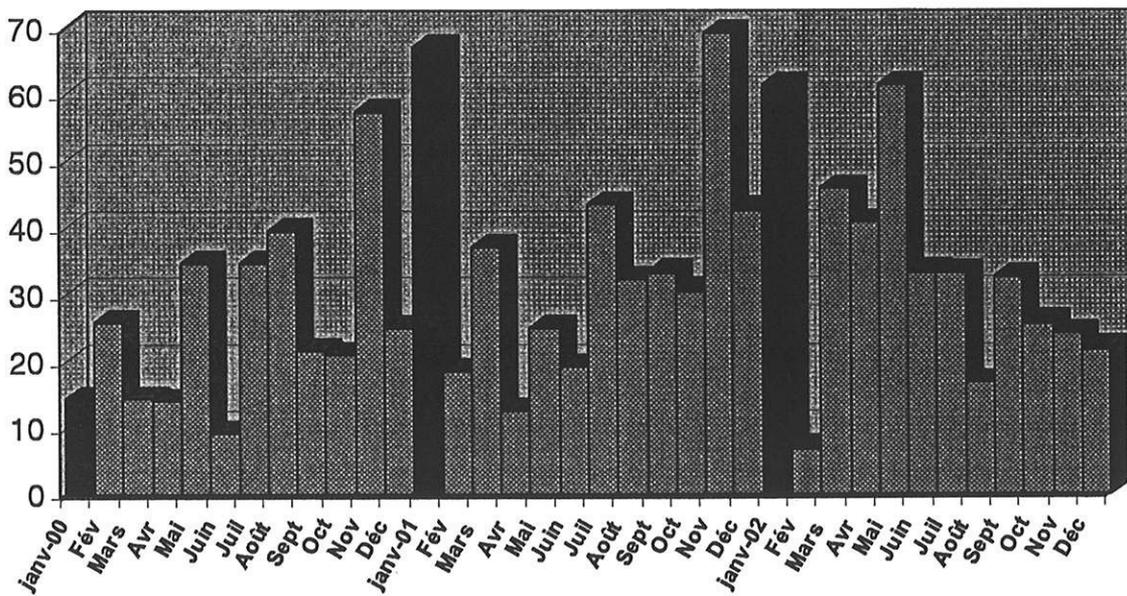


TABLEAU 1-Mode d'entrée (%).

	2000	2001	2002	MOYENNE SUR 3 ANS
HDJ et hospi. programmées	6.7	5.3	10.3	7.7
Urgences	54.2	52.3	58.2	55.2
Médecin traitant	32.5	38.6	24.8	31.4
Pédopsychiatre	2.5	2.3	2.4	2.4
Autre	4.2	1.5	4.2	3.3

5.1.2. Les services d'accueil de l'hôpital

Les chiffres fournis par l'administration sur l'hospitalisation des adolescents à Brive concernent la tranche d'âge de 14 à 18 ans inclus, alors que l'unité pour adolescents ne prend qu'exceptionnellement des patients de 18 ans. En 2000? le total des admissions pour cette tranche d'âge était de 579, 475 en 2001 et 497 en 2002.

En 2002 les adolescents ont été orientés de la façon suivante :

- 50.7% en pédiatrie,
- 31% en chirurgie,
- 9.1% en médecine,
- 8.2% en gynécologie,
- 1% en psychiatrie.

La proportions de la pédiatrie a progressivement augmentée puisqu'elle était de 37.8% en 2000 et 42.7% en 2001, principalement au dépens de la chirurgie et de la médecine.

La proportion des jeunes transférés dans le secteur adolescent a également augmentée, passant de 20.7% du total des adolescents de l'hôpital, à 27.8% et à 33.2%.

TABLEAU 2 - Répartition des adolescents (14-18 ans) dans les différents sites d'hospitalisation.

	2000		2001		2002	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Pédiatrie (dont secteur Ado)	219 (120)	37.8 (20.7)	203 (132)	42.7 (27.8)	252 (165)	50.7 (33.2)
Chirurgie	218	37.7	174	36.6	154	31
Médecine	85	14.7	50	10.5	45	9.1
Gynécologie	44	7.6	41	8.6	41	8.2
Psychiatrie	13	2.2	7	1.4	5	1
Total	579	100	475	100	497	100

5.1.3. L'activité du service

Deux paramètres permettent d'évaluer l'activité du service : le nombre d'entrée et le nombre de journées d'hospitalisations réalisées. Le nombre d'entrées a progressé en trois ans passant de 120, à 132 et à 165. Sur deux ans l'augmentation est de 37.5%.

Par contre le nombre de journées réalisées après avoir progressé en 2001, passant de 380 journées à 527 journées, est redescendu à 496 journées en 2002.

La courbe d'occupation du service calculée mensuellement montre de grandes variations et on peut constater une prédominance hivernale, avec des pics en novembre et janvier (fig.2).

TABLEAU 3 – Occupation du service en terme d'entrées et de journées d'hospitalisations.

	2000	2001	2002	Sur 3 ans
Nombre d'entrées	120	132	165	417
Journées d'hospitalisation	380	527	496	1403
Taux d'occupation (%)	25.7%	36.1%	34%	32%

TABLEAU 4 - Activité du service: comparaison entre le nombre d'entrées (% sur l'année) et le nombre de journées d'hospitalisation (% sur l'année) en fonction du diagnostic.

	2000		2001		2002	
	Nombre d'entrées	Journées d'hospi.	Nombre d'entrées	Journées d'hospi.	Nombre d'entrées	Journées d'hospi.
Accidentés	7.5	4.2	8.3	2.8	15.8	12.9
Pathologies somatiques	60	51.1	50	39.1	52.7	38.5
Problèmes psychosociaux	32.5	44.7	41.7	58.1	31.5	48.6

5.1.4. Les motifs d'accueil

Les motifs d'hospitalisation dans le service sont précisés dans la totalité des dossiers médicaux (Tableau 5). Lorsque plusieurs diagnostics s'associaient, nous avons sélectionné celui qui justifiait le mieux l'hospitalisation.

Il faut se rappeler ici que nombre d'adolescents admis pour des problèmes chirurgicaux sont hospitalisés dans les services spécialisés, principalement en orthopédie et en gynécologie obstétrique et qu'ils sont donc sous représentés dans le service.

Les sept motifs principaux sont par ordre d'importance :

- les tentatives de suicide (19.2% sur trois ans)
- les états anxieux ou dépressifs (10.6%)
- les pathologies digestives médicales ou chirurgicales (9.6%)
- les traumatismes crâniens (6%)
- à égalités (4.8%) les crises convulsives, les malaises ou syncopes et les infections.

Ils représentent à eux sept, 60% des motifs d'hospitalisation.

Si on sépare les adolescents hospitalisés pour des problèmes psychosociaux, c'est-à-dire tentative de suicide, états anxieux ou dépressifs, difficultés familiales ou sociales et les anorexies mentales, on constate qu'ils représentent 32.5% des motifs d'hospitalisation en 2000, 41.7% en 2001 et 31.5% en 2002 (fig.3). Pour les personnes travaillant dans le service cette faible proportion semblait étonnante et discordante avec l'impression générale qu'ils avaient de s'occuper principalement de jeunes en difficulté psychologique ou sociale. De fait, en terme de journées d'hospitalisation, la part revenant à ces pathologies était beaucoup plus importante, car elles représentaient successivement 44.7%, puis 58.1% et enfin 48.6% des journées réalisées (fig.4).

Fig.3. -Occupation du service: nombres d'entrées en fonction du diagnostic (%)

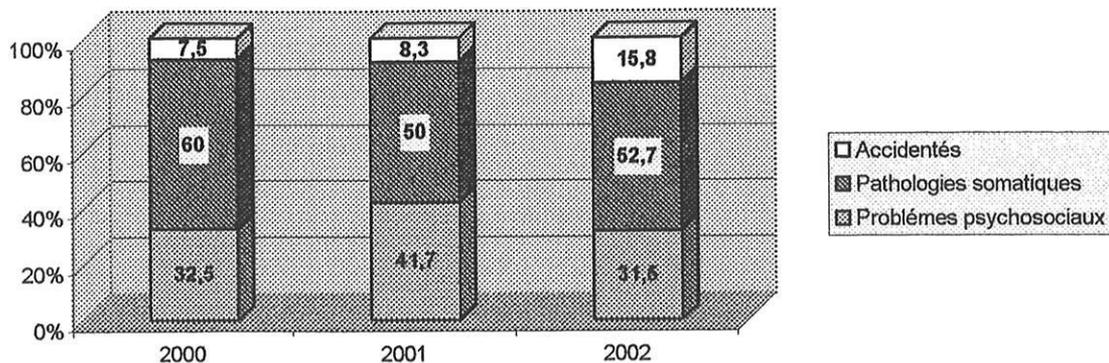


Fig.4. -Occupation du service: journées d'hospitalisations en fonction du diagnostic (%)

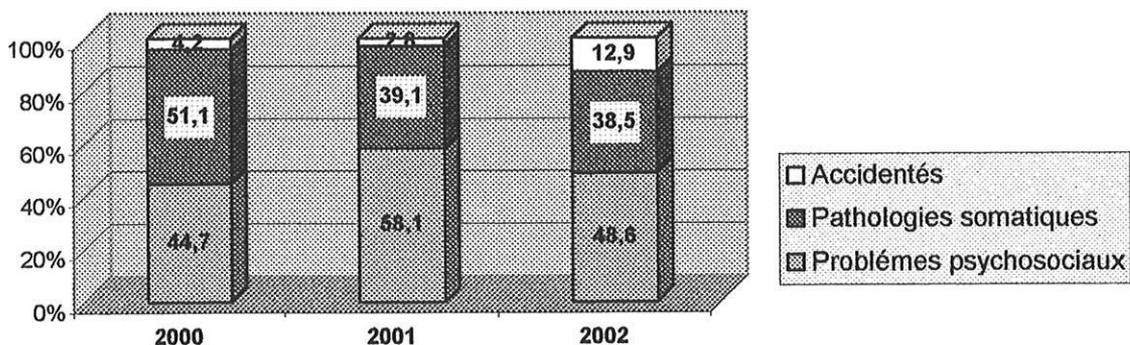


Fig.5 - Motifs d'hospitalisations (%)

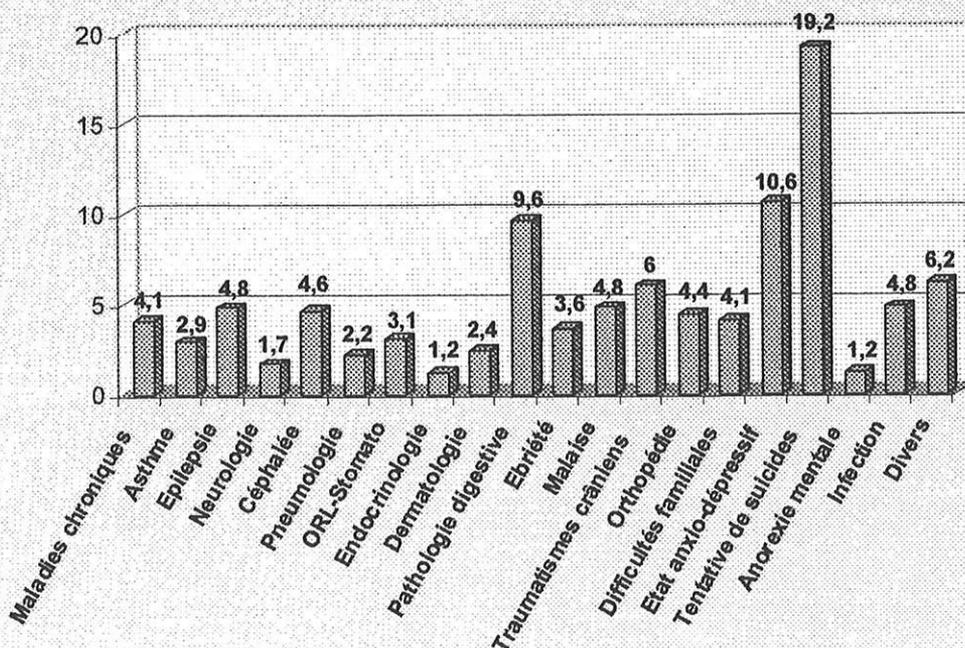


TABLEAU 5 - Motifs d'hospitalisations : effectifs sur 3 ans et durée moyenne de séjour (avec écart type).

	Nb d'entrées		Durée de séjour	
	Effectif	%	DMS	Ecart type
Maladies chroniques	17	4.1	2.5	3
Asthme	12	2.9	2.4	1.7
Epilepsie	20	4.8	2.1	1.5
Neurologie	7	1.7	2.1	1.9
Céphalées	19	4.6	2.3	1.7
Pneumologie	9	2.2	6.6	8.3
ORL-Stomatologie	13	3.1	2.8	3.6
Dermatologie	10	2.4	3.4	2.5
Gastro-entérologie	40	9.6	2.6	1.7
Ebriété	15	3.6	1.1	0.4
Malaises	20	4.8	2.3	1.7
Traumatismes crâniens	25	6	1.7	1.02
Orthopédie	18	4.4	1.8	1.3
Difficultés familiales sociales	17	4.1	4.2	3.3
Etats anxieux ou dépressifs	44	10.6	5.3	3.8
Tentatives de suicide	80	19.2	4.2	2.2
Anorexie mentale	5	1.2	14.6	17.5
Infections	20	4.8	4.1	2.5
Divers	26	6.2	2.4	2
Total	417	100		

5.1.5. La durée d'hospitalisation

La durée moyenne de séjour (DMS) du secteur adolescent était de 3.17 jours en 2000. Elle s'est allongée en 2001 à 3.99 jours, avant de revenir à 3.02 jours en 2002.

Cette durée moyenne d'hospitalisation est très variable en fonction du diagnostic (tableau 5). La plupart des adolescents hospitalisés pour une pathologie somatique ont une durée moyenne de séjour inférieure à l'ensemble de l'échantillon (entre 1.7 et 2.8 jours), à l'exception des pathologies pulmonaires (6.6 jours), dermatologiques (3.4 jours) et infectieuse (4.05 jours).

Les adolescents hospitalisés pour un motif psychosocial ont en revanche une durée moyenne de séjour supérieure à celle de l'échantillon, soit 4.95 jours :

- 4.2 jours en cas de difficultés familiales ou sociales (écart type: $sd=3.3$),
- 4.2 jours en cas de tentatives de suicide ($sd=2.2$),
- 5.3 jours en cas d'états anxieux ou dépressifs ($sd=3.8$),
- 14.6 jours en cas de troubles du comportement alimentaire ($sd=17.5$).

Pour un même motif les disparités ne sont pas très importantes, comme l'indique la valeur de l'écart type, en dehors de l'anorexie mentale ($sd=17.5$) et des pathologies pulmonaires ($sd=8.3$).

Il n'existe pas de différence entre les sexes, quant à la durée moyenne de prise en charge pour la plupart des pathologies somatiques. Pour les problèmes psychosociaux, il existe en revanche une différence de plus d'une journée en faveur des filles, gardées plus longtemps que les garçons : 5.24 contre 3.79 jours ($p<0.05$).

5.1.6. La prise en charge pendant l'hospitalisation

Cent cinquante patients (36%) ont bénéficié de consultations avec un spécialiste, au cours des trois années. On dénombre en tout 174 consultations. Les spécialités les plus demandées sont l'ophtalmologie (17.8%), la gynécologie (16.1%), l'orthopédie (12.1%), l'ORL (6.9%), la chirurgie digestive (6.9%) la neurologie (6.3%), la stomatologie (6.3%) et la gastro-entérologie (5.2%).

Certains adolescents ont été transférés dans un autre service afin de poursuivre leur prise en charge : 4 l'ont été en psychiatrie (à Esquirol à Limoges ou Passerelle à Tulle), un en orthopédie, une en gynécologie et un dernier en chirurgie digestive.

La prise en charge psychologique au sein du service est faite par les pédopsychiatres et l'éducatrice spécialisée. Ceux-ci sont amenés à voir un nombre important d'adolescents, qu'ils soient hospitalisés pour des pathologies somatiques ou psychosociales.

En trois ans, 191 patients (46.6% de l'échantillon) ont été pris en charge par les pédopsychiatres durant leur hospitalisation. Cette prise en charge varie en fonction du diagnostic et peut se faire de façon ponctuelle, afin de dépister des problèmes psychologiques sous-jacents à une pathologie organique, ou au travers d'un suivi quotidien tout au long de l'hospitalisation, pouvant déboucher sur un suivi à l'extérieur.

Cette consultation concerne en priorité les jeunes hospitalisés pour des problèmes psychosociaux, qui sont 97% à avoir vu le pédopsychiatre. Les 3% restants n'ont pas été vu car ils avaient fugué du service. Les pédopsychiatres peuvent aussi être amenés à voir des adolescents hospitalisés pour d'autres pathologies : 20.9% des pathologies somatiques et 10.8% des accidentés.

L'éducatrice spécialisée a, quant à elle, suivi 142 patients, soit 34.5% des adolescents. De la même façon, dans le cas de pathologies psychosociales, la proportion est de 85.6% des patients et seulement 6.4% des adolescents hospitalisés pour des problèmes somatiques.

5.1.7. Le suivi après l'hospitalisation

Pour 40.5% des jeunes hospitalisés un suivi est envisagé. Les autres sont réadressés à leur médecin traitant après l'hospitalisation et ne nécessitent pas de suivi particulier. Certains ont été revus en consultation par un pédiatre, mais cette possibilité est devenue moins fréquente. En 2000, ils étaient 14.2%, 10.6% en 2001 et 7.3% en 2002.

Lorsque des examens complémentaires étaient nécessaires, ils étaient reconvoqués en hospitalisation de jour (un cas en 2001, 3 cas en 2002).

Les adolescents qui nécessitaient un suivi psychologique ont été revus au Centre de Guidance Infantile (CGI) par un pédopsychiatre, un thérapeute familial ou un psychologue. En 2000, 21.7% des patients ont eu un rendez-vous de consultation au CGI. En 2001 ils étaient 31.1% et le chiffre est redescendu à 24.8% en 2002 (dont 8 cas pour lesquels un suivi pédopsychiatrique était envisagé, mais organisé dans une autre structure que le CGI ou avec un thérapeute de ville), mais il y a eu 4 refus. Le suivi psychologique concerne principalement les adolescents hospitalisés pour un problème psychosocial. Dans cette catégorie, ils sont 67.1% à avoir un rendez-vous au CGI.

Parmi ces adolescents, certains sont revus dans le cadre du protocole de suivi des suicidants, qui a été mis en place en 2001. Au cours de cette première année, 22 adolescents ont été revus, ce qui représentent 16% des suivis. Un adolescent a refusé le suivi et est sortie contre avis médical.

En 2002, 22 adolescents ont été revus dans ce cadre, soit 13.3% des suivis. Huit jeunes qui relevaient de ce protocole n'ont pas pu être revus : 4 avaient fugué du service, 3 ont refusé le protocole et le dernier avait dépassé les limites d'âge.

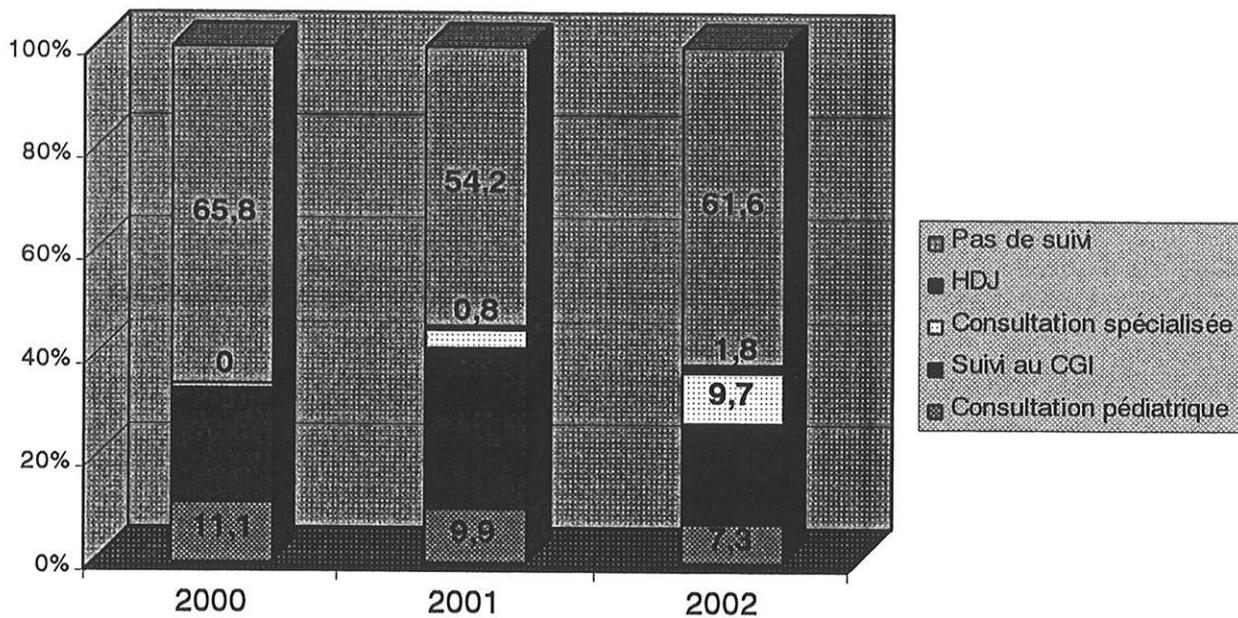
Les adolescents pouvaient également être revus dans un autre service par un spécialiste. Ce fut le cas pour un patient en 2000, 5 patients en 2001 et 16 patients en 2002. Ces consultations spécialisées ont donc fortement progressé et se répartissent entre l'orthopédie (total sur 3 ans : 9 cas), l'urologie (4 cas), la chirurgie plastique (2 cas), la chirurgie viscérale (1 cas), la neurologie (1 cas), l'ORL (1 cas), la rééducation fonctionnelle (1 cas), la stomatologie (1 cas), la gastro-entérologie (1 cas) et l'allergologie (1 cas).

TABLEAU 6 - Suivi après l'hospitalisation (%) (Cs=consultation).

	2000	2001	2002
Cs pédiatriques	14.2	10.6	7.3
Suivi au CGI (dont protocole CGI)	21.7	31.1 (16)	20 (13.3)
Cs spécialisées	0.8	3.8	9.7
HDJ	0	0.8	1.8
Total (%)	36.7	47	38.8

Le contact avec les services juridiques s'est fait à 13 reprises au cours des 3 années (3.2%), essentiellement afin de demander un éloignement familial, avec un placement en famille d'accueil ou en foyer, ou de mettre en place une surveillance éducative à domicile. Cette démarche s'est faite, aussi bien pour les adolescents hospitalisés pour un problème psychosocial (7 cas), que ceux qui l'étaient pour un problème somatique (6 cas).

Fig.6. -Types de suivi après l'hospitalisation (%)



5.2. Les caractéristiques des adolescents hospitalisés

Les données sociodémographiques ont été recueillies par l'administration à l'entrée pour ce qui est du sexe et de l'âge. La scolarité, la place dans la fratrie et la catégorie socioprofessionnelle des parents ont été recueillies soit par les infirmières, soit par le personnel médical.

5.2.1. Le sexe

Les adolescents hospitalisés dans le service sont majoritairement des filles, mais la différence tend à se réduire. Les filles représentaient 64,2% des entrées en 2000, 59,8% en 2001 et 54,6% en 2002.

Le sexe ratio (SR) varie sensiblement en fonction du motif d'accueil. Les garçons prédominent pour les maladies chroniques (SR=3), les affections dermatologiques (SR=4), les états d'ébriété, les malaises et les traumatismes crâniens.

Les filles prédominent pour les problèmes liés à :

- l'asthme (SR=2),
- l'orthopédie (SR=1.57),

- la neurologie (100% des cas).

Mais elles sont majoritaires surtout pour toutes les pathologies psychosociales, que ce soit:

- les difficultés familiales (SR=1.83),
- les états anxieux ou dépressifs (SR=2.38),
- les tentatives de suicide (SR=4.71),
- l'anorexie mentale (100% des cas).

D'un point de vue plus général les garçons sont légèrement majoritaire parmi les accidentés (52.2%) et les pathologies somatiques (50.7%), mais les filles dominent très largement les pathologies psychosociales (77.4%).

TABLEAU 7 - Proportions par sexes et tranches d'âge en fonction des diagnostics.

	Sexe		Age	
	filles	garçons	≤ 15 ans	≥ 16ans
Accidenté	47.8	52.2	60.9	39.1
Pathologies somatiques	49.3	50.7	60.4	39.6
Problèmes psychosociaux	77.4	22.6	41.1	58.9
Tous diagnostics	59	41	54.1	45.9

5.2.2. L'âge

L'âge moyen des jeunes hospitalisés dans l'unité est de 15.9 ans. L'âge moyen des filles est de 15,97 ans et des garçons de 15.84 ans

La répartition par tranche d'âge fait apparaître une légère prédominance des adolescents de 15 ans et moins, qui représentent 54% des entrées (fig.8).

Ce pourcentage varie en fonction du diagnostic (fig.9). Chez les adolescents hospitalisés pour un accident, les moins de 15 ans représentent 60.9% des cas. Pour les problèmes somatiques, ils représentent 61.3% des cas, alors que pour les adolescents hospitalisés pour un problème psychosocial sont plus âgés. Parmi eux, ceux qui ont 15 ans et moins représentent 41.1% de l'effectif et ceux qui ont 16 ans et plus représentent 58.9%, ce qui est significativement supérieur aux autres catégories de diagnostic ($p < 0.001$).

Fig.7. -Répartition des sexes en fonction du diagnostic (%)

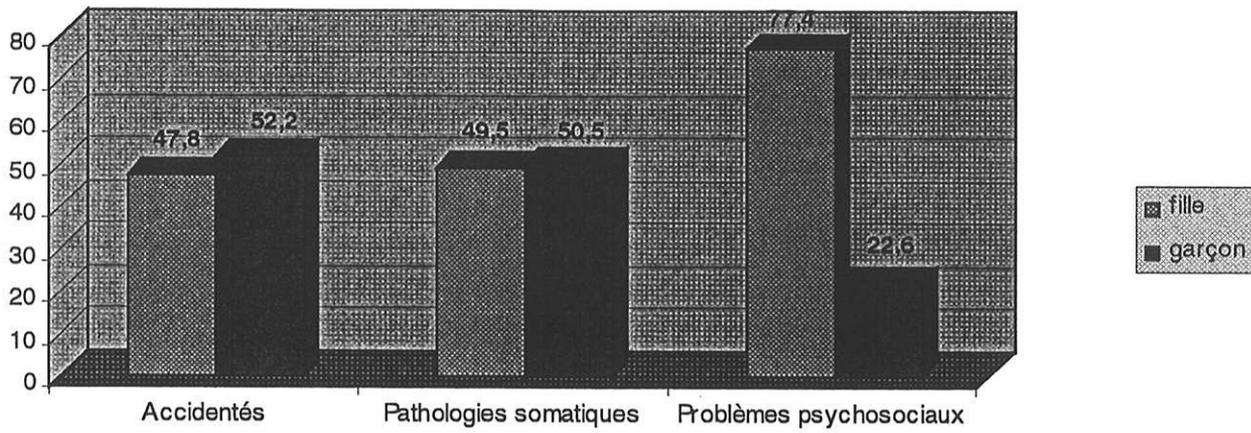


Fig.8. -Répartition en fonction de l'âge (%)

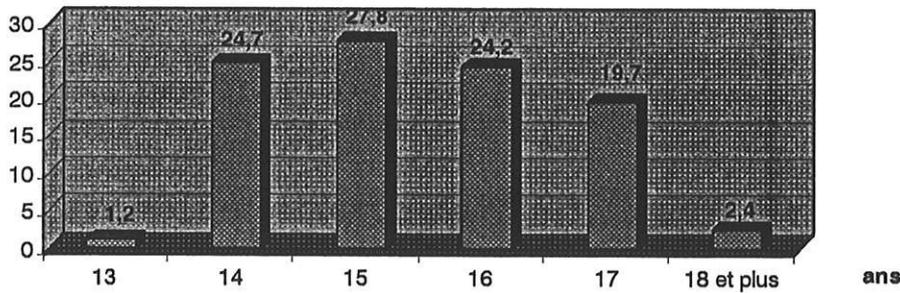


Fig.9. -Répartition des âges en fonction du diagnostic(%)

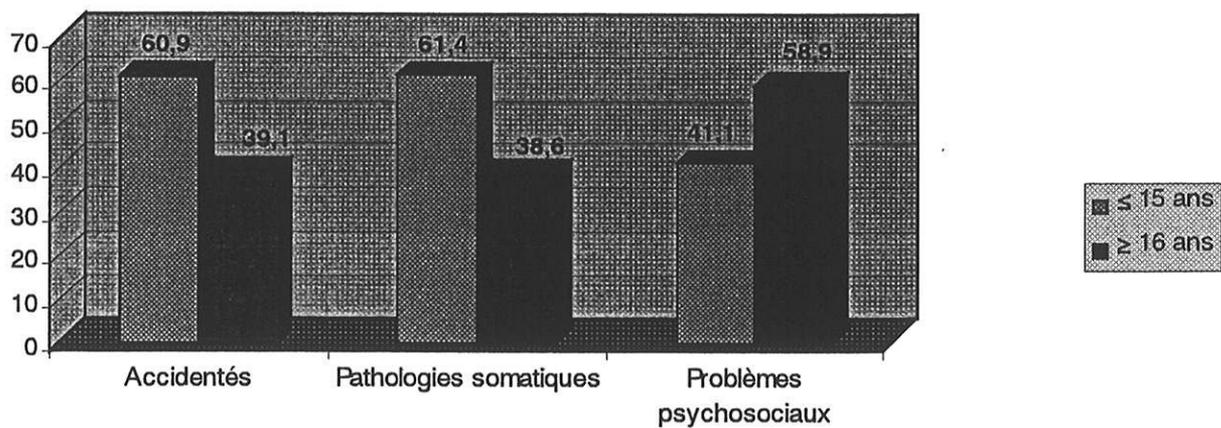


TABLEAU 8 - Répartitions en fonction des âges.

	13 ans	14 ans	15 ans	16 ans	17 ans	≥ 18 ans
Effectif	5	103	116	101	82	10
%	1.2	24.7	27.8	24.2	19.7	2.4

5.2.3. La scolarité

Le taux de réponse est de 58.7%.

La majorité des jeunes est encore scolarisée (85.9% sur les 242 réponses) ou en apprentissage (11.6%). Six adolescents étaient déscolarisés (2.5%).

En terme d'établissement scolaire, les adolescents passés dans le service sont en premier lieu au collège pour 44.6% d'entre eux, puis au lycée pour 32.2% d'entre eux et en lycée professionnel pour 20.7% d'entre eux.

Il n'existe pas de différence, en terme de scolarité, chez les adolescents hospitalisés pour des problèmes psychosociaux par rapport à l'ensemble de l'échantillon. Dans cette catégorie 84.3% des jeunes sont scolarisés, 13.9% sont en apprentissage et 1.6% sont déscolarisés.

TABLEAU 9 - Répartition en fonction de la scolarité

	5°	4°	3°	2de	1er	Term	CAP	BEP	Desco- larisé
Effectif	9	27	72	46	22	10	28	22	6
%	3.7	11.2	29.7	19	9.1	4.1	11.6	9.1	2.5

5.2.4. Le nombre d'enfants

Le taux de réponse est de 79.6%.

Parmi les réponses on retrouve :

- 10% d'enfants uniques,
- 38.4% de familles avec deux enfants,
- 27.4% de familles avec trois enfants,
- 23.8% de famille avec quatre enfants ou plus.

Le nombre d'enfants le plus fréquent est donc de deux, mais on remarque qu'un quart des familles ont quatre enfants ou plus.

TABLEAU 9 - Nombre d'enfants : pourcentage en fonction du diagnostic.

	1 enfant	2 enfants	3 enfants	≥4 enfants
Accidentés	8	44	32	16
Pathologies somatiques	13.3	39.4	24.8	22.4
Problèmes psychosociaux	7.2	36.2	29.7	26.8
Tous diagnostics	10.4	38.4	27.4	23.8

Les proportions changent si on tient compte du diagnostic (fig.10). Les adolescents hospitalisés pour des accidents ou des problèmes somatiques sont issus de familles à peu près similaires. Les jeunes hospitalisés pour des problèmes psychosociaux sont eux issus de familles plus nombreuses. Si on additionne le nombre de famille avec trois ou quatre enfants ou plus, elles représentent 56.5% des cas dans cette catégorie, alors qu'elles représentent 48% et 47.3% des cas dans les deux premières catégories ($p < 0.03$).

5.2.5. La place dans la fratrie

Le taux de réponse est de 79.1% (326 réponses).

Comme nous venons de le voir, 10.4% des jeunes sont des enfants uniques. Dans les autres familles, 32.8% sont des aînés, 26.1% sont cadets et 30.7% sont derniers.

En fonction du diagnostic les proportions changent (fig.11). On constate que les adolescents hospitalisés pour des problèmes psychosociaux sont moins souvent des enfants uniques (7.2% contre 10.4%) et sont souvent l'aîné de leur famille (36.2%). Chez les jeunes suicidants le pourcentage d'aînés augmente encore à 38.2%.

TABLEAU 10 - Place dans la fratrie en fonction du diagnostic (%).

	Aîné	cadet	dernier	unique
Accidentés	28	20	44	8
Pathologies somatiques	30.7	24.5	31.3	13.5
Problèmes psychosociaux	36.2	29	27.5	7.3

Fig.10. -Répartition du nombre d'enfants en fonction du diagnostic (%)

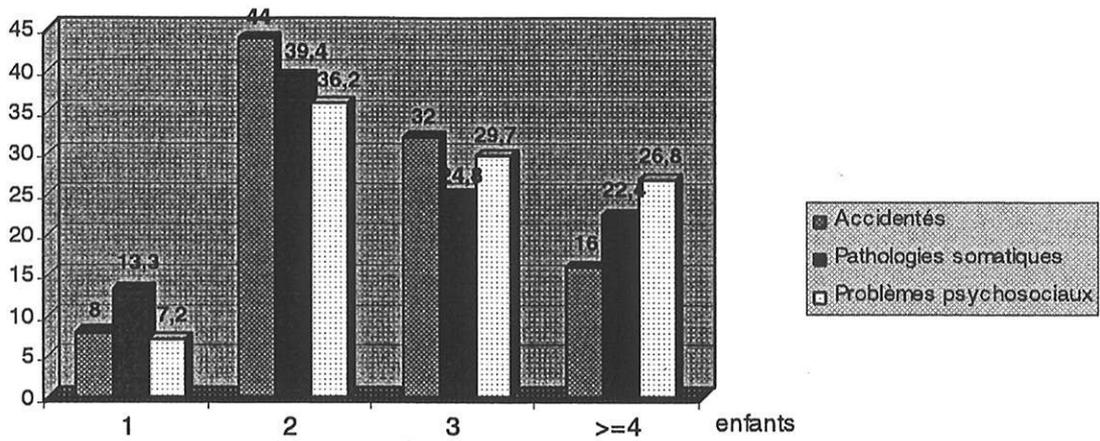
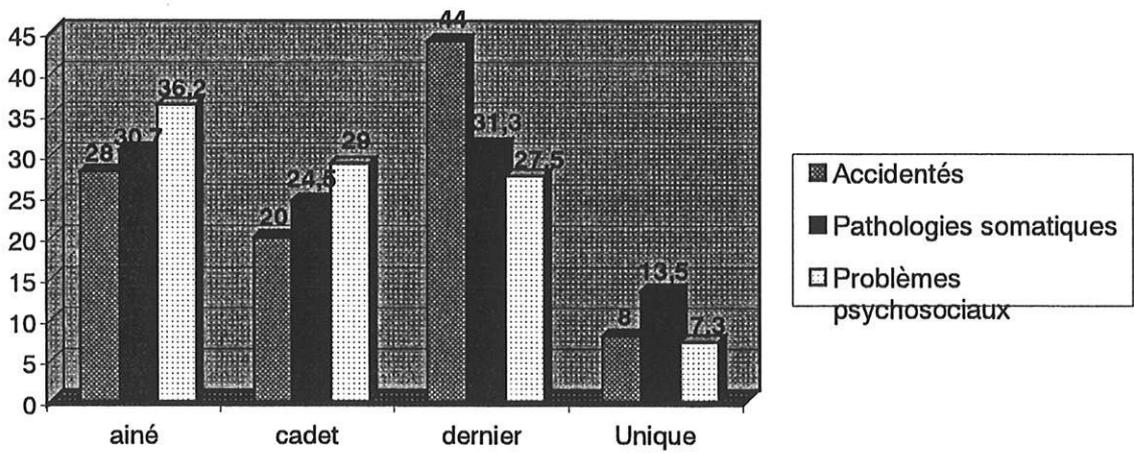


Fig.11. -Place dans la fratrie en fonction du diagnostic(%)



5.2.6. Le milieu de vie

Le taux de réponse est de 80% (330 réponses).

On constate que :

- un adolescent sur deux seulement vit avec ses deux parents (53%),
- la famille monoparentale représente 25% des cas,
- 10.6% vivent avec un parent et son nouveau conjoint,
- 1.8% dans la famille proche,
- 4.2% dans une famille d'accueil,
- 4.2% dans un foyer d'accueil,
- un des jeunes vivait seul.

Le milieu de vie varie beaucoup en fonction de la pathologie. Ainsi chez les accidentés, 73.9% vivent avec leurs deux parents et 17.4% avec un seul parent. En cas de pathologies somatiques, les proportions sont respectivement de 65.9% et de 19.8%. En cas de problèmes psychosocial, ils sont seulement 35% à vivre avec leurs deux parents et 32.9% avec un parent seul.

Nous avons essayé d'affiner la question en analysant la situation matrimoniale des parents et en distinguant les adolescents issus de familles dissociées. Nous entendons par là les adolescents dont les parents sont séparés ou divorcés (36.1% pour 119 cas), et ceux dont l'un ou les deux parents sont décédés (4.8% pour 16 cas). Ceci donne un total de familles dissociées de 40.8% sur les 330 réponses.

En cas de problèmes psychosociaux, on a un taux de familles dissociées encore plus important de 57.9%, significativement supérieur à celui des autres catégories ($p < 0.0001$), avec 50% de parents divorcés ou séparés (70 cas sur 140 réponses) et 7.9% de parents décédés (11 cas).

TABLEAU 11 - Milieu de vie en fonction du diagnostic.

	2PARENTS	1PARENT	1PARENT & CONJOINT	FAMILLE PROCHE	FAMILLE D'ACCUEIL	FOYER	AUTRE
Accidentés	73.9	17.4	0	4.3	4.3	0	0
Pathologies somatiques	65.9	19.8	8.4	1.2	1.2	3.6	0
Problèmes psychosociaux	35	32.9	15	2.1	7.9	5.7	1.4
Tous diagnostics	53.3	25.1	10.6	1.8	4.2	4.2	0.6

Fig.12. -Milieu de vie (%)

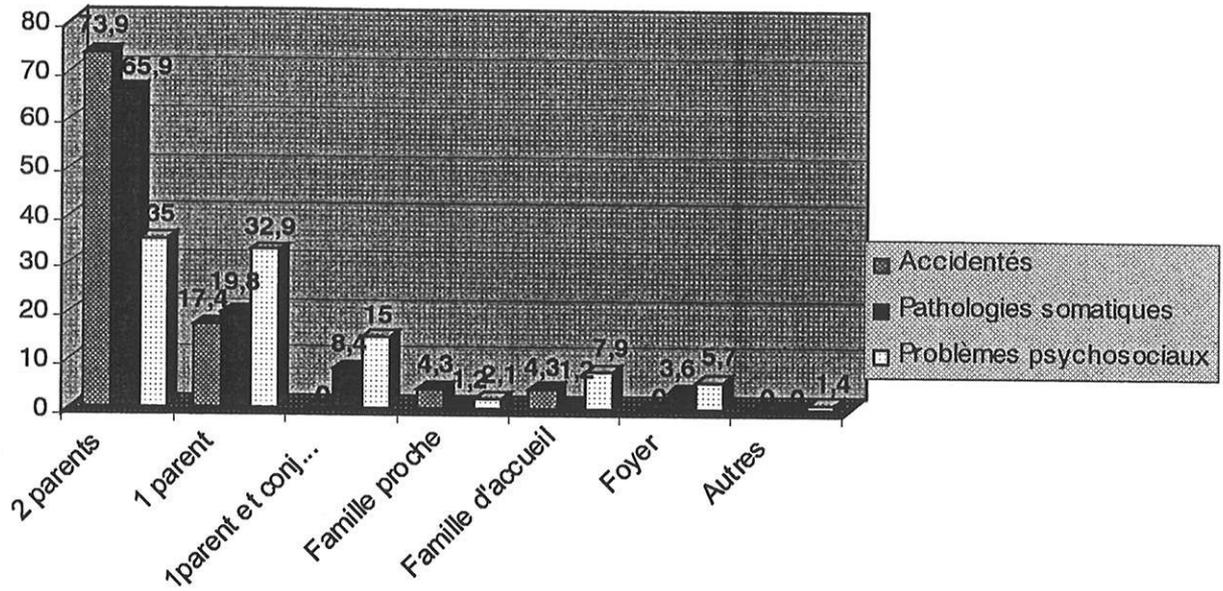
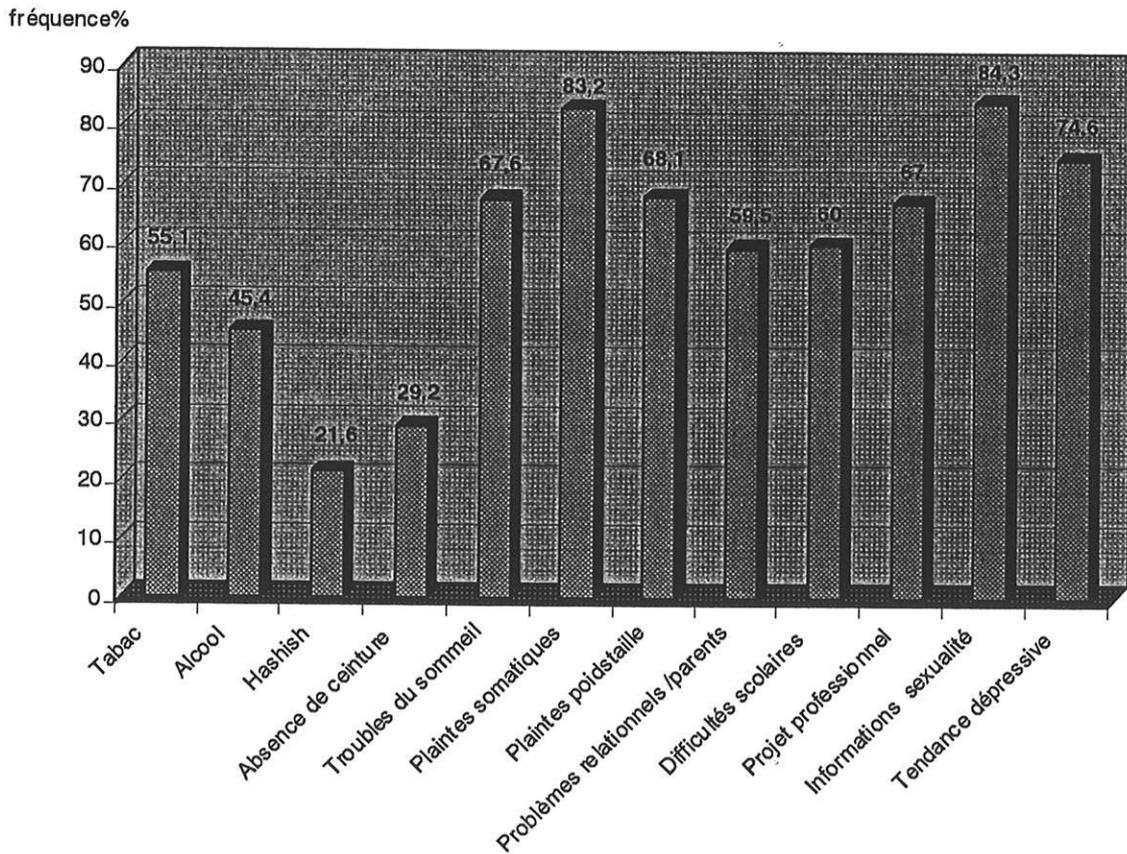


Fig.13. -Questionnaire "adolescent" (% de réponses positives)



5.2.7. Le questionnaire "adolescent"

Le taux de réponse à ce questionnaire est de 44%, ce qui est relativement important lorsque l'on sait que sa rédaction est facultative et qu'aucune pression n'est exercée pour qu'il soit rempli. De plus dans la majorité des cas, la totalité des questions sont remplies par l'adolescent.

Les réponses à ce questionnaire sont les suivantes :

- 55% des adolescents fument régulièrement,
- 45% déclarent consommer de l'alcool épisodiquement,
- 21.6% déclarent avoir déjà expérimenté la consommation de hachisch,
- 29% ont des conduites à risque et ne portent pas toujours leur casque en mobylette ou leur ceinture de sécurité en voiture,
- 67.6% déclarent avoir des troubles du sommeil,
- 83.2% expriment des plaintes somatiques,
- 68% se plaignent de leur poids ou de leur taille,
- 59.5% déclarent avoir des problèmes relationnels avec leurs parents,
- 60% ont des difficultés scolaires,
- 67% ont un projet professionnel,
- 84.3% ont eu une information sur la sexualité,
- 74.6% déclarent avoir eu des idées suicidaires.

Le taux de réponse varie en fonction du diagnostic. Parmi les accidentés, on a 17.4% de réponses au questionnaire, parmi les pathologies somatiques on en a 26.8% et parmi les hospitalisés pour un problème psychosocial on en a 80.8%, ils représentent donc la majorité des réponses.

5.2.8. Les antécédents psychiatriques personnels

Les antécédents psychiatriques sont notés dans le dossier médical essentiellement pour les adolescents hospitalisés pour un problème psychosocial. Ils sont précisés pour 111 des adolescents.

Un antécédent de dépression est retrouvé dans 35% des cas.

Une tentative de suicide dans le passé est retrouvée chez 44% des patients.

Un terrain anxieux ou une crise d'angoisse est retrouvés chez 10.8% d'entre eux.

Des problèmes familiaux sont notés par le pédopsychiatre dans 17% des cas.

On retrouve une notion de sévices sexuels chez 8% des adolescents.

Ils sont 3.6% à avoir effectué une fugue.

On retrouve ensuite plus rarement, des antécédents de phobie scolaire (1.8%), d'anorexie mentale (1.8%), d'addiction (1.8%) de psychopathie (1.8%), de troubles psychotiques (0.9%) et de délinquance (0.9%).

Parmi les jeunes suicidants, 30 adolescents (37.5%) avaient déjà effectué une tentative de suicide: 20 l'avaient déjà fait une fois, 7 deux fois et les trois derniers trois fois.

5.2.9. Les antécédents psychiatriques familiaux

Ils sont connus pour 73 patients.

On retrouve principalement des antécédents:

- d'alcoolisme chez l'un ou les deux parents (39.7%)
- de dépression (28.8%)
- de violence conjugale (15.1%)
- de tentative de suicide (8.2%).

Sont plus rare les antécédents d'anxiété (4.1%), de délinquance (4.1%), de suicide (2.7%) et de pathologies psychotiques (1.3%).

5.3. Les adolescents hospitalisés pour une tentative de suicide

La tentative de suicide chez l'adolescent est un problème majeur de santé publique. Le suicide constitue la deuxième cause de décès chez les jeunes de 15 à 24 ans : 802 cas en 1995, soit 16% des décès (8). Dans une enquête en milieu scolaire, 6.5% des adolescents déclaraient avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie (7).

L'ouverture de l'unité pour adolescents fut l'occasion d'essayer d'améliorer sa prise en charge, avec entre autre l'introduction du protocole de suivi des jeunes suicidants en 2001, en collaboration avec le CGI.

Quatre-vingt jeunes suicidants sont venus dans le service en trois ans. Ils représentent 20.5% des motifs d'entrée en 2000 (24 cas), 20.6% en 2001 (27 cas) et 17.7% en 2002 (29 cas). En terme de journées d'hospitalisation, ils représentaient successivement 28.5% de l'activité du service, 25.4% et 20.4%.

Le mode d'entrée principal est l'admission par le service des urgences dans 75% des cas. 17.5% étaient adressés par leur médecin traitant et 2.5% par un pédopsychiatre. Trois

adolescents ont été transférés du service de réanimation. Le dernier était adressé par son collègue.

Le **moyen utilisé** pour la TS le plus fréquent est l'intoxication médicamenteuse à 90%. On a ensuite la phlébotomie (7.5%), une déféstration ainsi qu'une ingestion d'eau de javel.

La **durée moyenne de séjour** a tendance à diminuer. Elle était de 4.5 jours en 2000, 4.9 jours en 2001, elle est redescendue à 3.5 jours en 2002. Il existe une différence en fonction du sexe. Les filles sont restées un peu plus longtemps que les garçons, avec une DMS de 4.5 jours contre 3.3 jours ($p < 0.05$).

L'équipe **pédopsychiatrique** a vu 78 jeunes sur les 80, deux d'entre eux ayant fugués du service avant d'être vu.

Les pédopsychiatres notaient pour 27.5% d'entre eux des **éléments dépressifs** patents.

La plupart des jeunes suicidants (83.8%) ne nécessitaient pas de traitement médicamenteux. Mais dans 16.3% des cas, **un traitement** était nécessaire, avec soit :

- un antidépresseur (3 cas),
- un anxiolytique, type benzodiazépine (7cas),
- une association antidépresseur et anxiolytique (1cas),
- un neuroleptique (2 cas).

Un suivi après l'hospitalisation a été organisés pour 72.5% d'entre eux.

En 2000, avant l'introduction du protocole, 14 adolescents (58%) ont été suivis au CGI, 10 se sont vus proposer un suivi, que trois ont refusé d'emblée.

En 2001, 22 adolescents (78.6%) ont été suivis grâce au protocole du CGI, 6 se sont vus proposer un suivi (c'est-à-dire qu'ils devaient prendre le rendez-vous eux même). Il n'y a eut qu'un seul refus, chez un adolescent qui est sorti contre avis médical.

En 2002, 21 adolescents (72.4%) ont été revus dans le cadre de ce protocole. Sept adolescents n'ont pas été intégré dans ce protocole: 4 avaient fugué du service, un adolescent a refusé explicitement ce suivi, un autre est sorti contre avis médical, un adolescent majeur a été adressé en psychiatrie et le dernier faisait une récurrence précoce qui a conduit à préférer un suivi individuel par un pédopsychiatre.

On constate ainsi que le taux de suivi a progressé avec la mise en place du protocole du CGI. On rappelle que les adolescents suivis grâce au protocole, sont la plupart du temps parallèlement suivis en entretien individuel avec un pédopsychiatre.

Les caractéristiques sociodémographiques de ce sous-groupe montre une **prédominance féminine** avec un sexe ratio de 4.7. Les filles représentaient 83.3% de l'échantillon en 2000, 88.9% en 2001 et 75.9% en 2002.

L'âge moyen est de 16.19 ans pour les filles et de 16.74 ans pour les garçons. Le groupe des adolescents de 16 ans et plus est majoritaire avec 62.5% de l'effectif contre 37.5% pour les moins de 15 ans.

La courbe des âges montrent un pic à 16 ans (30% de l'échantillon).

On connaît le **niveau scolaire** de 67 des adolescents. La répartition est à peu près similaire à celle de l'échantillon total, en dehors des classes de première qui sont plus nombreuses parmi les suicidants.

Le nombre d'enfants dans la fratrie est connu dans 95% des cas. Les enfants uniques représentent 9.2% des cas. Les familles avec deux enfants sont les plus fréquentes (38.2%), on a ensuite les familles avec trois enfants (29%) et quatre enfants et plus (30.3%). Les familles sont plus nombreuses parmi les suicidants que parmi l'ensemble des hospitalisés de l'unité (mais pas de façon significative).

La place dans la fratrie a un taux de réponse de 95%. On retrouve 38.2% d'aîné, 22.3% de cadet et 30.3% de dernier. Les 9% restants sont des enfants uniques. On remarque que la proportion d'aînés est plus importante que dans l'échantillon total (mais pas de façon significative).

Le milieu de vie est connu dans 96% des cas :

- 39.5% vivent avec leurs deux parents,
- les familles monoparentales représentent 27.6% des cas,
- ils vivent avec un de leur parent et son nouveau conjoint dans 15.8% des cas,
- dans la famille proche dans 1.3% des cas,
- dans une famille d'accueil dans 7.9% des cas,
- dans un foyer d'accueil dans 6.6% des cas.

La majorité des suicidants du service ne vit donc pas avec ses deux parents.

La proportion de parents divorcés ou séparés est de 43.7%. Dans 5% des cas, on a un des parents ou les deux qui sont décédés. La proportion de **familles dissociées** est plus importante que dans le reste de l'échantillon ($p < 0.02$).

61% des jeunes suicidants du service avaient des **antécédents psychiatriques** (49 cas).

Par rapport à l'ensemble de ce sous-groupe, on retrouve:

- 37.5% de tentatives de suicide,
- 20% de syndromes dépressifs,
- 7.5% de problèmes familiaux importants,
- 5% de sévices sexuels,
- 3.8% de terrain anxieux ou de crises d'anxiété,
- un cas de phobie scolaire, un autre de trouble du comportement et un dernier d'anorexie-boulimie.

Parmi les jeunes qui avaient déjà fait une tentative de suicide, certains l'avaient fait :

- un fois (26.2%),
- deux fois (8.8%),
- trois fois (3.7%).

Parmi ces jeunes suicidants, huit ont refait une tentative de suicide, pour laquelle ils sont revenus dans le service, et une adolescente a récidivé deux fois. Cinq des récidivistes avaient bénéficié du protocole de suivi du CGI lors de leur première TS, et celle qui est revenue deux fois a été suivie dans le cadre de ce protocole lors de ses deux premières TS. Ceci donne un total de sept **récidives** malgré le protocole, soit un taux d'échec de 16.3% (7/43). Ce chiffre sous-estime probablement la réalité, car nous n'avons pas recensé les récidives qui auraient pu se produire après la période d'étude, qu'elles aient été hospitalisées dans le service ou ailleurs.

Des antécédents psychiatriques familiaux sont notés pour 29 des adolescents. Par rapport à l'ensemble de l'échantillon on retrouve :

- 15% d'alcoolisme chez l'un ou les deux parents,
- 12.5% de dépression,
- 7.5% de violence conjugale,
- 6.3% de tentative de suicide,
- un cas de suicide.

Le questionnaire adolescent a été rempli par 62 des 80 suicidants. Les résultats sont les suivants:

- 63% fument,
- 27.4% ont consommé du hachisch,
- 54.8% consomment de l'alcool de façon occasionnelle,

- 29% ne portent pas toujours de casque ou de ceinture de sécurité,
- 79% présentent des troubles du sommeil,
- 88.7% expriment des plaintes somatiques,
- 77.4% se plaignent de leur poids ou de leur taille,
- 87.1% ont des problèmes relationnels avec leurs parents,
- 62.9% ont des difficultés scolaires,
- 67.7% ont un projet professionnel,
- 83.9% ont eu une information sur la sexualité,
- 98.4% ont eu des idées suicidaires.

Nous allons dans le chapitre suivant, analyser ses résultats et les comparer avec ceux de la littérature, concernant cette tranche d'âge.

6. Discussion

6.1. Comparaison avec les autres structures

6.1.1. Les données disponibles

La prise en charge des adolescents a connu un essor important en France depuis une vingtaine d'années. De nombreuses structures spécifiques de cette tranche d'âge ont été ouvertes et ont permis de réaliser des études afin de mieux connaître cette population.

Une grande enquête nationale a été réalisée en 1992 par l'INSERM, sous la direction de M. Choquet (6). Elle comprend d'une part une enquête en milieu scolaire, sur le mode de consultation des adolescents, et d'autre part une enquête en milieu hospitalier, sur le mode d'accueil de cette tranche d'âge et ses caractéristiques sociodémographiques. Elle faisait suite à la circulaire n°132 de la Direction Générale de la Santé et se voulait une enquête de faisabilité auprès des hôpitaux généraux. Elle connut un vif succès, avec 11242 dossiers recueillis, et a permis de mieux cerner l'accueil des 13-19 ans à l'hôpital. Elle ne concerne pas les hôpitaux de certaines grandes agglomérations, mais surtout les hôpitaux des villes de moyenne importance. Cette enquête constituera le principal point de comparaison des résultats de notre étude, en terme de statistique nationale.

Nous avons également comparé nos résultats avec ceux de l'Unité de Médecine de l'Adolescent (UMA) du service de pédiatrie du CHU d'Amiens, dirigée par le Dr. B. Boudailliez (5). Cette unité a été créée en 1995, par fédération entre les services de pédiatrie et de psychopathologie. Elle est composée de cinq lits, permettant de recevoir des jeunes de 12 à 19 ans, pour tous types de pathologies.

Une autre étude a été réalisée dans le service de pédopsychiatrie du CHU de Grenoble entre 1986 et 1991 sur 102 observations d'enfant et d'adolescents hospitalisés suite à une tentative de suicide (17). Les résultats concernent les données sociodémographiques des suicidants, les modalités de la tentative de suicide, les antécédents des suicidants, leur vie familiale et le suivi ultérieur.

Une étude similaire a été réalisée au CHRU de Limoges en 1990 dans le service de pédiatrie I, auprès de 73 adolescents de 10 à 20 ans (23). Elle avait pour objectif de cerner les caractéristiques des jeunes suicidants et d'essayer d'établir un profil à risque.

Une structure spécifique aux adolescents a également été créée à Cholet, au sein du service de pédiatrie pour recevoir des jeunes en difficultés de 12 à 18 ans, dans une structure polydisciplinaire (15). Elle reçoit pour deux tiers des jeunes ayant un problème psychologique. Cette structure s'est de plus dotée d'un centre de consultation spécialisée pour adolescents, aménagé en ville, avec une permanence journalière, et d'un hôpital de jour.

Une étude de 1994 reprenait les données de l'enquête nationale réalisée en 1992 par l'INSERM, pour s'intéresser plus précisément aux 430 adolescents âgés de 13 à 19 ans et hospitalisés suite à une tentative de suicide (12). L'étude avait pour but de comparer la prise en charge des suicidants dans les services de pédiatrie par rapport aux autres services, dont la psychiatrie.

6.1.2. Le mode d'accueil

L'hospitalisation des adolescents dans l'unité s'est faite principalement dans l'urgence, dans 86% des cas, soit directement par les urgences, soit en passant par leur médecin traitant. Le service des urgences voit ainsi passer la presque totalité des adolescents du service, à l'exception des hospitalisations programmées et des transferts. Il est donc indispensable de sensibiliser ses praticiens à la démarche de soins propre à cette tranche d'âge, tout particulièrement pour éviter qu'ils ne classent les patients en pathologies somatiques versus psychologiques et surtout en respectant leur droit à la confidentialité, c'est-à-dire les interroger et les examiner sans leurs parents, s'ils le désirent.

On constate que le taux d'hospitalisations programmées est plutôt bas. Celles-ci sont en général demandées pour les adolescents connus du service, qui sont soit déjà venus en hospitalisation, soit suivis en consultation pour une maladie chronique. Les adolescents vus par un pédiatre en consultation, puis hospitalisés de façon programmée pour une pathologie non urgente mais nécessitant des examens approfondis, sont rares.

En effet il n'existe pas de pôle de consultation externe réservé aux adolescents permettant de les voir rapidement. Les délais d'attente pour une consultation étant longs il n'est pas possible de prendre un rendez-vous de consultation en urgence afin de programmer une

hospitalisation. De ce fait la prise en charge des adolescents se fait le plus souvent dans l'urgence.

Les pédopsychiatres demandent aussi rarement des hospitalisations, mais leur fonctionnement plus souple au CGI leur permet de voir rapidement un adolescent en situation de crise et parfois d'éviter son hospitalisation.

Les adolescents hospitalisés à l'hôpital de Brive en 2002 l'étaient pour moitié en pédiatrie, dont les deux tiers dans le secteur pour adolescent. Cette proportion a tendance à augmenter et se fait aux dépens de la chirurgie, de la médecine et de la psychiatrie. Elle montre que l'intérêt d'adresser les adolescents dans une structure qui leur soit spécifique a été compris par les différents médecins de l'hôpital ainsi que ceux des urgences. Pour les pathologies qui ne nécessitent pas de plateau technique particulier, c'est une amélioration des soins pour les patients, prenant en compte leurs spécificités et évitant de les disperser dans des services pour adultes.

Le service de gynécologie-obstétrique de Brive et le centre de planification gardent un effectif d'adolescentes constant.

Les chiffres de l'enquête nationale de 1992 ne font apparaître que 16.1% des adolescents en pédiatrie. La majorité d'entre eux va en chirurgie (34.9%, contre 31% à Brive) ou au service porte des urgences (28.8%, aucun à Brive). Il vont ensuite en médecine (6.7%, contre 9.1%), en gynécologie (5%, contre 8.2%) et en psychiatrie (1.8%, contre 1%). Cette enquête montre donc que seul un adolescent sur six est dirigé vers la pédiatrie.

Les hôpitaux dans lesquels existe une structure spécifique aux adolescents, ont un taux d'hospitalisation en pédiatrie est plus important. Par exemple au CHU d'Amiens, on retrouve un tiers des adolescents en pédiatrie, un tiers en médecine et un tiers en chirurgie. En pédiatrie, ils ne sont que 40% à aller dans l'Unité de Médecine pour Adolescents.

A Brive 65% des adolescents hospitalisés en pédiatrie, sont admis dans l'unité spécifique. Les 35% restants vont dans le secteur des enfants pour différentes raisons. Certains n'acceptent pas les règles propres à l'unité ou souhaitent être hospitalisés avec un de leurs parents. Le plus souvent c'est par manque de place dans l'unité, lorsque les quatre lits sont occupés, qu'ils sont dirigés ailleurs. Ceci tient aux grandes variations du nombre de patients se présentant dans le service. La courbe mensuelle d'occupation du service est parfois assez

basse. Mais cela reflète mal l'activité du service au jour le jour. En fait on a très souvent un nombre d'adolescents supérieur au nombre de lits, tandis qu'à d'autres périodes les lits sont vides. On peut se demander cependant si des mesures visant à augmenter l'occupation du service ne pourraient pas être prises, comme par exemple l'extension de la tranche d'âge, soit vers les adolescents de 13 ans, soit vers ceux de 18 ans.

Le nombre d'entrées dans le secteur adolescent de Brive a connu une forte progression, passant de 120 en 2000 à 165 en 2002, soit une progression de 37% en deux ans. Cette progression s'inscrit dans l'évolution générale du service de pédiatrie, dont l'activité ne cesse d'augmenter. Ainsi l'unité pour adolescents garde une part stable à 10% dans l'activité du service.

Bien que le nombre d'entrées ait augmenté, le nombre de lits dans le service est resté fixe, ne permettant pas d'absorber les variations de fréquentation. Le nombre de journées d'hospitalisations et la durée moyenne de séjour ont diminués suggérant un turn-over plus important. On a peut-être atteint le maximum d'occupation possible du service en 2001, avec le mode de fonctionnement actuel et limité par les variations d'affluence, avec 527 journées réalisées et 36.1% de taux d'occupation. Nous ne disposons pas de chiffre précis d'occupation dans les autres unités pour adolescents, en dehors du service de Dunkerque qui serait occupé en moyenne au deux tiers (26).

6.1.3. Les motifs d'hospitalisation et la prise en charge

L'enquête nationale de 1992 fournit **les motifs d'entrées** des adolescents hospitalisés en pédiatrie. Dans ces services les adolescents sont hospitalisés dans 15.4% des cas pour une pathologie accidentelle. Ce taux est inférieur à Brive, à 11.2%, et peut s'expliquer par le fait que les jeunes présentant une pathologie chirurgicale sont souvent dirigés vers un service pour adultes.

Les pathologies somatiques représentent la majorité des motifs d'hospitalisation, aussi bien dans l'enquête nationale avec 41%, dont 13.4% de maladies chroniques, que dans l'unité de Brive avec 53.4%, dont 4.1% de maladies chroniques. Ce faible pourcentage de maladies chroniques à Brive sous-estime l'activité du service en ce domaine, car les adolescents de cette catégorie sont souvent hospitalisés dans l'unité fonctionnelle des enfants. Toutefois, le service étant de taille moyenne, il en reçoit probablement moins que les grands centres.

Parmi les pathologies aiguës, les motifs d'hospitalisation sont variés, conformément à la volonté initiale d'en faire un service de pédiatrie générale.

L'activité du service est très faible en gynécologie-obstétrique comme au niveau national (moins de 1% et 1.2%). Or les résultats de l'enquête nationale montrent par ailleurs que les adolescentes hospitalisées pour ce motif constituent une population souvent défavorisée, en terme de scolarité, de formation et de situation sociale (6). Elles sont aussi plus souvent issues de familles dissociées. Elles auraient donc pu bénéficier des spécificités d'un secteur adolescent.

Bien que les pathologies somatiques soient majoritaires en terme de nombre d'entrée, les deux motifs d'hospitalisation les plus fréquents sont à ranger dans la catégorie des pathologies psychosociales, qui représente de plus la majorité de l'activité du service en terme de journées d'hospitalisation réalisées.

Dans l'enquête nationale, les pathologies mentales représentent 23.9% des motifs d'hospitalisation, dont 16.6% de tentatives de suicides. Dans l'unité les taux sont significativement plus importants (35.4% et 19.4% respectivement, et avec $p < 0.0001$ et $p < 0.05$). Cela laisse supposer qu'une unité spécifique à cette tranche d'âge, fondée sur une collaboration étroite avec les pédopsychiatres, augmente le recrutement de ces pathologies, d'autant plus qu'il n'existe pas de structure d'hospitalisation psychiatrique prenant en charge de façon spécifique les adolescents à Brive.

Cette prédominance montre qu'il existe des besoins en terme de santé publique justifiant une structure d'hospitalisation prenant en charge de façon spécifique les problèmes psychologiques et sociaux des adolescents, mais différente des structures d'hospitalisation psychiatrique, amenées à prendre en charge un autre type de patients.

On retrouve des chiffres à peu près similaires dans l'UMA d'Amiens, avec 42% d'adolescents relevant de ces motifs d'hospitalisation, dont 20% de tentative de suicide et 2.3% d'anorexie mentale. Dans ce service comme à Brive, cette catégorie représente la moitié de l'activité en terme de journées d'hospitalisation. La DMS y est plus élevée qu'à Brive avec 5.3 jours contre 3.02 jours.

Dans l'enquête nationale aussi la DMS est plus longue, car elle regroupe tout un ensemble de services, dont certains très spécialisés sont amenés à prendre en charge des patients porteurs de pathologies plus lourdes. Cette disparité se reflète au niveau des écarts-types (sd). La DMS des pathologies traumatiques est de 7.9 jours, avec $sd=17.5$; celle des maladies aiguës est de 6.26 jours, avec $sd=10.6$. Ces chiffres ne sont pas comparables à ceux de Brive.

Pour les problèmes de santé mentale, la différence s'accroît avec une DMS de 40 jours (dont un tiers d'hospitalisations de moins de 5 jours et un tiers de plus de deux mois), alors qu'elle est de 4.9 jours dans l'unité de Brive (qui s'est fixé des limites, ne recevant pas les pathologies psychiatriques lourdes ni les problèmes de toxicomanie). Mais dans l'ensemble, les adolescents hospitalisés pour un problème psychosocial à Brive sont gardés plus longtemps que les autres, car ils nécessitent une évaluation triple, somatique, psychologique et parfois sociale, ce qui requiert plus de temps.

Nous avons vu que durant leur hospitalisation un nombre important d'adolescents avait vu un spécialiste (36%) et dans la moitié des cas à leur propre demande. En effet l'hospitalisation est souvent l'occasion de refaire le point sur certaines questions de santé non ou mal abordées jusqu'alors, et différentes du motif d'entrée, surtout en gynécologie, en ophtalmologie et en dermatologie.

La prise en charge psychologique pendant l'hospitalisation est également très importante. Les données fournies par l'enquête nationale de 1992, montrent un taux de consultation psychologique (avec un pédopsychiatre ou un psychologue) de 20%, toutes pathologies confondues. Ce taux varie en fonction du diagnostic. Pour les suicidants il est de 71%, pour les pathologies somatiques de 8% et pour les accidentés de 3%. A Brive, la collaboration étroite avec l'équipe pédopsychiatrique a permis un pourcentage de prises en charge psychologique plus important (46.6%), quelque soit le diagnostic. En cas de tentative de suicide, il monte à 97.5%. Ce taux est plus proche, que ne le sont les chiffres nationaux, des recommandations officielles : tout suicidant devrait être vu par un pédopsychiatre (1). Ce point positif devra donc être maintenu. En cas de pathologie somatique l'entretien psychologique est moins fréquent à 20.9%, mais débouche de temps en temps sur un suivi psychologique (1.8%) ou sur une proposition de suivi (4.9%).

Dans l'enquête nationale on retrouve un **suivi après l'hospitalisation** pour la moitié des adolescents. Le suivi moyen est donc plus fréquent que dans l'unité de Brive, où il n'atteint que 39.9%. Dans l'étude nationale, ce taux de suivi varie en fonction du diagnostic : 36% chez les accidentés, 59% en cas de pathologies somatiques et 79% en cas de pathologies mentales. Dans l'étude effectuée à Cholet en 1987, on retrouvait un taux de suivi encore plus important avec 70% des adolescents revus après leurs hospitalisations, 39% par le pédiatre et 29% par le pédopsychiatre.

En analysant les chiffres de suivi dans le service de Brive, on s'aperçoit que c'est surtout après une pathologie somatique que ce suivi est faible (24%). Il est réalisé pour moitié par les pédopsychiatres et on remarque la faible proportion des consultations pédiatriques. Cette différence peut s'expliquer par le manque d'effectif pédiatrique qu'a connu le service pendant la période d'étude, avec seulement trois pédiatres à temps plein, alors que l'activité d'hospitalisation est de plus en plus importante, se faisant aux dépens de l'activité de consultation (celles-ci ont diminué de 30% en 2 ans).

A l'opposé, on assiste à une augmentation des rendez-vous avec un spécialiste, témoignant d'une meilleure collaboration avec les services concernés, ceux-ci ayant pris l'habitude de confier plus facilement leurs jeunes patients au service de pédiatrie.

Dans l'enquête nationale le contact avec les services juridiques étaient le plus souvent établi lors d'un problème mental (7%). A Brive, il s'est produit moins fréquemment. Il concernait 3.2% des patients, hospitalisés pour moitié pour un problème psychosocial et pour moitié pour une pathologie somatique.

6.1.4. Les caractéristiques sociodémographiques des adolescents hospitalisés

Dans l'enquête nationale de 1992, on retrouve, comme dans le service de Brive, une majorité de filles parmi les hospitalisés (57.4% de filles, 42.6% de garçons). Le **sexe ratio** varie en fonction du diagnostic. Les filles sont majoritaires parmi les pathologies somatiques et les problèmes de santé mentale. Chez les suicidants, le sexe ratio était de 4.1 en leur faveur et de 3.3 en cas de trouble du comportement alimentaire. Les garçons n'étaient majoritaires que parmi les accidentés.

Ces chiffres rejoignent ceux de Brive, où la proportion de filles est encore plus importante en cas de problèmes psychosociaux.

Pour ce qui est de l'**âge**, l'unité de Brive se démarque des statistiques nationales, où un tiers des adolescents est âgés de 15 ans ou moins et deux tiers de 16 ans ou plus. Dans l'enquête nationale cette deuxième tranche d'âge est majoritaire quelque soit le diagnostic (67.1% parmi les accidentés, 59.5% parmi les pathologies somatiques et 73.7% pour les problèmes de santé mentale), alors qu'elle ne l'est qu'en cas de problème psychosocial à Brive.

On observe cependant, dans les deux études, une moyenne d'âge plus basse chez les adolescents qui ont une pathologie somatique, par rapport à ceux qui ont un problème psychosocial. Cette prédominance des adolescents de 16 ans et plus au niveau national, est peut-être liée au fait que nombre de services acceptent des adolescents de 18 ans et plus, très rarement acceptés dans l'unité de Brive, les limites d'âge ayant été fixées entre le 14^{ème} et le 18^{ème} anniversaire. Cette politique permet d'éviter les patients majeurs, mais exclue un certain nombre de jeunes de 18 ans et plus qui pourraient encore être considérés comme des adolescents. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle, un certain nombre de services ont repoussé leurs limites d'âge jusqu'à 18 ou 19 ans.

Dans l'enquête de l'INSERM on observe un taux de **scolarisation** faible des adolescents hospitalisés, comparé à l'ensemble de la population du même âge. Ils étaient 78.3% à être scolarisés et 5.5% en apprentissage, alors que les statistiques de l'éducation nationale montrent un taux de scolarisation de 92.7% parmi les 13-19 ans. En cas de pathologies mentales, la scolarisation diminue encore à 70%. Les chiffres observés dans le service de Brive sont plus proches des statistiques nationales avec un taux de scolarisation de 85.9% et d'apprentissage de 11.6%. L'échantillon d'adolescents hospitalisés à Brive, ne diffère donc pas de la population générale en terme de scolarité.

En revanche, lorsqu'on leur pose la question, au travers du questionnaire "adolescent", il sont 60% (sur 185 réponses) à déclarer avoir des difficultés scolaires. Dans l'enquête de l'INSERM c'est le médecin qui repère ces difficultés et qui en retrouve dans 16% des cas. En fonction du diagnostic, les proportions sont très différentes : 6.7% chez les accidentés, 14.9% chez les pathologies somatiques et 51.9% en cas de problèmes de santé mentale.

La **situation matrimoniale** des parents a été analysée dans l'enquête nationale en fonction des catégories de diagnostic. Les accidentés et les pathologies somatiques ont des distributions à peu près similaires de parents mariés (74.8% et 77.1%), de parents divorcés ou séparés (17.7% et 15.9%) et de parents décédés (5.7% et 5.5%). En cas de problèmes de santé mentale, le taux de familles dissociées est plus important, avec 23.6% de parents divorcés ou séparés et 9.7% de parents décédés, soit un total de 33.3% (au lieu de 21.4% et 23.4% dans les catégories précédentes).

On constate que le pourcentage de familles dissociées est beaucoup plus important à Brive, parmi les jeunes qui ont un problèmes psychosocial, avec 50% de parents divorcés ou séparés et 7.9% de parents décédés. Ce taux de dissociation est significativement supérieur à

celui des autres catégories de diagnostique (57.9% contre 28.1%, $p < 0.00001$), qui ont elles une distribution superposable aux statistiques de l'INSERM. On peut s'étonner d'une proportion aussi importante de familles dissociées, mais on retrouve le même chiffre à Grenoble, parmi les suicidants (57%).

Dans la seconde étude réalisés sur les jeunes suicidants, à partir de l'enquête hospitalière de 1992 (12), on retrouvait 45.9% de parents divorcés ou décédés.

Cette forte proportion de familles dissociées dans le service est peut-être liée à la part importante qu'y prennent les tentatives de suicides. De plus, il existe un biais de sélection, dans la mesure où cette information est plus souvent recherchée lorsque l'adolescent est adressé pour un problème psychosocial et surtout une TS.

Dans notre échantillon, des troubles du comportement et des antécédents psychiatriques sont fréquemment retrouvés chez les parents des jeunes hospitalisés pour une pathologie psychosociale : alcoolisme (14% de l'ensemble de la catégorie), dépression (14%), TS (4%) et violence conjugale (9%).

On peut donc souligner le caractère peu contenant d'un certains nombre de famille dans cette catégorie de diagnostic.

Le questionnaire "adolescent" est un outil très performant au cours de l'entretien avec l'adolescent. Il permet d'évaluer rapidement ses demandes de soins, la façon dont il perçoit son état de santé, ses interrogations, son contexte familial et scolaire.

Le taux de réponse varie beaucoup en fonction du motif d'entrée. Est-il distribué de la même façon à tout le monde ? Ce sont surtout les adolescents venus pour un problème psychosocial qui l'ont rempli.

On remarque que tous les items ont des pourcentages supérieurs à cinquante, en dehors des consommations d'alcool, de hachisch et des conduites à risque. Ceci montre que les adolescents qui ont répondu, avaient souvent de nombreux motifs de plaintes. Lorsqu'on décortique les questionnaires, on s'aperçoit qu'un faible pourcentage d'adolescents n'a aucune plainte ou une seule, alors qu'une grande majorité a de multiples plaintes. Elles s'expriment dans tous les domaines : psychique, somatique, familial et scolaire. Tous ces problèmes sont liés et on s'aperçoit que le motif d'hospitalisation ne constitue souvent qu'une partie de la problématique, l'essentiel pouvant se situer ailleurs.

Le taux de réponses a été important surtout parmi les adolescents venus pour un problème psychosocial. Les résultats sont donc plutôt représentatifs de cette catégorie de diagnostic. Dans l'enquête nationale de 1992, les résultats relatifs à l'état de santé des adolescents tenaient compte des conclusions du médecin et ne viennent pas uniquement d'un autoquestionnaire, comme c'est le cas dans notre étude. De nombreux auteurs ont insisté sur l'habitude surévaluation par cette méthode, tout particulièrement à l'adolescence.

Le questionnaire "adolescent" utilisé dans le service n'a cependant jamais eu pour objectif une étude statistique des patients, car il est sensé constituer plutôt une aide lors de l'entretien. On constate en effet des chiffres assez élevés de réponses positives dans notre échantillon.

Les adolescents du service déclarent **fumer** régulièrement pour 55% d'entre eux, contre 8% dans l'enquête hospitalière et 14.5% dans une enquête nationale réalisée en milieu scolaire en 1994 (7). Ils sont 21.6% à avoir expérimenté le **hachisch**, contre 5% et 12%. Cette sous-déclaration dans l'enquête hospitalière est probablement liée au fait que l'anonymat est moins facile à préserver à l'hôpital qu'à l'école, pour ces thèmes jugés culpabilisants.

Dans l'unité de Brive, ils sont 45% à déclarer consommer de l'**alcool** de façon occasionnelle. Ils sont 39% dans l'enquête en milieu scolaire. Dans l'enquête hospitalière, la question était posée différemment et on retrouvait 3.3% de jeunes consommant plusieurs fois par semaines de la bière. La consommation de toxiques est donc plus souvent retrouvée dans l'unité de Brive.

Nous retrouvons dans nos questionnaires 67% de **troubles du sommeil**, alors que dans l'enquête nationale 11% seulement des hospitalisés s'en plaignent, sachant que parmi les adolescents présentant un problème de santé mentale le pourcentage est tout de même plus élevé à 37%. L'enquête en milieu scolaire, révélait quant à elle 41% de troubles du sommeil. De même, les plaintes somatiques sont retrouvées dans 83% des cas dans l'unité de Brive, contre respectivement 8% et 32%. Ils semblent donc que les adolescents hospitalisés dans l'unité, expriment plus fréquemment ce type de plainte que ceux des autres enquêtes. En souffrent-ils plus souvent que les autres ou l'expriment-ils plus facilement dans le contexte particulier de cette unité ?

Les problèmes relationnels familiaux sont également très fréquents : 59% contre 16% et 67%, ainsi que les **problèmes scolaires** : 60% contre 16% et 50%. Les statistiques de l'unité sont donc assez proches des chiffres de l'enquête en milieu scolaire, dans ces domaines.

Le questionnaire "adolescent" utilisé dans le service montre globalement un taux de plaintes plus élevé par rapport aux enquêtes précédentes : surestimation en relation avec une situation de vulnérabilité particulière ? Ce moyen leur permet en tout cas d'évoquer des problèmes qu'ils n'auraient peut être pas signalés autrement, parce qu'ils ne savaient pas à qui en parler ou qu'ils considéraient qu'une consultation n'était pas justifiée. Ce questionnaire est donc un outil de dépistage sensible mais pas spécifique. L'entretien avec le jeune permet par la suite d'affiner l'analyse. La présence de plaintes somatiques constitue souvent l'occasion de faire quelques examens complémentaires et de demander des avis spécialisés qui, lorsqu'ils sont normaux, permettent de rassurer l'adolescent.

Les problèmes relationnels familiaux sont abordés conjointement par le pédopsychiatre et l'éducatrice spécialisée. On propose dans ce cas très souvent un suivi au CGI, dont l'initiative est laissée à l'appréciation des parents et du patient.

En cas de plaintes par rapport au poids ou à la taille, on établit la courbe de croissance et on calcule l'index de masse corporelle, ce qui permet au patient de se situer par rapport à la moyenne, et on peut proposer si nécessaire des consultations avec la diététicienne.

6.2. La prise en charge des adolescents suicidants : intérêt du protocole utilisé

Dans l'enquête nationale en milieu scolaire de 1994 (7), on constatait que parmi les adolescents de 11 à 19 ans, 6.5% avaient déjà fait une tentative de suicide, dont 2% plusieurs fois. Le geste suicidaire est plus important chez les filles (8%) que chez les garçons (5%), mais ces derniers en décèdent plus souvent.

On estime en France, que seul un jeune suicidant sur quatre est hospitalisé, alors qu'on sait aujourd'hui, conformément aux recommandations de l'ANAES (1), que toute TS devrait être hospitalisée pour plusieurs raisons. Tout d'abord, l'hospitalisation rend possible un bilan approfondi de la situation psychologique, familiale et sociale. Ensuite, elle tient compte du désir de rupture manifesté par le geste suicidaire (16). Cette rupture permet de relancer le travail psychique du patient, qui se trouvait dans une impasse, où la seule solution était le passage à l'acte. Il faut ménager un temps suffisant pour comprendre les tenants et les aboutissants de la crise suicidaire. Et enfin, après l'évaluation, on peut proposer un projet de

soin et mettre en place un suivi cohérent, qui seul permet de diminuer les risques de récurrence et l'évolution péjorative (18).

Dans l'enquête hospitalière de 1992 (6), les tentatives de suicide (TS) représentent 5.3% des motifs d'entrée, en sixième position, alors que dans l'unité de Brive c'est le premier motif d'hospitalisation avec 19.2%.

Dans cette enquête nationale, les patients arrivent surtout en urgence (83% contre 75% à Brive). Certains restent en hospitalisation aux urgences (18%) et les autres sont dirigés vers différents services, allant en pédiatrie (41.4%), en médecine interne (17%), en psychiatrie (9.3%) ou en chirurgie (2%). On constate donc, que dans ce cas particulier des TS, les stratégies d'orientation ne sont pas claires.

Certains auteurs ont proposé d'hospitaliser les TS plutôt en pédiatrie, surtout lorsqu'existe un service spécifique pour les adolescents (12). Ces services semblent bien adaptés à la prise en charge des jeunes suicidants, par :

- leur mode de fonctionnement intégrant les parents dans le soin,
- la présence d'une équipe multidisciplinaire,
- leur capacité à répondre aux besoins médicaux et psychiques des patients,
- la prise en compte des aspects sociaux et scolaires.

On constate également, qu'un suivi y est plus souvent proposé que dans les autres services, à l'exception des services de psychiatrie.

Dans l'enquête nationale, la DMS était de 5.2 jours, avec pour les trois quart des patients au moins un jour d'hospitalisation et pour 13% au moins 7 jours. La DMS à Brive est plus courte, à 3.5 jours en 2002. Il n'existe pas de consensus bien établi sur la durée idéale de séjour, mais elle doit permettre une évaluation approfondie et la mise en place d'un suivi. Ces objectifs sont remplis dans l'unité de Brive, mais il est permis de se demander si une durée de séjour un peu plus longue ne serait pas préférable, 5 à 7 jours par exemple, comme cela se pratique dans beaucoup d'unités de soins pour adolescents.

La prise en charge psychiatrique est très satisfaisante puisque 97.5% des patients ont été vus par un pédopsychiatre. Dans l'enquête nationale ce taux était de 75%, tous services confondus.

Dans l'enquête nationale, un suivi est envisagé pour 78%, contre 72.5% à Brive, ce qui est assez semblable. En revanche un traitement est moins souvent prescrit à Brive (16.3% contre 32%).

Le suivi a été simplifié dans l'unité de soins de Brive, grâce au protocole du CGI. Il est présenté comme une quasi injonction de traitement. Il a toujours été bien accepté, les refus ont été rares et le taux de présence au rendez-vous à 15 et 45 jours est important. Cette méthode de prise en charge a donc permis de proposer systématiquement un suivi, pouvant être refusé, mais ayant le mérite d'être clairement défini. La structure rigide de ce protocole semble paradoxalement avoir facilité son acceptation. Sa rigueur offre en fait un confort pour des familles un peu perdues. La compliance est également facilitée par la première rencontre avec le thérapeute familial qui se fait pendant l'hospitalisation. Cette rencontre permet une prise de contact rassurante pour l'adolescent et sa famille, évitant le rendez-vous avec un thérapeute inconnu. Les enjeux de cette prise en charge peuvent ainsi être mieux compris.

Les caractéristiques sociodémographiques de notre échantillon ne sont pas très différentes de celles de l'enquête nationale, où les suicidants sont souvent de sexe féminin (81%), avec un âge moyen de 16.5 ans, le plus souvent scolarisés (75%) et issus de familles dissociées (45.9%). On rappelle qu'à Brive, la proportion de familles dissociées est de 48.7%, significativement supérieur au reste de l'échantillon.

Dans l'enquête réalisée à Grenoble sur 102 TS (17), on retrouve une population un peu plus jeune (âge moyen des filles de 14.5 ans et des garçons de 15 ans), mais autant de familles dissociées (57%), avec les mêmes proportions d'adolescents vivant avec un seul parent (23%), un parent et son nouveau conjoint (15%), dans un foyer (8%) ou dans une famille d'accueil (5%). La proportion de familles nombreuses y est cependant supérieure (40% de familles avec 4 enfants ou plus, contre 30.3% à Brive) ainsi que celle des aînés (43% contre 38%).

Certains auteurs ont mis l'accent sur le fait que les jeunes ayant fait une tentative de suicide se caractérisaient par des plaintes somatiques multiples (16). On le constate dans l'enquête nationale et dans l'unité de Brive, avec de nombreux jeunes présentant des plaintes somatiques (respectivement 28% et 88%) et des troubles du sommeil (32% et 79%). Ces plaintes doivent être prises en compte et bénéficier d'un minimum d'investigations, ce qui est possible dans un service de pédiatrie.

Nous avons relevé à Brive, sept cas de récurrence parmi les adolescents inclus dans le protocole du CGI, soit un taux de récurrence de 16.7%, ce chiffre sous-estimant probablement la réalité.

En France, on estime que 37% des suicidants réitèrent leur geste (7), et cette récurrence survient pour la moitié des cas dans l'année qui suit la première TS. A Grenoble, le taux de récurrence est inférieur aux statistiques nationales (15%, 13 récurrences en 5 ans).

Il est donc pour l'instant, avec peu de recul, difficile de savoir si ce taux est significativement diminué dans l'unité. Mais ces résultats sont encourageants. L'objectif principal de ce protocole, qui est la réduction des récurrences, est donc en partie atteint.

Pour cela, un des moyens utilisés est l'implication des familles. Dans la majorité des cas celles-ci ont bien accepté la méthode, se rendant au premier rendez-vous à l'hôpital et aux suivants. Ce suivi prolongé a été l'occasion dans certains cas de réaliser un "recadrage" éducatif face aux tendances laxistes de certains parents. Dans ce domaine, le rôle de l'éducatrice spécialisée demeure essentiel, pour le repérage des éléments familiaux problématiques, mais exploitables.

Le protocole permet d'étudier le fonctionnement familial. On a relevé, au cours de ces deux années, 38% d'adolescents parentalisés, avec des parents abandonnant leur statut d'autorité et leur rôle éducatif. Dans ces cas, les difficultés apparaissent souvent lorsque le parent seul retrouve un nouveau conjoint et essaie de faire passer l'autorité par celui-ci. Le suivi s'attache également, à essayer de résoudre ces conflits familiaux et ces problèmes éducatifs.

Sur le plan scolaire, ce suivi permet d'accompagner le retour de l'adolescent dans son établissement, après la période d'absentéisme ou de difficultés scolaires précédant souvent la TS. On peut ainsi proposer une réorientation, en cas d'échec.

Les entretiens sont également l'occasion d'approfondir la recherche des facteurs de risques de récurrences que sont les antécédents psychopathologiques personnels et familiaux :

- un tiers des adolescents avait déjà effectué une tentative de suicide,
- 5% avaient subi des sévices sexuels,
- 4% avaient eu un trouble anxieux,
- 20% avaient déjà présenté un syndrome dépressif.

Au décours de la TS, ils sont 27% à présenter des éléments dépressifs patents. Ces jeunes doivent être suivis de façon rapprochée, ces éléments dépressifs constituant un facteur de risque de récurrence important (8,20).

Des antécédents psychiatriques chez les parents constituent également un facteur de risque. Dans notre échantillon, nous observons 19% de cas pour lesquels l'un au moins des deux parents avait eu recours à un geste suicidaire, 21% de familles où l'un des parents souffre d'alcoolisme, 12% de dépression et 7.5% de violence conjugale.

Au terme de ce protocole un bilan est réalisé, permettant de décider de la suite à donner. La plupart du temps le suivi s'arrête là. Mais dans 26% des cas un suivi individuel par un pédopsychiatre est poursuivi.

Les jeunes peuvent également revenir au CGI au moment d'une crise, comme ce fut le cas pour 15 d'entre eux. Le protocole permet donc de faire le lien entre l'hospitalisation en pédiatrie et le suivi au CGI, dans une structure principalement psychiatrique, qui devient alors le lieu de référence de la prise en charge.

6.3. Etude critique du fonctionnement de l'unité de soins pour adolescents

6.3.1. Les points intéressants de cette expérience

La création de cette unité s'est inscrite dans les orientations déclarées des autorités sanitaires au travers de la circulaire n°132, visant à améliorer les soins pour les adolescents. Les différentes modalités pratiques, qui y étaient proposées, ont pu être mises en œuvre, car elles répondaient aux attentes des praticiens du service.

Cette unité permet d'accueillir les adolescents, dans un service qui leur est consacré. L'organisation permet les soins, tout en maintenant leurs habitudes de vie. Au quotidien, on s'aperçoit que les jeunes du secteur lient rapidement des liens et essaient de recréer, avec l'arrivée des copains de l'extérieur, leur cadre de vie. Le réaménagement des locaux, permettant d'avoir quatre chambres individuelles, garantit l'intimité et la confidentialité souvent demandées par les adolescents, ce qui n'était pas le cas dans le secteur des enfants. Le fait d'avoir une unité séparée des enfants a certainement contribué à éviter d'identifier la pédiatrie comme la médecine des "bébés" et à faciliter l'entrée des plus âgés. Ces lits étant réservés aux adolescents, ils leur sont plus facilement disponibles, surtout à certaines périodes de l'année.

Pour les soignants, cette séparation répond à leur inquiétude de voir des adolescents mélangés aux petits enfants et rend possible l'élaboration d'un travail spécifique, avec un fonctionnement et un règlement propres, induisant une approche du patient différente.

Dès la conception de ce secteur, on insistait pour ne pas en faire une unité réservée aux pathologies psychosociales, sa vocation étant de rassembler tous les adolescents hospitalisés, quelle que soit leur pathologie, sans distinguer ce qui serait du ressort du psychiatrique, du psychosocial ou du somatique.

Les motifs d'hospitalisation rencontrés depuis trois ans sont variés et recouvrent presque tous les domaines de la médecine des adolescents, répondant ainsi à un souci d'offre de soins généralistes.

La collaboration avec les services spécialisés s'est développée et les méthodes d'adressage des jeunes se sont modifiées en faveur de cette structure. Les médecins des urgences adressent plus fréquemment les adolescents dans l'unité, avec l'accord préalable du médecin ou du

chirurgien qui devait les recevoir. Ces derniers revoient en consultation, de plus en plus souvent, les adolescents qu'ils ont vus dans l'unité.

Les pathologies psychosociales représentent cependant la moitié de l'activité de l'unité et cette proportion montre qu'il existe un besoin, en termes de santé publique, pour une structure prenant en charge les difficultés psychologiques des adolescents, mais différente d'une structure psychiatrique (qui existe déjà en Corrèze : "Passerelle"), sachant qu'il peut être difficile de faire accepter aux familles une hospitalisation en psychiatrie.

Un des points essentiels de cette unité est son caractère pluridisciplinaire. Sa création a permis d'accroître la présence des pédopsychiatres dans le service. Le travail des deux équipes s'est fait naturellement en raison de liens anciens et n'est pas une simple juxtaposition de compétences, mais une véritable collaboration. Il permet d'avoir un discours cohérent face au patient et à sa famille, et de leur faire comprendre que tous les aspects de la pathologie seront pris en compte.

Le rôle de l'éducatrice spécialisée a été renforcé, grâce à son implication dans le protocole du CGI, puisqu'elle participe au premier entretien, et à l'accroissement de l'activité du service. Elle constitue un lien essentiel entre les familles et l'équipe médicale.

Une réunion hebdomadaire, le jeudi, permet de rassembler les différents intervenants, de confronter les différents points de vue, de faire le point sur les malades hospitalisés et de suivre l'évolution de ceux qui sont sortis. Elle est également l'occasion de mises au point sur différents sujets permettant à chacun d'approfondir ses connaissances des adolescents.

Le protocole de suivi des suicidants a créé une interdisciplinarité de terrain pour les thérapeutes familiaux du CGI, qui ont ainsi eu l'occasion de venir dans le service, au devant des patients, créant le relais avec la suite de la prise en charge. Ce protocole, comme nous l'avons déjà vu, est des points forts de cette structure, permettant de mettre en place rapidement un suivi après l'hospitalisation, dans un cadre de thérapie familiale. Ces résultats semblent pour l'instant plutôt prometteurs.

6.3.2. Points négatifs de cette expérience de trois ans et propositions

Comme nous l'avons expliqué dans la première partie la création de l'unité s'est faite sans embauche de nouveau personnel. Les effectifs soignants sont communs avec l'unité fonctionnelle des enfants, ayant pour tâche de s'occuper de deux secteurs géographiquement séparés. Il existe donc un sous-effectif, s'accroissant lorsque le secteur des enfants est surchargé, les infirmières s'en occupant souvent en priorité. Tout le travail de dialogue qui pourrait être réalisé entre les infirmières et les adolescents ne se fait ainsi qu'au hasard des fluctuations d'activité.

Se pose également le problème de la formation du personnel médical et paramédical. Ce personnel se destinait au départ aux soins somatiques des nourrissons et des enfants plutôt qu'à l'accompagnement des adolescents. Certains ont pu être formés, mais ce n'est pas la majorité, autant par manque de temps, de moyen que de motivation. Il existe ainsi de multiples raisons de ne pas s'occuper des adolescents...

Les intervenants extérieurs (atelier de peinture et de poterie, maquillage et clown) ne venant que de façon ponctuelle, les adolescents n'ont à leur disposition que peu d'activités et certains s'ennuient. On aurait pu créer par exemple une salle de sport, organiser des activités aquatiques ou musicales.

On a pu constater que la durée moyenne de séjour était basse pour les suicidants, par rapport aux statistiques des autres services équivalents et aux recommandations officielles. Ceci correspond aux méthodes de travail des praticiens de l'unité. De surcroît cette DMS s'est progressivement raccourcie depuis la création du protocole du CGI, qui a en effet amélioré la mise en place du suivi après tentative de suicide. Mais peut-on considérer qu'une hospitalisation de trois jours est suffisante ? Il est difficile de répondre à cette question de façon générale et l'évaluation ne peut se faire qu'au cas par cas. Surtout il faudra également attendre d'avoir plus de recul, afin de connaître le taux réel de récidives.

Le taux d'occupation du service reste un autre point à étudier. L'unité n'est occupée en moyenne qu'au tiers. Un objectif raisonnable serait une occupation d'au moins 50%, surtout si le nombre d'entrées continue de progresser. Des mesures permettant d'augmenter le recrutement seraient également envisageables, non pas dans le seul but d'accroître l'occupation, mais de façon à rechercher une adéquation avec des besoins que l'on sait réels.

La première mesure qui semblerait la plus facile à mettre en œuvre serait d'élargir la tranche d'âge des adolescents admis dans le service, en acceptant ceux de 13 ans et/ou ceux de 18 ans. On peut cependant émettre des réserves dans les deux cas. L'extension aux adolescents de 13 ans n'augmentera probablement pas beaucoup le recrutement, car les jeunes de cet âge demandent encore souvent à être hospitalisés avec l'un de leurs parents. Concernant les adolescents de 18 ans les obstacles se situent à d'autres niveaux. D'une part ils sont majeurs, ce qui signifie une modification du règlement intérieur et des relations avec les soignants. Maintenir la discipline, avec des adolescents non soumis aux mêmes contraintes, pourrait être difficile. D'autre part, le recrutement d'adolescents majeurs risquerait d'être mal compris par les autres services de spécialités, qu'ils soient médicaux, chirurgicaux ou psychiatrique. De plus la prise en charge de ces jeunes n'est plus du ressort des pédopsychiatres et il faudrait pour eux faire intervenir les psychiatres d'adulte.

Une autre mesure consisterait à essayer d'augmenter la proportion d'adolescents admis par un pédiatre du service. Pour cela, il faudrait disposer de plages de consultations réservées aux adolescents. Elles pourraient s'organiser par tranches horaires quotidiennes ou par journées dans la semaine. Elles auraient lieu soit dans le service, soit comme à Cholet dans un cabinet de consultation en ville.

Cette dernière mesure permettrait de plus d'améliorer les contacts avec les médecins de ville, qui pourrait ainsi adresser un jeune pour un avis pédiatrique en consultation, plutôt que de l'envoyer directement aux urgences de l'hôpital. Ces contacts étaient jusqu'à présent rares et on peut se demander si l'unité pour adolescents ne manque pas de visibilité auprès de ces médecins de ville. Pour améliorer cela, on pourrait également envisager que les praticiens du service s'impliquent plus souvent dans les réunions de formation médicale continue organisées par les médecins généralistes. Une enquête auprès de ces derniers montrait qu'ils étaient 85% à exprimer un besoin de formation sur le thème du suicide (24).

On a pu constater que la proportion d'adolescents hospitalisés dans les services de chirurgie et de gynécologie restait encore importante. On sait que pour un certain nombre d'entre eux les raisons de l'hospitalisation sont liées à des conduites à risque ou à des difficultés psychologiques ou sociales (6). Il est regrettable qu'ils ne puissent pas bénéficier de l'aide que pourrait leur apporter le secteur pour adolescent, dans la mesure où les soins somatiques le permettent.

Les pathologies psychosociales prennent une part prépondérante dans le service et profitent de la multidisciplinarité offerte par les différents intervenants y travaillant. Mais on peut regretter l'absence de psychologue à temps plein dans l'équipe. Son rôle serait complémentaire de celui des pédopsychiatres. Il pourrait tout d'abord rencontrer les adolescents individuellement, pour faire une évaluation et un travail sur la relation parent-enfant ou sur leurs plaintes somatiques, par exemple. Il pourrait ensuite travailler avec eux en groupe, pour mieux comprendre comment ils réagissent les uns avec les autres. Et enfin, il pourrait aider l'équipe soignante dans certaines situations difficiles, comme par exemple face à une anorexie mentale. Une demande de création de poste faite depuis plusieurs années n'a abouti que très récemment.

La proportion d'adolescents revus en consultation après une hospitalisation était de 40.5%. On a pu constater que ce taux de suivi est assez faible. Il l'est tout particulièrement pour les pathologies somatiques puisque la majorité des suivis a été organisée à la suite d'une pathologie psychosociale. Une partie de l'explication vient du fait que les pédiatres sont en sous-effectifs dans le service de Brive, mais aussi du fait qu'ils considèrent peut-être qu'un rendez-vous de contrôle n'est pas nécessaire, s'il n'y a pas de demande et qu'une consultation avec le médecin traitant est envisagée. Mais chez l'adolescent le fait de ne pas consulter ne signifie pas toujours que tout va bien ...

Parfois lorsqu'un suivi est proposé c'est la famille ou le patient qui y sont réticents. Dans ce cas peut-être faudrait-il présenter ce rendez-vous d'une façon plus insistante et lui donner le caractère d'une quasi-injonction plutôt que d'une proposition?

Le dernier point négatif de cette unité est la sous-représentation de la médecine préventive. Le dépistage des conduites à risque et des prises de toxique, comme l'alcool, le tabac et les drogues illicites, est fait grâce au questionnaire "adolescent". Mais celui-ci n'est rempli que par la moitié des patients, et surtout ce dépistage n'aboutit que rarement à des mesures concrètes, visant à essayer de prévenir ces conduites à risque. On constate le même manque d'information concernant la sexualité.

Dans l'enquête nationale en milieu scolaire de 1994 (7), M. Choquet retrouvait une demande importante d'informations sur la santé, entre autre sur : le SIDA (63%), la sexualité (50%), le corps et son fonctionnement (47%), la drogue (66%), la grossesse ou la naissance (44%), le tabac (34%) et l'alcool (32%).

Lorsqu'une adolescente désire débiter une contraception, une consultation avec un(e) gynécologue est demandée afin de débiter une contraception orale, mais cela ne permet pas forcément d'avoir une information détaillée sur les différents modes de contraception et ce schéma ne s'adresse qu'aux filles.

Il serait donc intéressant de développer des actions de prévention, dont les vecteurs possibles sont multiples. On pourrait utiliser de simples brochures ou du matériel audiovisuel, laissés en libre service dans les lieux communs. Les membres de l'équipe pourraient également informer les jeunes, au cas par cas, en fonction de leurs attentes. Et enfin on pourrait envisager de faire venir des intervenants extérieurs, contactés auprès des associations, spécialisés dans telle ou telle question, cette mesure étant limitée par la durée de séjour des adolescents qui est en moyenne courte.

Ces actions de prévention pourraient concerner la prise de toxique. Elles auraient pour but d'informer sur les méfaits de l'alcool, du tabac ou des substances illicites, et de mettre en place des stratégies de suivi et de traitement en cas de dépendance.

On pourrait également initier les jeunes aux règles d'hygiène alimentaire.

Un thème crucial à cet âge est celui de la sexualité. La prévention des grossesses non désirées sera toujours d'actualité et passe par une information sur la reproduction et la contraception. Mais on ne négligera pas non plus la protection contre les maladies sexuellement transmissibles, dont le SIDA.

Conclusion

Le service de pédiatrie du Centre Hospitalier Général de Brive a créé en 2000 un secteur d'hospitalisation spécifique pour les adolescents. L'objectif de cette thèse était de rapporter l'expérience acquise au cours de ses trois premières années de fonctionnement. Les résultats concernent 417 hospitalisations et ont été comparés avec les statistiques d'autres services équivalents en France. De façon très globale, on pourrait ainsi décrire un portrait-type : la population d'adolescents reçus à Brive est majoritairement constituée de filles de 16 ans ou plus, normalement scolarisées et admises pour une pathologie psychosociale. Dans cette catégorie de diagnostic, on remarque le caractère peu contenant de certaines familles, avec de nombreux cas de familles dissociées ou de parents aux antécédents d'alcoolisme ou de suivi en psychiatrie.

Les adolescents pris en charge dans cette unité entrent majoritairement en urgence et l'hospitalisation se définit souvent comme un événement ponctuel. En effet un suivi n'est envisagé que dans moins de la moitié des cas et concerne principalement les patients admis pour un problème psychosocial. En cas de pathologies somatiques ou accidentelles, ce suivi est moins fréquent et cela tient à l'absence de plage de consultation réservée aux adolescents. Pour les mêmes raisons, il est difficile d'adresser un jeune en consultation à un pédiatre, dans ce service.

En revanche, la collaboration avec le service de pédopsychiatrie s'est amplifiée avec la création de ce secteur et a permis notamment d'améliorer la prise en charge des jeunes hospitalisés à la suite d'une tentative de suicide. Ces adolescents sont en effet revus systématiquement grâce à l'application du protocole organisé en collaboration avec le centre de guidance infantile de Brive. Ce protocole a donné jusqu'à présent des résultats plutôt satisfaisants, aussi bien sur le plan psychiatrique, avec la prévention des récurrences, que sur le plan social et scolaire.

Le taux d'occupation de l'unité est resté faible, autour d'un tiers de ses capacités, et reste un des points négatifs de cette expérience. Ce résultat est probablement la conséquence d'un manque de visibilité de l'unité auprès des médecins de l'hôpital et des médecins de ville. Peut-être faudrait-il dans ce cas relancer une campagne d'information dans les différents services de l'hôpital et/ou s'impliquer dans les réunions de formation médicale continue des médecins généralistes sur des thèmes concernant l'adolescence ? Une autre possibilité serait d'élargir la tranche d'âge des adolescents admis. L'extension aux patients de 13 ans semble la solution recueillant actuellement le plus de suffrages.

Nous avons également évoqué les efforts restant à faire sur le plan de la prévention.

Finalement, la création de cette unité, malgré les difficultés rencontrées et les critiques que nous avons soulignées, apparaît comme une expérience très positive, certainement reproductible et qui a permis d'affirmer le principe de prise en charge globale comme étant au centre de la médecine des adolescents. Les bénéfices pour ce type de structure, en terme d'adéquation à des besoins de Santé Publique, ne pourront être appréciés que dans la durée et grâce à une étude à l'échelle nationale.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE- Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Texte des recommandations. Paris, 1998
2. ALVIN P, COURTECUISSIE V. Médecine des adolescents : croissance et perspective. Archives Françaises de pédiatrie 1991 ; 48 : 137-41
3. ALVIN P. et CAFLISCH M., Médecine des adolescents : les engagements de la pédiatrie hospitalière. Inventaire des aménagements spécifiques en France. Arch Pédiatr 1997; 4: 1049-1051.
4. ALVIN P. et MARCELLI D., *Médecine de l'adolescent*. Paris: Masson; 2000. (Collection pour le praticien)
5. BOUDAILLEZ B., DAROUX J.L., DOLHEM P., CHOPIN N., BERQUIN P., GANRY O., PIUSSAN C. et MILLE C., Structure et fonctionnement d'une unité de médecine de l'adolescent; fédération entre un service de pédiatrie et un service de psychopathologie. Ann Pédiatr 1998; 45 (5) : 311-320.
6. CHOQUET M. et ASKEVIS M., *Les adolescents face aux soins*, INSERM et Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration, Paris, 1992.
7. CHOQUET M. et LEDOUX S., *Adolescents: enquête nationale. Analyses et prospective*, Inserm, Paris, 1994.
8. CHOQUET M., Suicide et adolescence: acquis épidémiologique. mt pédiatrie, 1998,1, 4, 337-343.
9. Circulaire n° 132 du Ministère chargé de la Santé et de la Famille, Direction Générale de la Santé -Direction des Hôpitaux: *Amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents*, 16 mars 1988.
10. COURTECUISSIE V., LEVY-LEBLOND E., DOMMARGUES J.-P., Expérience de 3 années orientées vers l'hospitalisation d'adolescent en service de pédiatrie. Arch Fr Pédiatr, 1980; 37 (suppl I) : 39-42.

11. DHIB DURAND Y., Analyse de l'activité d'un secteur d'adolescent à tendance pédiatrique à court et moyen terme : Etude sur 3 ans. Thèse de doctorat en médecine. Tours : Université de tours, 1994.
12. GASQUET I. et CHOQUET M., Hospitalization in a pediatric ward of adolescent suicide attempters admitted to general hospitals (France). *J Adolesc Health* 1994; 15: 416-422.
13. GAUTRY P, et CHALAUX M., Une unité de soins pour adolescents. Émergence et résistances. *Arch Pédiatr* 1998 ; 5 (8) : 839-843.
14. GAUTRY P. Création d'une unité de soins pour adolescent dans un service de pédiatrie générale. Mémoire pour le diplôme interuniversitaire de médecine de l'adolescent. 1996.
15. JACQUET Y. et MABRUT J.P., Approche polydisciplinaire d'adolescents en difficulté. L'expérience choletaise. *ArchFrPédiatr* 1991 ; 48: 179-183.
16. LAEDERACH J. et LADAME F., Suicide des jeunes et dépression. In: LEMPERIERE T., *La dépression avant 20 ans*, Masson, Paris, 1998, 117-133.
17. LAURENT A., BOSSON J.L., BOST M. et BOUCHARLAT J., Tentatives de suicide d'enfants et d'adolescents. À propos de 102 observations dans un service de pédopsychiatrie. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 1993 ; 41 (3-4) : 198-205.
18. LAURENT A., FOUSSARD N., DAVID M., BOUCHARLAT J. et BOST M., A 5-year follow-up study of suicide attempts among french adolescents. *J Adolesc Health*, 1998 ; 22: 424-430.
19. MARCELLI D. BRACONNIER A. Place de la « crise parentale » dans les prises en charge non formalisées de l'adolescent et de ses parents. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 1980 ; ~ : 10-11, 477-481
20. MARCELLI D., *Les états dépressifs à l'adolescence*, Masson, Paris, 1995.
21. MARCELLI D. et BRACONNIER A., *Adolescence et psychopathologie* (5^e éd), Masson, Paris, 1999.

22. MICHAUD P.A., ALVIN P., DESCHAMPS J.P., FRAPPIER J.Y., MARCELLI D., TURSZ A., *La santé des adolescents. Approches, soins, prévention*. Lausanne: Payot; Paris: Doin; Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 1997.
22. OCHOA A., HENIAU-MARQUET D. et BOUDIER J., Epidémiologie des tentatives de suicide hospitalisées dans le service de pédiatrie I du CHRU de Limoges durant l'année 1990. Observatoire Régional de la Santé du Limousin, Limoges, 1991, 29p.
24. Observatoire Régional de la Santé du Limousin, *Le suicide en Limousin*. Limoges, 1997, 4p.
25. OUALID J.-C., Protocole de thérapie brève de familles de suicidants, In: ANAES Conférence de consensus : *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*, Paris, 2000, 31p.
26. ROOS E. et FIDELIN N., *L'accueil des adolescents dans un service de pédiatrie. Bilan de 12 ans d'activité*. Thèse de doctorat en médecine. Lille : Université de Lille 2, 1990.

ANNEXE 1 :

QUESTIONNAIRE ADOLESCENTS

D'après le questionnaire du service de Médecine pour Adolescents de l'Hôpital de Bicêtre (Docteur P. ALVIN)

Voici un questionnaire CONFIDENTIEL. Remplis-le, il sera remis au médecin qui va te voir. Tu n'es pas forcé de répondre à toutes les questions, mais tes réponses nous permettront de gagner du temps et de mieux t'aider.

Réponds OUI ou NON.

- 1- Est-ce que tu prends des médicaments en ce moment ? _____
- 2- Est-ce que tu as un "régime alimentaire" particulier ? _____
- 3- Est-ce que tu sautes souvent un repas ? _____
- 4- Est-ce que tu fumes ? _____
- 5- Aimerais-tu pouvoir diminuer ou arrêter ? _____
- 6- As-tu déjà fumé de l'herbe (marijuana) ou du hash (hashish) ? _____
- 7- Est-ce que tu bois parfois de la bière, du vin, ou d'autres alcools ? _____
- 8- Si OUI, plusieurs fois par jour ? _____
- 9- En mobylette ou en moto, tu portes ton casque tout le temps ? _____
- 10- En voiture, tu portes une ceinture tout le temps ? _____

D'autres adolescents comme toi nous parlent souvent de certains problèmes.

En voici quelques-uns. Ici aussi, réponds par OUI ou par NON.

- 11- J'ai du mal à m'endormir. _____
- 12- Je me réveille souvent la nuit. _____
- 13- Je suis assez fatigué pendant la journée. _____
- 14- Il m'arrive encore de faire pipi au lit. _____
- 15- J'ai souvent mal à la tête. _____
- 16- J'ai souvent mal au ventre. _____
- 17- J'ai parfois l'impression que je vais m'évanouir. _____
- 18- J'ai souvent des douleurs aux jambes. _____
- 19- Ma santé m'inquiète. _____
- 20- Je me sens trop maigre. _____
- 21- Je me sens trop gros _____
- 22- Je me sens trop petit _____
- 23- Je me sens trop grand _____
- 24- Je pense que mes parents s'entendent bien. _____
- 25- Mes parents ne s'entendent pas et ça m'inquiète. _____
- 26- J'aimerais bien changer mes relations avec mes parents. _____

- 27- Dans ma famille, il y a quelqu'un dont la santé m'inquiète. _____
- 28- L'école (le lycée), c'est un problème pour moi. _____
- 29- Depuis quelque temps, ça marche moins bien à l'école. _____
- 30- Je sais ce que j'ai envie de faire plus tard. _____
- 31- J'ai peur de rendre une fille enceinte _____
- 32- J'ai peur de ne pas pouvoir avoir un enfant un jour. _____
- 33- Sais-tu ce qu'est la contraception ? _____
- 34- Sais-tu ce qu'est une maladie sexuellement transmissible
(M.S.T.) ? _____
- 35- Parles-tu parfois de sexualité avec tes parents ? _____
- 36- As-tu un meilleur ami (ou une meilleure amie) avec qui tu peux
parler de tout ? _____
- 37- Est-ce que tu connais quelqu'un qui pensait à mourir parce qu'il
(ou elle) était triste ? _____
- 38- Est-ce que cela t'arrive parfois, à toi aussi ? _____
- 39- Si tu veux, tu peux écrire d'autres choses ou d'autres questions
que tu as en tête. _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- 40- As tu d'autres problèmes personnels que tu ne préfères pas
écrire ? _____

MERCI.

ANNEXE 2:

QUESTIONNAIRE ADOLESCENTES

D'après le questionnaire du service de Médecine pour Adolescents de l'Hôpital de Bicêtre (Docteur P. ALVIN)

Voici un questionnaire CONFIDENTIEL. Remplis-le, il sera remis au médecin qui va te voir. Tu n'es pas forcée de répondre à toutes les questions, mais tes réponses nous permettront de gagner du temps et de mieux t'aider.

Réponds OUI ou NON.

- 1- Est-ce que tu prends des médicaments en ce moment ? _____
- 2- Est-ce que tu as un "régime alimentaire" particulier ? _____
- 3- Est-ce que tu sautes souvent un repas ? _____
- 4- Est-ce que tu fumes ? _____
- 5- Aimerais-tu pouvoir diminuer ou arrêter ? _____
- 6- As-tu déjà fumé de l'herbe (marijuana) ou du hash (hashish) ? _____
- 7- Est-ce que tu bois parfois de la bière, du vin, ou d'autres alcools ? _____
- 8- Si OUI, plusieurs fois par jour ? _____
- 9- En mobylette ou en moto, tu portes ton casque tout le temps ? _____
- 10- En voiture, tu portes une ceinture tout le temps ? _____

D'autres adolescents comme toi nous parlent souvent de certains problèmes. En voici quelques-uns.

Ici aussi, réponds par OUI ou par NON.

- 11- J'ai du mal à m'endormir. _____
- 12- Je me réveille souvent la nuit. _____
- 13- Je suis assez fatiguée pendant la journée. _____
- 14- Il m'arrive encore de faire pipi au lit. _____
- 15- J'ai souvent mal à la tête. _____
- 16- J'ai souvent mal au ventre. _____
- 17- J'ai parfois l'impression que je vais m'évanouir. _____
- 18- J'ai souvent des douleurs aux jambes. _____
- 19- J'ai des règles douloureuses. _____
- 20- J'ai l'impression que mes seins sont trop petits/trop gros. _____
- 21- Ma santé m'inquiète. _____
- 22- Je me sens trop maigre. _____
- 23- Je me sens trop grosse. _____
- 24- Je me sens trop petite. _____
- 25- Je me sens trop grande. _____

- 26- Je pense que mes parents s'entendent bien. _____
- 27- Mes parents ne s'entendent pas et ça m'inquiète. _____
- 28- J'aimerais bien changer mes relations avec mes parents. _____
- 29- Dans ma famille, il y a quelqu'un dont la santé m'inquiète. _____
- 30- L'école (le lycée), c'est un problème pour moi. _____
- 31- Depuis quelque temps, ça marche moins bien à l'école. _____
- 32- Je sais ce que j'ai envie de faire plus tard. _____
- 33- J'ai peur de devenir enceinte. _____
- 34- J'ai peur de ne pas pouvoir avoir un enfant un jour. _____
- 35- Sais-tu ce qu'est la contraception ? _____
- 36- Sais-tu ce qu'est une maladie sexuellement transmissible
(M.S.T.) ? _____
- 37- Parles-tu parfois de sexualité avec tes parents ? _____
- 38- As-tu une meilleure amie (ou un meilleur ami) avec qui tu peux
parler de tout ? _____
- 39- Est-ce que tu connais quelqu'un qui pensait à mourir parce qu'il
(ou elle) était triste ? _____
- 40- Est-ce que cela t'arrive parfois, à toi aussi ? _____
- 41- Si tu veux, tu peux écrire d'autres choses ou d'autres questions
que tu as en tête.

- 42- As tu d'autres problèmes personnels que tu ne préfères pas
écrire ? _____

MERCI.

TABLE DES MATIERES

<u>INTRODUCTION</u>	9
1. <u>Historique de la médecine de l'adolescent</u>	10
2. <u>Principes de la prise en charge des adolescents et modalités pratiques</u>	11
2.1. <u>Données générales sur la prise en charge des adolescents</u>	11
2.1.1. La crise d'adolescence ou travail psychique de l'adolescence	11
2.1.2. La théorie des cercles	11
2.1.3. La crise parentale	14
2.2. <u>Modalités pratiques de la relation de soin avec l'adolescent</u>	15
2.2.1. La confidentialité	15
2.2.2. Les questions essentielles	16
2.2.3. L'examen clinique	16
2.2.4. La synthèse	16
2.2.5. La particularité du soin hospitalier	17
2.2.6. Les unités d'hospitalisation pour adolescents	18
2.2.7. La circulaire ministérielle n°132 du 16 mars 1988	19
3. <u>Création d'une unité de soins pour adolescents à l'hôpital de Brive</u>	22
3.1. <u>La chronologie</u>	22
3.2. <u>Les locaux</u>	24
3.3. <u>L'élaboration du projet</u>	25
3.4. <u>Les modalités de fonctionnement</u>	26
3.5. <u>Le réseau</u>	27
3.6. <u>Le protocole du centre de guidance infantile (CGI)</u>	28
3.7. <u>Les difficultés rencontrées</u>	29
4. <u>Le matériel et la méthode</u>	32
5. <u>Les résultats</u>	38
5.1. <u>L'accueil à l'hôpital</u>	38

5.1.1. Le mode d'accueil dans l'unité de soins pour adolescent	38
5.1.2. Les services d'accueil de l'hôpital	40
5.1.3. L'activité du service	41
5.1.4. Les motifs d'accueil	42
5.1.5. La durée d'hospitalisation	45
5.1.6. La prise en charge pendant l'hospitalisation	45
5.1.7. Le suivi après l'hospitalisation	46
5.2. <u>Les caractéristiques des adolescents hospitalisés</u>	48
5.2.1. Le sexe	48
5.2.2. L'âge	49
5.2.3. La scolarité	51
5.2.4. Le nombre d'enfants	51
5.2.5. La place dans la fratrie	52
5.2.6. Le milieu de vie	54
5.2.7. Le questionnaire "adolescent"	56
5.2.8. Les antécédents psychiatriques personnels	56
5.2.9. Les antécédents psychiatriques familiaux	57
5.3. <u>Les adolescents hospitalisés pour une tentative de suicide</u>	57
6. <u>Discussion</u>	62
6.1. <u>Comparaison avec les autres structures</u>	62
6.1.1. Les données disponibles	62
6.1.2. Le mode d'accueil	63
6.1.3. Les motifs d'hospitalisation et la prise en charge	65
6.1.4. Les caractéristiques sociodémographiques des adolescents hospitalisés	68
6.2. <u>La prise en charge des adolescents suicidants : intérêt du protocole utilisé</u>	72
6.3. <u>Etude critique du fonctionnement de l'unité de soins pour adolescents</u>	77
6.3.1. Les points intéressants de cette expérience	77
6.3.2. Points négatifs de cette expérience de trois ans et propositions	79
<u>CONCLUSION</u>	83

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	85
ANNEXE 1 : Le questionnaire Adolescents.	88
ANNEXE 2 : Le questionnaire Adolescentes.	90

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 147

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

TITRE : Conception et fonctionnement d'une unité de soins pour adolescents dans un service de pédiatrie générale (observation sur trois ans et étude critique).

RESUME

Le service de pédiatrie du Centre Hospitalier de Brive (Corrèze) a créé en 2000 un secteur d'hospitalisation spécifique pour les adolescents, composé de quatre chambres. Il accueille des jeunes de 14 à 18 ans, quelque soit leur pathologie, dans un lieu qui leur est consacré et avec une organisation adaptée à leurs habitudes de vie. Son fonctionnement s'articule autour de la collaboration entre les services de pédiatrie et de pédopsychiatrie, permettant une prise en charge globale des patients. Cette unité a en particulier, initié un protocole de suivi des jeunes suicidants, depuis deux ans, en collaboration avec le centre de guidance infantile de Brive. Cette étude se propose de rapporter l'expérience acquise en trois années de fonctionnement, au travers d'une étude statistique rétrospective, portant sur 417 observations. Les modalités d'hospitalisation, de suivi et les données sociodémographiques sont étudiées. On constate que l'hospitalisation se définit souvent comme un événement ponctuel, où l'admission se fait en urgence, pour un séjour de courte durée et s'accompagne d'un suivi dans moins de la moitié des cas. En revanche, l'ouverture de cette structure a permis d'améliorer la prise en charge des adolescents présentant une pathologie psychosociale, en mettant à leur disposition une multidisciplinarité et un travail en réseau efficace. Finalement, on souligne quelques points à étudier et à améliorer : le faible taux de suivi, l'absence de plage de consultation réservée aux adolescents, le taux d'occupation bas et les efforts restant à faire sur le plan de la prévention.

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine – Médecine générale

Mots clés : Adolescence – Médecine adolescent – Pédopsychiatrie – Tentative de suicide
Service hospitalier – Données statistiques.

UNIVERSITE DE LIMOGES Faculté de médecine
2, rue du Dr Marcland 87000 Limoges

Auteur : Charles LAFON
37, rue de Montlhéry 87000 Limoges