

Pédopsychiatrie

Quatre unités pour adolescents

Objectifs et méthodologie d'une enquête

Deux constats justifient que nous nous intéressions à la place tenue par les unités d'hospitalisation spécialisées pour adolescents dans le paysage actuel de la psychiatrie : d'une part, le fait qu'indéniablement l'urgence et l'hospitalisation sont des modalités de plus en plus fréquentes de première rencontre des adolescents avec la psychiatrie et constituent, de ce fait, des « opportunités à ne pas manquer » et, d'autre part, la constatation que, parallèlement à l'ouverture d'un nombre croissant de lits dédiés, l'insuffisance des places dans les unités spécialisées et les difficultés plus globales d'accessibilité des adolescents aux soins psychiques persistent.

Nous avons donc demandé à quatre unités spécialisées pour les adolescents, choisies parce qu'elles interviennent dans des contextes différents, de nous décrire leur projet et leur fonctionnement. Il ne s'agit ici que de montrer la diversité du paysage des unités d'hospitalisation pour adolescents pris actuellement comme un ensemble homogène et de mettre en évidence, s'il y a lieu, des axes de convergences forts, tant sur les fonctionnements que sur les dysfonctionnements et les besoins laissés sans réponse ; ceci pour servir de base à une réflexion plus générale sur la place de l'hospitalisation pour les adolescents.

De façon à avoir une cohérence dans les présentations, nous avons proposé un plan préétabli portant sur une analyse diachronique :

- le contexte de création de la structure : pour répondre à quelle(s) problématique(s), pour quelle population, dans quel environnement, avec quels moyens et quelle étendue d'attractivité...
- les difficultés rencontrées pour la mise en place du projet et dans son évolution, et les changements qu'il a induits dans le contexte local ;
- le fonctionnement actuel, son inscription dans le paysage local de la prise en charge des adolescents, les problèmes présents avec les acteurs de l'aval et de l'amont de l'hospitalisation ;
- les perspectives et les projets à venir.

Nous leur avons demandé aussi de préciser certains éléments qui nous semblent importants pour caractériser le type de soins proposés au regard des demandes et des besoins formulés par les familles ou les acteurs du champ social :

- les relations avec les familles, leur place dans le traitement, la gestion des visites...
- la zone d'attraction qu'elles sont censées recouvrir et le type de population desservie ;

- les demandes actuelles des partenaires avec, si possible, une appréciation sur leur niveau de satisfaction et d'insatisfaction ;
- les questions qui se posent à l'unité dans son fonctionnement et ses relations avec ses partenaires ;
- les situations qui ne peuvent être prises en charge dans le cadre de leur organisation, les critères d'exclusion et leurs raisons.

Tous les problèmes soulevés par ces fonctionnements ne sont pas abordés, l'ensemble devait rester très court et nous avons conscience de la complexité de l'exercice. Il faut remercier les auteurs de s'y être prêtés.

Par ailleurs, et dans l'optique de clarifier les données, nous avons demandé à ces équipes de remplir un tableau descriptif avec une coupe de l'activité au 31 janvier 2008 que nous reproduisons ici sous forme d'un tableau comparatif (pp. 8 et 9).

S O M M A I R E

P1

Objectifs et méthodologie d'une enquête

P2

Tours : une unité d'hospitalisation brève
Docteur Marc Filatre

P3-4

Isère : soins psychiatriques et psychothérapeutiques pour adolescents
Docteurs Pierre Murry et Béatrice Audrain

P4-6

Yvelines Sud : une unité de crise pour adolescents de l'Institut Marcel Rivière
Docteur Pablo Votadoro

P6-7

Limoges : une unité polyvalente de pédopsychiatrie
Docteur François Roche

P8-10

Commentaires

P10-11

Quelles hospitalisations pour quels soins d'adolescents ?
Docteur Catherine Isserlis

P11

Appel aux contributions de nos lecteurs

P12

La santé mentale du sujet âgé

Tours : une unité d'hospitalisation brève

La nécessité d'une unité d'hospitalisation brève dédiée aux adolescents est apparue à Tours dès 1973. À cette époque, le Pr. Lelord envisage la spécialisation de deux à trois lits dans son service d'adultes pour y recevoir des adolescents. Ce projet restera sans suite jusqu'en 1980 où il proposera la création d'une « centre de guidance » avec lits d'hospitalisation. Mais il faudra attendre 1984 pour qu'un premier projet soit présenté en Conseil de santé mentale. L'ouverture effective de quatre lits ne s'effectuera que cinq ans plus tard, en octobre 1989. L'une des spécificités de cette structure sera d'être intégrée à un secteur de psychiatrie d'adultes. Depuis septembre 2006, elle comporte six lits (1/21 jours) et six lits (21 jours/3 mois).

Quelles furent les constatations à l'origine de ces démarches ? Elles étaient essentiellement de trois ordres, que nous pouvons résumer ainsi :

1) Tout d'abord, un argument basé sur la qualité et la sécurité des soins. D'un côté, il fallait entendre la difficulté des services de pédiatrie à accueillir des adolescents dont l'apparition de troubles agis (une tendance qui, au passage, s'affirmera très fortement dans les vingt années qui suivront !) mettait en danger, encore *potentiel*, les jeunes enfants et les nourrissons. De l'autre côté, la difficulté à accepter que de jeunes adolescents de 14/15 ans puissent être brutalement confrontés à la pathologie psychiatrique chronique, voire à des adultes ayant commis des passages à l'acte (physiques et/ou sexuels).

2) Second axe : les documents de l'époque font apparaître un sentiment naissant concernant la spécificité des prises en charge d'adolescents (spécificités cliniques et des dispositifs de prise en charge) concomitant de la perception d'une nécessité de « spacialiser », de différencier des zones spécifiques à cet âge.

3) Enfin, deux visions du soin à l'adolescence s'opposaient au travers de deux projets concurrents : l'un étant soutenu par un des chefs de service de pédiatrie et l'autre par des psychiatres des deux services (universitaires) de psychiatrie (enfants et adulte).

Plusieurs aspects ont fait le lit à des difficultés durables pour la reconnaissance et l'acceptation de cette unité :

1) Le contexte idéologique sous-tendant le fonctionnement de la plupart des secteurs du département.

Il est clair que cette création s'est effectuée dans un environnement psychiatrique très clairement hostile à ce type de projet (qualifié, longtemps après son ouverture, de ségrégationniste) alors même qu'une différenciation fondée sur les pathologies en était clairement écartée (il en est toujours de même aujourd'hui !). Les unités d'hospitalisation sectorielles étaient présentées comme en mesure d'accueillir de 16 à 99 ans.

En partie liée à ce premier point, nous avons longtemps ressenti la difficulté de nos collègues à accepter l'idée que ce service n'était pas positionné comme un temps intermédiaire et « concurrentiel » en rupture avec d'un côté, la pédopsychiatrie et de l'autre, la psychiatrie d'adultes (bref, le fameux maillon supplémentaire), mais qu'il visait la prise en charge médicalisée des situations *a priori* transitoires n'ayant pas vocation à abonder les files actives de ces services sectorisés !

2) Les conditions financières de son ouverture.

Cette unité a été ouverte sans aucune dotation de moyens ! Cela tient à une particularité de l'établissement, renforcée par le fonctionnement propre du

service lors de l'ouverture de l'Unité des adolescents. Nous sommes intégrés, fait plutôt rare, dans un CHU. Dans ce cas, la « visibilité » de la psychiatrie face au MCO est toujours assez faible... En 1989, nos tutelles comparaient assez volontiers et indistinctement le ratio lits/personnels pour toutes les activités du CHU, trouvant alors à la psychiatrie un intérêt majeur : celui d'être « un réservoir inépuisable en personnels ». Beaucoup de suppressions de postes s'en étaient donc suivies. Pire : la Clinique psychiatrique universitaire tentait, à cette époque, d'appliquer les préconisations nationales visant à privilégier l'ambulatoire sur l'intra-hospitalier. Cela a eu l'effet paradoxal et terrible d'aggraver la réduction de personnel et le service ne put limiter les pertes qu'en transférant une partie du personnel de l'intra vers cette nouvelle activité. Ainsi naquit le sentiment durable que « les ados » avaient capté du personnel « adultes », celui-ci manquant à l'ambulatoire et à l'intra quand la demande réaugmenta fortement.

Actuellement, l'Unité est un dispositif de seconde intention reconnu, travaillant principalement avec les urgences pédiatriques et d'adultes, les psychiatres publics et libéraux, les dispositifs d'accueil ambulatoires et résidentiels du département. Nous recevions beaucoup de jeunes de la région Centre, mais la saturation récurrente du service nous en empêche aujourd'hui.

Depuis une dizaine d'années, la nature des troubles des adolescents que nous accueillons (ruptures et traumatismes précoces et répétés avec, pour beaucoup, une discontinuité du lien toujours actuelle) nous a conduit à axer davantage nos prises en charge vers des aspects familiaux (au sens large) et sur la coordination des prises en charge. Nous avons ainsi développé un secteur de thérapie familiale et sommes fortement impliqués dans deux réseaux de santé. Nous travaillons le plus possible avec les structures de droit commun sans avoir, par exemple, développé de scolarisation interne, préférant accompagner les jeunes sur leur établissement chaque fois que cela est souhaitable et réalisable.

Nos temps de séjour sont relativement brefs (l'hospitalisation reste évidemment « un moment d'une prise en charge globale »), mais se pose de façon très critique la question des post-hospitalisations qui sont totalement inexistantes sur notre département : pas de CATT, pas d'HDJ, pas d'accès aux Soins-Études, pas de Placement familial thérapeutique. Cela rallonge un peu notre DMS, fait augmenter le taux des réadmissions (certaines prises en charge ambulatoires étant insuffisantes et plusieurs jeunes devant être admis ou maintenus dans différentes structures moins adaptées), tendant ainsi régulièrement nos relations avec nos partenaires. Les carences ne sont d'ailleurs ici pas que sanitaires. Il existe une réelle difficulté avec des jeunes très perturbateurs, souffrants de troubles du comportement durables sans trouble psychiatrique notable, pour lesquels les ITEP (et Foyers de l'enfance), éprouvant des difficultés de contenance toujours croissantes verraient bien, là encore, notre unité devenir une solution pérenne...

Engloutie dans la dynamique des différents grands chantiers hospitaliers (accréditation, mise en pôles, T2A en MCO...), la dynamique départementale, qui avait été créée en 2002-2003 et avait abouti à un Projet départemental en faveur des adolescents puis à un début de fédération interhospitalière, s'est trouvée durablement interrompue. Nous espérons qu'elle pourra renaître en prenant notamment appui sur la Maison de l'Adolescence où le service souhaiterait, à terme, disposer d'un centre de crise d'un type un peu novateur.

Enfin, dès que cela sera matériellement possible, nous allons ouvrir un dispositif Soins-Études en lien, pour ce qui est du sanitaire, avec notre unité et celles recevant des jeunes adultes à la Clinique psychiatrique universitaire.

Docteur Marc Filatre

Isère : soins psychiatriques et psychothérapeutiques pour adolescents

L'Unité d'hospitalisation pour adolescents du Centre hospitalier de Saint-Égrève est ouverte depuis février 2002. Elle est actuellement rattachée à un pôle de psychiatrie générale (chef de pôle : Monsieur le Docteur Pierre Murry) et travaille en collaboration avec la psychiatrie infanto-juvénile ; en effet, deux autres structures pour adolescents appartiennent au pôle de pédopsychiatrie (chef de pôle : Monsieur le Docteur Jean-Claude Boucris) : l'Antenne adolescents (centre de consultation), l'hôpital de jour, implantés en ville.

1. Historique

Le projet d'ouverture de cette unité découlait du constat d'insuffisance et lacunes dans la prise en charge d'adolescents isérois (secteur sanitaire IV) nécessitant une hospitalisation complète en raison de troubles psychiques graves.

Malgré l'existence dans le Centre hospitalier de Saint-Égrève d'une sous-unité en psychiatrie générale de cinq lits réservés aux adolescents et de deux structures de l'agglomération grenobloise accueillant des jeunes en état de crise (UPMI : unité de psychologie médicale infantile du CHU ; UPA : unité d'accueil post-aigu de la clinique du Grésivaudan), il était constaté que des mineurs étaient hospitalisés en psychiatrie adulte et cela de façon croissante.

2. Fonctionnement

L'unité Tony Lainé dispose de dix places dont une couplée hospitalisation de jour/hospitalisation de nuit. C'est une unité fermée et elle dispose depuis son déménagement en juillet 2007 d'une chambre d'isolement. Cette unité, comme nous l'avons précisé précédemment, fait partie intégrante d'un pôle de psychiatrie générale, cela tant d'un point de vue historique que d'un point de vue fonctionnel : cela permet entre autres, d'avoir une gestion institutionnelle plus adaptée, en particulier dans la prise en charge des patients quotidienne mais également dans les périodes de crise (gestion de la chambre d'isolement et des contentions éventuelles). Cela permet également, en cas de nécessité, des transferts plus faciles en unité adulte, soit quand l'unité pour adolescent est saturée, soit lorsque, pour des raisons d'âge, l'adolescent est confié à l'équipe de secteur adulte adaptée.

Enfin, l'intégration de cette unité dans un pôle de psychiatrie générale permet une plus grande souplesse tant au niveau des soignants que des médecins et d'assurer ainsi une continuité des soins tout au long de l'année.

Tous les jeunes admis dans l'unité bénéficient d'une évaluation pluri-professionnelle (psychiatrique, psychologique, sociale, scolaire) et celle-ci permet la mise en place d'un projet thérapeutique individualisé.

Outre le fonctionnement habituel à toute unité d'hospitalisation, l'unité bénéficie de l'intervention de « l'école à l'hôpital », quatre demi-journées par semaine.

Toutes les familles sont reçues en entretien très régulièrement et un groupe de parole est réservé aux parents. Ce temps consacré à celles-ci nous apparaît nécessaire en raison de distorsions dans le fonctionnement familial presque toujours présentes pour les adolescents accueillis.

3. La population accueillie

L'unité reçoit des jeunes de 12 à 18 ans avec une priorité aux moins de 16 ans.

Les adolescents reçus présentent en général des troubles majeurs du comportement, des conduites (fugues, actes auto ou hétéro-agressifs, conduites addictives, à risque...) quelle que soit la structure psychique sous-jacente.

On peut cependant individualiser trois grands ensembles parmi ces jeunes :

- ceux présentant un tableau clinique en lien avec une psychopathologie spécifique de l'adolescence ;
- ceux présentant un tableau clinique révélant une organisation pathologique de l'adulte ;
- ceux qui présentent des épisodes de désorganisation dans un contexte de pathologie psychiatrique infantile (à l'exception des enfants déficitaires).

4. Modalités d'admission et de sortie

4.1. Modalités d'entrée

Dans l'agglomération grenobloise, hors l'unité Tony Lainé, deux autres structures reçoivent donc de façon spécifique des adolescents.

Les adolescents admis aux urgences pédiatriques (pour les moins de 15 ans) et à l'UCAP (Unité de consultation et avis psychiatriques) des urgences médicales du CHU (pour les plus de 15 ans) sont orientés vers l'une des trois unités en fonction de leur âge, de leurs troubles psychiatriques et des places disponibles.

Outre les admissions provenant des urgences, les jeunes hospitalisés viennent du secteur sanitaire mais aussi du secteur social. En effet, un certain nombre d'adolescents accueillis dans l'unité ont fait l'objet d'une demande d'hospitalisation directement par l'ASE (Aide sociale à l'enfance), la PJJ (Protection judiciaire de la jeunesse), voire de lieux de vie sans que celle-ci soit médiatisée par un médecin ; dans ce cas, une consultation par l'un des deux psychiatres de l'unité a toujours lieu au préalable.

Parfois les familles nous contactent directement.

De plus quelques adolescents ont été admis en OPP (ordonnance de placement provisoire, soit selon l'ordonnance de 1945, soit selon l'ordonnance, article 19 de la loi 2003-303 du mars 2002).

4.2. Modalités de sortie

Pour chaque adolescent sortant, un suivi ambulatoire est organisé. Quand aucune prise en charge n'existait au préalable, nous adressons le plus souvent le jeune sur l'Antenne adolescents. Un psychologue de l'unité et moi-même intervenons dans cette structure, ce qui nous autorise, quand cela nous semble judicieux en raison du jeu transférentiel, à assurer la poursuite des soins.

Dans tous les cas, nous prenons toujours le temps, sur la fin de l'hospitalisation, d'organiser le relais en ambulatoire (entretien, synthèse).

La sortie se fait selon des modalités progressives avec plusieurs permissions dans la famille ou le lieu de vie.

5. Quelques problèmes rencontrés

5.1. Les demandes d'hospitalisations

Émanant du champ social, elles ne sont pas toujours justifiées et les partenaires sociaux ne comprennent pas toujours notre refus d'hospitaliser certains mineurs et, malgré un avis psychiatrique, s'obstinent dans leur demande.

5.2. Les hospitalisations prolongées

Les hospitalisations prolongées concernent en général des jeunes qui, outre des troubles psychologiques graves, sont confrontés à des problèmes sociaux massifs. Il s'agit en général d'adolescents placés et qui sont hospitalisés en raison de troubles du comportement massifs récurrents et pour lesquels le lieu de vie se désengage ou s'avère inadapté.

Nombre de jeunes pourraient être qualifiés d'état limite et ont, dans leurs antécédents, des placements multiples, passant d'une structure à une autre en réponse à des comportements ingérables.

L'hospitalisation vient alors marquer la nécessité d'arrêter le jeune dans ses passages à l'acte, mais aussi bien souvent l'effondrement de l'équipe éducative du lieu d'accueil.

À partir de là, même si l'adolescent présente une amélioration significative de son état de santé, il est bien difficile d'organiser son retour en foyer ; cela d'autant plus que son passage en hôpital psychiatrique vient le stigmatiser dans son rôle de malade dérangeant, voire dangereux.

Pour essayer de minimiser ce problème, l'assistante sociale et les éducatrices de l'unité essaient d'accompagner le jeune et l'équipe du lieu de vie dans ce retour.

De plus, actuellement, une association, le RAI (Réseau adolescent de l'Isère) regroupe des institutions de divers horizons (sanitaire, social, médico-éducatif) permettant dans les cas les plus difficiles d'essayer de trouver des solutions.

5.3. Les délais d'attente

Ces hospitalisations prolongées ont pour corollaire de ralentir le turnover des lits, d'où fréquemment une impossibilité de répondre aux demandes émanant des urgences. Par ailleurs, cette incapacité à répondre rapidement aux demandes d'hospitalisation nous amène à devoir gérer une liste d'attente de plus en plus longue avec nécessité de faire des priorités (ce problème est *a priori* commun aux trois structures de l'agglomération grenobloise).

6. Conclusion

L'unité Tony Lainé est un apport essentiel dans la prise en charge des adolescents de l'agglomération grenobloise avec des soins spécifiques, à l'interface de la pédopsychiatrie et de la psychiatrie adulte. Son intégration dans un pôle hospitalier de psychiatrie générale lui apporte un soutien dans de nombreux domaines et la coopération avec les services de pédopsychiatrie complète et enrichit son fonctionnement.

Docteur Pierre Murry
Docteur Béatrice Audrain

Yvelines Sud : une unité de crise pour adolescents de l'Institut Marcel Rivière

Conçue dans le cadre du Projet d'établissement (1999-2004) de l'Institut Marcel Rivière (IMR), établissement PSPH de psychiatrie générale géré par la Mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN), l'unité d'hospitalisation pour adolescents de l'IMR a vu le jour en mai 1999. Initialement ouverte avec huit lits, l'unité s'est agrandie à quinze lits en mars 2002 avec l'achèvement du projet architectural. Sa création est le fruit d'une large concertation entre les différents établissements psychiatriques publics du sud des Yvelines et les pouvoirs publics face à la carence de lits d'hospitalisation spécifiquement dédiés à cette population dans le sud du département des Yvelines. L'ouverture de cette nouvelle structure de soins a été pensée d'emblée dans le cadre d'un « réseau » diversifié et coordonné de prises en charge des pathologies de l'adolescence. Il ne s'agissait pas tant de créer de novo une structure qui soit autonome, légitimant une tendance naturelle à l'hospitalo-centrisme, mais, à l'inverse, de proposer à la fois une réponse à un besoin non encore pourvu et de contribuer à l'harmonisation et à la coordination des différentes actions déjà existantes en direction des adolescents. C'est pourquoi, parallèlement à l'ouverture des huit premiers lits, la première étape a consisté à formaliser les relations entre les différents acteurs au sein d'un « réseau primaire » dénommé : DISPASY (Dispositif intersectoriel psychiatrique pour les adolescents du Sud-Yvelines).

Cette unité accueille des adolescents de 14 à 18 ans dans un service développé à partir des structures de soins de La verrière et de son savoir-faire en termes de psychothérapie institutionnelle.

Cet article se cantonne à certains aspects de l'organisation au sein de son contexte environnemental et dans la limite des objectifs de ce numéro, faisant volontairement l'impasse sur les questions thérapeutiques.

Fonctionnement du réseau primaire : le DISPASY¹ dans son environnement

Depuis ses débuts, l'objectif du DISPASY s'est concentré sur le développement et le renforcement des synergies de compétences entre différentes structures pour formaliser des réponses diversifiées, complémentaires et coordonnées aux problèmes posés par la prise en charge psychiatrique des adolescents. C'est dans cet esprit que les différents acteurs du secteur public concernés se sont organisés peu à peu pour aménager des filières de soins spécifiques ambulatoires en évitant de privilégier la seule perspective intra-hospitalière. Celle-ci non seulement risque de réduire à la forme de l'urgence toute demande, mais concourt par l'univocité de la réponse à

1. Ce réseau primaire associe : les trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile rattachés à l'EPS Charcot à Plaisir pour deux d'entre eux et au centre hospitalier de Versailles pour le troisième ; les sept secteurs de psychiatrie adulte rattachés à l'EPS Charcot ainsi que celui de Versailles et de l'IMR, qui gèrent les unités psychiatriques des SAU, ainsi que celles intervenant en pédiatrie des hôpitaux généraux de Versailles et de Rambouillet ; l'hôpital de jour pour adolescents de Saint-Cyr ; le groupe Eric (le groupe d'intervention de crise).

tomber dans le piège de l'absurdité de solution immédiate standardisée à des problèmes complexes et ainsi limiter les possibilités de résolution. Les modalités d'admissions dans l'unité hospitalière de soin psychiatrique se sont trouvées ainsi définies aussi bien par une perspective de travail en amont qu'une continuité en aval.

Ainsi, face aux demandes urgentes émanant des institutions socio-éducatives ou judiciaires, les plus complexes car substituant, bien plus que les familles, les questions d'écologie institutionnelle avec les problèmes psychiatriques, la seule réponse hospitalière n'est pas privilégiée. Le DISPASY s'emploie à prévenir ces situations, à préparer les projets et faciliter les solutions d'aval, de sorte que l'hospitalisation se présente rarement comme un lieu de vie médicalisé ou bien un lieu d'exclusion disciplinaire sous couvert de problèmes psychologiques, mais bien comme un projet de soins face à un état qui relève de son champ.

Par la suite, une nouvelle structure est venue enrichir l'environnement de ce réseau de soins. En effet, parallèlement, le Réseau de promotion de la santé mentale du Sud-Yvelines (RPSM 78) a vu le jour en réponse à la nécessité de tisser des liens entre tous les partenaires concernés par la santé mentale sur le territoire ainsi défini, situant son action en termes de santé publique et non pas cantonnée aux seules questions de soin psychiatrique. Progressivement, le DISPASY a pu s'intégrer à ce large réseau qu'il a pu compléter dans une naturelle complémentarité garante du respect de l'originalité de leurs projets respectifs.

C'est dans cette complémentarité qu'une coordination du DISPASY a pu voir le jour, depuis quelques mois, qui a excentré d'autant plus les réponses du soin par rapport à l'hospitalisation. Celle-ci consiste à assurer les liens entre le dispositif de soin et le RPSM 78 et donc à répondre aux sollicitations des protagonistes de la santé mentale. Ainsi le projet actuellement en cours de maison pour adolescents, qui doit voir le jour dans chaque département, profite de l'expérience de tous les partenaires du soin sans exclusion et trouve dans le RPSM 78 la structure de soutien nécessaire à son élaboration.

Perspectives, du passé, de l'avenir

La perspective de quelques années de fonctionnement confirme l'importance toujours actuelle du DISPASY pour garantir le projet thérapeutique le plus adéquat pour chaque adolescent parmi les possibles de l'offre de soin et ainsi la possibilité pour une unité psychiatrique de crise d'assurer son rôle dans les limites de ses potentialités. La structuration du dispositif en réseau du DISPASY permet d'expérimenter l'interdépendance des différents acteurs ou comment le fonctionnement des uns permet l'intervention des autres. D'une façon générale, l'expérience montre les vertus d'un tel dispositif pour permettre de contourner les limites de chaque institution par la complémentarité des moyens et de s'extraire ainsi quelque peu des pressions sociales qui peuvent parfois entraver la démarche thérapeutique. Le passage de la complémentarité structurelle, prévue à l'origine, à la synergie, se constitue comme une étape supplémentaire qui a consisté en un apprentissage du travail de chaque partenaire. Ce qui a conduit au résultat d'une meilleure préparation des projets d'hospitalisation ainsi qu'un meilleur profilage des indications, évitant l'écueil de réserver l'hospitalisation aux formes bruyantes et violentes, pour la proposer comme une mesure réellement thérapeutique plutôt que répressive. Les formes plus silencieuses bénéficient aussi de la totalité des ressources thérapeutiques du DISPASY et permettent ainsi d'ouvrir les portes de l'unité à des patients originaires des secteurs des départements voisins.

Cependant, à côté de ces évolutions, un certain nombre de problèmes restent constants. L'unité psychiatrique, en tant que lieu d'hospitalisation, cristallise toujours l'inquiétude quand émerge une situation alarmante concernant un adolescent, que nous avons qualifié « d'angoisse contagieuse »². Ainsi, le recours à celle-ci se fait dans une urgence qui appelle à la rapidité au détriment de sa préparation, ce qui dépasse parfois ses capacités de réponse, alors que par ailleurs les services d'urgence ont réussi à s'adapter aux spécificités de l'adolescence. De ces rares situations, des sentiments de frustration perdurent qui résistent encore à l'analyse. Mais cela se produit aussi dans l'autre sens car, au-delà de la dimension clinique, l'adolescence se construit socialement dans un rapport au temps qui semble transformer chaque minute en perte de potentialité pour le devenir. À côté de l'articulation interne-externe, proposer un projet de soin hospitalier à des adolescents issus des institutions judiciaires et socio-éducatives amène à des problèmes bien plus complexes. Car bien souvent, celles-ci tendent à court-circuiter le DISPASY et les possibilités en amont et envisagent dans ce cas l'hospitalisation comme un lieu total favorisant sa raison sociale au détriment de sa raison thérapeutique. Le RPSM 78 n'a pas encore trouvé le temps de réfléchir à ces questions, mais se situant dans les logiques de la santé mentale, il n'est pas à douter qu'il viendra probablement proposer des alternatives dans le futur.

Environnement familial

Au cœur de la prise en charge pour chaque patient hospitalisé, la famille est associée aux différentes étapes des décisions des projets de soin en partenariat. Celui-ci permet un travail sur la place de l'adolescent dans sa famille, l'analyse des modalités relationnelles qui, en prenant en compte les aspects projectifs réciproques, permettent d'entrevoir certains aspects des enjeux subjectifs qui guident notre action³. Par ailleurs, un groupe de soutien et de réflexion est proposé tous les quinze jours autour des questions des parents concernant l'hospitalisation, la maladie, les troubles psychiques et les modalités parentales, voire éducatives, de réponses... Ce groupe, animé par une psychologue et un infirmier(ère) de l'équipe, se propose avant tout de répondre aux questions des familles et, dans un second temps, lorsque cela s'avère possible, de favoriser un début d'élaboration qui sera repris dans les entretiens familiaux déjà programmés pendant le séjour. Il n'y a donc pas de principe idéologique guidant les modalités de visite ou autre aspect formel concernant les relations entre les parents et les adolescents. Seuls sont pris en compte des aspects pratiques, voire légaux, et la nécessité de la technique institutionnelle qui ambitionne, face au tableau clinique dans son contexte social et familial, de produire ses effets révélateurs.

Bilan

Au cours de ce bref bilan, on aura essayé de restituer une certaine dynamique qui anime l'unité d'hospitalisation dans ces aspects écologiques. Les questions thérapeutiques, plus complexes, raison d'être de ce type de structure, mériteraient d'être déclinées non seulement à un niveau familial comme individuel mais aussi d'être étendues dans son abord social et groupal.

2. Votadoro P., Rechtman R., Stern S., "L'angoisse contagieuse" ; in : *Adolescence*, 2004, 22, 2, 325-332.

3. Votadoro P. « Le regard de l'artiste, prise en charge familiale des adolescents souffrant de troubles psychiatriques », in *Génération*, n°34, déc. 2004 : 31-34.

La clinique de l'adolescence nous confronte à une nouveauté, celle de se laisser facilement façonner par les représentations contemporaines. Justement, cette unité se situe non pas comme un projet émanant des acteurs de la société civile, mais une réponse des professionnels de santé face à des problèmes thérapeutiques spécifiques. Face à l'adolescence « menaçante », l'unité d'hospitalisation s'évertue à proposer des réponses qui soient thérapeutiques, la mise en réseau des institutions publiques de soins n'y apparaît pas comme un gage de réussite mais une condition *sine qua non*.

Dr Pablo Votadoro⁴

4. Psychiatre responsable de l'unité d'hospitalisation pour adolescents de l'Institut Marcel Rivière, dirigée par le Dr Richard Rechtman.

Limoges : une unité polyvalente de pédopsychiatrie

L'unité d'hospitalisation à temps plein du CH Esquirol est une unité polyvalente de pédopsychiatrie, même si pour l'essentiel, les patients accueillis sont des adolescents. Elle s'est peu à peu mise en place dans une confrontation entre une politique volontariste visant à des changements fondamentaux de l'institution hospitalière et les pesanteurs et consensus de chronicité d'un vieil hôpital. Ces deux particularités conditionnent les choix de fonctionnement. Par ailleurs, le fait d'être la seule unité d'hospitalisation à temps plein sur plusieurs départements de la région Limousin (Corrèze, Creuse, Haute-Vienne), alors que l'évolution de son fonctionnement se faisait en parallèle avec des changements globaux de politique de santé (ARH, SROSS), a nécessité de nombreuses mises au points.

I

Les locaux de l'unité sont la Villa Bellevue ; il s'agit d'un bâtiment construit dans les années 1890 avec un autre bâtiment similaire, aujourd'hui détruit, la Villa Bel Air, pour accueillir les pensionnaires (c'est-à-dire les patients payant leur séjour) de l'asile départemental d'aliénés de Naugeat. Durant l'évolution qui a fait de l'asile d'aliénés le CH Esquirol, cette villa, qui a longtemps été dédiée à l'accueil d'arriérés profonds, a connu trois mutations essentielles pour devenir l'unité d'hospitalisation à temps plein du pôle de pédopsychiatrie :

1. Dans les années 90, les deux intersecteurs de pédopsychiatrie perçoivent la nécessité de disposer de moyens d'hospitalisation à temps plein qui sont trouvés, d'une part par une intervention massive dans les services de pédiatrie du CHU (prise en charge des TA, des troubles des conduites alimentaires et psychiatrie de liaison), d'autre part, par la réhabilitation de huit lits dans la Villa Bellevue en 1998 (axés sur les réponses à donner aux enfants psychotiques au-delà de l'hôpital de jour).

2. La demande des secteurs sociaux, dans la démarche nationale de l'époque, amène la création, dans un autre étage de la villa, d'une unité de sept lits (LUSIPA) dédiée aux adolescents en crise, notion vague et confuse s'il en est ; dans le même temps est affirmé le rôle régional de la structure.

3. Les difficultés majeures de fonctionnement de ces deux petites unités, attribuées chacune à un secteur différent, amène à proposer une fédération d'hospitalisation afin de résoudre des problèmes organisationnels et d'être interlocuteur unique vis-à-vis des différentes instances ; c'est cette fédération qui a soutenu le projet d'extension à 21 lits et 10 places d'hôpital de jour dans le cadre du SROSS, structure ouverte début 2007.

Pour caractériser ces évolutions, on pourrait dire qu'elles se sont faites devant des nécessités tangibles liées à la prise en compte de nouvelles demandes et de nouveaux partenariats, qu'elles ont été expérimentées dans leur fonctionnement avant d'être officialisées (convention, projet d'extension), ce qui a permis d'asseoir une certaine légitimité à leur proposition.

II

Une telle institution rencontre bien sûr de nombreuses difficultés.

Certaines sont conjoncturelles et correspondent à des difficultés matérielles partagées au plan national :

- délai pour garder des crédits imposant un an de travaux dans une structure en fonctionnement (et il s'agissait de très gros-œuvre) et donc réduction à sept ou huit lits pendant cette durée, donc mise à mal des projets partenariaux préalables, faute de place. Mais un outil de travail actuel intéressant en contrepartie ;

- problèmes de personnel (des postes manquent par rapport au projet) qui limitent des possibilités prévues (groupes thérapeutiques, consultations infirmières, travail à domicile, qui se réalisent certes mais en nombre bien inférieur aux indications et qui amènent la fermeture de dix lits sur toutes les périodes de vacances scolaires - pour garder l'encadrement suffisant pour des pathologies lourdes et des accompagnements complexes comme les rescolarisations ou le travail de suivi d'adolescent incarcérés).

Une difficulté structurelle est liée à l'existence même d'une structure accueillant des adolescents dans la mesure où - médiatisation oblige - l'indication d'hospitalisation devient une indication non-médicale essentiellement basée sur les comportements et la stupide notion d'urgence ; cette difficulté est stimulante car soit on en meurt par enkystement de la structure sous des fausses indications et de la chronicité de régulation sociale, soit on est amené à préciser en permanence la notion de soins (la chronicité, ce n'est pas la durée mais l'absence de projet) et de développer des vrais partenariats, ceux qui passent par l'explication et la parole et non par l'injonction et l'obligation. Nous y reviendrons dans le fonctionnement.

III

La mise en place progressive de l'unité, de ses impératifs sectoriels et intersectoriels et de ses maillages partenariaux, a conduit à un fonctionnement à double niveau et à double réseau :

1. Le premier est un réseau local qui correspond en gros au territoire et aux missions des deux secteurs de la Haute-Vienne ; il permet l'utilisation de moyens spécifiques tels que l'hospitalisation de jour ou l'hospitalisation brève en partenariat avec les services de pédiatrie ; il répond également à l'urgence immédiate dans le département, là encore dans un

maillage étroit avec les interventions du pôle de pédopsychiatrie aux urgences pédiatriques. Ces partenariats sont plus axés sur la pédiatrie hospitalière, bien sûr, mais aussi sur les services sociaux et le système scolaire ; dans ce cadre, à la suite de réflexions longues et parfois conflictuelles, une convention avec le département permet le financement et l'intervention d'un praticien hospitalier à 0,40 ETP dans les structures pour adolescents de l'ASE (intervention qui n'a de sens que dans l'appui sur la structure hospitalière et qui, en parallèle, ouvre à celle-ci des possibilités de fonctionnement plus souple, en particulier ambulatoires ou séquentielles).

2. Le second est un réseau régional dont la fonction essentielle est d'apporter des solutions de soins inexistantes dans les département concernés et non de proposer des alternatives aux hébergements sociaux difficiles. C'est pourquoi nous insistons sur le nécessaire passage par les équipes de pédopsychiatrie des secteurs concernés avant de formuler une indication d'hospitalisation ; le mode préférentiel de travail est l'hospitalisation programmée avec, si possible, consultation préalable dans la structure (même si elle est parfois très symbolique, de l'ordre de quelques heures avant l'admission). Ces hospitalisations répondent en gros à deux fonctions :

- l'une de bilan sur deux à trois semaines (dans lesquelles se retrouvent des urgences différées préévaluées dans le département concerné) ; elle permet aussi des évaluations diagnostiques et des propositions thérapeutiques pour des adolescents suivis en ambulatoire ou en institution médicosociale ainsi que, dans certains cas, pour éclairer une orientation par un magistrat. Cette activité mobilise donc nos partenariats pédopsychiatriques régionaux, médicosociaux et judiciaires ;
- l'autre permet des hospitalisations de moyenne et longue durée ; une des particularités est de travailler dans le cadre de conventions avec l'Éducation nationale sur des rescolarisations ; ceci conditionne des durées d'hospitalisation en fonction du calendrier scolaire. Les indications essentielles sont les troubles des conduites alimentaires et les troubles sévères de la personnalité ou les émergences psychotiques s'exprimant par une symptomatologie d'inadaptation sociale.

IV

Trois éléments nous apparaissent fondamentaux pour maintenir la dynamique de la structure :

- il n'y a pas de protocole, mais une construction progressive de l'hospitalisation en fonction de l'utilité qu'elle a pour chaque adolescent à travers les consultations individuelles, familiales et la vie quotidienne de l'unité ; nous n'hésitons pas à recourir à la durée si cela est utile pour que des mobilisations se fassent jour ;
- par contre, la seule justification de la présence est qu'il existe une dynamique de soins ; en particulier les évolutions vers une chronicisation sous toutes ses formes supposent une réorientation qui n'exclut pas un suivi ambulatoire ou en hospitalisation de jour (utile pour éviter les va et vient de pseudo urgence).
- l'utilisation des médiateurs culturels comme espace intermédiaire entre l'hospitalisation et le monde extérieur est privilégiée car souvent elle permet des reprises d'espaces de pensée perçus comme moins intrusifs que des espaces thérapeutiques classiques, et peut favoriser l'accessibilité à ceux-ci ; certains de ces médiateurs sont institutionnels (groupe

philo, journal...), les autres se construisent avec les adolescents selon leurs inclinaisons personnelles et utilisent les moyens locaux ordinaires.

V

Les projets peuvent se décliner en trois axes et leur fonction essentielle est, d'une part de coller à notre histoire et à notre réalité (nos partenariats ne sont pas artificiels, mais nés du travail en commun et ne vivent que de leur utilisation quotidienne) et, d'autre part, de rester toujours vigilants et ouverts aux évolutions des demandes qui nous sont faites (en les reformulant en termes de psychopathologie et de réponse de soins).

L'un de ces axes est un travail autour des ruptures scolaires en collège ; une recherche est en cours à ce sujet, dans le cadre de la région, en collaboration avec l'inspection académique et l'ARH, pour mieux préciser ce qu'il en est de l'incidence et des caractères de ces phénomènes actuellement en recrudescence apparente ; dans un temps second, cette meilleure connaissance permettra de proposer des axes de prise en charge associant thérapeutique, pédagogique et scolaire.

Le second est de continuer toujours et toujours le travail sur les modalités de réponse aux urgences dans le cadre global du pôle de pédopsychiatrie ; un des objectifs essentiels est d'éviter des hospitalisations non justifiées qui peuvent avoir une fonction très délétère de désorganisation d'équilibres personnels et familiaux précaires et de proposer une identification de malade à des adolescents en souffrance ; ceci suppose donc de se doter de moyens de répondre d'une part aux ressentis d'urgence de la part du corps social (parents, institutions, médecins), d'autre part de moyens d'accueil ambulatoires des adolescents ; l'intérêt d'appuyer ces réponses sur une unité d'hospitalisation est de pouvoir en utiliser *a minima* les outils, ce qui n'est pas le cas si ces différentes missions sont affectées à des équipes trop séparées, voire à des équipes non psychiatriques.

Le troisième est un peu le corollaire de ces objectifs préalables, c'est d'évoluer dans le cadre du projet du pôle de pédopsychiatrie, en particulier dans des répartitions nouvelles des différentes missions de ce pôle ; un travail est actuellement en cours pour articuler le fonctionnement de l'unité avec l'unité mobile de pédopsychiatrie en cours de déploiement et, d'autre part, la nouvelle organisation des urgences pédopsychiatriques du fait de la création au CHU d'un hôpital mère-enfant.

VI

Pour conclure, deux éléments paraissent fondamentaux : l'un est de toujours se référer à la clinique pédopsychiatrique et à ses repères psychopathologiques, ce qui n'empêche pas de répondre à des demandes formulées dans un autre registre ; l'autre est de toujours rester en appui sur l'institution pédopsychiatrique d'une part, sur les partenariats d'autre part. Faute de respecter ces deux éléments, une institution pour adolescents est condamnée à un enfermement sur elle-même détruisant toutes ses possibilités d'être soignante.

Docteur François Roche

Commentaires

Nous livrons à la réflexion quelques questions issues de ces renseignements, complétés des informations obtenues par nos échanges avec les quatre unités.

Capacité et effectif

Comment comprendre que, pour des capacités similaires, les compositions des équipes, notamment leur taux de médicalisation et leur typologie

en termes de métiers, soient aussi différentes ? Est-ce lié à l'établissement d'origine ou à une organisation propre au projet lui-même ?

Admissions

Bien qu'impliquées dans l'urgence, il semble qu'aucune unité ne reçoit elle-même directement au service d'urgence. Où sont les adolescents dans cet intervalle, si un contact préalable, voire une consultation préalable sont nécessaires en aval du site d'urgence et si la plupart des entrées semblent se faire par transfert ou en semi-programmé pour tenter d'aboutir à une contractualisation de l'hospitalisation avec l'adolescent lui-même ?

Coupe d'activité - Tableau comparatif

	Tours	Isère	Yvelines Sud	Limoges
Informations générales				
Date ouverture	1989	2002	1999	-/2007
Hôpital/service gestionnaires	CHU/Adulte	CHS/Adulte	PSPH/Adulte	CHS/Enfant
Capacité lits	4/12 lits	10 dont 1=HI Jour+HI Nuit	8/15 lits	21 lits + 8 places/ 21 lits + 4 places
Ouverture/actuel				
Scolarité	0	+	0	+
Âges d'admission	12/20 ans	12/18 ans	13/20 ans	9/20 ans
Modalités d'admission :				
- directes (SAU)	0	0	0	0
- transfert	+	+	+	+
- consult. préalable	+	+	+	+
Centrage	urgence semi-program.	crise	crise urgence semi-program.	polyvalente
File active 2006 ou 2007 ¹				
Coupe transversale au 31 janvier 2008				
Nb de présents	11*/12	9+3**/10	14/15	20/20
En attente	7	2	0	2
Primo arrivants/réhospitalisations	60/40%	77/33%	56/42%	75/25%
Répartition sexe : Garçons/Filles	50/50%	50/50%	43/57%	25/75%
Âge :				
< 10 ans	0	0	0	2
11/13 ans	1	5	2	2
14/15 ans	2	6	6	5
16 /18 ans	7	1	5	9
19/ 20 ans	0	0	1	2
Durée de présence moyenne	16,27 j		20 j	
< 1 semaine	4	0	3	0
7 j / 15 j	3	0	2	5
15 j /1 mois	2	6	3	5
1 mois / 3 mois	2	2	5	0
>3 mois	0	1	1	10

1. Les modes de relevé variant d'un centre à l'autre, nous avons préféré ne pas en tenir compte.

Tours	Isère	Sud Yvelines	Limoges
Pathologies présentes citées			
1 tb liés à l'alcool 1 tb schizoaffectifs 1 TOC 1 tb adaptation 2 anorexies 1tb des conduites 2 tb comportement 2 tb affectif bipolaire	anorexie tb des conduites sur état limite tb comportement avec pathologie neurologique épisode dépressif sévère ou syndrome de menace psychose infantile état limite	schizophrénie débutante phobie scolaire anorexie tb réactionnels tb dépressifs états psychotiques	schizophrénie débutante phobie scolaire tb conduites alimentaires TS et tb dépressifs tb psychotiques séquelles de TED tb de la personnalité avec éléments psychotiques
Co-morbidité présente			
	sociale somatique	psychiatrique	
Contre-indications et exclusions			
Toxicomanie Tb conduites durables	hébergement	autisme psychose infantile psychopathie contexte social de placement instable	hébergement psychopathie déficience intellectuelle

La zone d'attractivité

Elle est différente selon les projets. Sur des flux qui restent limités, que privilégier : des projets plus restreints de territoire, facilitant une fluidification des mouvements d'entrée et de sortie, ou des projets plus larges, incluant des zones rurales éloignées ou régionales lointaines, où la réponse immédiate à l'urgence et la continuité des soins d'aval sont difficiles ?

Attente

Une liste d'attente est-elle compatible avec un positionnement d'aval immédiat du service d'urgence ?

Réhospitalisations

Elles concernent entre 1/4 et presque 1/2 des présents. On connaît l'utilisation, dans le parcours des adolescents, de répétitions progressives de manifestations et de symptômes en apparence identiques avant de pouvoir les abandonner. Comment expliquer ce taux qui justifierait des études complémentaires ?

Âge

Les 14/18 ans fournissent manifestement l'essentiel des hospitalisations malgré un positionnement prévu plus large. Où sont orientés les 12/14 ans

dont la demande en urgence dans les unités de pédiatrie explose actuellement ? La notion adolescents/jeunes adultes 15/25 ans reste-elle pertinente ?

Sex-ratio

Quelle explication donner à cette égalité garçon/fille qui ne correspond pas aux enquêtes habituelles ? (Une unité se distingue, probablement du fait de sa double activité d'urgence sur les pathologies de l'adolescence et de soins auprès d'enfants psychotiques.)

Fonctionnement

Si tous insistent sur la place de l'abord familial et d'une organisation des soins particulière avec le support d'activités de groupe avec médiation, la nécessité de répondre à l'obligation scolaire durant le séjour reste en question.

Les familles

La nécessité d'une alliance avec l'adolescent et de proposer par l'hospitalisation une mise à distance des conflits intra-familiaux permet-elle à la famille de se sentir suffisamment soutenue ?

DMS

Les présences semblent montrer la coexistence de deux populations différentes, l'une pour de courts séjours 15 jours/1 mois environ, l'autre pour des séjours prolongés. Si on connaît la nécessité de prises en charge institutionnelles longues pour mobiliser des troubles tels que les troubles alimentaires ou des troubles du comportement séquelles de troubles psychotiques de l'enfance, cette double activité d'accueil de crise et de soins de plus en plus longs ne crée-t-elle pas une ambiguïté dans l'image que ressentent les services, et une difficulté dans la gestion institutionnelle simultanée de l'aigu et du chronique ?

Diagnostic

La comparaison des différents tableaux met en évidence que les auteurs ne font pas référence aux mêmes catégories diagnostiques. Mais peut-on encore poser la question des indications d'hospitalisation par rapport à un diagnostic ou à une situation sans savoir, à terme, l'inflexion que l'hospitalisation elle-même exerce sur la trajectoire de prise en charge de certaines pathologies ?

Contre-indications

Quelles sont les réponses données à ces demandes lorsqu'elles sont reçues ?

Quelles hospitalisations pour quels soins d'adolescents ?

Depuis les années 90, la question de l'accueil des adolescents en psychiatrie et de la formation d'équipes pluridisciplinaires hospitalières spécifiques s'est posée sous la double pression d'une part, des difficultés rencontrées par les équipes devant l'accroissement des expressions pathologiques sévères, des troubles des conduites agies et du taux de suicides d'adolescents de plus en plus jeunes et, d'autre part, des particularités psychiques, relationnelles, comportementales et environnementales liées à cet âge, dans un contexte de carence en structures de soins résidentiels (26 départements en étaient totalement dépourvus en 1998).

Depuis 1992, via des circulaires successives, les pouvoirs publics ont incité activement à l'organisation d'une cohérence des réponses psychiatriques spécialisées, en aval et en amont, afin de limiter les demandes passant par le circuit des urgences. Plus récemment, sont intervenus les soutiens financiers à la mise en place nécessaire d'une psychiatrie de consultation-liaison à l'hôpital général et à la création d'une Maison des Adolescents dans chaque département, dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins de ceux-ci.

Le constat d'un accroissement inquiétant d'arrivées d'adolescents de plus en plus jeunes dans les SAU de pédiatrie et du désarroi des services devant des hospitalisations répétitives et des situations qui apparaissent figées risque d'envahir le champ des demandes adressées à la psychiatrie au point de négliger les efforts qui ont été faits pour mailler le territoire de capacité de réponse.

La question de l'urgence pour les adolescents est inhérente à la clinique de cette période de la vie, et l'évolution sociale en général vient majorer

encore ces demandes de réponses d'immédiateté dans le hic et nunc de l'expression de souffrances qui laissent difficilement place à l'élaboration secondaire nécessaire au soin.

L'expérience de la MNASM sur de nombreux territoires met souvent en évidence une tension entre les unités d'hospitalisation et les services demandeurs de soins. Les services porteurs de ces tensions, traditionnellement l'Aide sociale à l'enfance, le secteur médico-social et la Protection judiciaire de la Jeunesse sont de plus en plus souvent, désormais, rejoints par de nouveaux services demandeurs :

- collectivités territoriales, depuis leur implication dans les dispositifs de réussite éducative et de prévention de la délinquance ;
- services éducatifs près des tribunaux, depuis l'ouverture des centres d'éducation renforcée et autres centres pénitentiaires et avec l'augmentation progressive des décisions d'injonction et d'obligation de soins individuels ou familiaux ;
- services médico-sociaux de l'Éducation nationale qui, depuis l'obligation qui lui est faite de scolariser tous les enfants, a une place centrale dans la demande de soins.

Ces insatisfactions réciproques témoignent des difficultés globales d'accessibilité des adolescents aux soins psychiques, pour lesquelles l'insuffisance de places dans les unités spécialisées n'est pas seule en cause.

En effet, l'augmentation du nombre des demandes d'admissions de jeunes à l'hôpital pour des motifs comportementaux, souvent avant toute évaluation médicale et psychiatrique, ne questionne pas tant ce manque de place que la clinique psychiatrique elle-même et l'adaptation des réponses d'amont et d'aval.

Les soignants savent prodiguer des soins de qualité et perçoivent bien les structures manquantes pour les dispositifs de soins d'amont et d'aval. Par contre, ils peinent à trouver les réponses adéquates aux demandes institutionnelles qu'ils estiment ne pas être prioritairement du ressort du soin.

Pour faire face à la temporalité critique de demandes de soins « psy » et éviter les décisions d'hospitalisation très souvent prises rapidement, en urgence et par un autre médecin que le médecin habituel, laissant au service d'hospitalisation le soin de construire ensuite l'alliance, de retisser des liens et d'établir les relais. L'accent devrait être mis sur :

- une meilleure utilisation des filières d'accès aux soins en résolvant le problème de la saturation des CMP/CMPP et de leurs délais d'attente bien réels ou imaginaires selon les lieux ;
- la mise en place de dispositifs souples, mobiles et adaptables, d'étagage institutionnel en amont de l'hospitalisation, et une plus grande cohérence dans l'organisation des modalités de l'accueil en urgence ;
- une réflexion approfondie sur les césures d'âge différentes entre pédiatrie et médecine, pédopsy et psy adulte, hospitalisation enfant/adulte et soins ambulatoires, la césure entre institutions sanitaires et institutions médico-sociales créant encore des difficultés supplémentaires.

En effet, les modalités d'admission en hospitalisation interrogent l'éthique sur le consentement du sujet adolescent et son adhésion aux soins face à l'autorité parentale ou administrative. Chez le mineur en situation de crise, la question adulte de la responsabilité et du devoir de protection intervient toujours dans l'appréciation de l'urgence et de sa réponse, immédiate ou pouvant être différée.

Les indications de l'hospitalisation tiennent autant aux troubles de l'adolescent lui-même qu'à la tolérance ou à la capacité « contenante » dépassées de son environnement. Se pose ainsi la question du devenir de ces adolescents hospitalisés au départ pour des raisons plus comportementales que

psychiatriques. Ces jeunes, qu'on ait décelé ou non une pathologie à l'occasion de cette hospitalisation, constituent manifestement un groupe à haut risque dont la prise en charge au-delà de l'hôpital devrait être particulièrement attentive et faire l'objet d'études de suivi. Ce qui, manifestement, manque.

Se pose de la même façon la question du devenir des adolescents dont la demande d'hospitalisation est refusée. Ces refus émanent préférentiellement des adolescents difficiles, souvent plus ou moins déficitaires, avec troubles du comportement et violence, pris en charge par les secteurs éducatifs spécialisés qui remettent en question l'adéquation de leur prise en charge. La plupart se caractérise par le poids important des événements de vie (expériences de séparation, violences, abus sexuels) et la mauvaise qualité de l'adaptation sociale de la famille. La difficulté pour les institutions, d'une part, à admettre l'aspect réactionnel de cette pathologie de l'impulsivité et, d'autre part, l'adaptabilité toute particulière de beaucoup de ces jeunes au milieu psychiatrique, font de ce groupe un groupe à haut risque de chronicisation, dont on retrouve plus tard certains de leurs membres parmi les « hospitalisés inadéquats » des secteurs adultes.

De la même façon, il serait souhaitable qu'une étude comparative des unités d'hospitalisation pour adolescents puisse préciser les indications d'admission en fonction de leurs approches thérapeutiques, leurs durées de séjour, leurs articulations sectorielles et intersectorielles et leurs organisations partenariales sur le territoire de santé et surtout de leur enracinement dans le réseau social en différenciant :

- les centres de crise et les lits d'urgence ;
- les unités d'hospitalisation centrées sur l'évaluation brève et celles centrées sur le soin ;
- les unités spécifiques à certaines pathologies (conduites suicidaires, troubles des conduites alimentaires, premiers épisodes psychotiques) et celles plus polyvalentes (comme celles qui ont été présentées dans ce numéro de *Pluriels*), alliant souvent temps plein et temps partiel ;
- les unités soins/études pour les pathologies de l'adolescence, en distinguant les besoins du secondaire des voies professionnelles ou universitaires.
- les unités de séjour plus prolongé avec scolarité adaptée pour des adolescents présentant des séquelles déficitaires de troubles de l'enfance avec troubles du comportement majeurs ; des accueils sanitaires séquentiels, alternés ou complémentaires avec les structures médico-sociales, qui permettent de prévenir et de faire face aux situations de décompensation institutionnelles, familiales ou individuelles, etc.
- les alternatives : accueils familiaux thérapeutiques, appartements ou foyers s'appuyant sur une équipe de soins psychiatriques, interventions et suivis de crise à domicile, lits d'urgence à la demande.

Comment, sur des flux qui, malgré leur croissance, restent heureusement modérés, concilier la proximité et la différenciation de ces services ? Les unités d'hospitalisation sont inégalement réparties sur le territoire. Elles ont souvent été créées dans l'intention d'une vocation régionale et d'une ouverture large aux territoires éloignés, avec une double fonction d'hospitalisation de proximité pour le secteur ou le territoire et d'hospitalisation de référence pour une zone géographique plus large.

L'organisation de dispositifs territoriaux de soins gradués comprenant des unités plus ou moins spécifiques (unité hospitalière, centre thérapeutique de jour, accueil à temps partiel, consultations et groupes des jeunes, accueil sans rendez-vous, etc.), différenciées mais articulées entre elles de façon complémentaire, apparaît comme une réponse prometteuse à la condition cependant de veiller à ce que ces dispositifs s'intègrent de façon

dynamique aux autres institutions qui, dans la communauté, interviennent auprès des jeunes. L'ensemble peut alors se structurer ou mieux se relier en un véritable réseau extrahospitalier avec une organisation ambulatoire souple, réactive, mobile, adaptable et créative pour répondre à des besoins qui, dans l'immédiat, sont souvent plus du ressort d'une compréhension systémique dynamique des manifestations symptomatiques que véritablement du soin. L'articulation avec une unité mobile de crise vient alors, dans l'après coup, comme une nécessité pour le réseau local distant afin d'orienter au mieux ceux qui en ont besoin et de les suivre jusque dans leur lieu d'hospitalisation.

Au-delà du chantier à ouvrir d'urgence sur les multiples expériences innovantes de réponses opérantes à ces demandes, il serait intéressant de déterminer dans quelle mesure l'acceptation ou le refus d'une hospitalisation psychiatrique à l'adolescence exerce un impact sur l'infléchissement vers une « carrière » sanitaire psychiatrique.

Beaucoup de travail reste donc à faire pour obtenir une meilleure lisibilité des besoins en matière de soins aux adolescents et une évaluation de l'adéquation des réponses actuelles. Nous proposons que des rencontres nationales sur ces thèmes éclairent ces questions et, par le témoignage d'expériences co-construites en partenariat interinstitutionnel, alimentent de nouvelles perspectives sur ces situations en pleine évolution.

Docteur Catherine Isserlis

Appel aux contributions de nos lecteurs

Comme le montre ce numéro de *Pluriels*, à travers les quatre expériences innovantes présentées (mais elles sont très nombreuses sur le territoire), l'hospitalisation des adolescents continue de poser de très nombreux problèmes qui touchent autant aux indications d'admission en fonction des approches thérapeutiques qu'aux prises en charge par les secteurs éducatifs spécialisés, à l'enracinement des services hospitaliers dans le réseau social qu'aux conséquences sur le devenir de l'adolescent d'une hospitalisation éventuellement refusée, aux choix faits entre unités centrées sur l'évaluation brève, celles, plus spécifiques, dédiées à certaines pathologies et d'autres plus polyvalentes comme celles présentées dans ce numéro.

Parce que le passage et les modalités du passage de l'adolescent dans un service hospitalier, comme la non-hospitalisation par refus de l'adolescent lui-même, jouent un rôle important et, dans certains cas, décisif sur l'avenir de celui-ci, *Pluriels* sera amené à revenir sur le sujet de son hospitalisation et de ses conditions. C'est pourquoi nous sollicitons nos lecteurs afin qu'ils apportent, par leurs expériences et leurs réflexions, leur contribution à des recherches qui apporteraient de meilleures réponses aux besoins et aux très nombreuses demandes qui restent aujourd'hui posées.

Un prochain numéro de *Pluriels* traitera du rôle de l'École dans la prévention des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent : le développement de l'école intégrée en France depuis ces dernières années offre-t-elle un meilleur terrain d'action à cette prévention ? À quelles conditions ? Quels dispositifs existe-t-il ailleurs en Europe et en Amérique du Nord qui pourraient nous inspirer ?

La santé mentale du sujet âgé

L'Union des régions hospitalières du Sud-Est (URHSE) a organisé, le 28 mars dernier à Marseille, une journée dédiée à la santé mentale du sujet âgé.

Le programme

Introduction

M. Dominique Valmary, directeur du C.H. Le Vinatier

1^{ère} partie : Enjeux et perspectives

Animation : M. Dominique Valmary, directeur du C.H. Le Vinatier.

Définition du champ de la gérontopsychiatrie et positionnement du rôle de l'hôpital public

- Dr Sylvain Maltaverne, responsable médical du pôle de gérontopsychiatrie, C.H. Le Vinatier.

- Pr Régis Gontbier, chef du service de gérontologie clinique, CHU de Saint-Étienne.

Maladie d'Alzheimer : présentation du rapport et de sa problématique hospitalière

- M. Philippe Vigouroux, directeur général CHU de Limoges, Commission nationale chargée de l'élaboration de propositions pour un plan national concernant la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées.

Point sur les dispositifs en gérontopsychiatrie

- Dr Gérard Masse, président CME C.H. Sainte-Anne, Mission nationale d'appui en santé mentale

Débat

2^{ème} partie : Les attentes des acteurs

Animation : Jean-Marie Bolliet, directeur Hôpital local Saint-Galmier

Film

Interviews filmées de professionnels et d'usagers par le service communication et audiovisuel du C.H. de Vichy

Le point de vue d'un élu local

- M. Jean-Roger Durand, maire de Largentière, conseiller général de l'Ardèche, directeur des Services économiques et des travaux, C.H. d'Aubenas Vals-les-Bains.

La coordination gérontologique

- Dr Maryse Vocanson, directrice coordination médico-sociale pôle PA-PH, Conseil général du Rhône

Problématique gérontopsychiatrie : les dispositifs de soins

La gérontopsychiatrie lyonnaise

- Dr Sylvain Maltaverne, responsable médical du pôle de gérontopsychiatrie, C.H. Le Vinatier

L'expérience stéphanoise : l'unité neuro-psychogériatrique

- Pr Régis Gontbier, chef du service de gérontologie clinique CHU de Saint-Étienne

Perspectives épidémiologiques

- Dr Jean-Michel Dorey, service de gérontologie clinique, CHU Saint-Étienne

Débat

Conclusion et propositions

Pr René Mornex, président de l'URHSE

M. Dominique Valmary, directeur du C.H. Le Vinatier

Après avoir entendu ces exposés de spécialistes de psychiatrie et de gériatrie ainsi que ceux de responsables administratifs hospitaliers sur deux thèmes principaux : *Enjeux et perspectives* et *Les attentes des acteurs*, la discussion des membres de l'URHSE s'est appuyée sur un résumé synthétique présenté par un des membres de la commission. Ceux-ci souhaitent souligner l'importance d'une mise en œuvre rapide des objectifs suivants.

I. Pour renforcer la compétence des responsables de la prise en charge de la santé mentale des sujets âgés, il convient :

- de demander à tous les centres universitaires de mettre en place des formations diplômantes sur ce thème, soit sous forme de diplôme universitaire comme il en existe quelques-uns, soit sous forme d'un DESC, ce qui nécessite une décision nationale ;
- aux écoles de formation paramédicales, de créer des enseignements pour préparer les futurs coordinateurs des suivis individuels (case manager).

II. Il est apparu nécessaire de soutenir la multidisciplinarité en identifiant la place de la psychiatrie dans la prise en charge de ces malades :

- à la consultation initiale centrée sur les troubles de la mémoire à laquelle doit être intégrée la dimension psychiatrique ;
- en constituant des équipes mobiles mixtes répondant aux demandes des structures d'hébergement avec des moyens calculés en fonction de la population desservie ;
- en préconisant la création de structures mixtes gériatro-psychiatriques à partir d'établissements hospitaliers ou de secteurs psychiatriques.

III. Intégrer les projets du plan Alzheimer sur la mise en place de guichets uniques et de maisons du handicap et de la personne âgée avec l'existant notamment dans les CLICs, pour éviter tout risque de duplication, donc de confusion.

IV. Accélérer la mise en place des recommandations de la circulaire « filières gériatriques » de mars 2007, notamment par l'adoption dans les conventions tripartites des volets impliquant totalement les aspects psychiatriques.

PLURIELS

La lettre
de la

Mission Nationale d'Appui
à la Santé Mentale

Directeur de la publication :
Serge Kannas

Rédacteur en chef :
Raymond Lepoutre

Ont participé à ce numéro :
Marc Filatre, Pierre Murry, Béatrice
Audrain, Pablo Votadoro, François Roche,
Catherine Isserlis

PLURIELS, 5 avenue d'Italie,
75013 Paris
Téléphone 01.53.94.56.90 -
Télécopie 01.53.94.56.99.
E-mail : mission@mnam.com

Pluriels sur internet

Vous pouvez trouver
tous les numéros de Pluriels
sur le site :

www.mnam.com