

# Les besoins de soins des adolescents en souffrance, quelles réponses à l'hôpital ?



## Livre des Résumés

1<sup>er</sup> décembre 2006

Salle Gaveau - Paris



FONDATION  
Hôpitaux de Paris  
Hôpitaux de France  
Reconnue d'utilité publique

# Les besoins de soins des adolescents en souffrance, quelles réponses à l'hôpital ?

## Remerciements

La Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France remercie chaleureusement le Président du Comité Scientifique du colloque

**Pr Claude Griscelli,**

*Vice-Président Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France*

ainsi que les membres du Comité scientifique :

**M. Bruno Falissard,**

*Directeur de l'Unité INSERM "Maison de Solenn" (Paris)*

**Dr Alain Fuseau,**

*Pédopsychiatre "Maison de l'Adolescent" (Le Havre)*

**Pr Philippe Jeammet,**

*Pédopsychiatre à l'Institut Mutualiste Montsouris (Paris)*

**Dr Sophie Lemerle,**

*Pédiatre Unité de Médecine de l'Adolescent (Créteil)*

**Pr Daniel Marcelli,**

*Pédopsychiatre au CHU (Poitiers)*

**Pr Marie-Rose Moro,**

*Pédopsychiatre "Casita" (Bobigny)*

**Pr Marcel Rufo,**

*Pédopsychiatre "Maison de Solenn" (Paris)*

La Fondation remercie également

**Monsieur et Madame Fournier (Salle Gaveau)**

**le ministère de la Santé et des Solidarités  
et le ministère de l'Éducation nationale,  
de l'Enseignement supérieur et de la Recherche**

**la GMF (Garantie Mutuelle des Fonctionnaires)**

**le RSI (Régime Social des Indépendants)**

**la SFP (Société Française de Pédiatrie)**

**le CNGE (Collège National des Médecins Généralistes Enseignants)**



# Sommaire

Ouverture de la journée	4
Abstracts	
• Qu'est-ce que la dépression de l'adolescent ? <b>Bruno Falissard</b> ( <i>Paris</i> )	6
• Evaluation des besoins de soins des adolescents, <b>Viviane Kovess</b> ( <i>Paris</i> )	7
• Repérage clinique de l'adolescent en difficulté, <b>Helena Fonseca</b> ( <i>Lisbonne</i> )	8
• Organisation des réseaux de santé, <b>Daniel Marcelli</b> ( <i>Poitiers</i> )	9
• Initiation à la démarche de soins, <b>Marcel Rufo</b> ( <i>Paris</i> )	13
• L'adolescent et l'urgence hospitalière, <b>Georges Picherot</b> ( <i>Nantes</i> )	14
• Les soins hospitaliers de l'adolescent, <b>Priscille Gérardin</b> ( <i>Rouen</i> )	19
• Contenance et rechute, <b>Xavier Pommereau</b> ( <i>Bordeaux</i> )	21
Discours de clôture de <b>Madame Bernadette Chirac</b> , <i>Présidente de la Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France</i>	22

# Ouverture de la journée

## du Professeur Claude Griscelli

*Vice-Président de la Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France*

La mission de la Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France s'est toujours inscrite dans une dynamique liée à l'évolution de l'hôpital public en France. Elle s'est attachée particulièrement à la problématique du quotidien et de l'environnement à l'hôpital de l'enfant et de l'adolescent. Nous comptons ainsi plus de 5 000 réalisations dans ce domaine rendues possible grâce à l'opération Pièces jaunes et au formidable élan de solidarité de milliers d'enfants.

La Fondation apporte des financements mais pas seulement. Tout son travail consiste à ajouter au progrès scientifique un progrès humain, fait d'attentions et de compassion. Par un soutien discret, la Fondation favorise l'émergence de nouvelles dynamiques au sein du milieu médical. Si beaucoup a été fait (souvenons-nous de ce qu'était l'hôpital il y a 30 ans !) beaucoup reste à faire, à inventer, à adapter aux besoins nouveaux et aux attentes des malades et de leur famille...

La présence des parents, en particulier auprès des jeunes enfants gravement malades, paraît une évidence aujourd'hui. Mais lorsque la Fondation s'y est attachée il y a de dix-sept ans, c'était une démarche inhabituelle très vite soutenue par les équipes hospitalières et le public. Dans le domaine de la prise en charge de la douleur chez l'enfant ou de la personne âgée, la Fondation a également eu un rôle de « facilitateur » et « d'accélérateur » de projets en soutenant les demandes des équipes hospitalières dans ce domaine. Plus de 1 000 pompes ont été attribuées de 1999 à 2004 à près de 380 services pédiatriques.

De même dans le domaine de l'adolescence, la Fondation, fédératrice d'initiatives et novatrice, a eu un rôle précurseur. Là encore, nous avons été tout d'abord à l'écoute des médecins et des soignants confrontés quotidiennement à la souffrance des adolescents. Le premier constat a été que l'adolescent ne bénéficiait pas ou très rarement d'une prise en charge spécifique à l'hôpital. Hospitalisé souvent pour des causes traumatologiques ou des maladies chroniques, l'adolescent se retrouvait dans des services de pédiatrie ou de médecine d'adultes et, souvent, la prise en charge de l'adolescent s'arrêtait aux urgences générales.

Une première réponse de la Fondation a été de permettre aux équipes hospitalières d'aménager des lieux spécifiques pour adolescents, les « Espaces Plein Ciel », proposant diverses activités permettant d'occuper le temps libre entre les soins. Depuis la création de Pièces jaunes en 1990, la Fondation a soutenu 390 projets en faveur de ces jeunes, tous conçus par les équipes médicales et soignantes.

Depuis nous avons poursuivi la réflexion avec nombre de spécialistes de l'adolescence. Nous sommes ainsi à l'origine du concept de Maison des Adolescents concrétisé avec l'ouverture de la Maison de Solenn en décembre 2004 à Paris. Son projet médical s'est nourri des projets pionniers en matière de médecine de l'adolescence. Nous sommes parvenus à le concrétiser grâce à une remarquable conjugaison d'efforts et de savoirs.



L'originalité de ce concept de Maison des Adolescents, structures adossées à l'hôpital et ouvertes sur la ville, réside dans le fait qu'il propose une prise en charge globale de l'adolescent en s'appuyant sur différentes disciplines et différentes expériences. Pour la première fois en France sont réunies en un même lieu un grand nombre de compétences propres à la prise en charge spécifique de l'adolescent : accueil, information et prévention, soins et suivi, enseignement et recherche.

Il nous a paru important de faire le point sur les besoins de soins des adolescents en souffrance, de partager les expériences, d'échanger avec vous et ainsi de mettre en perspective quelles réponses sont ou pourraient être apportées par l'hôpital. C'est tout l'objet de ce colloque. C'est ainsi que nous évoquerons notamment, au cours de cette journée, le repérage clinique et le diagnostic des maladies liées à l'adolescence, que nous traiterons de l'évaluation des besoins et de la prise en charge des soins ou encore que nous envisagerons l'organisation des réseaux de santé nécessaires à une approche convenable de l'adolescent dans toute sa spécificité.

Car si la prise en charge adaptée de l'adolescent en souffrance à l'hôpital est essentielle, mieux comprendre les pathologies de l'adolescence l'est aujourd'hui tout autant. Progresser dans cette compréhension, proposer de nouvelles approches thérapeutiques, bien connaître les besoins et savoir y répondre, tels sont les enjeux d'une meilleure prise en charge de l'adolescent en souffrance à l'hôpital.

C'est pourquoi nous avons d'ailleurs soutenu la création à la Maison de Solenn de la première unité Inserm sur les troubles du comportement alimentaire qui affectent les adolescents anorexiques ou boulimiques. Une équipe composée d'enseignants médecins, de chercheurs et d'ingénieurs y étudie principalement les questions épidémiologiques concernant les troubles du comportement alimentaire.

Pour faire avancer la médecine de l'adolescence, il faut agir sur les trois dimensions que sont le soin, la prévention et la recherche. Il est clair que désormais, pour être pleinement efficace, la médecine doit également être globale : elle doit conjuguer la technique et la recherche en même temps que l'accompagnement des patients. Apporter ce « plus », ce complément, c'est toute la mission de la Fondation. La Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France entend poursuivre et étendre son action envers les adolescents en poursuivant son appel à projets aux grands centres hospitaliers français pour qu'ils développent des projets en faveur des adolescents en souffrance et les adressent à la Fondation.

J'aimerais maintenant remercier toutes celles et ceux présents aujourd'hui pour l'intérêt qu'ils portent aux adolescents en souffrance et les membres du Comité Scientifique que j'ai présidé pour leur contribution et leur disponibilité ; leur expertise a été un soutien précieux dans l'organisation de ce colloque. Merci aussi aux orateurs d'avoir accepté de participer à ce colloque ; la Fondation sait qu'elle leur doit le succès d'audience de cette journée.

Je suis heureux, au nom de la Fondation, et de sa Présidente, Madame Bernadette Chirac, de pouvoir ainsi proposer une réflexion qui participera, j'en suis certain, de l'évolution actuelle de la prise en charge des adolescents à l'hôpital.

Merci à tous.

# Qu'est-ce que la dépression de l'adolescent ?

**M. Bruno Falissard,**

*Directeur de l'Unité INSERM "Maison de Solenn" (Paris)*

**Mme Anne Révah-Lévy**

*Chercheur à l'unité INSERM "Maison de Solenn"*

**L**e diagnostic est un élément essentiel de la démarche médicale, il l'est curieusement tout autant de la recherche clinique ou épidémiologique. En effet, trouver des facteurs de risques ou des facteurs pronostiques, qu'ils soient génétiques, sociaux ou psychologiques impose en premier lieu de déterminer chez quels patients la recherche va être menée, ce qui revient en général à déterminer un ou des diagnostic(s). Il n'existe pas aujourd'hui d'opérationnalisation véritable du diagnostic de dépression de l'adolescent. Nous avons donc entrepris il y a 4 ans un tel travail.

La définition d'une maladie mentale obéit à une logique plurielle : les maladies mentales peuvent en effet correspondre à une construction théorique (modèle physiopathologique ou psychopathologique) ; une construction historique ; un outil juridique destiné à définir ce qui relève du normal, de la déviance ou de la pathologie, ou encore à définir ce qui relève d'une faute médicale punissable devant la loi ; le diagnostic peut aussi être un instrument de communication à destination des patients ou des médias.

En ce qui concerne la dépression, les constructions théoriques sont nombreuses : vision négative de soi, du monde et du futur pour les cognitivistes, deuil issu d'une perte symbolique d'un objet d'amour pour certains psychanalystes, "fatigue d'être soi" pour un sociologue comme A. Ehrenberg ou déplétion de systèmes de neurones sérotoninergiques pour les neurobiologistes. Aucune de ces constructions n'est cependant suffisamment consensuelle aujourd'hui, la dépression est donc avant tout une constructions historique relevant d'une sémiologie bien connue chez l'adulte : tristesse, perte d'intérêt, ralentissement, irritabilité, idées noires et de mort, insomnie, etc.

L'adolescence est une période de la vie a priori propice au mouvement dépressif : deuil de l'enfance, deuil d'une certaine image de ses parents, nécessité sociale de « devenir quelqu'un » et le fardeau que cela peut constituer.

Pour définir et opérationnaliser le diagnostic de dépression de l'adolescent, il pourrait être tentant d'utiliser de tels éléments développementaux pour les confronter aux modèles psychopathologiques de dépression décrits précédemment. Une telle approche a déjà été tentée, elle peut aboutir à des réflexions éclairante mais pas encore à un niveau d'opérationnalisation suffisant pour être appliqué à une recherche scientifique. Nous avons donc préféré recourir à une approche plus simple et pragmatique.

Une dizaine d'adolescents ayant été traités pour dépression ainsi qu'une dizaine de psychiatres pour adolescents ont été interrogés. Les entretiens ont été retranscrits et analysés à l'aide d'une méthodologie





relevant de la recherche qualitative. Cette analyse a abouti à une réduction et à la rédaction d'un questionnaire regroupant une dizaine d'items autour de trois axes : manifestations émotionnelles (tristesse, irritabilité, pensées de mort, perceptions négatives de soi, etc.), manifestations non émotionnelles (ralentissement, sommeil, etc.), manifestations au travers des interactions sociales (presque inexistant dans la sémiologie de l'adulte, avec notamment l'école, les loisirs, la vie relationnelle). Ce questionnaire a ensuite été traduit en anglais, arabe, hébreu, espagnol, italien et a été validé à l'aide d'analyses psychométriques dans une population de 300 adolescents venant consulter.

Par la suite, ce questionnaire a pu être utilisé dans une étude épidémiologique réalisée par le Conseil Général du Val-de-Marne dans le but de rechercher des facteurs de risques de dépression. Il a aussi été utilisé comme support de formation à des infirmières scolaires, faisant la preuve, si besoin en était, que clinique et recherche peuvent et doivent s'éclairer mutuellement.

## Evaluation des besoins de soin des adolescents

**Dr Viviane Kovess Masfety**

*Professeur des Universités à Paris V*

**N**ous aborderons ce thème en tant qu'épidémiologiste de la santé mentale. Nous essayerons de déterminer quelle a été l'évolution des troubles mentaux chez les adolescents au cours de ces vingt dernières années voire même au-delà.

Nous présenterons les quelques études qui ont étudié de manière rigoureuse l'évolution au cours de ces années tant des troubles dits intériorisés et tout spécialement des troubles dépressifs chez l'adolescent que celle des troubles des conduites.

Nous aborderons ces études tant du point de vue de l'évolution transversale : les adolescents sont-ils dans leur ensemble plus déprimés ou violents qu'il y a vingt ans, que sur l'angle longitudinal : quelle est la proportion d'enfants qui ont été déprimés ou violents dans leur enfance ou leur adolescence et qui une fois adultes ne présentent plus aucun trouble de ce type ?

Enfin nous nous pencherons sur les déterminants de ces évolutions et les explications qui sont avancées pour les comprendre espérant pouvoir aider à la mise en place d'une politique de santé mentale prenant en compte les besoins des adolescents.



# Repérage clinique de l'adolescent en difficulté

## Dr Helena Fonseca

*Pédiatre spécialiste en Médecine de l'Adolescent*

*Clinique de Médecine de l'Adolescent, Département de Pédiatrie, Hôpital Santa Maria (Lisbonne, Portugal)*

*Vice-présidente de l'IAAH (International Association for Adolescent Health)*



La majorité des adolescents traverse leur adolescence sans trop de problèmes manifestes. La plupart d'eux recourt au médecin de famille ou au pédiatre pour des motifs assez banals (demandes de certificats pour le sport, vaccinations, infections de l'arbre respiratoire, etc.). Tout médecin en charge d'un adolescent doit comprendre que, outre l'impératif de la compétence technique, il doit faire une approche centrée sur l'adolescent, en tenant compte de son niveau de développement bio-psycho-comportemental plus que de son âge chronologique. Se pose alors, la question de la disponibilité en temps, du besoin de savoir écouter sans juger et d'avoir la compétence vis-à-vis de cette tranche d'âge qui a des caractéristiques vraiment uniques.

Le droit de l'adolescent à l'intimité et la confidentialité sont des facteurs indispensables à l'établissement d'une relation thérapeutique de bonne qualité et ne peut pas être entendu comme synonyme d'exclusion des parents.

L'étude de l'anamnèse est un temps essentiel de la consultation avec l'adolescent. Plus qu'un interrogatoire, elle constitue un échange qui fréquemment est en lui-même thérapeutique. Le médecin doit évaluer non seulement la situation médicale et les besoins actuels/potentiels de l'adolescent, mais aussi son fonctionnement global dans les domaines familial, scolaire/professionnel, habitudes de vie, personnalité/équilibre psychologique et sexuel. Une option pour cet inventaire est l'inventaire HEEADSSS (Home Education Eating Activities Drugs Sexuality Suicide Security).

Le corps joue une place centrale pour l'adolescent, réveille toutes sortes de craintes quant à sa normalité et mobilise fortement l'image de soi. L'examen physique (sans omettre mensurations, maturation pubertaire, statique vertébrale, tension artérielle) constitue très souvent une excellente opportunité pour l'adolescent d'exprimer ses véritables soucis à ce niveau. Aussi, quand le motif de consultation (quel qu'il soit) n'est pas bien exprimé, c'est le moment pour le clarifier.

À la fin d'une consultation réussie où on a eu la possibilité d'évaluer les besoins perçus, on propose une prise en charge qui découle des divers problèmes dépistés et qui doit être menée en collaboration étroite avec l'adolescent. Les éléments les plus significatifs peuvent être repris avec les parents en fin de consultation, en présence de l'adolescent et tout en respectant la confidentialité. Il est important de communiquer une vision positive de l'adolescent et de renforcer ses compétences. Cela vaut tout autant quand on prend en charge un adolescent atteint de maladie chronique. La prise en charge de la maladie



chronique dans ses aspects biomédicaux est essentielle mais ne suffit pas. Les interactions entre l'adolescent, sa maladie, le traitement et son environnement (famille, école, copains) sont telles qu'elles ne peuvent être prises en compte que d'une façon globale.

Comme la santé globale est bien plus que l'absence de maladie, toute rencontre médicale avec un adolescent doit constituer une opportunité de faire un bilan de santé global et, si il en a besoin, un projet de soins. Très souvent, on a besoin de l'intervention d'autres éléments de l'équipe de santé. Le travail en réseau est un défi qu'il vaut la peine d'entreprendre.

## Organisation des réseaux de santé

### Pr Daniel Marcelli

*Pédopsychiatre, Chef de service au Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers*

Le thème initial de cette intervention devait être : "adolescence et réseaux de soin". Mais dans les textes de loi, décret et arrêté de 2002, les réseaux de santé se sont substitués aux réseaux de soin. On m'a donc demandé de remplacer "soin" par "santé", ce que, je dois l'avouer, j'ai accepté sans trop y penser. Je vous épargnerai des réflexions certainement inutiles sur ce changement radical de concept et sur les conséquences de ce passage du soin à la santé !

Médecin tout d'abord, psychiatre ensuite, psychiatre d'adolescents enfin, je me sens assez compétent pour parler de la pathologie et des soins dans le domaine qui me concerne, celui de la psychiatrie et de la psychopathologie chez l'adolescent, beaucoup moins pour discourir sur leur santé ! Soucieux cependant de répondre à la commande, j'ai interrogé un moteur de recherche (Google) sur le thème "réseaux de santé, adolescence" : une devinette combien de pages en français sur ce thème ? 5 210 000 ! Une telle abondance m'a accablé d'abord, rassuré ensuite. Accablé par la somme des écrits sur ce thème et la difficulté à trouver ce qui est le plus pertinent. Rassuré parce qu'une telle prolifération finit par s'auto disqualifier restituant à chacun sa propre subjectivité. C'est donc à partir de mon expérience personnelle théorique mais surtout clinique que je parlerai m'appuyant sur le réseau de soin dont nous avons la chance de disposer sur Poitiers.



## Organisation des réseaux de santé (suite)

Les adolescents d'aujourd'hui vont-ils plus mal que ceux d'hier ? Toutes les enquêtes épidémiologiques aboutissent aux mêmes résultats concernant leur santé mentale : une bonne moitié d'entre eux vont très bien, un bon tiers assez bien et le reste, 15/20% se partage entre ceux qui vont mal et ceux qui vont très mal. Deux enjeux majeurs :

- savoir distinguer ceux qui vont à peu près bien de ceux qui vont mal ;
- pouvoir soigner ceux qui vont mal et offrir à ceux qui vont très mal la panoplie des structures de soin nécessaires.

Le premier point est délicat car aujourd'hui les adolescents, tout comme les adultes, ne semblent pas prêts à tolérer durablement des sensations de malaise, de tension transitoire, de souffrance temporaire. Plus que ceux d'hier, ils récriminent volontiers, protestent haut et fort, cherchent activement une solution immédiate : face à cette protestation vigoureuse, il est parfois difficile de différencier l'adolescent traversant un état transitoire de mal-être qui sera spontanément résolutif de celui qui s'engage dans une pathologie risquant de se fixer durablement. Ce devrait être un des objectifs prioritaires des *réseaux de santé*.

Le second point est plus technique : proposer un soin spécifique à un adolescent qui va mal, accepte de le reconnaître, est compris et soutenu dans cette démarche par sa famille, cela ne pose pas d'autre problème que de trouver le thérapeute compétent et disponible. Certes cette quête peut s'avérer délicate : *le réseau de connaissance et le carnet d'adresses* du professionnel sont ici indispensables. En revanche, pour les adolescents qui vont très mal, il est illusoire de croire qu'un soin spécifique sera suffisant ; il faudra en général recourir à toute une panoplie de soins et de structures de préférence articulés selon une cohérence prenant en compte le développement de l'alliance de soin tant avec l'adolescent qu'avec ses parents. Ce véritable "parcours de soin" nécessite de disposer d'une pluralité de structures ayant entre elles une habitude de travail et une connaissance de leurs limites respectives, véritable *réseau de soin*.

Réseaux de santé, réseaux de connaissances et d'adresses, réseaux de structures de soin, il resterait à articuler ces différents niveaux pour que le passage de l'un à l'autre se produise dans les meilleures conditions pour l'adolescent ! Donnons quelques précisions sur ces réseaux, à partir de notre propre expérience, celle de Poitiers et du département de la Vienne.

Concernant le **réseau de soin**, trois types de structures coordonnent leurs actions :

- un service d'hospitalisation lui-même scindé en une sous-unité d'accueil (5 places : pavillon Tony Lainé) et une unité d'hospitalisation contractualisée (11 places)
- deux hôpitaux de jour (Poitiers, 16 places : centre Mosaïque - Chatellerault, 8 places : C.S.A.), spécifiquement dédiés à la tranche d'âge des adolescents et aux pathologies émergentes



caractéristiques de cet âge. Nous avons été particulièrement attentifs à l'accueil des adolescents les plus jeunes, les collégiens en développant des techniques de soins qui leurs soient adaptées.

- une unité d'hospitalisation au long cours, sur le modèle d'un foyer thérapeutique (12 places : foyer des Trois Logis), prenant en charge des adolescents scolarisés ou en apprentissage sur des durées de une à trois/quatre années scolaires.

Ces structures sont regroupées dans une fédération, les responsables des équipes (médecins, psychologues, cadres infirmiers) ayant de régulières réunions de coordination. Participe également à ces réunions l'unité de pédopsychiatrie de liaison qui intervient au CHU, dans les divers services où des mineurs sont hospitalisés : pédiatrie, orthopédie et autres services. Un nombre très important de jeunes adolescents sont hospitalisés en pédiatrie, pour une évaluation, un temps de soin qui se situe en deçà de l'hospitalisation psychiatrique ou pour une préparation à cette hospitalisation. Ces unités de soin sont bien évidemment adossées à diverses consultations et thérapies ambulatoires dédiées aux adolescents et aux familles : consultations individuelles et familiales, psychothérapies individuelles, psychodrame individuel et de groupe, groupe thérapeutique pour adolescent, groupe de parents, etc. Une quatrième structure vient compléter cet organigramme : l'Accueil des Jeunes en Institution (A.J.I. : 6 places) réservée aux adolescents déjà pris en charge dans diverses institutions (I.M.E., I.M.P., etc.) et qui présentent des comportements ou des symptômes témoignant d'une aggravation ou d'une décompensation.

Concernant **le réseau de connaissances et d'adresses**, il dépend à la fois des contacts établis par les divers médecins et psychologues des unités de soin mais aussi des liens institutionnels qui peu à peu ont pu se tisser, parfois concrétisés par l'existence d'une convention. Citons à titre d'exemple les liens avec les services de l'aide sociale à l'enfance et le foyer éducatif, avec les services de santé scolaire et universitaire avec des consultations en médecine universitaire, avec la protection judiciaire de la jeunesse et l'existence d'une convention destinée à mieux coordonner la prise en charge des mineurs auteurs d'abus sexuel, avec le service de médiation et d'investigation judiciaire (ADIMEJ), avec les divers foyers éducatifs et centres de placements dépendant de la PJJ existants dans le département (Centre de Placement Immédiat, CPI, Centre de Placement Renforcé, CPR). Ce réseau de connaissances et d'adresses demande pour être efficace une constante attention et un effort permanent d'actualisation de ces liens. L'énergie nécessaire au maintien de ce type de réseau peut être comparée au travail du pêcheur qui régulièrement vérifie l'état de son filet et en répare les mailles s'il veut pouvoir continuer à pêcher efficacement !

Concernant **le réseau de santé**, il s'articule principalement autour de l'unité dite Isatis (Institut Spécialisé Adolescence Toxicomanie Information Santé), unité d'intervention en collège et lycée, fonctionnant depuis plus de vingt ans avec des interventions sous forme d'aide à la formation et de soutien au

## Organisation des réseaux de santé (suite)

fonctionnement d'Equipes d'Adultes Relais d'une part, de consultations d'évaluation en milieu scolaire d'autre part, et enfin d'accueil des familles et des adolescents confrontés à la question des consommations de produits (alcool, haschich, cocaïne, etc.) Plus de trente-cinq établissements du secondaire, collèges, lycées d'enseignement général, technique ou professionnel, lycées agricoles, publics et privés participent à cette action. La médecine scolaire est directement impliquée dans cette action et une évaluation annuelle est effectuée avec les services de l'Inspection d'académie. Ce réseau travaille en coordination avec le PRS "Suicide et Tentative de Suicide" qui fonctionne sur la région. Par ailleurs, il existe une coordination avec l'Antenne Médicale de Prévention et de Lutte contre le Dopage (AMPLD Poitou-Charentes : Sporsanrisk), par l'intermédiaire d'un psychologue consultant. Enfin des actions de sensibilisation auprès des professionnels et des parents sont très fréquentes : F.M.C., conférences aux parents et associations de parents, liens avec les associations type "école de parents et de éducateurs", etc.

L'ensemble de ces actions cliniques est encadré par une logique universitaire avec d'une part, des recherches et projets de recherche autour de l'adolescence (à titre d'exemple : Echelle d'Evaluation des Circonstances de l'Accident et du Risque de Récidive, projet de recherche en association avec les services d'urgence et d'orthopédie du C.H.U.) et d'autre part un enseignement spécifique centré autour de l'adolescence (association avec l'UFR de psychologie et création d'un Master Recherche : Violence, passage à l'acte, troubles de la personnalité de l'adolescent et du jeune adulte).

Pour donner à l'ensemble de ces actions une meilleure représentation le projet d'une "**maison d'adolescents**" reste d'actualité. Celle-ci permettrait assurément une meilleure lisibilité de ces diverses actions et, on peut l'espérer, une accessibilité plus facile et plus pertinente de la population, adolescents ou parents.



## Initiation à la démarche de soins

### Pr Marcel Rufo

*Pédopsychiatre, Chef de service "Maison de Solenn" (Paris)*



**D**epuis l'ouverture de la Maison de Solenn, force est pour nous de constater que 80 % des consultations externes sont de type spontané (non adressées par un médecin, l'école ou une institution) et que les adolescents sont le plus souvent accompagnés de leurs deux parents.

La rencontre avec eux commence pratiquement toujours de la même façon : à la question "pourquoi votre venue ici ?", ils répondent "je ne sais pas... c'est eux qui ont décidé de me conduire ici".

Une première remarque consiste dans leur disponibilité à venir, malgré tout, parler de leurs difficultés. Ensuite passé un temps d'observation mutuelle, l'entretien se termine souvent par des propositions d'accompagnement ou d'aide acceptées par le sujet.

Ces premières minutes imposent aux professionnels une attention extrême, une écoute la plus fine possible et la maîtrise des éléments agressifs qui lui sont projetés.

Lorsque la demande de soin est une proposition faite par une institution, le temps est un peu plus long car le représentant (éducateur, enseignant, psychologue, médecin...) impose ses impressions le plus souvent en présence de l'adolescent. Il ne s'agit pas d'être contradictoire mais il faut toujours inventer, improviser tout en évitant la séduction.

L'autre cas de figures fréquent est représenté par la proposition d'hospitalisation : jamais en urgence bien que parfois... toujours en alliance avec la famille, les frères et sœurs, les grands-parents, toujours également sans coupure d'avec le monde extérieur (scolarité, camarades...) bien qu'il nous arrive parfois que l'adolescent(e) propose lui-même un temps "entre-parenthèses".

Je vous propose de m'accompagner dans les quelques cas de figure cliniques classiques que je rencontre journallement dans ma pratique.

# L'adolescent et l'urgence hospitalière

## **Dr Georges Picherot,**

*Pédiatre au Centre Hospitalier Universitaire de Nantes,*

## **Dr Sylvie Leberre,**

*Médecin urgentiste au Centre Hospitalier Général de Saint-Nazaire*

## **Dr Laurence Dréno,**

*Pédopsychiatre au Centre Hospitalier Universitaire de Nantes*

## **Dr Isabelle Hazart**

*Pédiatre au Centre Hospitalier Universitaire de Nantes*

**L**e passage à l'urgence est pour tous les âges le reflet de la santé physique et psychique et aussi de la facilité d'accès à un service de soin devenu primaire. L'urgence constitue le mode le plus fréquent de contact avec l'hôpital et avec le monde médical. Ce constat est surprenant pour une population peu consommatrice de soins médicaux et en général en bonne santé. Plusieurs travaux ont montré les spécificités des motifs d'admissions et le caractère probablement souvent inadapté des structures. Après une analyse épidémiologique, nous aborderons quelques situations spécifiques. Comment les aider et peut-on leur parler à l'urgence ? "Il est primordial d'assurer aux adolescents la continuité des soins à partir de l'urgence" était la conclusion du rapport de l'enquête de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris de 1999 mais cela reste pour nous une préoccupation majeure.

## **1-Epidémiologie**

Plusieurs études françaises ont analysé le passage des adolescents aux urgences. Leurs limites concernent souvent l'inhomogénéité des échantillons lié à la difficulté de la définition de l'adolescence.

Le passage de 3 365 adolescents (11-19 ans) à l'hôpital de Saint-Nazaire en 2000 a permis de souligner le flux important représentant 15% des urgences hospitalières totales très nettement supérieur à la population générale des adolescents. 49 % sont admis dans un secteur pédiatrique, 48% dans un secteur adulte et 3 % dans le secteur gynéco-obstétrique. Dans 74,8% des cas, le motif d'admission est chirurgical, 17,1 médical et 5% des cas psychiatrique. Parmi les motifs chirurgicaux la traumatologie représente plus de 90 % des admissions avec une surreprésentation masculine. Les motifs médicaux sont dominés par les pathologies digestives et pulmonaires (37% et 15%). Les motifs psychiatriques sont dominés par les tentatives de suicides : 55% avec une surreprésentation féminine (74% pour 25%). 101 adolescentes ont consulté pour un motif gynécologique (35%) ou obstétrical (65%). Enfin dans cette étude, 9 adolescents viennent pour un motif médico-judiciaire principalement agression sexuelle. Pour 20 % de ces adolescents, le passage à l'urgence sera suivi d'une admission à l'hôpital.

L'enquête effectuée à Nice en 1999 portait sur 1 096 adolescents (12-18 ans) admis en 12 semaines aboutit aux mêmes conclusions épidémiologiques : 18,4% des admissions et une prédominance de la



traumatologie 55,5 % pour 38,7% de pathologie non accidentelle. La pathologie psychiatrique représente 5,4% des admissions dominée par les tentatives de suicide. Le taux d'hospitalisation après passage à l'urgence est plus fréquent dans cette étude que dans la population générale.

494 passages d'adolescents sont analysés à Amiens en 1999-2000 (13 - 19 ans). Ils représentent 12,8% des passages de l'urgence. Dans 65% les motifs d'admissions sont traumatiques, 26,5% somatiques médicaux et 6,9% psychiatriques dont 50% de tentatives de suicide. 47% sont accueillis dans le secteur pédiatrique de l'urgence et 53% dans le secteur adulte. 21% des passages à l'urgence sont suivis d'une hospitalisation.

L'enquête de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris effectuée sur 5 hôpitaux en 1999 aboutit aux mêmes conclusions : 66% de motifs accidentels et 26,5% de motifs médicaux. 21,6 % des adolescents sont hospitalisés.

Plusieurs particularités sont retrouvées dans ces enquêtes. La surreprésentation par rapport à la population d'adolescents qui est d'environ 10% est également un constat de Liv aux USA (15,6%). Un adolescent sur 5 est gardé en hospitalisation après le passage aux urgences. Si la pathologie traumatique représente les deux tiers des demandes c'est parmi cette population que l'on trouve le plus de récives (1/4 ?) Toutes les études soulignent aussi la difficulté du clivage : souffrance psychologique et motif médico-chirurgical. La pathologie traumatique peut renvoyer à la prise de risque ou à l'abus d'alcool. Certains motifs médicaux paraissent flous et s'associent à l'angoisse et à la dépression. Ceci justifie un mode d'écoute global que nous aborderons plus loin.

Liv constate dans le modèle nord-américain que le risque majeur pour l'adolescent est comportemental et social plus que médical.

## **2-Particularités des motifs d'admission chez l'adolescent**

### **Les motifs traumatiques**

La plupart sont superficiels ou bénins. Ils représentent pourtant la première cause de mortalité de l'adolescent.

Le repérage des conduites à risques et des révélations de difficultés psychologiques associées aux accidents répétés est une préoccupation des services d'urgences. 51% des adolescents garçons et 36 % des filles disent avoir eu au moins un accident au cours des 12 derniers mois. Le taux de répétition des accidents est de 28 % dans l'année qui suit l'événement et une population à multi-récive est individualisée. Les adolescents récidivistes ont des scores de dépression et d'anxiété plus élevée et "il existe un lien fort entre accident à répétition et souffrance psychique diffuse". La prise de risque par conduite de véhicule motorisé a été également analysée. Le risque d'accident est deux fois plus élevé dans cette tranche d'âge.

2 000 adolescents meurent chaque année d'accidents de la voie publique. La mortalité des garçons pour

## L'adolescent et l'urgence hospitalière (suite)

ce motif est 3,8 fois supérieure à celle des filles : ils portent moins le casque et prennent d'avantage de risques. L'association à la prise de toxique est fréquente : alcool ou drogues. La prise de risque par vitesse excessive intervient dans 50% des accidents mortels contre 30% chez l'adulte. L'absence de port de casque est également associé à la prise de risque du garçon. L'important serait de déceler devant cet accident qui peut être banal « un acte symptôme » d'un trouble psychopathologique.

### Les motifs médicaux

Ils ont fait l'objet de nombreux travaux. Deux maladies chroniques asthme et diabète ont une représentation particulière à l'adolescence.

L'asthme a une évolutivité particulière : amélioration fréquente des formes modérées, morbidité et mortalité plus importante des formes graves.

Le diabète insulino-dépendant est souvent découvert pendant l'adolescence. On remarque aussi la "détérioration du contrôle glycémique et une particulière instabilité".

### Les motifs psycho-comportementaux

L'agitation et la violence surviennent le plus souvent chez un adolescent connu pour des troubles du comportement chronique. La crise aiguë sans antécédent est possible mais rare plus souvent événementielle. Un élément déclenchant peut parfois être identifié sur ce terrain : violence subie ou maltraitance, intoxication ou mauvaise tolérance médicamenteuse, séparation ou déception.

L'adolescent peut être dans deux contextes différents : dans sa famille ou la crainte vient d'un comportement inhabituel, d'un risque suscitant la crainte ou d'une tolérance impossible. À l'inverse, la demande de prise en charge d'adolescents agités et violents vient aussi des secteurs éducatifs pour des enfants souvent en internat pour une crise aiguë. Les éducateurs se sentent débordés ou dévalorisés et ont recours aux urgences "par manque de réponse psychiatrique". L'agitation est souvent présentée comme un piège diagnostique. L'élimination d'une étiologie somatique et toxique doit être une préoccupation constante. Le piège est de se fixer uniquement sur les situations sociales et psychologiques. On ne doit pas perdre l'intérêt de l'accueil médico-chirurgical et garder les réflexes de l'examen clinique complet. Apaiser et contenir est souvent possible chez l'enfant sans recours médicamenteux. On insiste auprès des référents pour connaître l'histoire de l'enfant avant de le rencontrer. Le but de la prise en charge est de surprendre par le calme de l'accueil, d'éviter les menaces, les épreuves de force. Il est parfois souhaitable de proposer une activité sédative : repas... Tout est fait pour ne pas reproduire de discontinuité dans le séjour hospitalier. La contention prolongée n'a pas d'indication pédiatrique. Le recours à une chambre d'isolement psychiatrique est exceptionnel. Le sédatif idéal, qui n'existe pas, devrait être d'action rapide, sans effet secondaire important, d'administration





simple, de durée d'action courte, utilisable en dehors du contexte de réanimation ou de soins intensifs et adapté à l'adolescent et bien connu des utilisateurs. Les deux familles thérapeutiques adaptées sont les diazépines et les neuroleptiques.

### **Les alcoolisations aiguës**

30% des adolescents disent avoir été ivres dont 9% trois fois dans l'année. La plupart de ces adolescents n'ont pas de recours hospitalier ou sont hors des âges des urgences pédiatriques. Notre enquête basée sur l'analyse de 67 dossiers en milieu d'urgence pédiatrique d'adolescents hospitalisés pour une ivresse aiguë a montré la relative rareté de ce motif "principal". Ceci rejoint les constats de Thunström en Suède : 200 adolescents de moins de 16 ans sont hospitalisés dans l'année pour le motif d'ivresse aiguë.

Le taux d'alcoolisation moyen est élevé (1,68 g/l) correspondant à une alcoolisation importante liée à l'usage d'alcools forts en quantité importante, véritable "alcoolo-défonce". Le mode d'alcoolisation est dans un tiers des cas solitaire, et l'alcool est acheté par l'adolescent lui-même en dehors des règles légales de notre pays. Dans notre étude, le taux d'alcoolisation des pères est élevé. Les problèmes socio-familiaux et scolaires sont fréquents ce qui détermine des facteurs de mauvais pronostic et d'alcoolisation chronique.

La prise en charge a été effectuée en hospitalisation dans 94% des cas ce qui correspond aux recommandations de l'ANAES qui rapprochent les adolescents hospitalisés pour ivresse et pour tentative de suicide. Pour certains, on pourrait identifier parmi les ivresses aiguës des adolescents des groupes plus à risque nécessitant une prise en charge plus importante : garçons de jeune âge, de niveau social faible, à antécédent psychiatrique, vivant dans une famille en difficulté, avec notion d'alcoolisme familial, utilisation conjointe d'autres produits toxiques. Pour nous ce tri est difficile et le recours au milieu hospitalier est à lui seul un facteur de gravité qui incite à une prise en charge importante. Le risque de l'association suicide et intoxication alcoolique est important chez l'adolescent, comme le montre la remarquable étude de Pirkola où il l'estime à près de 42%. Notre constat de fréquentes corrélations intoxication alcoolique aiguë aux urgences pédiatriques et problèmes socio-familiaux et psychologiques est retrouvée dans tous les travaux publiés. L'ivresse aiguë de l'adolescent est un motif rare de recours aux urgences pédiatriques, la gravité de ce symptôme par son association à de fréquents problèmes psychosociaux et familiaux implique une prise en charge importante avec une hospitalisation initiale et une proposition de suivi ultérieur. Il reste à évaluer l'impact à distance de ce mode de prise en charge en particulier dans la prévention de l'alcoolisation chronique.

### **Les tentatives de suicide**

C'est la deuxième cause de mortalité de l'adolescent. Il existe un risque somatique immédiat et un risque de souffrance psychique qui peut conduire à une récurrence dans environ 30% des cas dans la deuxième année. La recommandation d'hospitalisation systématique des adolescents pour une prise en charge

## L'adolescent et l'urgence hospitalière (suite)

médicale psychologique et sociale semble très pertinente. Le retour à domicile après passage à l'urgence fait prendre le risque d'une mauvaise évaluation.

### 3-Comment leur parler ?

L'urgence constitue le mode le plus fréquent de contact des adolescents avec l'hôpital et un choix privilégié de prise en charge médicale. Mais peut-on leur parler et de quoi leur parler ? L'urgence est-elle un lieu inadapté aux adolescents ?

Sthéneur et Vernant proposent un cadre avec un espace santé jeunes qui intervient à l'urgence en fonction d'un questionnaire de 15 questions proposées par l'urgentiste en milieu adulte au moins de 21 ans.

Boudailliez et Coll organisent un réseau d'aval avec consultation par un référent médical "global" qui évitera le découpage somatique psychique social.

"Dans tous les cas les services d'urgences doivent pouvoir mettre à la disposition des adolescents une structure calme et performante" pour une prise en charge globale. Les unités de médecine d'adolescents sont les structures idéales mais elles sont rares.

Peut-on parler de tout, en particulier des comportements à risques d'accident ou de comportement à risque sexuel ? "Le médecin du service d'urgence doit se substituer au médecin traitant car il peut être le seul contact médical". La vérification des vaccinations est dans le même sens également indispensable. Quelle est la place de la prise en charge psychiatrique souvent pédopsychiatrique de l'adolescent à l'urgence ? Peu de structures d'urgence disposent d'une garde de pédopsychiatrie. Les adolescents sont dans certains services adressés aux structures adulte lorsque l'on décide d'une nécessité des prises en charge en urgence de situation psychiatrique. Ce sont souvent les agitations et certaines tentatives de suicide considérées comme graves qui motivent la référence pédopsychiatrique. Le travail psychiatrique est-il compatible avec l'urgence ?

L'organisation d'un véritable réseau de prise en charge globale médico-psycho-sociale des adolescents permet de répondre à ces questions et de former les personnels des urgences à l'accueil des adolescents sans sous-estimer le choix préférentiel des adolescents pour ce type de structure sans rendez-vous, sans obligation de suivi.

**Bibliographie sur demande :** [georges.picherot@chu-nantes.fr](mailto:georges.picherot@chu-nantes.fr)



## Les soins hospitaliers de l'adolescent

### Dr Priscille Gérardin

*Praticien hospitalier au Centre Hospitalier Universitaire de Rouen, Centre Hospitalier du Rouvray  
responsable de l'unité de psychopathologie et médecine de l'adolescent*



**L'**adolescence est une période charnière où se joue une part importante de l'avenir psychique et socio-professionnel de l'individu.

Si la majorité des adolescents va bien, 20% environ sont en souffrance, certains de façon majeure.

Pour ces adolescents en grave difficulté psychiatrique, une hospitalisation en milieu spécialisé peut s'avérer nécessaire.

Le 1<sup>er</sup> temps va être ainsi de peser l'indication.

### L'indication

Tout d'abord, qui fait la demande et pourquoi ? En quoi l'hospitalisation peut-elle répondre à la problématique qui est exposée ? Il faut ainsi évaluer l'indication et parfois la refuser, quand elle ne paraît pas pertinente. Ce refus peut être un élément de reconnaissance du potentiel de l'adolescent et de sa famille à faire face aux difficultés, et une consultation d'évaluation de l'indication peut suffire à relancer une certaine dynamique.

Si l'hospitalisation s'avère nécessaire, il faut trouver avec l'adolescent et sa famille les modalités d'une alliance thérapeutique autour du projet de soin. Ainsi vont être posées les attentes légitimes qu'on peut avoir vis-à-vis des effets de l'hospitalisation, tout en soulignant les limites de celle-ci et le rôle actif de chacun dans son déroulement. Il faut enfin aborder la question du suivi après l'hospitalisation.

Enfin, il s'avère important d'expliquer les modalités de fonctionnement de l'unité d'hospitalisation et éventuellement d'organiser une visite de celle-ci avant l'hospitalisation définitive.

### L'hospitalisation

Une fois cette indication posée, ainsi que les objectifs, l'hospitalisation peut débuter. Elle se déroule en plusieurs phases. Il y a souvent une 1<sup>ère</sup> phase d'observation et de rencontre entre l'adolescent et l'équipe, avant que dans un 2<sup>ème</sup> temps, se manifestent plus ou moins bruyamment les difficultés de l'adolescent et qu'un travail sur celles-ci puisse s'entreprendre.

Le temps d'hospitalisation s'appuie sur un travail institutionnel, pluri-disciplinaire, permettant d'accompagner et de contenir les difficultés de l'adolescent, tout en les resituant dans son histoire. Les règles de fonctionnement institutionnelles doivent être précises, alliant des fonctions médiatrices et de contenance.

## Les soins hospitaliers de l'adolescent (suite)

Exemple : "Unité de Psychopathologie et Médecine de l'Adolescent" de Rouen.

Nous avons, sur Rouen, ouvert en 2005 une unité régionale spécifique d'hospitalisation pour adolescents au sein du Département de Pédiatrie du Professeur Mallet. Elle reçoit en particulier des adolescents ayant des Troubles des Comportements Alimentaires, des troubles anxieux, des troubles dépressifs et des intrications psycho-organiques.

Cette unité a, comme spécificité, d'articuler dans la prise en charge, les soins psychiatriques et somatiques puisque l'unité est située en pédiatrie. Le service offre ainsi une évaluation diagnostique précise pluridisciplinaire et une double prise en charge pédopsychiatrique et pédiatrique, importante à cet âge de la vie, où les modifications corporelles et l'expression par le corps des difficultés psychiatriques sont majeures. En plus des psychiatres, psychologue, pédiatres, cadre, équipe infirmières, ergothérapeute, ASH, plusieurs autres intervenants ont un rôle : l'école à l'hôpital, les diététiciens, le service social.

Si le temps d'hospitalisation permet à la famille d'une part, à l'adolescent d'autre part, de retrouver des espaces de fonctionnement propres et séparés, les liens sont bien sûr travaillés, la famille étant régulièrement reçue en entretien et des groupes de paroles des parents pouvant être proposés.

L'aspect des lieux, leur fonctionnalité, leur situation dans un hôpital général, évitent la stigmatisation des adolescents et leur facilité à revendiquer une symptomatologie psychiatrique comme constitutive de leur personnalité. L'abord pédiatrique est intéressant à un âge de la vie où les somatisations et les préoccupations corporelles sont courantes.

L'unité est soucieuse de la qualité de l'ambiance, de la vie de groupe. Elle permet la mise en œuvre de moyens qui aident l'adolescent à modifier son image négative de lui-même et des autres et à retrouver des envies d'entreprendre, un plaisir à faire et à échanger. Cela se passe en particulier pendant les temps des différents ateliers de médiation, animés par une ergothérapeute et des infirmiers. Ce sont des lieux importants, lieux de rencontre et de redécouverte de leurs capacités. Ces ateliers permettent d'aborder aussi bien les dimensions corporelles que psychiques (théâtre, relaxation, groupes de parole) permettant l'accès à des modes d'expression diversifiés.

Le 3<sup>ème</sup> temps mais qui est déjà à préparer dès la 1<sup>ère</sup> consultation d'admission, est la question de la préparation à la sortie, de manière à ce que celle-ci soit progressive et ne soit pas vécue comme un lâchage par l'adolescent et sa famille, et qu'un relais puisse être organisé avec le suivi ambulatoire. La sortie est à la fois très attendue mais souvent aussi redoutée. Il est souhaitable de faire des sorties et permissions progressives, ainsi qu'un retour à l'école accompagné, afin de préparer cette sortie et de prendre en compte les besoins de dépendance souvent centrale à cet âge.



## Conclusion,

L'hospitalisation pour adolescent nécessite de poser et d'évaluer les indications, de négocier les objectifs de soins, de permettre à chacun, au cours de ce temps d'hospitalisation, de trouver une place spécifique mais à la fois différenciée (adolescent/famille) et d'accompagner par un cadre institutionnel fiable, cohérent et contenant l'adolescent, lui permettant une amélioration de sa symptomatologie et un nouvel espace où penser, faire des liens, valoriser ses potentiels, et relancer ses projets d'avenir.

## Contenance et rechute

### Pr Xavier Pommereau

*Psychiatre des hôpitaux, chef de service, Pôle aquitain de l'adolescent, centre Abadie, Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux*

L'hospitalisation des adolescents en souffrance nécessite des unités spécialisées. Elle doit en effet répondre à trois impératifs majeurs : être tolérable dans sa forme et sa durée par le jeune et son entourage ; fournir un espace de transition qui n'a pas pour but de couper l'adolescent de ses parents, mais qui permet à chacun de trouver, en crise, une distance supportable et des tiers médiateurs ; enfin, évaluer la situation et définir une orientation thérapeutique acceptée par tous. Ces trois objectifs ont en commun de chercher à contenir la crise sans détenir l'adolescent et sans mettre sa famille à l'écart.

Cette contenance institutionnelle repose sur une philosophie de soins préconisant l'ouverture plutôt que la fermeture, philosophie qui doit être rendue dans la réalité des espaces et des temps thérapeutiques offerts. L'auteur se propose d'en présenter des illustrations concrètes. Il montre également que l'application de tels principes, si elle n'évite pas toujours la rechute ou la récurrence, peut permettre de distinguer des étapes d'évolution donnant du sens à la souffrance. À charge, pour les soignants et les familles concernées, de pouvoir donner du temps au temps et de se concerter souvent.



# Discours de clôture

## de Madame Bernadette Chirac

*Présidente de la Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France*

Je voudrais tout d'abord vous remercier d'être venus nombreux, de toutes les régions de France, assister à ce colloque consacré aux adolescents en souffrance, dans cette magnifique Salle Gaveau, où nous accueillent avec beaucoup de gentillesse mes amis Monsieur et Madame Fournier.

Je remercie également les intervenants et les modérateurs qui, tout au long de cette journée, ont partagé avec nous leurs expériences pour mieux comprendre et identifier les besoins des adolescents et mieux y répondre en milieu hospitalier. Je dois dire que j'ai été impressionnée par l'ambiance studieuse de cette journée, la pertinence des échanges et des réflexions.

Je souhaite aussi exprimer toute ma reconnaissance à Monsieur Xavier Bertrand, ministre de la Santé et des Solidarités, pour sa présence et son soutien, et au Professeur Claude Griscelli, Vice-Président de la Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France qui a organisé de manière magistrale ce sixième colloque de la Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France.

Comme la plupart des orateurs l'ont souligné aujourd'hui, les adolescents nécessitent une attention et une prise en charge spécifique à l'hôpital, dans des structures adaptées. A travers les interventions d'aujourd'hui, nous avons pu mesurer la complexité de l'hospitalisation des adolescents, l'importance de la prévention, du soin mais aussi de la recherche.

En 1998, avec le Conseil d'administration de la Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France, nous avons décidé de créer à Paris, en partenariat avec l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, une structure pilote de prise en charge globale de l'adolescent en souffrance : la Maison de Solenn, sur le site du Groupe hospitalier Cochin-Saint Vincent de Paul, placée sous la direction du Professeur Marcel Rufo.

Pour créer cet établissement, nous nous sommes inspirés des premières expériences menées à Marseille, au Havre, à Bordeaux, à Poitiers ou à Bobigny et nous avons écouté de nombreux professionnels de l'adolescence, mais aussi des familles et des jeunes. Cette concertation nous a permis d'enrichir notre projet médical et de créer un lieu d'accueil, d'écoute, d'information et de prévention, de prise en charge médicale et de suivi, ouvert sur la ville, facilement accessible. La spécificité de la Maison de Solenn nous a également conduit à la doter de structures liées à l'enseignement et à la recherche.

Dès l'ouverture de la Maison de Solenn, la Fondation a souhaité favoriser la multiplication à travers toute la France de structures de prise en charge globale et pluridisciplinaire de la santé des adolescents en faisant bénéficier de son expérience et de son soutien financier.

C'est ainsi que quatorze structures répondant aux mêmes concepts ont été soutenues par la Fondation à travers la France.

En 2005, une impulsion décisive est donnée par la mise en place d'un partenariat entre la Fondation et le ministère de la Santé : 6 millions d'euros par an pendant cinq ans sont ainsi dédiés à la création de Maisons des adolescents, le ministère mettant également en place les moyens de leur fonctionnement. Un comité co-présidé par le Professeur Claude Griscelli et par le Directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, propose chaque année les projets à soutenir et il évaluera dans le temps leur activité.



Ces projets, à l'initiative des équipes hospitalières peuvent bien sûr avoir des dimensionnements différents selon les besoins spécifiques des hôpitaux, mais en répondant toutefois à un cahier des charges précis, établi d'après l'expérience acquise à la Maison de Solenn.

Je vais, à ce stade, rappeler que si la Fondation peut soutenir de tels projets, c'est parce que des millions de jeunes participent chaque année à l'opération *Pièces jaunes* qui va débiter dans un peu plus d'un mois pour 2007 et je vous invite tous à mobiliser autour de vous pour nous permettre de poursuivre notre action en faveur des adolescents mais aussi de tous les enfants malades hospitalisés.

J'en profite pour saluer chaleureusement les médecins, les cadres infirmiers et les directeurs d'hôpital, dont certains sont présents dans la salle, qui composent le Comité d'orientation de la Fondation, présidé par le Professeur Antoine Bourrillon : ils ont, chaque année, la lourde tâche de sélectionner les meilleurs projets parmi les quelque 1 300 dossiers qui nous sont transmis par les hôpitaux et de proposer le montant des subventions à accorder.

Je suis sûre que ce colloque suscitera des projets et que beaucoup d'entre vous prendront des initiatives, car ce serait formidable que, dans cinq ans, au terme du partenariat entre la Fondation et le ministère de la Santé, toutes les régions de France aient une Maison des adolescents.

J'aimerais pour conclure remercier chaleureusement les membres du Comité scientifique de ce colloque. En concevant cette journée de réflexion et d'échange, ils ont souhaité qu'un vrai dialogue puisse se développer, ici, aujourd'hui, entre les équipes soignantes et médicales, et se prolonge ensuite dans vos hôpitaux, pour en définitive améliorer encore et toujours la prise en charge des adolescents présentant des comportements à risque.

Merci à vous toutes et à vous tous de l'admirable dévouement que vous mettez au service des adolescents qui ont besoin de notre aide et de notre solidarité.

# Comité Scientifique

## Président

**Claude Griscelli**, *Vice-Président*  
*Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France*

## Membres

**Bruno Falissard**, *Directeur de l'Unité INSERM*  
*"Maison de Solenn" (Paris)*

**Alain Fuseau**, *Pédopsychiatre*  
*"Maison de l'Adolescent" (Le Havre)*

**Philippe Jeammet**, *Pédopsychiatre*  
*Institut Mutualiste Montsouris (Paris)*

**Sophie Lemerle**, *Pédiatre*  
*Unité de Médecine de l'Adolescent*  
*(Créteil)*

**Daniel Marcelli**, *Pédopsychiatre*  
*CHU (Poitiers)*

**Marie-Rose Moro**, *Pédopsychiatre*  
*"Casita" (Bobigny)*

**Marcel Rufo**, *Pédopsychiatre*  
*"Maison de Solenn" (Paris)*

[www.fondationhopitaux.fr](http://www.fondationhopitaux.fr)



FONDATION  
Hôpitaux de Paris  
Hôpitaux de France  
Reconnue d'utilité publique