

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année : 2020

N° 2020-82

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES DE PSYCHIATRIE

par

Nella BREGEON

Présentée et soutenue publiquement le 15 septembre 2020

Place des Hôpitaux de Jour de Crise dans la prise en charge ambulatoire des adolescents

Président : Monsieur le Professeur Olivier BONNOT

Directeur de thèse : Docteur Thierry CHALTIEL

Remerciements

À mon Directeur de thèse Thierry CHALTIEL, Praticien Hospitalier au CPGEA Samothrace à Nantes, avec qui j'ai eu le plaisir de découvrir la clinique adolescente et ses surprises. Tu m'a soutenue, guidée et rassurée lors de l'écriture de ce travail, et dans la maturation de mon projet professionnel. Je suis très heureuse de ton amitié et je me réjouis de travailler à nouveau à tes côtés. Un immense merci pour ton soutien et ta confiance.

Au Président des membres du Jury, Monsieur le Professeur Olivier BONNOT, Professeur des Universités, Pédiopsychiatre et chef de l'Unité Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du CHU de Nantes,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider mon jury de thèse et d'évaluer ce travail. Je vous remercie de la confiance que vous avez pu me témoigner, dans cette rédaction et dans les autres travaux pour lesquels vous avez pu m'aider ces dernières années. J'ai apprécié votre goût pour l'enseignement et le partage de vos connaissances dans le champs si vaste de la pédopsychiatrie, et j'espère que ce travail sera à la hauteur de vos attentes.

Aux membres du Jury,

Madame le Professeur Anne SAUVAGET, Professeur des Universités, Psychiatre et chef du service de Neuromodulation en Psychiatrie au CHU de Nantes,

Je suis particulièrement honorée de votre participation à mon jury de thèse. Je vous remercie pour la qualité de votre enseignement, votre guidance, et votre disponibilité.

Madame le Professeur Marie GRALL-BRONNEC, Professeur des Universités, Psychiatre-Addictologue dans le service d'Addictologie et de Psychiatrie de Liaison du CHU de Nantes,

Vous m'avez été d'un grand soutien ces dernières années, notamment dans l'organisation du CFP à laquelle j'ai eu l'honneur de participer à vos côtés et je vous en suis très reconnaissante. Vous inviter à participer à mon jury de thèse était une évidence, et je vous remercie une fois de plus de m'avoir témoigné votre confiance.

Veuillez, chacun et chacune, recevoir toute ma gratitude et mon profond respect à travers ces remerciements, en espérant que ce travail de thèse saura vous satisfaire.

À mes parents, pour votre soutien de toujours, votre présence malgré la distance, votre amour inconditionnel et votre confiance. Je ne vous remercierai jamais assez pour tout ce que vous m'avez apporté, et pour tout ce que vous continuez de me donner. J'espère vous rendre fiers à la lecture de ce travail, fiers de l'éducation que vous m'avez donnée, de la culture à laquelle vous m'avez ouverte, et de tous les sacrifices que vous avez pu faire. Du fond du cœur, un immense merci.

À mon frère, Efflam, mon jumeau, mon complice de toujours. Sans toi tout cela n'aurait pas été possible, ta confiance me porte depuis des années et m'a permis de traverser nombre d'épreuves durant ces longues études. Tu as tout mon amour, et tout mon soutien pour le reste de ta traversée.

À Romain, tu m'as accompagnée au plus près depuis quelques années, ta présence et ton amour me poussent à me dépasser. Je te remercie pour ton soutien au quotidien, ta tendresse et ton écoute.

Au reste de ma famille, à Geneviève en particuliers, et à ma belle-famille, un grand merci pour votre soutien, votre affection, et l'intérêt que vous portez à mes études.

À Juliette et Ella, qui quelque part veillent sur moi.

À mes amis, de près ou de loin votre confiance et votre affection m'ont été précieuses et j'espère réussir à vous les apporter en retour. Merci à tous mes co-internes, à l'association Inpsy et mes amis dans cette aventure, merci pour votre accueil à Nantes, pour les bons moments passés ensemble, et notre soutien mutuel dans les moments difficiles durant ces dernières années.

Merci à Valentine, Émilie, Aurélien, Manon, Hélène et Mégane pour votre amitié, merci à tous ceux que je ne cite pas mais auxquels je pense si souvent, merci pour tous les moments passés ensemble et à venir.

À mes collègues, et particulièrement aux équipes qui m'ont accueillie durant mon internat, et qui m'ont vue grandir et mûrir. Merci pour votre affection, votre soutien et votre écoute lors de nos échanges. J'espère que ce travail vous montrera l'ampleur de l'apprentissage qui a été le mien ces dernières années, et cela grâce à vous. J'espère que vous continuerez de faire ce travail avec passion, et que nos routes se recroiseront. Merci tout particulièrement aux médecins qui m'ont formée : Florence, Pierre, Thierry, Laura, Laurence, Anne-Laure, Anne-Lise, Julien, Marine, et enfin Perrine, pour ta relecture finale. Je ne vous oublierai pas, et j'espère me montrer digne de votre transmission.

Aux collègues de Poitiers et Versailles pour leur accueil et leurs explications autour de leurs projets.

Aux patients enfin, que j'ai rencontrés et que je rencontrerai, pour leur créativité sans limites, leur joie de vivre malgré tout, et nos débordements d'émotions qui donnent à ce métier toute sa beauté.

Table des matières

Remerciements.....	2
Introduction.....	5
I. Soins de crise à l'adolescence.....	6
1. Adolescence, crises et urgences.....	6
1. L'adolescence.....	6
2. Les crises : du normal au pathologique.....	8
3. Se dégager de la dépendance : la rencontre soignante.....	10
4. Aux urgences, « penser lentement tout en agissant vite ».....	11
5. L'urgence représente un bon moyen d'accès aux soins.....	13
2. La question de l'hospitalisation complète.....	14
1. L'importance de la prise en charge somatique.....	15
2. Quelles recommandations pour hospitaliser un adolescent ?.....	15
3. Des lits de crise ?.....	19
4. Principales indications des hospitalisations complètes.....	21
II. Les Hôpitaux de Jour de Crise.....	23
1. La contenance psychique en ambulatoire.....	23
1. La réactivité de la réponse.....	23
2. La contractualisation des soins.....	27
3. Le rôle du soignant : faire partie de l'espace psychique élargi de l'adolescent.....	28
4. La contenance : le travail institutionnel.....	29
5. Le groupe thérapeutique.....	31
2. Rôle, place et fonctionnement des hôpitaux de jour de crise.....	32
1. Hôpitaux de jour de crise : des soins ouverts, intensifs, et limités dans le temps.....	32
2. Le premier rendez-vous de crise : un travail dans la continuité.....	33
3. Quelle place pour les familles dans l'hôpital de jour de crise ?.....	34
4. Le rôle clé de l'assistant social.....	36
5. Le scolaire : l'importance de son maintien.....	37
6. La place du traitement médicamenteux durant la crise.....	38
7. Accepter d'évaluer le diagnostic dans toutes les demandes de crise.....	39
8. Et le soin dans tout cela ?.....	39
III. En pratique.....	41
1. L'exemple de Nantes, en Loire-Atlantique.....	41
1. Les passages aux urgences du CHU de Nantes.....	41
2. Trop de passages itératifs aux urgences.....	44
3. Les hospitalisations d'urgence au SHIP.....	44
4. La crise sanitaire de Covid-19 : des solutions innovantes sur les secteurs et au SHIP.....	45
2. Tour d'horizon des hôpitaux de jour de crise.....	47
1. À Toulouse : une solution réactive.....	47
2. À Genève : diminution des hospitalisations complètes et des passages aux urgences.....	47
3. À Poitiers : adaptation du soin aux états limites et diminution des récides suicidaires.....	49
4. À Versailles : un hôpital de jour de crise intersectoriel.....	51
Conclusion.....	53
Bibliographie.....	55
Annexes : Vignettes cliniques.....	60
A. : Un état limite ?.....	60
B. : La place de la Loi.....	61
C. : Des hallucinations envahissantes.....	62

Introduction

Ces dernières décennies, le nombre de consultations d'adolescents en crise aux urgences et dans les secteurs de pédopsychiatrie est en constante augmentation. Dans le même temps, le nombre de lits d'hospitalisation en pédopsychiatrie a globalement diminué, rendant nécessaire de repenser les soins de crise aux adolescents et de privilégier le développement de solutions de prise en charge ambulatoires.

Dans ce contexte, j'ai été amenée à me questionner sur cette notion de crise, qui s'avère être plurielle et recouvrir des réalités diverses. Cette crise que nous relions fréquemment à l'adolescence « normale » peut en effet révéler une pathologie psychiatrique naissante, mais également venir émailler l'évolution d'une problématique ancienne réactivée à l'adolescence, ou enfin apparaître de façon réactionnelle à un trauma, familial ou personnel. Nous verrons que l'ampleur de cette crise n'est pas nécessairement en lien avec la gravité des troubles sous-jacents, ce qui vient éclairer l'importance d'une prise en charge rapide et adaptée, pour tirer bénéfice de ce moment propice à l'exploration psychique et aux réaménagements.

Dans ce contexte de crise, les modalités des soins psychiques sont sans cesse questionnées, notamment la nécessité d'hospitaliser ou non ces adolescents. Le manque de lit en pédopsychiatrie ne peut pas être la seule variable d'ajustement, bien qu'elle nous pousse sûrement à nous questionner davantage sur la pertinence d'une hospitalisation. Elle est également l'occasion de stimuler notre créativité pour développer des alternatives à celle-ci. Ces alternatives, nous le verrons, s'avèrent souvent bien plus pertinentes qu'une séparation complète de l'adolescent et de sa famille, et nous étudierons leurs avantages et inconvénients.

J'ai décidé de m'intéresser plus spécifiquement aux hôpitaux de jour de crise, nouvelles structures de soin visant à prendre en charge et évaluer la crise de ces adolescents en ambulatoire. Nous verrons que différents modèles existent déjà, venant ré-interroger nos connaissances sur la contenance psychique des groupes thérapeutiques, et des institutions en général. Cela posera la question de la pluridisciplinarité, si importante pour comprendre et dépasser la crise ; du travail en réseau sous la forme d'un parcours de soin réfléchi et coordonné ; et enfin du travail de crise à proprement parler dans ces centres de jour.

Nous étudierons la situation actuelle de la Loire-Atlantique à travers l'évolution du nombre de passages d'adolescents aux urgences pour rappeler la nécessaire articulation des centres de crise ambulatoires avec les urgences, les secteurs, et l'unité d'hospitalisation. Ce travail de thèse s'inscrit dans le cadre de la création d'un hôpital de jour intersectoriel regroupant plusieurs intersecteurs nantais, sous l'impulsion de l'ARS dans le cadre du Plan d'Accompagnement de la Pédopsychiatrie. Nous ferons ensuite le lien avec des structures de soin d'autres régions, notamment à Poitiers et Versailles, centres novateurs en France proposant des hôpitaux de jour de crise depuis plusieurs années, et nous étudierons les parcours de soin des patients qu'ils proposent.

I. Soins de crise à l'adolescence

1. Adolescence, crises et urgences

Avant de préciser la notion de crise, il paraît important de mieux cerner la population de ce travail. Les adolescents sont depuis plusieurs décennies de plus en plus nombreux à rencontrer le champ de la psychiatrie, présentant une clinique de plus en plus bruyante et entraînant ainsi une sur-spécialisation de nombreux services afin de leur délivrer une réponse adaptée. Mais qui sont-ils ? Quels enjeux cette période présente-t-elle, pour eux, pour leurs familles et dans notre rencontre avec eux ?

1. L'adolescence

Le terme d'adolescent vient du latin *adolescere* qui signifie grandir. Cette période de vie est située par certains entre 10 et 25 ans, par d'autres entre 10 et 18 ans, ou encore 10 et 20 ans. Dans ce travail axé sur la prise en charge en pédopsychiatrie, nous nous arrêterons à l'âge de la majorité, correspondant à l'âge utilisé par une grande proportion de nos collègues pour cesser les prises en charges des jeunes et les ré-adresser en psychiatrie adulte le cas échéant. Nous incluons ici la tranche d'âge des 10-12 ans, souvent appelés pré-adolescents, et que nous rencontrons de plus en plus fréquemment dans la population d'adolescents en crise. L'adolescence correspond en résumé à un certain nombre de modifications corporelles et sociales chez le jeune, ainsi qu'à son travail vers l'autonomisation en tant que Sujet (1). Selon les dernières données de l'INSEE, près de 7 millions d'individus en France auraient entre 10 et 18 ans en 2020, représentant ainsi une population clinique potentielle très importante (2).

D'un point de vue physique, la puberté vient rythmer cet âge, ses modifications hormonales démarrant vers 12 ans chez les garçons et 10 ans chez les filles, ce qui entraîne un changement d'apparence progressif pour passer de l'enfant au jeune adulte en quelques années (3). Ces modifications biologiques entraînent à leur tour une modification de l'activité cérébrale chez ces jeunes gens par une poursuite rapide de leur maturation cérébrale. Il a été démontré ces deux dernières décennies grâce aux techniques d'imagerie cérébrale fonctionnelle que les cerveaux adolescents bénéficient d'une maturation massive mais très hétérogène. En effet, les premières zones cérébrales qui mûrent à cet âge, après celles des sens et de la motricité, sont les zones sous-corticales, impliquées dans le système de récompense et la motivation. Cela entraîne une hyper-activation de ces zones chez l'adolescent, et ainsi son appétence pour les comportements addictifs, les prises de risques et l'impulsivité en général. Cela s'explique d'autant plus que les dernières zones cérébrales à atteindre leur maturité sont les régions pré-frontales, en particulier celles impliquées dans le contrôle du comportement, la régulation émotionnelle et l'anticipation. Nous pouvons

ainsi comprendre une part des décisions risquées des adolescents, prises de façon impulsive par manque d'évaluation des risques, en lien avec un contrôle émotionnel trop partiel (1).

Néanmoins, ces données neurodéveloppementales n'expliquent pas l'ensemble des enjeux adolescents. Les enjeux psychiques de cette période sont nombreux, et leurs manifestations parfois bruyantes leur ont donné le nom de « crise d'adolescence ». Ce terme, très employé il y a quelques décennies, est aujourd'hui mis de côté pour privilégier les termes de « processus adolescent », ou encore de « travail psychique de l'adolescence », ce qui nous renvoie à la part active de l'adolescent dans ce véritable travail d'autonomisation qu'il doit réaliser (1). En effet, l'enfant qui aborde cette période adolescente est en situation de dépendance majeure par rapport à ses parents ou aux adultes qui s'occupent de lui. Il doit alors progressivement gagner en autonomie, se défaire de cette dépendance pour répondre à l'émergence de ses propres ; tout en faisant avec les contraintes de la réalité externe, à savoir le monde des adultes dans lequel il évolue. Pour reprendre les mots de Jeammet, il se trouve confronté à un paradoxe, à savoir que « ce dont il a besoin, c'est précisément ce qui le menace » (4).

Ainsi, tout adolescent a des attentes quant à son présent et son avenir, une part de lui recherche l'autonomisation et désire l'indépendance. Dans ce moment où il se confronte à la sexualisation du monde relationnel et à la complémentarité des sexes, il comprend devoir passer par l'autre. Il doit s'appuyer sur ses objets internes pour se confronter au nécessaire travail de deuil de son enfance, et aux séparations de ses relations amicales et familiales dues à sa croissance. L'adolescent est en effet en pleine recherche identificatoire, en plein renouvellement dans ses relations à ses pairs, ce qui entraîne nécessairement des conflits, sources de questionnements parfois intenses, et de souffrance potentielle. Mais cette période est également source d'une grande créativité chez les adolescents, celle-ci étant alors un moment d'expériences, de découvertes et de renouveau. Ce développement émotionnel vient questionner les ressources psychiques de ces jeunes, pouvant venir ébranler leurs bases narcissiques si elles sont fragiles, ou être à l'origine de comportements bruyants, raviver d'anciens conflits non résolus, ou même engendrer des crises graves, pathologiques, débordant le cadre de ce travail d'autonomisation (1).

Depuis longtemps, repérer la différence entre l'adolescence « normale » et l'adolescence bousculée par la pathologie est source de difficultés pour les thérapeutes. Winnicott l'évoquait déjà dans ses écrits des années 1960, citant alors les facettes de l'adolescence pouvant faire évoquer des pathologies psychiatriques sévères et nécessitant la vigilance du clinicien (5). Parmi celles-ci, nous retrouvons notamment « le besoin de défier correspondant à la tendance antisociale », ou encore « l'idée de rejeter la solution fausse [évoquant] l'incapacité du compromis chez le psychotique », et enfin « le besoin de se sentir réel ou de ne

pas sentir du tout correspondant à la dépression du psychotique et à la dépersonnalisation » (5). Winnicott nomme alors cette période développementale de l'adolescence par la métaphore du « Pot au noir », en référence à une zone du globe où tout marin peut craindre de rester enlisé, pris dans les orages et les tempêtes, et que seuls le temps et la patience permettront de franchir sain et sauf.

En parallèle, les parents eux aussi traversent une période mouvementée lors de l'adolescence de leur enfant, traversant de leur côté la « crise du milieu de vie ». Ils présentent des inquiétudes, mais également des attentes, alternant entre fascination pour leurs adolescents et rejet de leur comportement, nostalgie de leur propre adolescence ou refus de voir grandir leur enfant vers des voies qui ne leurs conviennent pas ou dans des groupes de pairs qu'ils n'apprécient pas. Dans d'autres cas, cela peut venir raviver des difficultés anciennes chez certains parents ayant eu une adolescence plus chaotique, au risque de venir répéter dans la famille des difficultés de séparation au moment de renoncer à la proximité des liens précoces entre parents et enfant. Face à ces difficultés de séparation, l'adolescent peut réussir à se protéger d'une proximité trop importante en venant poser ses limites, rentrer en conflit de façon opportune et réussir son travail d'individuation sans rompre son lien à ses parents. Malheureusement, les adolescents présentant une faible estime d'eux-mêmes et des difficultés à compenser par l'imaginaire n'ont pas ces capacités là. Ils peuvent alors rester liés à leurs parents sans parvenir à rentrer en conflit avec eux, vivre un réel moment dépressif, ou encore débiter de telles crises que le lien avec leurs parents ne le supporte pas et qu'ils perdent leur soutien (1). C'est dans ces situations de crise que nous sommes amenés à rencontrer une grande partie des adolescents en pédopsychiatrie.

Comme nous l'avons déjà souligné avec les propos de Winnicott, la pratique clinique nous confronte à la difficile distinction entre les signes d'une adolescence « normale » et une crise pathologique. Le curseur est souvent difficile à placer entre une tristesse passagère chez un adolescent faisant le deuil de son enfance et rencontrant des désillusions dans ses liens amicaux, et la dépression d'un adolescent en échec dans son processus de séparation et d'individuation. Nous pouvons alors nous interroger sur la définition de la crise et sa signification à l'adolescence, dans un contexte chamboulé, instable, que certaines défaillances individuelles, familiales ou sociales peuvent faire basculer vers la pathologie.

2. Les crises : du normal au pathologique

Le mot crise, qui vient du latin *crisis*, et du grec *krisis*, a selon l'Académie Française, « le sens d'action ou de faculté de choisir et celui d'accident d'ordre médical, brusque et inattendu. En français, c'est essentiellement ce dernier sens qui est conservé, [...] pour désigner un évènement soudain qui vient, comme l'altération brusque de la santé, troubler et bouleverser une situation jusqu'alors paisible. [...] On s'efforcera de le réserver à des évènements précis et limités dans le temps. » (6) Nous relevons dans cette définition les marqueurs essentiels de la crise, à savoir son début soudain, sa durée limitée, et ses

conséquences venant déséquilibrer un système qui fonctionnait auparavant. Il est intéressant de constater le lien avec la notion de choix, inhérent à son étymologie, et qui fait écho au « travail psychique de l'adolescent » que nous évoquions précédemment, donnant là encore une part active aux acteurs de cette crise.

De son côté, Braconnier évoque la crise comme étant « un moment temporaire de déséquilibre [...] remettant en question l'équilibre habituel du sujet, avec une évolution ouverte et variable, qui dépend tout autant de facteurs internes qu'externes » (7). Nous retrouvons là le rôle prépondérant de l'environnement, déjà souligné chez l'adolescent, qu'il soit familial ou amical, et son intrication complexe dans les situations de crises qu'il peut être amené à traverser. Certains auteurs estiment d'ailleurs que le processus maturatif en tant que tel est une succession de crises résolutive. Néanmoins cette vision des choses a ses limites lorsque des événements graves (traumatismes, maltraitances, accidents...) ou des décompensations brutales viennent entraîner des crises majeures, entravant le développement du sujet (1).

Ces crises pathologiques peuvent prendre différentes formes. De façon non exhaustive nous pouvons citer les tentatives de suicides et gestes auto-agressifs, les fugues et errances ou à l'inverse la claustration, l'hétéro-agressivité en milieu scolaire ou sur le lieu de vie, les consommations de toxiques, l'apparition d'éléments délirants ou dissociatifs, etc. Les symptômes de l'adolescent peuvent être silencieux comme dans la phobie scolaire ou l'anorexie mentale et être le révélateur de dysfonctionnements familiaux anciens évoluant à bas bruit. Ces conduites internalisées viennent faire en sorte que l'adolescence n'interfère pas dans le système familial et le maintiennent tel que durant l'enfance de façon illusoire. Dans ce cas c'est bien l'absence de manifestations bruyantes de l'adolescence qui vient alerter sur la situation du jeune, ceci montrant chez lui une incapacité à conflictualiser qui s'avère encore davantage problématique (8). Elle est en effet pour Jeammet signe d'un mauvais investissement de « l'espace psychique interne » chez le jeune, pourtant nécessaire à son bon développement (9). Les symptômes de crise bruyants, avec une multiplication des actes inquiétants chez l'adolescent, peuvent aussi mettre en lumière des dysfonctionnements familiaux de fond. Ces manifestations internalisées ou externalisées projettent sur l'adolescent le poids de la crise afin d'éviter la rupture complète du système (1). C'est souvent dans cette situation de crise, portée par l'adolescent, que son entourage est amené à consulter un médecin, psychologue ou travailleur social, voire à se rendre aux urgences pour chercher l'aide d'un tiers et tenter de se « débarrasser » de la crise pour s'en protéger (10).

Lors de la rencontre avec le clinicien aux urgences notamment, il s'agit de discerner les manifestations réactionnelles à des dysfonctionnements de l'environnement du jeune et l'entrée dans une pathologie psychiatrique avérée, qui elle aussi peut faire son apparition à l'adolescence (10). En effet, les pathologies

telles que les troubles bipolaires et la schizophrénie notamment sont souvent sources de premières décompensations à l'adolescence, ce qu'il s'agit bien sûr de prendre en charge au plus tôt.

3. Se dégager de la dépendance : la rencontre soignante

Devant cet enjeu, certains cliniciens comme Pommereau mettent en avant notre fonction de tiers, en tant que soignant, pour réduire la dépendance aux parents. La famille en crise vient alors chercher l'intervention thérapeutique pour médiatiser la relation, et permettre ainsi à chacun de réaliser son travail de différenciation, et à l'adolescent de pouvoir s'autonomiser (11). À l'inverse, il peut également exister de forts mouvements de rejet de l'adolescent en crise, et là encore notre rôle de soignant est de venir faire tiers pour éviter des « abandons » à l'hôpital par des familles ou éducateurs épuisés.

Dans ce contexte de crise amenant certaines familles à venir consulter en urgence, interrogeons-nous sur ce recours à l'urgence, et si la clinique de la crise relève bien de l'urgence psychiatrique ?

Comme le rappellent Laudrin et Speranza dans leur travail sur la crise et l'urgence en pédopsychiatrie (10), « Toutes les manifestations pathologiques d'un jeune [...] s'adressent à la capacité des adultes à contenir et à donner des réponses rassurantes ». Ainsi, la venue de l'adolescent et de ses proches en consultation d'urgence vient signer un débordement par l'angoisse, nécessitant l'intervention d'un tiers soignant pour créer un lien thérapeutique, « contenir » l'adolescent, et restaurer les capacités de contenance de ses proches. Pour De Clercq, qui a longtemps travaillé sur la notion d'urgence et l'intervention de crise, l'urgence se distingue de la crise par la présence de l'angoisse justement, et du sentiment de danger de mort qui y est associé et ressenti par l'adolescent et ses proches impliqués (12). Laudrin et Speranza eux aussi évoquent l'angoisse comme « dénominateur commun » à l'urgence véritable (10). Ils recommandent aux thérapeutes intervenant en situation d'urgence d'évaluer le système dans sa globalité, afin de connaître les possibilités internes au système pour diminuer cette angoisse et l'impression de danger qui l'accompagne. Enfin, De Clercq alerte sur le risque de vouloir évaluer la gravité d'un trouble en se basant sur l'ampleur de la crise rencontrée dans l'urgence chez ces adolescents et leurs proches, celle-ci n'étant pas proportionnelle à la gravité d'une éventuelle pathologie sous-jacente (13).

Ceci étant dit, il est important de distinguer différentes situations rencontrées aux urgences psychiatriques chez les adolescents, deux grandes catégories pouvant être identifiées : les urgences « thérapeutiques » et les urgences « environnementales » (1). Les premières nécessitent une prise en charge immédiate, souvent médicamenteuse, et incluent tout risque suicidaire, épisode délirant, d'agitation ou d'attaque de panique par exemple. La deuxième catégorie comprend les troubles en lien avec l'entourage, scolaire ou familial, tel que les fugues, les conflits aboutissant à des crises clastiques, et les violences qui en découlent. Bien sûr, ces deux catégories sont souvent intriquées, et il n'est pas rare de rencontrer par exemple une véritable

décompensation d'un trouble psychiatrique aggravée par des conflits entre l'adolescent et son entourage. Dans tous les cas, il est nécessaire de prendre en charge l'ensemble des intervenants et de ne pas focaliser l'intervention de crise sur l'adolescent, au risque de transformer ce « porteur du symptôme » en victime désignée d'un système en crise. En ce sens, certains auteurs comme De Clercq voient dans la consultation d'urgence une demande d'aide psychique en tant que telle, et ainsi l'expression d'un souhait de changement par le système tout entier, devant être entendue comme telle et ne nécessitant donc pas la formulation d'une demande plus explicite (13).

Néanmoins, la demande implicite à toute consultation en urgence est l'attente d'une réponse immédiate, souvent au détriment du sens, où tout délai de prise en charge est vécu comme insupportable. Il est ainsi nécessaire d'enclencher une première étape du travail dès les urgences. Le moment de la rencontre arrivant souvent juste après un passage à l'acte de l'adolescent, celui-ci se trouve parfois capable d'évoquer ses vécus internes et son contexte de vie, sociale et familiale, de façon moins défendue qu'en période de stabilité (13). L'accès aux contenus intrapsychiques de l'adolescent permis dans le bref moment suivant l'un de ses passages à l'acte, est un moment court, faisant suite à une décharge pulsionnelle importante, où le thérapeute se doit d'intervenir rapidement lorsque l'adolescent y est disposé (10).

Nous voyons ainsi la nécessité d'un travail pédopsychiatrique dès les urgences. Ces situations de crises se rencontrent souvent aux urgences générales ou pédiatriques des hôpitaux, les consultations rapides en secteurs pédopsychiatriques n'étant pas toujours suffisamment accessibles, ou simplement inconnues des familles débordées par le vécu d'urgence généré par la crise traversée. Mais quels enjeux se nouent dans la rencontre aux urgences ? Quels soins peuvent être mis en place dès ce moment d'acutisation de la crise ?

4. Aux urgences, « penser lentement tout en agissant vite »

Pour paraphraser Braconnier, nous pourrions ainsi résumer le travail d'orientation depuis les urgences pour ces adolescents en crise. L'idéal est que le travail aux urgences ouvre sur un dispositif permettant un travail d'élaboration des facteurs de complexité ayant mené aux urgences. Pour Laudrin et Speranza, la prise en charge aux urgences doit servir à renouer le dialogue souvent rompu entre le jeune en crise et son entourage (10). L'objectif est alors de relancer le processus narratif chez l'adolescent en prise avec ses agirs, et ce afin d'éviter la répétition des mises en danger de lui-même ou d'autrui, pour ensuite relancer son développement adolescent. Comme nous l'évoquions précédemment, le soignant vient ici faire tiers dans la relation du jeune à son entourage pour l'aider à retrouver le cours de sa pensée, parasitée par ses actes, en soutenant ses processus de représentation pour qu'il puisse conflictualiser ce qui le fait souffrir, et relancer son processus d'autonomisation-individuation. Pour cela, le rôle du soignant débute dès les urgences, en tentant de recueillir la parole de chacun : celle de l'adolescent mais également des membres de son

entourage impliqués dans la crise. Cela nécessite bien sûr de ne pas réagir en miroir des manifestations bruyantes de chacun, mais aussi de prendre le temps d'entendre tout le monde, malgré le rythme des urgences parfois peu propice à cela, et ce afin de ne pas éluder une partie de la problématique du jeune et de son entourage.

Enfin, l'enjeu majeur de ces premiers moments de soin aux urgences est de créer une alliance avec l'adolescent et sa famille (13), absolument nécessaire pour déterminer ensemble une orientation qui leur paraisse pertinente, et qui évite les « perdus de vue » et les répétitions symptomatiques excessives. Si elle parvient à se mettre en place, cette alliance thérapeutique permet aux intervenants des urgences d'orienter le jeune et ses proches vers des soins adaptés, en partenariat avec le réseau local, et en respectant le parcours de soin du patient. Dans l'idéal, cela réduit voire évite la répétition des passages aux urgences lorsque les premiers soins de crise qui y sont délivrés ont permis un soulagement immédiat, mais que les patients et leur famille échappent aux soins proposés à la suite. Nous comprenons ici que les risques de multiplication des passages aux urgences sont nombreux, ce qui amène à se questionner sur le recours aux urgences de ces adolescents en crise, et sur les premières prises en charge pédopsychiatriques qui peuvent y être délivrées.

Ces dernières décennies, en France et dans d'autres pays occidentaux, la proportion de consultations aux urgences pour motifs pédopsychiatriques a fortement augmenté. Aux urgences de l'Hôpital de la Pitié Salpêtrière à Paris par exemple, une étude de Blondon et coll. retrouve une nette majoration des consultations pour motif pédopsychiatrique, celles-ci ayant plus que triplé entre 1981 et 2002 (14). En Belgique également l'augmentation des passages aux urgences est nette, ayant été multipliée par trois entre 2011 et 2013 aux urgences des cliniques St-Luc de Bruxelles (15). Ces résultats sont retrouvés aux États-Unis, malgré des pratiques différentes, augmentant elles aussi ces dernières décennies, de 150 % entre 1971 et 1984 (16), et se poursuivant par la suite, avec une hausse de 15 % entre 2002 et 2006 (17). Ceci entraîne une large réflexion sur la prise en charge de ces adolescents en articulation avec les structures hospitalières et ambulatoires.

Bien sûr, ce phénomène n'est pas isolé, et plus globalement les passages aux urgences tous motifs confondus ont augmenté ces 30 dernières années dans notre pays. Néanmoins, nous constatons davantage de jeunes en crise amenés directement aux urgences par leurs parents, laissant supposer que ces services sont une nouvelle voie de recours aux soins psychiques (14). Cette forte utilisation des urgences semble généralisée et peut s'expliquer par un encombrement des filières du soin pédopsychiatrique ambulatoire, et une certaine immédiateté dans la demande des familles, préférant parfois se rendre aux urgences plutôt que d'attendre des mois pour un premier rendez-vous.

5. L'urgence représente un bon moyen d'accès aux soins

En aval des urgences en effet, les pédopsychiatres sont confrontés à une forte augmentation des files actives dans les secteurs infanto-juvéniles, qui ont vu leur public doubler entre 1986 et 2000, et dont l'augmentation continue encore actuellement, en particuliers chez les adolescents (18). Cela entraîne une majoration des délais d'accueil pour les premières consultations, et une moindre disponibilité dans l'offre des soins pour les patients suivis. Cela mène à une forte hausse des situations de crise, dont certaines pourraient probablement être évitées ou du moins atténuées par une prise en charge plus précoce et ajustée au mieux à la clinique (14). Enfin, Blondon et coll. notent également qu'une mauvaise régulation du parcours de soin majore les conflits existants entre les diverses institutions impliquées, au risque d'apporter des réponses inadaptées voire contradictoires, de multiplier les intervenants et donc de complexifier l'accès aux soins pour ces familles.

Parmi les données chiffrées relatives à ces passages aux urgences, nous retrouvons une grande proportion de « troubles du comportement » parmi les motifs de consultation, catégorie très large et en augmentation, mais pouvant se rapporter à de nombreux diagnostics psychiatriques (14). Nous constatons d'ailleurs plus globalement un manque de précision diagnostique quant à ces consultations d'urgence, mettant en lumière un manque de spécificité dans l'accueil de ces jeunes et leur première prise en charge de crise. De plus, les passages multiples pour certains jeunes sont sources de grande difficulté pour les familles ou leurs éducateurs, et les personnels des urgences, rarement spécialisés, à cours de solution. Dans certaines études ces passages multiples représentent près d'un tiers des consultations annuelles aux urgences pour motifs pédopsychiatriques (19). Si parfois la multiplication de ces recours à l'urgence illustre bien l'extrême gravité des troubles psychiatriques présentés, ils peuvent également nous montrer les limites de certains parcours de soins. Le paradoxe de ces prises en charge d'urgence apparaît lorsqu'une hospitalisation complète est discutée, les proches du jeunes souhaitant une réponse immédiate à la crise mais craignant la séparation de leur adolescent, celui-ci se sentant alors rejeté par ses parents. Les soignants doivent alors trouver comment faire tiers dans cette relation, le moment de l'urgence étant souvent décisif pour correctement articuler les soins par la suite, et il est essentiel de ne pas le rater.

Il existe ainsi une réelle nécessité d'offrir des soins plus adaptés aux adolescents en situation de crise et à leur entourage, à travers des parcours de soin pensés pour éviter les perdus de vue, et la surconsommation de soins d'urgence. Il paraît donc important de se pencher sur la question des parcours de soin, et notamment de l'orientation de ces jeunes en crise depuis les urgences vers des soins ambulatoires.

2. La question de l'hospitalisation complète

Les structures spécifiquement dédiées aux urgences pédopsychiatriques sont peu nombreuses en France. Bien souvent, les jeunes en crise qui consultent aux urgences sont vus dans des urgences générales, pédiatriques ou des urgences médico-psychologiques destinées aux adultes. Dans tous les cas, l'articulation entre psychiatres (ou pédopsychiatres) et pédiatres est nécessaire afin d'évaluer au mieux la situation de ces jeunes et leur délivrer les soins appropriés avant de les ré-orienter.

Pour la moitié des adolescents, la consultation aux urgences constitue le premier contact avec un psychiatre (19). Parmi ceux-ci, il existe de nombreux jeunes passant plusieurs fois dans la même année, parfois le même mois, pour des motifs variés mêlant souvent traumatologie et symptômes externalisés compatibles avec notre question de la crise (20). Le risque d'un tel recours est qu'il devienne excessif, et constitue à lui seul la prise en charge psychique de ces adolescents. Pour certains jeunes, ces passages itératifs aux urgences sont en effet la seule manière d'accéder à des soins psychiques, leurs errances et fugues à répétition les rendant inaccessibles à tout rendez-vous de suivi proposé. Malheureusement pour ces « habitués » des urgences, il s'agit dans la plupart des cas de prises en charges complexes chez des jeunes placés sous la protection de l'aide sociale à l'enfance, nécessitant l'articulation de multiples intervenants, et donc d'un travail en réseau avec les milieux du social et du judiciaire. Ce travail en réseau est extrêmement compliqué à mettre en œuvre depuis les urgences et nécessite une articulation au plus près du jeune, via son secteur de pédopsychiatrie référent (19).

Néanmoins, en-dehors de ces prises en charge particulières, de nombreux jeunes transitent par les urgences de façon bien plus ponctuelle. Nous avons évoqué la forte augmentation des passages aux urgences pour motifs pédopsychiatriques, mais il paraît important de dire un mot des jeunes qui composent cette population.

D'après les études évoquées précédemment, et notamment le travail de Chatagner à l'Hôpital de la Pitié Salpêtrière (19), il apparaît que ces jeunes se présentent aux urgences dans 40 % des cas pour des motifs « non urgents », c'est-à-dire en l'absence de symptômes évoquant un épisode psychotique aigu, ou d'une tentative de suicide. Plus globalement, tous les motifs de consultation semblent en augmentation, exceptés ces deux derniers motifs de recours à l'urgence qui semblent stables en proportion. Les diagnostics qu'on retrouve de plus en plus fréquemment sont ceux de troubles du comportement, trouble des conduites, d'abus de toxiques ou encore de manifestations anxieuses. Blondon dans son travail (14), relève lui une majoration de tous les motifs de consultation aux urgences, à l'exception des épisodes psychotiques aigus. Enfin, cette population a globalement tendance à rajeunir depuis les années 1980, consultant aux urgences

en moyenne un an plus jeune, parfois plus tôt selon la tranche d'âge, mais dans une proportion garçon/fille relativement stable de un pour un environ (19). Il est à noter cependant que la plupart de ces motifs de consultation, ainsi que les diagnostics posés à la sortie des urgences, ne sont la plupart du temps que symptomatiques, et ne reflètent que très partiellement ce qui se joue pour ces adolescents. Il y a donc un véritable enjeu à structurer ces prises en charge d'urgence et construire un parcours de soin cohérent où les jeunes pourraient cheminer sans discontinuité, afin de les mener vers une résolution de la crise qu'ils traversent, eux et leur entourage, et à prendre en charge leurs éventuelles pathologies psychiatriques naissantes.

1. L'importance de la prise en charge somatique

La richesse clinique de l'adolescence et l'absence de liens évoquée plus haut entre l'ampleur des manifestations cliniques et la gravité des troubles sous-jacents rendent nécessaires une évaluation suffisamment fine et complète initiée dès les urgences, afin d'orienter au mieux le jeune et son entourage. Cette évaluation nécessite une articulation de qualité entre les somaticiens et les psychiatres évaluant le jeune (13). Bien souvent, il s'agit d'un des rares moments dans le parcours psychiatrique de ces jeunes où un temps est dédié à leur santé physique, et où un examen somatique peut être réalisé dans l'urgence. Cela est bien sûr obligatoire en cas de tentative de suicide, mais cela reste très pertinent dans d'autres manifestations dites externalisées (fugues, agitation,...), pouvant alors révéler des signes d'agressions physiques, d'automutilations ou de maladies ignorées (1).

De plus, certains jeunes présentant des troubles psychiques se présentent aux urgences générales avec une plainte somatique au premier plan, et débrouiller l'origine fonctionnelle de celle-ci nécessite une évaluation fine. Il s'agit là également d'un temps de passivité pour le jeune, qui peut se laisser aller parfois plus facilement à la régression et se sentir plus en confiance lorsque nous prenons soin de son corps, avant de démarrer l'évaluation pédopsychiatrique à proprement parler. Tout cela permet d'accumuler des informations concernant le jeune et sa problématique, et surtout de commencer à nouer une certaine alliance thérapeutique en le prenant en charge dans sa globalité. Ce temps permet également de ne pas passer à côté d'une cause organique ou toxique devant certaines manifestations d'allure psychiatrique. L'alliance thérapeutique ainsi nouée est indispensable à la poursuite de la prise en charge aux urgences, celle-ci permettant au clinicien d'orienter au mieux le jeune et sa famille vers des soins appropriés, en limitant le risque de « perdus de vue » ou de répétition (13).

2. Quelles recommandations pour hospitaliser un adolescent ?

Pour la suite de la prise en charge aux urgences, il existe peu de recommandations précises concernant les adolescents consultant pour motif pédopsychiatrique, hormis le cas particulier des tentatives de suicide.

En ce qui concerne les tentatives de suicide chez les adolescents, la HAS a publié en 1998 des recommandations, mises à jour en 2006, indiquant la prise en charge nécessaire (21). Ces recommandations

se basent sur le fait que les tentatives de suicide sont très fréquentes dans cette tranche d'âge et représentent un problème de santé publique en France. En effet, les idées suicidaires concerneraient entre 12 et 35 % des adolescents, principalement à partir de 13 ans, et bien qu'ils ne passent pas tous à l'acte, le suicide serait la seconde cause de mortalité chez les 15-24 ans, derrière les accidents de la route (22). Il semble très important de prendre en charge systématiquement ces jeunes car en cas de première tentative de suicide, près de 30 % d'entre eux récidivent, dont la moitié durant l'année suivant le premier geste suicidaire (22).

Ainsi, pour résumer les recommandations de la HAS, il convient d'insister sur « la triple évaluation somatique, psychologique et sociale [qui] doit être réalisée systématiquement » en cas de tentative de suicide chez un adolescent (21). Pour cela, ces recommandations indiquent que le passage aux urgences hospitalières est nécessaire pour initier ces soins, à moins qu'une telle évaluation puisse avoir lieu en urgence en ambulatoire et ce uniquement en l'absence de gravité organique du geste. Une fois l'évaluation initiale aux urgences réalisée, ces recommandations indiquent que « l'hospitalisation doit être la règle » (21), bien que celle-ci soit évidemment conditionnée aux spécificités locales. Néanmoins, elle paraît incontournable dans certaines situations, notamment en cas de risque de récurrence précoce de la tentative de suicide, d'une pathologie psychiatrique instable connue ou probable, d'un entourage dysfonctionnel ou en l'absence de solution de prise en charge ambulatoire rapide.

Pour ce faire, la HAS ne préconise pas de lieu d'hospitalisation particulier, celui-ci étant décidé en fonction du parcours de soin local, l'hospitalisation pouvant avoir lieu en service de pédiatrie, de pédopsychiatrie ou de psychiatrie adulte, voire de médecine ou en hospitalisation de courte durée aux urgences, mais idéalement dans un service dédié aux adolescents (21). Cela étant, la HAS insiste sur la nécessité de réaliser une telle hospitalisation pour mettre en place des soins contenant de façon rapide et pas uniquement pour mettre l'adolescent à l'abri à l'hôpital sans soins pédopsychiatriques appropriés. Une telle prise en charge doit débuter dès l'hôpital, et se construire sur la durée en anticipant la sortie d'hospitalisation pour construire, avec l'adolescent et ses proches, un projet de soin structuré auquel ils puissent adhérer (21). Cela nécessite un important travail de lien entre les interlocuteurs de l'hôpital et de l'ambulatoire, en incluant toujours le médecin généraliste ou le pédiatre référent du jeune, les équipes pédopsychiatriques et les éventuels travailleurs sociaux déjà impliqués.

En-dehors de la prise en charge assez formalisée des tentatives de suicide, quoique très dépendante des moyens locaux, bien d'autres adolescents en crise sont à même de transiter par les urgences. Qu'en est-il de leur orientation pour la suite de leur prise en charge une fois l'évaluation initiale débutée aux urgences ?

Comme le soulignent Laudrin et Speranza (10), le rôle des soignants aux urgences est tout d'abord de permettre de renouer le dialogue entre le jeune en crise et son milieu de vie. Cela n'est pas toujours possible, et bien souvent la question qui finit par se poser en fin d'évaluation aux urgences est celle d'une éventuelle poursuite des soins en hospitalisation ou d'une continuité de l'évaluation en ambulatoire. Cette question est fréquemment un point de controverse entre les différents acteurs de la prise en charge, le jeune, et son entourage (1). Pour tenter de clarifier cette question épineuse, la circulaire du 3 mai 2002 relative à la prise en charge des troubles psychiques des mineurs (23) a tenté de lister les rôles et fonctions d'une hospitalisation pour ces jeunes. Nous y retrouvons comme objectifs des soins dispensés de façon renforcée et continue, une contenance importante devant des mises en danger répétées, la séparation d'avec son entourage et une observation comportementale. Tout cela a également pour objectif de soulager un temps les proches du jeune et les responsables de son suivi habituel afin de leur permettre de réfléchir à d'autres modalités de soin plus adaptées. Néanmoins, cette circulaire précise bien qu'une situation de crise vue en urgence peut mener à des décisions « précipitées et souvent mal adaptées [...] (hospitalisations, placements en urgence, etc) » (23). Elle incite donc à une grande prudence dans les décisions d'hospitalisation chez ces jeunes, et de préférence à une construction en amont d'un projet de soin incluant une telle hospitalisation si nécessaire, mais sans qu'elle ne devienne une fin en soi, et idéalement en évitant de tels recours en urgence. Enfin, cette circulaire insiste sur la nécessité d'un travail en réseau de soin coordonné, afin d'assurer un maximum de continuité dans la prise en charge des adolescents.

Cela étant, les cliniciens, faces à des situations où l'hospitalisation est inévitable font face à une autre difficulté, à savoir le manque de lits dédiés en pédopsychiatrie pour les adolescents en crise (20). En effet, depuis les années 1980, le nombre de ces lits en France a constamment diminué, et ce malgré l'augmentation de la demande de soin chez les adolescents. Selon le rapport de la DREES publié en 2003, le nombre de lits d'hospitalisation à temps plein en secteur infanto-juvénile a ainsi été divisé par trois entre 1986 et 2000, tandis que le nombre de jeunes hospitalisés n'a cessé d'augmenter (24). En conséquence, nous observons une explosion du nombre d'adolescents hospitalisés en service de psychiatrie adulte, ou de pédiatrie, c'est-à-dire dans des environnements souvent peu adaptés et insuffisamment formés aux spécificités de ce public. Les risques de ces prises en charge en milieu non adapté sont notamment le recours intempestif à l'isolement de ces jeunes, notamment en service de psychiatrie adulte, ou à la contention chimique, voire physique, malheureusement encore trop utilisée dans les services d'urgences, ou de pédiatrie.

Le travail de Glick et coll. (25) sur les urgences pédiatriques aux États-Unis a par exemple montré qu'environ un jeune consultant sur 15 était contenu, la moitié du temps physiquement et un quart du temps par médication. Enfin, un quart de ces jeunes recevaient les deux formes de contentions, chimique et physique, simultanément (25). Ces situations ne sont certes pas les plus fréquentes aux urgences mais restent bien

trop courantes pour être ignorées, et ne sont pas à banaliser. Il est en effet très violent pour le personnel soignant de gérer un adolescent en crise présentant parfois des comportements auto-agressifs ou hétéro-agressifs, sans lieu adapté et sans être correctement formé à cela. Enfin, ces prises en charge de dernier recours peuvent marquer fortement le jeune, ainsi que ses parents ou accompagnateurs présents, et impacter nettement toute alliance thérapeutique pour la suite des soins.

Néanmoins, dans certaines situations, l'indication d'hospitaliser ces jeunes est indiscutable comme le rappellent un certain nombre d'auteurs dont les travaux ont fait l'objet d'une synthèse par Duverger et Guedj (1). Nous avons évoqué le cas des tentatives de suicide, dont la prise en charge somato-psychique hospitalière initiale est évidente et extrapolable aux jeunes avec des idées suicidaires présentant une intentionnalité forte, mais nous pouvons également citer d'autres situations. Par exemple, une symptomatologie délirante aiguë entraînant un risque vital certain, ou encore un trouble bipolaire, suspecté ou avéré, avec une forte composante d'impulsivité faisant là encore courir un risque vital, sont des indications strictes (1).

L'indication d'hospitalisation complète repose sur différents facteurs, complémentaires de ceux précédemment cités en rapport avec la symptomatologie critique du jeune. Parmi ceux-ci, la qualité de contenance de l'entourage est un facteur essentiel, pouvant favoriser une hospitalisation si elle trop défaillante. D'autre part, il faut souligner l'importance de la disponibilité locale de l'offre de soin, qui souvent est la composante limitante à une décision d'hospitalisation. Si le réseau ambulatoire n'est pas en capacité de répondre à l'urgence, une hospitalisation courte pour évaluation et apaisement peut permettre d'enclencher un certain travail de crise ; et inversement s'il n'y a pas d'unité d'hospitalisation adaptée aux adolescents en crise mais que le système de soin ambulatoire est suffisamment réactif (1). Enfin, il est essentiel de rappeler que la décision d'hospitalisation est une décision médicale, et doit donc être prise en connaissance du réseau de soin local et de la situation clinique par le médecin des urgences concerné.

Par ailleurs, nous entendons bien souvent parler de demande « d'hospitalisation de répit ou de rupture », appellation floue et qui sert régulièrement de prétexte aux accompagnateurs du jeune aux urgences pour l'y déposer, en attente d'un relai par le système de soin hospitalier face à une situation de crise particulièrement marquée. Sous ces termes nous pouvons retrouver deux grandes catégories de patients principalement. Premièrement des adolescents au cœur d'une crise intrafamiliale telle que le dialogue est si rompu que seule une séparation physique semble envisageable pour apaiser la situation. Deuxièmement certains des adolescents, vivants en foyers ou familles d'accueil, qui multiplient les mises en danger ou les comportements externalisés, les rendant trop instables pour poursuivre leur prise en charge dans ces structures aux yeux de celles-ci. Ces deux situations se rejoignent car elles montrent un débordement des capacités de contenance des institutions impliquées ou des proches de ces jeunes. Le risque, dans ces cas-là, est l'absence de consentement de l'adolescent à l'hospitalisation, qui n'est certes pas nécessaire

légalement, mais peut facilement suffire à mettre en échec les soins proposés dans ce cadre (1). Ainsi, plutôt que de « prescrire l'échec » en hospitalisant un adolescent dans l'urgence face à son foyer ou sa famille débordés, il semble plus intéressant de prendre le temps de la réflexion avec les professionnels connaissant le jeune, de préparer celle-ci en amont pour y fixer des objectifs acceptables pour l'adolescent, anticiper avec lui le cadre hospitalier, et tenter ainsi de faire de ce moment de la prise en charge de crise un réel temps de séparation, au sens constructif de celle-ci (20). Cela aura également pour effet d'éviter de faire ressentir à l'adolescent un sentiment de « rejet » par ses proches, ou à ses adultes référents de se sentir exclus des soins, si la fonction et les conditions de l'hospitalisation ne sont pas explicitées en amont ou ne les incluent pas suffisamment (15).

3. Des lits de crise ?

Pour ce faire, certaines équipes en France ou dans les pays voisins ont décidé la mise en place de lits de crise accolés aux services d'urgence (15), ou de lits dédiés en pédiatrie, voire en service de psychiatrie adulte (26) pour développer l'offre de soins de crise en plus des lits en pédopsychiatrie. Les objectifs de ces différentes unités diffèrent de par la durée des soins qui y sont proposés, mais permettent tous d'offrir une évaluation de crise, initiale ou complémentaire d'une prise en charge ambulatoire, et idéalement un apaisement symptomatique. Il est à noter l'importance d'inclure les adultes en charge du jeune dans cette prise en charge hospitalière, à travers des entretiens familiaux réguliers, et des liens avec les équipes sociales et judiciaires impliquées, pour que l'ensemble de la situation de crise puisse évoluer (15). Certains auteurs comme Baldacci (26) promeuvent l'hospitalisation en lits de crise comme une manière de remobiliser certains jeunes, des fugueurs notamment, afin de leur faire bénéficier d'une observation initiale de 48-72 h comme au CPOA de l'Hôpital Sainte Anne à Paris. Pour lui, cette durée d'hospitalisation permet de prendre le temps de la réflexion, d'une première évaluation somato-psychique, puis l'articulation avec le reste des acteurs du soin, qu'ils travaillent en ambulatoire ou dans un service d'hospitalisation de plus longue durée.

Néanmoins, le recours à ces lits de crise peut pour certains jeunes devenir une habitude et la seule façon d'accéder à des soins psychiques, sans parvenir à s'inscrire dans la durée sur une autre unité. Koener notamment exprime ce risque de dépendance de l'adolescent à un système d'urgence toujours disponible, où il se retrouve dans une forme de passivité par rapport aux soins, sans s'engager plus avant dans l'élaboration de la crise qu'il traverse (15). De même, les parents débordés peuvent être tentés de faire appel à ces services de crise pour un apaisement de courte durée, tant que l'effet anxiolytique de ces courtes hospitalisations demeure, ce qui peut augmenter leur vécu d'impuissance et entraîner leur désinvestissement total des soins de leur adolescent. Ces hospitalisations itératives entraînent un risque majeur de déscolarisation, de désocialisation de l'adolescent, et surtout de chronicisation des troubles.

Pour d'autres auteurs comme Marcelli, un temps d'hospitalisation un peu plus long de 3-4 semaines par exemple peut s'envisager dans un contexte de crise, notamment suicidaire, si ses objectifs sont travaillés en amont, contractualisés, et qu'il s'inscrit dans un projet de soin plus large (27). Dans certains cas, cela peut permettre de prendre le temps de l'évaluation en apportant la contenance nécessaire à l'adolescent, la mise en place d'un suivi, et de diminuer « l'excitation » entraînée par la prise en charge d'urgence, pour l'adolescent comme pour ses parents. Cela rejoint le projet du CCASA, centre de crise décrit par Baudelaire (28) où ont lieu des hospitalisations de 2-3 semaines en moyenne pour initier des soins de crise, là encore au sein d'un projet de soin plus complet. Théoriquement, celles-ci sont intéressantes pour redémarrer les processus psychiques de l'adolescent, en arrêt lorsqu'il est pris par ses agirs dans la crise, et via la séparation d'avec ses parents pour permettre une régression de l'adolescent, à nouveau accessible au maternage via le travail des soignants. Celui-ci peut alors, dans l'idéal, reprendre son processus de séparation-individuation adolescent à l'arrêt, grâce à la continuité des soins ambulatoires dans la durée.

Malheureusement la théorie a ses limites, et souvent les tableaux cliniques sous-jacents se révèlent plus graves que suspectés initialement, ou l'entourage de l'adolescent s'avère bien plus dysfonctionnel que prévu, et insuffisamment contenant au quotidien. Dans ces cas-là, la sortie d'hospitalisation est régulièrement mise en échec ou repoussée à une date ultérieure, au risque qu'elle s'éternise et aboutisse à une embolisation de ces lits dits de crises, ou à des ré-hospitalisations multiples. Nous voyons aussi dans ces situations en impasse apparaître le risque d'une reprise des agirs adolescents au sein de la structure hospitalière, venant mettre ces modalités de soins en échec. Enfin, la limite de ce travail hospitalier est parfois atteinte devant des délais de relai ambulatoire sur le secteur trop importants, n'offrant pas à l'adolescent la contenance nécessaire à sa sortie d'hospitalisation dans de bonnes conditions (28).

Face à ces limites, certains services comme celui décrit par Mariage dans les Landes (29), ont pris le contre-pied et décidé d'hospitaliser au plus long cours des adolescents en crise, en proie à des troubles du comportement majeurs, afin de leur laisser du temps pour se construire ou se reconstruire. Dans cette institution, la contenance de ces jeunes passe par les médiations thérapeutiques utilisées, la présence quotidienne des soignants formés à leur prise en charge, les activités de groupe avec les autres jeunes, le contrat de soin écrit avec l'adolescent, et le travail avec leurs familles. Il est à noter cependant que les admissions ne se font pas dans l'urgence mais sont préparées en amont, pour réfléchir à des objectifs à ces hospitalisations avec les différents intervenants concernés. Par ailleurs, cette unité a fait le choix d'inclure dans les intervenants des enseignants afin de délivrer des cours aux jeunes accueillis au long cours, la perte de scolarité étant une difficulté supplémentaire à laquelle sont souvent confrontés les jeunes au sein de l'hôpital (29). Enfin, le risque inhérent à de telles structures est l'apparition de comportements d'entraînement ou de contagion entre les adolescents accueillis, notamment par la répétition des

scarifications, des crises de boulimie ou des tentatives de fugue par exemple. La protection des jeunes de ces mises en danger passe alors justement par la contenance des soignants, les temps de reprise, d'intervision, le recours à la loi lorsqu'elle est transgressée, et ainsi tout le travail institutionnel inhérent à de tels services de soin, garant du cadre (30). Dans ces environnements très contenant d'hospitalisation au long cours, le risque majeur est la dépendance à ces structures chez les adolescents accueillis, ceux-ci ne retrouvant pas de telles conditions d'apaisement à domicile et ne parvenant plus à revivre en famille ou dans leur lieu d'accueil. Il est alors indispensable de bien réfléchir aux indications d'hospitalisation et aux conditions de celle-ci pour éviter ces écueils.

4. Principales indications des hospitalisations complètes

Ainsi, Ayoun (31) résume les principales indications d'hospitalisation aux situations où les capacités de contenance de l'entourage du jeune sont débordées, et cumulées à une incapacité de l'adolescent à prendre suffisamment soin de lui pour conserver un suivi uniquement ambulatoire. Ayoun et d'autres auteurs comme Duverger et Guedj (1) insistent sur la nécessité de préparer une telle hospitalisation a minima afin d'anticiper les difficultés potentielles de sortie d'hospitalisation et de relai sur le secteur. Rist et Plantade (32) proposent de leur côté de contractualiser la durée et les conditions de soin avant toute admission à l'hôpital d'un adolescent en crise avec lui, son entourage et les collègues impliqués dans sa prise en charge au long cours. Ceci permet de limiter voire d'éviter les crises ayant régulièrement lieu au moment de la sortie d'hospitalisation de ces jeunes, ceux-ci souhaitant souvent rester à l'hôpital lorsque nous évoquons leur sortie, ou inversement. Enfin, le service d'hospitalisation décrit par Rist et Plantade se prémunit également du sentiment de « lâchage » que ressentent certains adolescents après une prise en charge hospitalière de crise en leur proposant durant un temps un suivi bifocal, à savoir une poursuite de leur accompagnement à la sortie de l'hospitalisation via des consultations ponctuelles durant quelques semaines ou mois, le temps que l'ambulatoire soit investi ou ré-investi par l'adolescent (32).

Cette dernière notion d'un sentiment de « lâchage » pour les adolescents à la fin d'une hospitalisation est très importante à connaître. En effet, nombre d'adolescents en crise présentent des comportements compatibles avec un état limite débutant, ou déjà bien installé. Selon la définition qu'en font Gicquel et coll. (33) ces adolescents « limites » risquent d'être très mis à mal par une hospitalisation en urgence, non préparée ou mal articulée avec le relai ambulatoire. En effet, les phénomènes « d'idéalisation de l'objet » qui les caractérisent, accompagnés « d'angoisses de perte » lors de l'éloignement de celui-ci, laissent aisément deviner l'explosion symptomatique et la multiplication des passages à l'acte à l'annonce d'une sortie d'hospitalisation très investie par des adolescents présentant une telle clinique. De même, la fin d'une telle prise en charge, bien que celle-ci ait pu un temps apaiser les symptômes de ces jeunes, risque de faire revenir un vécu d'abandon, entraînant avec lui un nouveau sentiment d'effondrement et une reprise des manifestations d'angoisse (33).

Ainsi, l'hospitalisation des états limites avérés ou suspectés est très délicate, et nécessite des précautions certaines, que ce soit dans l'anticipation de celle-ci, dans la préparation du relai ambulatoire, ou dans la contractualisation fine des détails de cette prise en charge. Ces adolescents limites représenteraient près de 10-15 % de la population générale adolescente, et bien davantage parmi les jeunes que nous rencontrons en pédopsychiatrie (30). Ils représenteraient notamment près de 50 % des jeunes réalisant une tentative de suicide à l'adolescence (34). Devant les difficultés spécifiques à ces jeunes, mais facilement extrapolables aux adolescents en général, certains auteurs comme Declercq ne préconisent des prise en charges en hospitalisation que lorsque les passages à l'acte sont trop importants pour être contenus en ambulatoire (30). Néanmoins, l'articulation avec le secteur en charge des soins au long cours doit être anticipée et pensée pour éviter toute discontinuité, source d'anxiété et de nouvelles mises en danger potentielles.

De l'ensemble de ces données, il ressort qu'hospitaliser un adolescent en crise peut être une solution efficace pour évaluer sa situation personnelle et environnementale et le mettre à l'abri de ses passages à l'acte répétés, néanmoins il convient de manier cet outil avec prudence. Une telle modalité de soin se doit d'être préparée, contractualisée avec l'adolescent et son entourage afin que ceux-ci s'emparent activement de ces soins, et ne soient pas tentés « d'abandonner » l'adolescent à l'hôpital, ou qu'au retour de celui-ci au domicile les conflits reprennent par manque de dialogue intrafamilial autour de la crise. Ce travail de crise avec la famille est essentiel, quand bien même l'adolescent est hospitalisé à temps complet, pour laisser une large place aux parents dans l'hospitalisation et ne pas tomber dans les écueils de la séparation (35). Il est important de souligner une fois de plus que l'hospitalisation ne peut être qu'une étape dans un parcours de soin, non obligatoire au rétablissement de ces jeunes, et qui doit être articulée finement avec les acteurs du soin au long cours ainsi qu'avec les éventuels partenaires sociaux et judiciaires impliqués.

Enfin, il est nécessaire de rappeler que l'hospitalisation reste une modalité de soin controversée à l'adolescence de par la crainte des contagions symptomatiques inhérentes à celle-ci, et les risques de déscolarisation, désocialisation et chronicisation chez certains jeunes multipliant les recours à l'hôpital. L'usage de l'hospitalisation est donc très dépendante du parcours de soin global de ces jeunes en crise, ainsi que des spécificités locales qui rentrent toujours en compte dans les projets de soin individuels. Ce parcours de soin justement est à connaître par tous les intervenants impliqués localement, afin de rester compréhensible pour les patients et leurs proches, et pour en faire le meilleur usage possible.

L'hospitalisation n'est pas suffisante en soi pour prendre en charge les adolescents en crise. Ainsi, nous sommes amenés à nous questionner sur les autres modalités de soin existantes et notamment sur les alternatives ambulatoires à l'hospitalisation, ou complémentaires à celle-ci.

II. Les Hôpitaux de Jour de Crise

1. La contenance psychique en ambulatoire

L'hospitalisation est une facette des soins réputée pour sa contenance, mais de quoi s'agit-il exactement? Comment pouvons-nous parvenir à cette contenance sans hospitaliser des jeunes pour qui d'autres modalités de soin semblent plus pertinentes ? Et quels sont les soins ambulatoires adaptés à des prises en charge de crise pour les adolescents ?

1. La réactivité de la réponse

Face aux situations de crise se multipliant chez les adolescents ces dernières années et la diminution globale du nombre de lits d'hospitalisation pédopsychiatriques, de nombreuses structures ont fait preuve de créativité pour développer de nouvelles modalités de soins ambulatoires réactifs. Le fonctionnement traditionnel des centres de Consultations Médico-Psychologiques (CMP) dédiés aux adolescents a fait ses preuves dans la prise en charge des pathologies chroniques. Néanmoins, leur réponse à la crise est parfois en décalage avec les attentes des familles, l'urgence de certaines situations, et le mal-être de ces jeunes. En effet, devant la nette majoration de la demande de soin pour les adolescents ces dernières décennies, sans augmentation proportionnelle des effectifs soignants et des moyens des CMP, la plupart d'entre eux a fini par mettre en place des listes d'attente avant de pouvoir proposer un premier rendez-vous aux jeunes et à leurs familles (24). Ce décalage avec la clinique de crise entraîne des risques à faire patienter trop longtemps certains jeunes pour les prendre en charge, ce qui peut être source de complications parfois irréversibles, pour eux comme pour leur entourage. C'est pour cela que certaines solutions alternatives sont développées ces dernières années, parfois inspirées des soins pédopsychiatriques classiques (hôpitaux de jours de crise, visites à domicile, liaison post-hospitalisation) ou des modèles de soins plus répandus chez les adultes et adaptés à ce public (rappels téléphoniques aux suicidants, équipes mobiles). Il faut tout de même noter que la plupart des CMP priorisent certaines situations considérées comme urgentes, dont la majorité des adolescents en crise, en proposant des « consultations rapides » sous des délais plus brefs.

Nous avons précédemment évoqué le recours aux urgences en cas de crise, il est néanmoins essentiel de savoir que tous les adolescents en crise adressés aux CMP ne le sont pas par les urgences. Une grande partie d'entre eux sollicite une consultation sur orientation du médecin traitant, de l'établissement scolaire, d'un professionnel du milieu social ou judiciaire, ou de divers autres professionnels de l'enfance (médecins et paramédicaux du réseau de ville, Maison des Adolescents, associations d'aide à la parentalité, etc). Ainsi, la première consultation au CMP est souvent le premier contact avec la pédopsychiatrie pour ces jeunes et leur entourage, qui peuvent arriver avec certaines réserves. L'une des craintes des adolescents est de devoir

se « mélanger » avec d'autres jeunes, porteurs de pathologies chroniques, au sein des CMP. Des délais d'attente trop longs contribuent d'autant plus à augmenter ces préjugés, ou entraînent des reports de soin, des situations qui s'enkystent, ou dégénèrent brutalement. Pour pallier à ces risques, certains secteurs et inter-secteurs de pédopsychiatrie ont diversifié leur offre de soin pour les adolescents en crise.

Nous pouvons citer l'exemple de Garcin et coll. (36) notamment, dans le secteur Lillois, qui ont fortement réduit leurs délais d'attente pour une première consultation au sein de leur structure, passant de 8 mois en moyenne à moins d'un mois en cas de situation de crise chez un adolescent, grâce à une réorganisation des soins et la création d'une « équipe mobile d'intervention » au début des années 2000. Celle-ci travaille en articulation avec une unité d'hospitalisation complète et des CATTP (centres d'accueil thérapeutique à temps partiel) dédiés à la crise. Cette équipe mobile intervient en binôme dans les 24 h suivant le signalement d'une nouvelle situation d'adolescent en crise puis en réfère à un médecin après la première rencontre, celui-ci décidant selon la situation clinique de rencontrer ou non le jeune dans les 24 h suivantes, et éventuellement de poser une indication d'hospitalisation, ou d'autres soins (consultations, CATTP). Les indications sont toutes discutées en réunion d'équipe hebdomadaire et validées par un deuxième médecin en cas d'indication d'hospitalisation.

Cette équipe mobile va rencontrer le jeune dans les services pédiatriques de la région, directement au CMP, ou chez le médecin traitant s'il ne peut se déplacer dans l'un des ces endroits. Enfin, si tout cela est impossible, l'équipe mobile peut intervenir directement au domicile, uniquement à la demande du médecin traitant, en sa présence et avec la famille (36). Ces rencontres permettent d'initier les soins en rencontrant l'adolescent et ses proches dans des délais très rapides, mais en continuant de prendre le temps de la réflexion en équipe pour proposer un projet thérapeutique adapté à chacun. Les résultats de ce travail en articulation forte avec le réseau local montrent une augmentation progressive du nombre d'adolescents pris en charge, mais un taux d'hospitalisation restant bas, pour de courtes durées, et avec un faible nombre de récurrences. Ce dispositif semble ainsi permettre une prévention primaire par repérage des situations à risque de dégénérer, en les prenant précocement en charge, et une prévention secondaire en évitant une aggravation de troubles non pris en charges, ou trop tardivement (36).

Ce travail préalable de lien avec les proches du jeunes en crise et son médecin traitant, ainsi que la flexibilité du cadre de l'équipe mobile de Garcin et coll. renvoient à ce qu'évoquent Baldacci et coll. (26) dans les cas de claustrations d'adolescents à domicile. Ces situations peuvent nécessiter une visite sur place pour une première évaluation, afin d'initier des soins plus rapidement, certains adolescents mettant des mois pour accepter un rendez-vous au CMP et s'y rendre. Le dispositif ÉRIC (Équipe Rapide d'Intervention de Crise) dans les Yvelines est une autre équipe qui a beaucoup travaillé sur la mise en place d'interventions de crise

via une équipe mobile, plutôt destinée aux adultes, mais sans limite d'âge stricte. Cette absence de limite d'âge implique leur prise en charge d'un certain nombre de crises chez l'adolescent, auxquelles leur dispositif est adapté de par leur important travail avec les familles des patients pris en charge (37). Il s'agit d'une équipe d'intervention pouvant être mobilisée en permanence, réactive car intervenant dans la journée suivant la demande, en binôme également, et dans divers lieux à l'exception de la voie publique. Ici, l'intervention initiale donne lieu à une orientation vers une prise en charge par l'équipe d'ÉRIC durant un mois maximum, si le patient et ses proches l'acceptent, ce qui permet d'éviter des hospitalisations. L'évaluation peut également déboucher vers une autre forme de soins (consultation, hospitalisation...).

Nous retrouvons des similarités entre ces modalités de soins, assurant à elles seules une contenance importante des situations de crise en ambulatoire, sans engendrer de lien de dépendance avec le patient et son entourage, l'implication des proches étant une des clés pour leur bon fonctionnement (37). L'autre point commun de ces dispositifs est l'intégration dans un parcours de soin réfléchi, mais nous y reviendrons.

D'autres modalités de soins ambulatoires existent, par exemple des consultations médicales ou psychologiques à l'issue d'une hospitalisation en pédiatrie pour poursuivre un travail initié au service et dans l'attente d'un relai, ou pour réévaluer une situation après un certain laps de temps. De Kernier et ses collègues par exemple (38) ont travaillé sur cette poursuite du soin en post-hospitalisation dans le cas particulier des tentatives de suicide. Le but de ce suivi est bien sûr de prévenir les récurrences, nombreuses comme nous l'avons vu dans le cadre des gestes suicidaires. Ce suivi hospitalier a également pour effet de marquer la gravité du geste du jeune, souvent banalisé après la sortie d'hospitalisation par la famille ou l'adolescent voulant « oublier cet épisode », entraînant alors un risque de répétition et de chronicisation des troubles. Cette équipe s'appuie également sur la passation de tests projectifs durant l'hospitalisation et à distance, afin d'évaluer l'évolution à un an de ces adolescents en crise. Tout cela permet à l'adolescent de se sentir soutenu par une équipe qui reste mobilisée, de voir la perspective d'une évolution avec cette réévaluation à distance, et de se sentir contenu par cette poursuite des soins, même si elle reste ponctuelle (38). Les résultats rapportés par De Kernier et ses collègues montrent une amélioration des capacités des jeunes aux tests projectifs, ou une stabilisation, mais pas d'aggravation, leur faisant supposer une reprise développementale après la période de crise, ou au moins un apaisement symptomatique.

Dans le cadre des problématiques suicidaires justement, d'autres modalités de suivi basées sur l'expérience de la psychiatrie adulte sont testées chez les adolescents. Nous pouvons citer parmi elles les rappels téléphoniques dans les mois suivant l'hospitalisation initiale, ou après un passage aux urgences, permettant de reprendre des nouvelles du jeune suicidant et surtout de vérifier la mise en place d'un suivi ambulatoire tel que proposé à la sortie (39). En effet, des études ont montré que ce suivi, pourtant recommandé par la

HAS, n'est mis en place de façon optimale que dans 35 % des cas, et que 44 % des adolescents concernés n'en ont pas du tout bénéficié ou y ont mis fin trop tôt, c'est à dire dans l'année suivant son commencement et sans concertation avec le professionnel de santé impliqué (40). La poursuite d'une prise en charge ambulatoire post-hospitalisation semble favorisée par la mise en place de ce suivi depuis l'hôpital, avant la fin de l'hospitalisation, et améliorée par des rappels téléphoniques au patient. Néanmoins, il s'agit d'une modalité de suivi ambulatoire en cours de développement, très spécifique aux jeunes suicidants, mais qui n'est pas encore suffisamment développée, ni évaluée.

Un mot enfin de l'étude de Lachal et coll. (41) qui se sont justement penchés sur la question de l'adhésion aux soins chez les adolescents suicidants, montrant à travers leur étude que plus le suivi est mis en place tôt, dès les urgences, et plus la chance que les adolescents y adhère est importante. De plus, il apparaît dans cette étude que l'implication des parents dans les soins est primordiale et qu'un travail sur leurs points de résistance éventuels devant le suivi proposé est nécessaire pour obtenir plus facilement et durablement leur adhésion à la prise en charge, et ainsi leur poursuite des soins (41). Ces résultats sont extrapolables à la crise en général chez l'adolescent, celle-ci étant un moment d'intervention potentiellement riche, chaque protagoniste étant particulièrement mobilisé par les actes posés par l'adolescent. De plus, Lachal et coll. (41) complètent leur analyse par l'essai de différents programmes pour tenter d'améliorer la compliance aux soins de l'adolescent, et la poursuite de ceux-ci dans la durée. Nous y retrouvons la notion d'alliance thérapeutique, si primordiale pour le bon déroulé des soins, l'importance du travail familial, la nécessité d'avoir des professionnels formés aux spécificités de ce public et l'articulation nécessaire au réseau de soin local pour permettre des relais cohérents, sans « perdus de vue ».

Enfin, il paraît nécessaire de citer le dispositif Vigilans, en cours de déploiement sur le territoire français pour la prise en charge des adultes suite à un geste suicidaire. Il s'agit d'un dispositif se basant sur une veille avec des rappels téléphoniques et des cartes postales envoyées aux patients à certaines échéances après leur geste, et des coordonnées qui leur sont remis à la sortie des urgences pour reprendre contact en cas de nouvelle dégradation thymique. Ce dispositif est en cours d'évaluation chez l'adulte mais les premiers résultats sont encourageants, et la question d'élargir ce dispositif aux adolescents suicidants fait l'objet de groupes de travail spécifiques (41). Il pourrait alors s'envisager sous forme de SMS pour s'adapter à ce jeune public.

Tous ces dispositifs ambulatoires viennent compléter les différents hôpitaux de jour de crise, ou hôpitaux de jour réactifs, qui se développent sur l'ensemble du territoire, et sur lesquels nous reviendrons plus en détail par la suite. Ils viennent poser la question de la contenance des soins en ambulatoire, notion sur laquelle il paraît nécessaire de s'arrêter un moment pour bien comprendre les enjeux de ces prises en charge de crise.

2. La contractualisation des soins

Dans la rencontre avec un adolescent en crise, nous avons affaire à un débordement de ses capacités psychiques d'élaboration et d'organisation, entraînant une multiplication des actes, allant jusqu'à déborder les capacités contenantes de son entourage. Comme le disent Laudrin et Speranza (10), « l'acte correspond à un moment de rupture dans la mesure où il prend la place de la représentation psychique, comme une « proto-représentation » qui vise à inscrire dans la réalité ce qui ne peut plus s'inscrire psychiquement. ». Nous avons vu plus tôt qu'une fois ses capacités débordées, le jeune et ses proches ont à faire avec de l'angoisse, débordante, les poussant à consulter, ou les menant aux urgences suite à un acte plus violent que les autres, qui visait à extérioriser cette angoisse avec laquelle le jeune était en prise. C'est dans ce moment de rencontre avec les soins que l'adolescent et ses proches nécessitent un tiers soignant pour rétablir leurs capacités de contenance, apaiser l'angoisse du jeune et réduire ainsi sa nécessité de recours aux actes pour s'en décharger, en lui rendant ses capacités d'élaboration et de symbolisation. Nous comprenons aisément l'importance que le cadre des soins proposés soit expliqué, discuté avec le jeune et ses proches, et contractualisé.

Pour ce faire, certains thérapeutes comme Corcos (42) conseillent d'avoir recours à la thérapie bifocale, alliant un espace psychique pour le jeune auprès d'un thérapeute qui le reçoit seul, et un psychiatre référent en charge du contrat de soin, rencontrant également les parents ou l'entourage. Le contrat a ainsi un rôle de pare-excitation face à la tendance du jeune à utiliser l'agir pour éviter toute élaboration psychique, celle-ci étant petit à petit permise à nouveau dans l'espace psychothérapique. Ce contrat a en lui seul une action contenante, permettant à l'adolescent d'avoir à nouveau accès à la représentation plutôt que d'avoir recours à l'acte, et donc de remettre progressivement du sens sur ce qui lui arrive (42). Le contrat permet également au jeune de trouver des limites, le psychiatre référent pouvant prévoir l'indication d'une hospitalisation sous certaines conditions, faire appel aux tiers judiciaires ou sociaux pour borner davantage la prise en charge, diminuer le niveau d'excitation ou d'anxiété du jeune à l'aide d'un traitement médicamenteux, etc. Bien utilisé, ce contrat de soin permet au jeune d'être suffisamment contenu et mis à l'abri de sa pulsionnalité pour qu'il s'empare des soins psychothérapeutiques proposés.

À lui seul, le contrat est également un outil diagnostique essentiel, orientant vers la psychopathologie à laquelle les thérapeutes ont affaire en servant d'objet relationnel entre le jeune et le psychiatre référent. Le contrat pourra être attaqué dans la psychopathie, perverti dans les addictions, l'objet d'attaques paradoxales ou de formations délirantes dans la psychose, ou encore permettre un « phénomène transitionnel » (42) chez le patient à la structuration névrotique, rassurant alors le thérapeute sur ses capacités de symbolisation. Enfin, poser un contrat permet d'étudier les capacités du patient à s'engager, ce

qui nécessite d'anticiper les conditions de l'arrêt de la prise en charge sans que cela mette en difficulté le patient, notamment dans les états limites. La pose d'un contrat avec le jeune et son entourage permet également au thérapeute de se dégager des négociations constantes avec certaines familles aux fonctionnements pathologiques, tentant par exemple de rejouer des formes d'emprise ou de chantage avec le thérapeute. Cette contractualisation permet également de limiter les soins dans le temps, permettant aux jeunes états limites d'éviter la création de liens trop forts.

Partie essentielle de la contenance des soins, le contrat passé avec l'adolescent et ses proches n'en est pas la seule expression. Mais comment pouvons-nous définir plus précisément la contenance, ou fonction contenante, et comment se présente-t-elle au-delà du contrat de soin ?

3. Le rôle du soignant : faire partie de l'espace psychique élargi de l'adolescent

La contenance fait appel à de nombreuses notions, étudiées par plusieurs courants de pensée et notamment par la psychanalyse. Par définition, contenir signifie « tenir dans certaines limites », impliquant une composante spatiale à ces limites, mais aussi « sociale, morale ou affective, [évoquant alors] la maîtrise des sentiments et de leurs manifestations extérieures » selon Vogel (43). Cette notion de limites est essentielle, en ce qu'elle différencie un intérieur et un extérieur, séparés par une enveloppe. Cette enveloppe, concept longtemps développé par Anzieu avec sa théorie du Moi-peau (44), permet initialement au bébé en développement de construire sa sécurité interne, grâce au soutien externe de sa mère, d'abord physique avec le peau-à-peau et les soins maternels, puis progressivement psychique, en ce qu'elle pense les émotions de son bébé et lui en fait retour en les nommant. Tout cela mène au développement de contenus de pensée propres à l'enfant, qui après s'être appuyé sur sa mère s'appuiera sur un cadre extérieur plus large, incluant les relations humaines, les règles et les lois. Ainsi il n'y a pas une mais bien des enveloppes, dans lesquelles est contenu ce qui est propre au sujet : pensées, émotions, sensations et représentations.

Mais tout objet n'est pas contenable, cela dépend de sa nature, et de la qualité des enveloppes rendant cette notion de contenance relative à la construction de chacun (43). Dans certaines pathologies comme les troubles psychotiques par exemple, les enveloppes sont fragiles, poreuses, les objets extérieurs viennent faire effraction, bouleverser le sujet qui ne parvient pas à les transformer en éléments pensables pour sa psyché, et ainsi le laisser submergé par l'angoisse. Nous pouvons ici faire lien avec les symptômes de la crise chez l'adolescent que nous avons évoqués plus haut, et qui peuvent être vus comme des manifestations extérieures d'une angoisse débordant le sujet, issus d'une tentative d'expulsion de certains contenus non mentalisables.

Bion a également théorisé autour de la contenance, chez le bébé particulièrement, et fait lui la différence entre ces objets contenables, les éléments *alpha*, et non contenables, les éléments *bêta*. La transformation de ces derniers en éléments contenables se fait par ce qu'il appelle la fonction *alpha* (45). Selon la théorie de Bion nous comprenons que la contenance repose sur un système complexe : les enveloppes forment sa structure ; la fonction alpha implique une transformation, une mise en sens ; et le contenu est constitué des éléments pensables dits *alpha*, ou non pensables, bruts, dit *bêta* (43). En pratique, lorsqu'un patient est confronté à des éléments bruts trop nombreux, que sa fonction *alpha* est débordée, la contenance de ces éléments n'est plus assurée, et il lui faut recourir à de l'aide extérieure pour retrouver ses capacités de contenance. Tout comme le bébé qui a acquis sa fonction *alpha* par introjection de celle de sa mère, nous pourrions dire que nos jeunes patients reconstituent leur fonction *alpha* débordée, et récupèrent leur contenance propre, en introjectant celle que les soins leur apportent. Il s'agit donc de mettre en place des soins permettant de recueillir et de mettre en sens les contenus bruts qui affectent les adolescents en crise, afin de les aider à rétablir leurs capacités de contenance, et celles de leur entourage.

4. La contenance : le travail institutionnel

Pour ce faire, comme les enveloppes décrites précédemment, nous observons que la contenance se crée par l'assemblage de plusieurs « couches ». La plus large pourrait être définie par ce que nous appelons l'institution, par exemple un CMP, un service d'hospitalisation, ou encore un hôpital de jour de crise en tant que tel. En réfléchissant de façon plus large, nous pourrions même considérer que l'ensemble du parcours de soin de l'adolescent en crise, et avec lui l'articulation des structures potentiellement impliquées dans sa prise en charge, forment elles-mêmes une enveloppe contenant au sens large. Pour revenir à l'institution, cette notion a été longtemps théorisée, afin d'en faire un lieu contenant justement, et d'en garantir la contenance. Nous pouvons citer Didier Houzel notamment, qui a travaillé autour du concept « d'enveloppe institutionnelle », et divers praticiens dans la continuité de son expérience clinique. Billard et Costantino (46) par exemple, dans leur travail auprès des adolescents en institution, mettent en avant le rôle primordial du « maillage institutionnel », fait des rôles et compétences de chacun des professionnels qui y travaillent en articulation. Elles insistent sur la différenciation du rôle de chacun, du respect de sa place dans l'équipe, et du rassemblement de toutes les observations accumulées auprès des patients lors de temps de réunions cliniques, celles-ci apparaissant comme des pièces essentielles à la contenance de l'institution.

Ces temps de réunion fixes, aux lieux et horaires dédiés, qui ponctuent toute institution soignante aussi bien en ambulatoire qu'en hospitalisation, permettent en effet une mise en commun et une prise de recul nécessaire, et parfois salutaire, sur la clinique. Ciconne (47) dans ses écrits sur la fonction contenant des soins les évoque en décrivant sa « méthode d'observation systématisée », inspirée de la méthode d'observation du bébé d'Esther Bick, consistant en 4 temps distincts : l'observation auprès du patient, la prise de notes des contenus bruts recueillis sans élaboration, la réunion où se joue l'élaboration en groupe

soignant de la problématique du patient, puis le retour vers ce dernier. Nous voyons par cette scansion du travail réalisé habituellement dans nos institutions soignantes comment la fonction contenante de l'institution s'opère, pour une mise en sens des contenus bruts récupérés auprès du patient, et leur introjection à celui-ci en retour. Autrement dit, ce travail institutionnel permet une transformations de matériels bruts en hypothèses cliniques, permettant une remise en sens des actes, et donc une élaboration. La fonction contenante est donc une « fonction symbolisante » (47) comme le dit Ciccone en citant le travail de Roussillon (48). Ainsi, ce rythme pérenne de l'institution permet de ne pas se sentir seul face à une situation, le temps de réunion hebdomadaire rappelant à chacun que les autres soignants sont également présents dans les soins du jeune, permettant une prise de recul pour s'extraire de la clinique et lui redonner du sens.

Enfin, cette contenance de l'institution vient faire écho à ce que Ciccone appelle « la fonction d'enveloppe dans l'appareil psychique familial » (47), fonction qui se retrouve débordée dans les situations cliniques de crise à l'adolescence. En effet, comme le rappelle Zeltner, la désorganisation d'un individu en crise entraîne la désorganisation du groupe dans lequel il vit (37). Le rôle de l'institution est donc non seulement d'assurer une contenance pour le jeune afin de lui permettre progressivement de retrouver sa contenance propre, mais également d'aider ses proches à rétablir leurs fonctions contenantes, pour restaurer ainsi l'enveloppe familiale. Pour les institutions soignantes basées sur des soins ambulatoires comme le groupe ÉRIC évoqué précédemment, cette enveloppe peut être rétablie en montrant à la famille qu'elle possède des ressources propres, et en leur offrant le soutien nécessaire, et donc la contenance suffisante, pour qu'elle les utilise. Pour Zeltner, l'accompagnement d'ÉRIC est efficace grâce à « l'enveloppe langagière » (37) que ce groupe d'intervention au domicile met en place, grâce à une mise en mots permanente, des interventions sollicitables à tout moment de la prise en charge, mais de façon discontinue, et sans entraîner de dépendance car basée sur une référence soignante multiple. L'ensemble de ces qualités permet ainsi à ÉRIC d'accompagner les jeunes patients notamment en rétablissant une forme d'enveloppe langagière là où l'enveloppe familiale a pu un temps faire défaut, pour lui rendre sa contenance et permettre l'accès progressif à la symbolisation. Ce travail rejoint celui qui est réalisé quotidiennement dans les CMP, à travers les entretiens familiaux et le travail autour des deuils, de la place de chacun et des enjeux relationnels inconscients dans les familles consultant avec leur adolescents en crise.

Bien sûr, ce processus de symbolisation se base sur des temps de reprises pour les soignants, des temps de réunions cliniques et des temps institutionnels comme dans tous les lieux de soins psychiques, pour permettre une mise en mot des éventuels conflits et autres mouvements psychiques projetés sur l'institution (46). Cet ensemble de temps distincts garantit ainsi un cadre institutionnel, garant d'une histoire et de principes communs, permettant la poursuite du soin de façon contenante. Ces définitions permettent de mieux comprendre la contenance, et comment elle se crée et se maintient en institution au

sens large. Mais comment s'inscrit-elle dans les soins ambulatoires de crise aux adolescents ? Comment s'applique-t-elle aux groupes thérapeutiques sur lesquels reposent notamment les hôpitaux de jour de crise, ou les CATTP cités auparavant ?

5. Le groupe thérapeutique

Dans les soins de crise proposant d'accueillir les adolescents sur des temps de soins en groupe, la contenance groupale s'ajoute à la contenance institutionnelle évoquée précédemment. D'un point de vue du cadre d'abord, le groupe doit être pensé en amont pour répondre aux attentes thérapeutiques que nous lui prêtons : est-il ouvert ? Fermé ? À quel rythme a-t-il lieu, dans quel endroit, pour quelle durée et pour combien de participants ? Une médiation est-elle privilégiée ? Stable ou changeante ? Et qu'advient-il des productions éventuelles des patients ? Une fois toutes ces questions résolues, nous proposons le cadre des soins aux patients et leur famille, à travers le contrat de soin évoqué plus haut. L'ensemble de ces détails a son importance dans la fonction de contenance du groupe mis en place, et dans ses objectifs. L'enveloppe groupale vient alors constituer une nouvelle dimension dans la contenance de l'institution, à l'intérieur de laquelle ont lieu des mouvements propres au groupe, faits de ce qu'y mettent les soignants en charge, le thérapeute référent, et bien sûr les patients concernés (46). Ainsi, le groupe thérapeutique devient une forme d'aire transitionnelle au sens de Winnicott (49), où le patient peut accéder à de nouvelles expériences par le jeu et les éventuelles médiations utilisées, et alterner entre des mouvements d'identification et de différenciation, qui font écho à la crise traversée et à la problématique adolescente.

Nous retrouvons aussi bien ces groupes thérapeutiques en hospitalisation temps plein qu'en hôpital de jour, où ils participent à ajouter une enveloppe contenant aux soins proposés. Dans le contexte de la crise, ils peuvent être indiqués pour faire lien entre la réalité interne du jeune et sa réalité externe, à travers le partage d'expérience entre pairs et avec les soignants, et permettent d'accueillir d'éventuels passages à l'acte contre le cadre institutionnel grâce à leur fonction pare-excitante (50). Comme nous l'évoquions au début de ce travail, les agirs adolescents montrent chez eux une difficulté à conflictualiser, pouvant aller jusqu'à retourner leur agressivité contre eux-mêmes sous la forme de tentatives de suicide notamment. Dans ce cas, le groupe thérapeutique vient offrir un contenant protecteur où ils peuvent progressivement accéder à une certaine forme de conflictualité, d'abord autour du jeu puis envers les autres participants ou les soignants, dans une co-construction protégée par le cadre de ces soins défini précédemment.

C'est cette dimension « transitionnelle » des soins, évoquée par Ladame dans son travail sur le suicide chez les adolescents qui est recherchée, et qui permet au jeune de faire des allers-retours entre sa réalité interne et la réalité externe, sur le groupe puis dans son espace de soin individuel par la suite (50). Le groupe thérapeutique sert alors de lieu de projection pour l'adolescent et son « espace psychique élargi », tel que

défini par Jeammet (51), incluant sa réalité interne et une certaine part de son contexte environnemental. Le groupe thérapeutique paraît ainsi avoir une place privilégiée dans les soins de crise aux adolescents en ce qu'il permet une certaine transitionnalité, un accès à la conflictualité, tout cela de façon moins menaçante que la psychothérapie individuelle car source de moins de craintes abandonniques et de risque de dépendance individuelle ; tout en nous donnant une idée des capacités de mobilisation du jeune.

Ainsi nous avons vu le rôle primordial de la fonction contenante dans les soins aux adolescents en crise, et diverses modalités de soins ambulatoires. Nous nous sommes arrêtés sur les soins en groupes thérapeutiques qui semblent essentiels pour une évaluation complète des enjeux de crise. Il paraît important maintenant de développer la question des hôpitaux de jour de crise, de plus en plus utilisés pour la prise en charge des adolescents, et incluant diverses modalités de soins et d'évaluation.

2. Rôle, place et fonctionnement des hôpitaux de jour de crise

Nous avons fait allusion plusieurs fois aux hôpitaux de jour de crise, ou hôpitaux de jour réactifs, mais de quoi s'agit-il ? Quels soins permettent-ils et comment se passe leur évaluation de la crise ?

1. Hôpitaux de jour de crise : des soins ouverts, intensifs, et limités dans le temps

Comme nous l'avons vu dans l'article de Laudrin et Speranza (10), « la crise est un moment où les défenses psychiques sont mobilisables », une prise en charge adaptée permettant ainsi au jeune et à son entourage de trouver un équilibre nouveau pour ne plus se laisser déborder par l'angoisse. Dans cette optique, un certain nombre d'équipes, en Suisse d'abord (Genève notamment) puis en France (Poitiers, Versailles, Toulouse, etc) ont voulu développer une réponse spécifique afin de répondre à la hausse croissante des demandes de soins pour les adolescents en crise. Pour eux, cette réponse doit être contenante, basée sur les soins ambulatoires et en articulation forte avec le réseau local, les urgences particulièrement, mais également les CMP, la médecine de ville et les services d'hospitalisation, afin de créer un parcours de soin cohérent pour ces jeunes que nous retrouvons trop souvent dans des services inadaptés à leurs besoins.

Ces hôpitaux de jour de crise sont basés sur un principe de pluridisciplinarité, de prise en charge globale du jeune, incluant son entourage, sur une durée limitée et contractualisée (de 4 semaines jusqu'à 3 mois renouvelables selon les structures). Ils ont pour objectif la contenance et l'apaisement symptomatique bien sûr, mais ont également une visée diagnostique dans la mesure du possible, d'évaluation en tout cas, et d'orientation à la fin de la prise en charge. Leur objectif n'est pas de palier au manque de lits en hospitalisation mais bien de proposer une solution alternative, contenante, mais sans entraîner de risque de déscolarisation, désocialisation et dépendance aux soins hospitaliers que nous retrouvons chez une partie

des jeunes accueillis dans les services d'hospitalisation. Ces soins paraissent donc particulièrement adaptés pour les jeunes présentant des traits de personnalité limites, que nous retrouvons très souvent à l'adolescence et d'autant plus dans la population d'adolescents présentant des mises en danger à répétition.

Ces hôpitaux de jour de crise sont des structures dédiées à la crise, prenant en compte une certaine tranche d'âge, et incluent, comme leur nom l'indique, des temps de soin en groupe basés sur l'expérience des hôpitaux de jour classiquement retrouvés en pédopsychiatrie de secteur. Ces temps ont la spécificité d'avoir lieu plusieurs fois par semaine, et de s'ajouter à une prise en charge individuelle renforcée : entretiens médicaux et psychologiques rapprochés, souvent hebdomadaires, entretiens familiaux mensuels ou bimensuels, évaluation par un assistant social, liens avec le milieu scolaire et les partenaires extérieurs (paramédicaux, judiciaires, etc.), possibilité de visites à domicile à but observationnel, parfois évaluation orthophonique ou psychomotrice selon les moyens dont disposent les structures et les besoins du jeune. Des références infirmières sont souvent mises en place afin que les jeunes puissent trouver davantage de contenance sur les temps de groupe ou durant leurs temps de présence sur la structure, pouvant alors bénéficier assez facilement d'entretiens infirmiers si besoin.

Cette flexibilité rappelle le médium malléable décrit par Roussillon (52), alliant souplesse et fermeté du cadre grâce à des soins complémentaires, pluriels et contractualisés. Pour permettre cela, le thérapeute, les soignants et les partenaires extérieurs doivent être en articulation rapprochée, afin de proposer au jeune un cadre suffisamment contenant pour servir de pare-excitant et ne pas s'effondrer face aux attaques de l'adolescent, mais également suffisamment souple pour lui offrir une grande disponibilité, une importante flexibilité et une sensibilité certaine. Cette prise en charge souple mais contenant permet ainsi de s'ajuster à la plupart des situations de crise, et d'observer la clinique du jeune de façon plurielle et rapprochée, les jeunes passant souvent plusieurs journées ou demi-journées par semaines sur l'hôpital de jour de crise. L'ensemble de ces prises en charge permettent, grâce aux temps de réunions cliniques hebdomadaires, une contenance certaine pour ces jeunes, et une évaluation globale de la situation de crise.

Nous avons vu la richesse des soins proposés par ces structures, mais comment se déroule l'orientation vers celles-ci et le début d'une prise en charge ? Quelles limites sont posées à la prise en charge de ces jeunes ?

2. Le premier rendez-vous de crise : un travail dans la continuité

La plupart du temps, l'orientation sur ces structures de crise se fait via les urgences ou les professionnels de ville sur avis médical, et donnent lieu à un premier tri des demandes. Les demandes paraissant correspondre aux soins proposés se voient ensuite donner un premier rendez-vous avec l'un des

pédopsychiatres de la structure, souvent en binôme avec un soignant, dans un délai rapide (maximum quelques jours). Parfois, c'est dès les urgences que ce rendez-vous est donné par des professionnels travaillant en réseau avec l'hôpital de jour de crise local et connaissant ses indications, sans nécessiter de validation supplémentaire par la structure. Cela permet, comme le disent Laudrin et Speranza, d'inscrire cette crise dans « une expérience de continuité » (10) pour éviter de nouvelles ruptures dans les soins. En cela, le rôle du médecin traitant et son implication dans le parcours de soin proposé est primordial, là encore afin d'éviter les perdus de vue, mais également pour faciliter l'alliance thérapeutique avec le jeune et son entourage si celui-ci est bien investi par eux. Duverger et Guedj (1) soulignent l'importance de ce travail en réseau pour maintenir dans la durée l'effet des soins de crise mis en place, et éviter les rechutes ou nouvelles mises en danger en restant en lien avec les intervenant présents au plus près du jeune. Si le parcours de soin de crise local est suffisamment expliqué et compris par les professionnels de ville et les urgences, il forme un maillage sollicitable à tout moment, assurant ainsi une prévention secondaire solide.

Une fois le dispositif de crise sollicité, une première rencontre médicale a lieu, où un contrat de soin est passé avec l'adolescent et sa famille s'ils acceptent les soins proposés, s'engageant alors à se rendre aux rendez-vous prévus sur la durée impartie. Cette contractualisation, comme nous l'avons vu précédemment, contribue à la pose d'un cadre solide, à l'intérieur duquel l'adolescent pourra recevoir des soins dédiés. Mais ce cadre est aussi un objet de négociations entre le jeune et le thérapeute, source d'enjeux relationnels entre eux et de potentielles attaques par l'adolescent, guidant ainsi les soignants dans sa clinique et faisant écho aux enjeux rencontrés au domicile par les parents (42). Ce premier contrat est parfois renouvelé une fois arrivé à échéance, mais la plupart du temps cette évaluation n'a lieu qu'une fois afin de ne pas engorger la structure, de rester fidèle aux objectifs impartis, et de ne pas créer trop de dépendance à ces soins. Ces structures n'ont en effet pas vocation à prendre en charge les jeunes dans la durée, d'où l'importance de contractualiser d'emblée les soins proposés, et donc la fin de ceux-ci. Cela permet également de poser ses limites, et d'envisager notamment les conditions donnant accès à des relais vers le CMP de secteur ou le libéral, et la transition vers des soins en service d'hospitalisation pédopsychiatrique si nécessaire. Lorsqu'un relai en consultation paraît indiqué, la transition vers le CMP de secteur ou le libéral doit se préparer durant la prise en charge en hôpital de jour de crise, afin d'effectuer un relai sans rupture de soin et garantir ainsi un maximum de contenance.

3. Quelle place pour les familles dans l'hôpital de jour de crise ?

Un mot maintenant des prises en charge proposées sur ces structures en ce qui concerne l'entourage du patient. Comme évoqué plus haut, la crise implique également cet entourage (famille, éducateurs, etc.), l'adolescent étant particulièrement inter-dépendant de son environnement. Pour certains thérapeutes comme De Clerq, il est important lors des interventions de crise de rechercher le rôle du symptôme mis en avant dans les interactions du jeune avec sa famille et dans l'histoire familiale, pour mieux comprendre la

globalité de la situation de crise et y trouver des solutions (13). Ce travail nécessite d'inclure rapidement les parents du patient dans ses soins, ou les adultes qui l'entourent le cas échéant, et ce afin de soutenir ces adultes en charge du jeune pour leur permettre de retrouver une certaine contenance comme évoqué plus haut. Cette prise en charge globale est également nécessaire dans les situations déjà enkystées où le dialogue entre les membres du groupe familial est devenu impossible. Les soins viennent alors faire tiers pour aider la reprise du dialogue, aider le jeune à verbaliser son mal-être et à conflictualiser, et aider les parents à accueillir l'expression de cette souffrance (10). Cela est permis par un travail avec chacun d'entre eux, pour permettre une reprise de la communication et des échanges, puis progressivement la reprise d'un processus narratif au niveau familial. Ce travail de restauration de l'enveloppe et des relations familiales, ainsi que d'apaisement de l'angoisse parentale, est permis par les entretiens familiaux réguliers, mais également dans certains cas par la proposition de soins aux parents sous forme de groupes de parole ou de guidance.

Dans le cadre des entretiens familiaux, certains centres de crise ont fait le choix de travailler avec des outils issus des thérapies familiales, tels que décrits par Renou (53), lors de l'évaluation systématique des nouvelles situations de crise dans son CMP. Dans ce cadre, une consultation dédiée à la famille est proposée avec un accueil en binôme soignant-médecin, permettant l'expression par chacun de ses inquiétudes, de ses désirs d'action en soutien à l'adolescent en crise et l'amorce de réalisation d'un génogramme. Tout cela est ensuite analysé en équipe, et restitué à la famille, donnant lieu parfois à une indication de thérapie familiale. Ce premier entretien apparaît d'une grande richesse pour étudier les relations intrafamiliales, les possibilités de communication de chacun et les différentes lectures de la situation de crise traversée. Bien souvent, il apparaît comme Renou le met en avant dans son étude (53), que la famille dans sa globalité est en souffrance et que les symptômes présentés par le jeune n'en sont qu'une expression très partielle. Cette approche systémique permet ainsi de se décaler de l'adolescent « porteur de symptôme » pour aborder les mécanismes de la crise dans son ensemble. Elle rentre ainsi dans les différents moyens utilisables par les thérapeutes pour permettre un travail d'élaboration psychique autour de la crise, et une reprise des processus d'individuation chez l'adolescent, et de différenciation entre lui et ses parents.

Au-delà de cette approche spécifique, l'ensemble des centres de crise propose des entretiens familiaux réguliers, afin de travailler sur les dimensions relationnelles et la contenance familiale notamment. Pour restaurer celle-ci, certains d'entre eux mettent également en place des groupes de parole dédiés aux parents, ou groupes de guidance parentale. Ces soins peuvent trouver leur place dans ces structures afin de soutenir davantage les familles parfois très éprouvées par la crise de leur adolescent, notamment après des passages à l'acte suicidaires ou des crises clastiques au domicile avec violence entre parents et adolescents. Concernant le suicide, Lachal et coll. (41) évoquent également des programmes de soins aux familles

comprenant la diffusion de vidéos d'éducation thérapeutique aux parents dès les urgences expliquant les signaux d'alerte de la souffrance chez leur adolescent, en association avec des programmes éducatifs autour de la prévention de la récurrence suicidaire. Ces programmes se poursuivent sous forme de consultations familiales répétées, associées à la verbalisation autour de l'épisode suicidaire traversé, et permettent d'après l'étude de Lachal et coll. (41) d'améliorer l'observance du suivi de l'adolescent et de sa famille, et de rétablir une certaine contenance familiale, sans nécessiter d'hospitalisation. Ce dispositif paraît montrer une efficacité limitée dans le temps, nécessitant toujours un relai ambulatoire sur une structure dédiée.

Concernant les groupes de guidance parentale à proprement dit, Baldacci et ses collègues (26) en ont mis en place dans leur structure de soins pour adolescents, et bien qu'elle soit hospitalière leurs observations restent extrapolables aux soins ambulatoires. Ces auteurs décrivent une prise en charge parallèle aux entretiens familiaux, sous forme de groupes de parole incluant des parents de jeunes atteints de diverses problématiques psychiques, ayant pour but de leur proposer un espace de partage autour de leurs difficultés et de leur anxiété. Ce lieu semble investi par les parents pour décharger leurs sentiments mêlés de culpabilité, de colère, de tristesse et leur angoisse, afin de se sentir moins isolés et de retrouver l'accès à leurs capacités de parents, parfois perdues ou oubliées durant la crise. Renforcer la contenance parentale permet ainsi pour les thérapeutes de l'adolescent de garantir une certaine solidité au cadre familial, de retrouver des capacités de communication et de jeu altérées par la crise, et enfin d'avancer dans la prise en charge du jeune en maintenant une certaine qualité d'alliance thérapeutique.

4. Le rôle clé de l'assistant social

Par ailleurs, ce travail de crise avec les parents permet d'accéder à une évaluation sociale, étape souvent indispensable à la réalisation d'un travail psychique dans la durée, l'adolescent et son environnement étant très intriqués comme le rappelle De Clercq (13). En effet, de nombreuses limitations aux soins peuvent exister du côté des parents, empêchant une prise en charge dans la durée pour divers motifs : garde des enfants plus petits, contraintes de l'employeur, risque de décrochage scolaire du jeune s'il se rend aux soins proposés, projets d'orientation en échec, etc. Toutes ces situations nécessitent un travail proximal avec un assistant social, au sein du centre de crise et en articulation avec l'assistant social de secteur. Certaines situations particulières nécessitent un suivi encore plus rapproché, comme les situations de placement, les familles bénéficiant d'une aide éducative, les jeunes ayant un suivi par la PJJ, etc. De plus, certaines crises viennent révéler des situations en impasse depuis des mois voire des années, rendant nécessaire des réorientations scolaires, ou des projets au plus long cours, du côté des soins psychiques, des soins-études, ou en établissements éducatifs divers, impliquant la constitution de dossiers compliqués pour certaines familles non accompagnées. Enfin, les situations de crise amènent souvent de la violence, ou des errances, et des jeunes en mal de limites que leurs parents n'arrivent plus à poser ou à faire respecter. Dans un but de

protection des jeunes, il est courant que les intervenants de crise soient amenés à réaliser des informations préoccupantes voire des signalements pour demander l'intervention complémentaire d'un tiers éducatif.

5. Le scolaire : l'importance de son maintien

Du côté du scolaire, l'un des avantages importants de ces hôpitaux de jour de crise est le maintien possible de temps de scolarité hebdomadaires, rendus quasiment impossibles par l'hospitalisation à temps plein. Nous savons à quel point le maintien d'un minimum de scolarité est primordial pour les adolescents, source de contacts sociaux, d'apprentissages et d'identifications porteuses de projets de vie. L'accueil temporaire en hôpital de jour de crise peut aussi être l'occasion de faire lien avec la scolarité du jeune, de monter un projet de rescolarisation en articulation avec le soin en cas de décrochage, ou alors de maintenir une scolarité satisfaisante pour l'adolescent, lorsque celle-ci est plutôt porteuse. Lors des décrochages, les bilans passés au sein de la structure de crise et la contenance de ces soins peuvent également permettre de révéler des difficultés anciennes non prises en charge (troubles des apprentissages, haut potentiel intellectuel...), ou encore de découvrir des situations de harcèlement scolaire, très fréquentes actuellement, et nécessitant un accompagnement spécifique. Pour ce faire, la formation des psychologues au psychotraumatisme dans les centres de crise semble présenter un intérêt majeur.

Ces éléments sont progressivement accessibles grâce à la pluridisciplinarité des soins proposés, à la contenance offerte par la structure, et à la mise au travail de l'adolescent et de sa famille. Pour se faire, une amorce de différenciation entre eux est nécessaire, ce qui est rendu possible grâce aux prises en charge dédiées à l'adolescent, et des temps dédiés aux parents ou à la famille conjointement. La prise en charge est ainsi plurifocale, ce qui est synonyme pour Pommereau (11) de différenciation dans le travail psychique, chaque intervenant ayant sa spécificité et le jeune pouvant travailler dans un espace qui lui est propre, avec un psychologue la plupart du temps, dans un espace psychothérapique où ses parents n'interviennent pas. Cela rejoint la prise en charge bifocale évoquée précédemment, qui pour Corcos est nécessaire aux adolescents, en particuliers à ceux qui présentent des problématiques de l'agir, ou des difficultés narcissiques (42). Cette bifocalité permet une articulation entre le vécu interne de l'adolescent et sa réalité externe, qui sont alors accessibles à deux thérapeutes différents qui en deviennent dépositaires, permettant d'être moins intrusifs pour l'adolescent, le thérapeute référent n'étant pas à toutes les places. Cela permet également de trouver un équilibre, une distance juste avec lui, en évitant qu'il rejoue dans cet espace psychothérapique un collage ou une mise à distance trop importante, à l'image de ce qui se joue avec ses parents. Cette modalité de suivi a depuis longtemps fait ses preuves dans le cadre des troubles du comportement alimentaire, ainsi que dans le trouble des conduites (1). Le psychiatre devient alors le référent en charge de l'articulation avec les partenaires extérieurs, des entretiens familiaux, de la gestion du contrat, et du traitement médicamenteux éventuel.

6. La place du traitement médicamenteux durant la crise

Cette question du traitement n'a pas été abordée jusqu'à présent mais constitue un point délicat supplémentaire. En effet, grâce à leur réactivité, les hôpitaux de jour de crise peuvent permettre d'éviter certaines conséquences négatives des prises en charges ambulatoires mal articulées.

Nous avons évoqué plus haut les risques liés à des prises en charge aux urgences ou dans des lieux inadaptés, la hausse des violences que cela entraîne pour le jeune et les soignants impliqués, et les risques de répétition et d'aggravation de la situation. Se pose également la question des traitements médicamenteux et de leur usage abusif à but de contention chimique en l'absence de lieu d'apaisement dédié pour les adolescents, ou en l'absence de personnel qualifié disponible pour les évaluations aux urgences. Il s'agit alors de contention chimique, et non pas de contenance, celle-ci n'ayant pas le même but ni les mêmes effets. Nous avons vu que la contenance par les soins permet une mise au travail psychique de l'adolescent et de son entourage, et parfois elle implique une certaine anxiolyse médicamenteuse complémentaire. Néanmoins la contention chimique par des anxiolytiques exclusivement ne résout en rien les situations de crise, ne permettant pas une reprise du dialogue intrafamilial, ni une mise au travail psychique si le jeune est seulement sédaté. Le problème se pose, dans le cas d'une initiation d'un traitement aux urgences, du médecin qui s'occupera de la surveillance de cette prescription. Les médecins généralistes sont souvent les premiers interlocuteurs dans ce cas-là mais ne sont pas toujours suffisamment formés au maniement des molécules adaptées aux adolescents, et nécessitent un appui spécialisé. Les hôpitaux de jour de crise peuvent ainsi être porteurs de cette question, en relai direct des urgences, du généraliste, ou en réévaluation d'un traitement instauré à l'hôpital durant l'évaluation initiale d'un geste suicidaire par exemple.

En France, 2,5 % des moins de 18 ans reçoivent un traitement par psychotrope comme évoqué dans le travail de Bonnot et coll. (54). Parmi ceux-ci, nous pouvons citer le cas de la Cyamémazine, qui représente 41 % des antipsychotiques prescrits, malgré l'absence de travaux étudiant son efficacité chez l'enfant, et un faible nombre chez l'adulte concernant son usage anxiolytique, pourtant majoritaire (54). Cet exemple permet d'illustrer les difficultés liées à la prescription médicamenteuse chez les adolescents, d'autant plus que peu de molécules ont l'AMM à cet âge. Cela s'explique par le manque d'études cliniques, et les effets secondaires des psychotropes qui sont plus nombreux que chez l'adulte. Cela implique des prescriptions hors-AMM plus fréquentes, nécessitant alors un suivi plus rapproché. D'après une étude réalisée par Egron et coll. en milieu hospitalier pédopsychiatrique accueillant des jeunes en crise, 38 % des prescriptions ont lieu hors-AMM dans ce cadre (55). Comme le rappellent ces auteurs, il s'agit pourtant de traitement aux effets secondaires potentiellement lourds, pouvant impacter la croissance, la puberté, les systèmes cardio-

vasculaire et neurologique, etc. Néanmoins, ils sont un outil indispensable dans l'apaisement psychique de certaines angoisses massives, pouvant permettre une mise au travail psychique, mais à condition d'être prescrits prudemment et surveillés de près. Pour cela, un bilan somatique initial, une biologie et un ECG sont indispensables, nécessitant un lien avec le médecin généraliste ou le pédiatre référent de l'adolescent, et une surveillance régulière dans le cadre des traitements au long cours selon des guidelines spécifiques aux adolescents (55). Là encore, cette articulation avec le versant somatique des soins permet d'améliorer la contenance des soins psychiques, la globalité de ceux-ci et l'alliance avec le jeune et sa famille.

7. Accepter d'évaluer le diagnostic dans toutes les demandes de crise

Enfin, il ne faut pas perdre de vue que la question du traitement pose aussi celle du diagnostic, trop souvent oublié en pédopsychiatrie, mais nécessaire sur le moyen et le long terme. Il est difficile de poser rapidement un diagnostic complet face à une situation de crise, mais une évaluation en hôpital de jour de crise sur plusieurs semaines voire mois doit pouvoir amener des éléments diagnostiques solides. Ils permettent ensuite d'orienter le jeune vers une prise en charge adaptée, en ville ou en secteur de pédopsychiatrie si nécessaire, ou de suspendre l'indication de soins une fois le contrat parvenu à son terme si les éléments déclencheurs de la crise ont pu suffisamment être travaillés et permettre un réajustement entre le jeune et son entourage. Néanmoins, il faut garder à l'esprit que la pose d'un diagnostic à l'adolescence doit se faire avec prudence, les processus de maturation psychique n'étant pas encore à leur terme et des fluctuations étant toujours possibles (56).

Pour en revenir aux hôpitaux de jour de crise, l'une de leur principale particularité est la limite temporelle des soins qui est posée dès l'initiation de la prise en charge qu'ils proposent. Cette durée limitée des soins contribue à minimiser les vécus abandonniques des jeunes patients accueillis, tout en laissant suffisamment de temps aux soignants pour évaluer la situation et apaiser la crise. Ils peuvent également s'articuler avec des temps d'hospitalisation à temps plein si nécessaire, le jeune pouvant alors faire des aller-retours entre ces différentes structures de soin. Cela semble particulièrement intéressant d'avoir une telle flexibilité pour les patients présentant des troubles limites notamment, Declercq insistant sur cette souplesse thérapeutique dans ses écrits sur ces patients (30). Cet auteur insiste sur la nécessité de soins plurifocaux tels qu'évoqués précédemment, afin d'éviter les relations duelles trop fortes, et de diminuer les mouvements de transfert de ces adolescents envers les intervenants impliqués. Dans cette logique, les hôpitaux de jour de crise sont un outils diagnostique et thérapeutique intéressant, offrant alors des soins en groupe parfois indispensables à l'accroche de ces adolescents.

8. Et le soin dans tout cela ?

En effet, les groupes thérapeutiques permettent, comme Declercq l'évoque dans son travail (30), de préparer voire d'accompagner le soin psychothérapique du jeune. Dans le cadre de l'accueil des jeunes

suicidants tel qu'évoqué par Ladame et coll. (50), les soins de groupes semblent permettre de faire des expériences dans un temps et un espace limités, repris par les mots des soignants, et permettant ainsi progressivement la construction d'une réalité externe spécifique. Les auteurs supposent alors que cette réalité spécifique active la capacité de l'adolescent à se construire ou se reconstruire un espace psychique interne, et qu'elle permet donc de relancer son processus d'individuation. Nous parlons alors d'expérience transitionnelle, ou d'espace transitionnel, en référence à Winnicott (49), où se joue l'autonomisation de l'adolescent. Pour Billard et coll. (46), l'espace du groupe thérapeutique permet « de potentialiser une rencontre thérapeutique, voire une alliance », chez des jeunes où la relation duelle restait jusqu'alors vaine. De nombreux auteurs pointent l'intérêt majeur des groupes thérapeutiques, tels les psychodrames, utilisés depuis longtemps dans le traitement des troubles du comportement alimentaire (57), chez des patients en impasse lors d'une psychothérapie duelle plus classique. Cet espace groupal est particulièrement intéressant lorsqu'il s'articule autour d'une médiation thérapeutique, en ce qu'elle permet l'expression d'une créativité en association avec les soignants du groupe, qui sont alors bien moins menaçants dans cet espace de co-construction que lors d'une relation duelle. Les jeunes ciblés par de telles médiations sont en priorité ceux qui restent très à distance des thérapeutes, sans relation thérapeutique possible car vécue comme trop intrusive notamment, ou à l'inverse ceux qui fonctionnent dans la fusion, le collage, et présentent un transfert trop massif et un risque de vécu abandonnique majeur (46). De plus, Lecoutre et coll. (58) évoquent le rôle de l'objet de la médiation comme pare-excitant, permettant de rendre le lien à l'autre supportable, qu'il s'agisse des soignants ou des autres jeunes accueillis. Au-delà d'être simplement supportable, cette expérience sécurisée peut également être source de plaisir pour le jeune, qui y retrouve alors un lien à l'autre agréable et des moments de jeu. Il faut néanmoins rester attentif pour que l'éventuelle référence soignante ne devienne pas un nouveau lien de dépendance pour le patient.

Cet espace groupal, rendu possible en hôpital de jour de crise, permet ainsi d'évaluer une clinique riche chez le patient qui s'y prête, pouvant donner un aperçu de ses capacités à verbaliser, créer, imaginer ; et donner aux soignants des éléments sur le mode de fonctionnement de sa pensée, de ses assises narcissiques et de son lien à l'autre. Ainsi l'hôpital de jour de crise, grâce à son approche pluridisciplinaire, offre une richesse d'observations de la crise chez l'adolescent accueilli et sa famille qui permet, après élaboration en équipe soignante, d'offrir une contenance, un apaisement symptomatique, et une reprise des processus de séparation et d'individuation. Cet outil est à la fois thérapeutique et diagnostique, il permet de faire du lien entre les différentes structures soignantes habituelles, et d'articuler des prises en charge souvent complexes, parfois explosives, en évitant les perdus de vue et en maintenant une contenance sécurisante. Il faut pour cela que le patient soit orienté dans un parcours de soin bien défini, lui assurant une continuité des soins et une prise en charge globale fluide et réactive.

Il paraît intéressant pour la suite de ce travail de s'arrêter sur des exemples concrets d'hôpitaux de jour de crise déjà existants en France, et ce en partant de la situation locale nantaise et des questionnements en cours sur les soins de crise aux adolescents.

III. En pratique

1. L'exemple de Nantes, en Loire-Atlantique

Nous avons évoqué précédemment l'augmentation de la population adolescente consultant aux urgences en situation de crise. En partant de ce constat et après avoir développé de façon théorique la contenance des soins en ambulatoire, et plus particulièrement la question des hôpitaux de jour de crise, j'ai souhaité m'arrêter sur la situation du bassin de population où j'exerce durant mon internat, à savoir la région nantaise.

Ce territoire est particulièrement dynamique, en pleine hausse démographique depuis plusieurs années, et là encore les passages aux urgences de mineurs pour motifs psychiatriques semblent augmenter constamment. Des réponses à la crise sont en cours de développement dans la région nantaise, et il paraît intéressant de comprendre plus précisément les enjeux locaux autour de ce problème majeur de santé publique afin de mieux saisir l'importance d'un parcours de soin et d'une articulation locale en réseau pour la prise en charge de ces jeunes. Pour ce faire, je me suis appuyée sur mes connaissances du terrain et sur le travail de thèse d'exercice d'une interne de médecine générale, Chloé Fusiller, soutenue publiquement à Nantes en juin 2020 (59). Son travail consiste en une étude rétrospective, monocentrique, descriptive, portant sur les passages aux urgences des mineurs pour motifs pédopsychiatriques au CHU de Nantes de façon comparative entre 2013 et 2018. Son travail s'inscrit dans la continuité de données plus vastes collectées au niveau national aux urgences par le réseau Oscour de Santé Publique France (60).

1. Les passages aux urgences du CHU de Nantes

Ce travail de thèse étudie les passages des mineurs (0-18 ans) aux urgences pédiatriques (0-15 ans et 3 mois) et médico-psychologiques (> 15 ans et 3 mois) pour motif pédopsychiatrique, en 2013 et 2018. Il est important de préciser que les urgences du CHU de Nantes sont les seules de la région nantaise à disposer d'une évaluation pédopsychiatrique, sous forme d'une astreinte la nuit et les week-ends, et d'avis infirmiers spécialisés en journée. Les urgences médico-psychologiques disposent elles de la présence de psychiatres 24 h sur 24, et 7 jours sur 7, mais sont davantage dédiées à l'accueil des adultes et pas toujours adaptées aux adolescents et aux durées de prise en charge qu'ils nécessitent. La thèse de C. Fusiller s'inscrit dans le cadre d'un projet de création d'une unité dédiée aux urgences pédopsychiatriques avec présence physique

d'un pédopsychiatre en journée et d'une équipe dédiée, dans des locaux appropriés, afin de donner un avis spécialisé et d'orienter au mieux les jeunes concernés.

Il est important également de noter que ce travail s'intéresse aux mineurs au sens large, et non pas aux adolescents exclusivement. Néanmoins, nos travaux se rejoignent grandement car d'après les statistiques obtenues par C. Fusiller (59), la répartition par classes d'âges de ces patients montre que 68 % d'entre eux ont plus de 14 ans, et près de 15 % d'entre eux se situent dans la tranche d'âge des 12-13 ans en 2018. Nous retrouvons donc une proportion d'environ 83 % d'adolescents dans cette population. Cette proportion atteint 90 % si nous y ajoutons les 7 % de 10-11 ans, pré-adolescents régulièrement inclus dans la tranche d'âge qui nous intéresse.

Par ailleurs, il faut préciser que les motifs pédopsychiatriques de recours aux urgences évoqués ici regroupent les diagnostics principaux cotés aux urgences selon la CIM 10, avec la limite pour ce travail d'une impossibilité dans le logiciel à coter les tentatives de suicide comme un motif de consultation principal. Nous retrouvons ainsi, sur la période 2013-2018, 68 % de passages pour troubles du comportement (agitation, intoxication aiguë à l'alcool ou autre drogue,...), 20 % pour troubles anxieux, et 8 % pour symptômes liés à l'humeur parmi les motifs de consultations dits pédopsychiatriques (59). Comme nous l'évoquions au début de ce travail, ces diagnostics sont pour la plupart symptomatiques et sommaires, ne reflétant que difficilement la réalité clinique de la crise sous-jacente. C. Fusiller fait l'hypothèse qu'une prise en charge de ces jeunes par une unité d'urgence pédopsychiatrique dédiée permettrait une évaluation plus fine, notamment grâce à la formation spécifique reçue par les professionnels d'une telle unité, leur pleine disponibilité pour ces jeunes aux prises en charge très chronophage, et leur évaluation systématique par un pédopsychiatre. La pose des diagnostics pourrait ainsi se faire de façon plus précise, syndromique, notamment pour les patients déjà connus et suivis, et pas uniquement symptomatique. Cela permettrait sans doute de mieux connaître la population concernée.

À partir de ce travail, j'ai souhaité extraire les données pouvant rejoindre mon travail sur les soins de crise aux adolescents en ambulatoire, celles-ci mettant en lumière l'ampleur de la problématique évoquée. En effet ces données, dont les principaux résultats sont regroupés dans le Tableau 1, montrent globalement une hausse des consultations importante sur les cinq années de cette étude (+ 26,5 % de passages pour une hausse de 21 % de jeunes). Cette hausse est retrouvée dans le nombre total des consultations des mineurs aux urgences toutes causes confondues, ce qui peut être lié à la hausse démographique locale, mais elle est tout de même deux fois plus importante pour les motifs de consultations pédopsychiatriques. En ce qui concerne l'âge, nous constatons que les jeunes vus aux urgences pour motif pédopsychiatrique sont en moyenne plus âgés en 2018 qu'en 2013, cette augmentation étant particulièrement forte dans la tranche d'âge des 16-17 ans d'après les données de C. Fusiller (59).

	Moyenne d'âge	Nombre de passages aux urgences	Nombre de mineurs consultant aux urgences	Taux de passages multiples aux urgences	Taux de mineurs repassant aux urgences
2013	13,4 ans	1185	939	33 %	15 %
2018	14,2 ans	1612	1190	40 %	20 %
Évolution à 5 ans	+ 0,8 ans	+ 26,5 %	+ 21 %	+ 7 %	+ 5 %

Tableau 1: Évolution de différents paramètres entre 2013 et 2018 sur la population de mineurs consultant aux urgences nantaises pour motif pédopsychiatrique selon les données de C. Fusiller.

Nous constatons aussi dans le travail de C. Fusiller (59) que le taux d'hospitalisation dans la population étudiée est stable (51 %), mais comme le nombre global des hospitalisations de mineurs toutes causes confondues est lui en diminution, cela signifie que le nombre de jeunes hospitalisés pour motif pédopsychiatrique a augmenté dans les services. Ces hospitalisations ont lieu à 75 % dans le service de pédiatrie du CHU, pour les mineurs de moins de 15 ans et 3 mois. La proportion des patients accueillis en pédiatrie pour motif pédopsychiatrique est donc de plus en plus importante, ce qui est source de difficultés supplémentaires pour les équipes, le rythme des prises en charge n'étant pas le même que pour les soins somatiques. C'est dans ce contexte qu'une équipe support de pédopsychiatrie en pédiatrie a été développée, l'unité CAP, en plus de l'unité de liaison déjà existante. Elle a été créée pour renforcer la prise en charge des jeunes hospitalisés pour tentatives de suicide notamment, ce sur quoi nous reviendrons.

En comparaison aux données nationales issues du réseau Oscour, les taux d'hospitalisation des mineurs pour motif pédopsychiatrique en France sont en moyenne de 31-32 % en 2013 et 2018 respectivement (61), soit un taux bien plus bas que les chiffres retrouvés au CHU de Nantes (51 %). L'hypothèse de C. Fusiller dans son travail de thèse (59) est qu'une partie des hospitalisations pour motifs pédopsychiatriques a lieu pour permettre une réévaluation du jeune concerné le lendemain par l'équipe de pédopsychiatrie de liaison intervenant dans le service de pédiatrie du CHU, et non pas forcément devant une gravité clinique rendant nécessaire une telle orientation. Cette hypothèse s'explique par l'évaluation pédopsychiatrique discontinue réalisée aux urgences pédiatriques, les pédopsychiatres d'astreintes ne voyant pas systématiquement tous les jeunes reçus, et les interventions infirmières ayant lieu en journée n'étant pas systématiquement supervisées par un pédopsychiatre. Nous faisons ici l'hypothèse que c'est surtout l'orientation rapide vers un hôpital de jour de crise qui permet d'éviter des hospitalisations complètes inutiles, des « perdus de vue », et d'éviter de multiplier le nombre d'intervenants auprès du jeune et de ses proches.

2. Trop de passages itératifs aux urgences

Enfin, nous constatons une proportion très importante des jeunes consultant à plusieurs reprises aux urgences pour motif pédopsychiatrique, celle-ci étant également en augmentation entre 2013 et 2018. Pour cette dernière année, ces consultations multiples représentent 40 % du total des consultations pour motifs pédopsychiatriques ce qui est vraiment considérable. Au niveau national, ces consultations multiples représentent entre 10 % et 50 % selon les centres étudiés (59), Nantes se situant donc dans la moyenne haute. Nous pouvons faire l'hypothèse que cela est symptomatique d'un manque de structures d'aval, les soins en CMP trop tardifs étant insuffisants pour contenir le jeune et son entourage, et éviter des crises à répétition. Cela laisse à penser que le parcours de soin de ces jeunes en crise n'est pas suffisamment contenant dans l'état actuel des choses, ce qui pousse à développer des solutions en réponse à la crise.

De plus, les données recueillies par C. Fusiller (59) montraient qu'aucune hospitalisation directe depuis les urgences dans le service de pédopsychiatrie départemental (le SHIP) n'avait eu lieu en 2018 dans la région nantaise. Les hospitalisations qui n'ont pas eu lieu en pédiatrie en raison de l'âge ou de la clinique du jeune ont eu lieu dans d'autres hôpitaux périphériques, ou à l'unité Espace, dédiée aux jeunes suicidants (de plus de 15 ans) avec des critères d'admission bien spécifiques et une contractualisation des soins, ou encore en unité de psychiatrie adulte. Une fois de plus, il faut insister sur le fait que ces soins en psychiatrie adulte de secteur ne sont pas adaptés à ces jeunes, le travail avec l'entourage nécessitant beaucoup de temps, et leur clinique rendant obligatoire une disponibilité très forte, qui n'est pas toujours possible dans ces services, sans parler des risques d'agressions, toujours présents.

3. Les hospitalisations d'urgence au SHIP

Concernant le manque d'orientation en service de pédopsychiatrie directement durant les urgences, il faut noter que le nombre de places d'hospitalisation est actuellement très restreint sur le département (14 places dont la moitié en hôpital de semaine), dans l'attente de l'ouverture de nouveaux lits fin 2020. L'absence d'entrées directes en 2018 s'expliquait ainsi probablement par les taux de remplissage des deux unités actuelles qui sont proches de 100 % en continu, et du fonctionnement par « liste d'attente » mis en place devant la demande massive ces dernières années. Cela entraîne nécessairement des hospitalisations en psychiatrie adulte pour les jeunes présentant des passages à l'acte trop intenses à l'extérieur et nécessitant une mise à l'abri d'urgence, ou alors des hospitalisations en pédiatrie mais avec un risque de fugue inhérent, ce service n'étant pas fermé. Nous voyons ainsi que certaines prises en charge aux urgences sont insatisfaisantes pour ces jeunes patients, l'orientation se faisant alors régulièrement par défaut en cas d'indication à une hospitalisation, amenant à des risques pour les équipes et les adolescents, voire pour les autres usagers en cas de crises clastiques de ces jeunes en service de pédiatrie par exemple.

Pour palier à cela, et toujours dans le cadre du Plan d'Accompagnement de la Pédopsychiatrie, la création de nouveaux lits d'hospitalisation pédopsychiatriques a été validée par l'ARS fin 2020 à Saint-Nazaire, à l'Ouest du département. Ils seront eux ouverts également à la tranche d'âge des 16-17 ans, non accueillis dans le service d'hospitalisation de pédopsychiatrie existant. Il existe également un projet d'ouverture d'une unité d'urgences pédopsychiatriques au CHU de Nantes. Il faut aussi noter depuis fin 2018 l'existence d'une unité appelée le CAP, constituée de cinq lits fléchés en pédiatrie dédiés à la crise pédopsychiatrique et notamment aux passages à l'acte suicidaires, avec une équipe support de pédopsychiatrie à disposition, pour des séjours d'une durée de cinq jours ouverts, éventuellement prolongeable. Toutes ces créations d'unités sont intéressantes et viennent émailler le réseau local qui semblait jusque-là saturé et insuffisamment réactif. Il manque néanmoins des réponses adaptées à la prise en charge de crise en ambulatoire pour s'articuler avec ces solutions hospitalières, aussi bien en amont qu'en aval.

Pour revenir aux hôpitaux de jour de crise, de telles structures se développent actuellement dans la région nantaise. Les solutions diffèrent selon les secteurs : consultations rapides sur le IO5 ; création du DEST, dispositif de type hôpital de jour de crise, sur le IO3 ; projet de regroupement pour la création d'une mini-unité de crise des IO1 et IO2 pour augmenter la lisibilité de leur fonctionnement auprès des partenaires. Ces structures ne prennent en charge que la population du secteur concerné et fonctionnent alors avec deux temps de groupe par semaine sur quelques heures, en plus des consultations spécialisées. La lisibilité de ces soins est peu claire pour les services d'urgences, chaque situation nécessitant de réfléchir à la sectorisation du jeune, et d'avoir en tête le fonctionnement spécifique du CMP concerné. Pour assurer la continuité des soins dont nous parlions précédemment, il serait intéressant que ces prises en charge en hôpital de jour de crise soient harmonisées sur le territoire, en terme de délai d'attente et de durée, voire que ces soins aient lieu dans une structure intersectorielle dédiée, en-dehors des CMP existants. L'indication d'une telle prise en charge de crise pourrait alors être posée directement depuis les urgences, par la prise d'un rendez-vous pour le jeune dans les jours suivants avec l'un des pédopsychiatres de cette structure, afin de proposer une réévaluation pédopsychiatrique rapide et de discuter d'un contrat de soin spécifique pour le jeune. L'objectif d'une telle réactivité, faite en cohérence avec le réseau de soin local, est de diminuer le nombre de passages multiples aux urgences et d'améliorer la prise en charge de ces jeunes, souvent en errance entre des services de soins débordés, aux délais d'attentes trop importants, peu compréhensibles à cet âge. En annexe, quelques vignettes cliniques viennent illustrer cette pratique débutante.

4. La crise sanitaire de Covid-19 : des solutions innovantes sur les secteurs et au SHIP

La situation récente de Covid-19 dans la région a poussé momentanément à transformer les soins disponibles pour réagir de façon plus réactive. Les groupes d'hôpitaux de jour de secteur ont été obligés de se structurer autrement afin de se centrer sur les situations de crise individuelles en offrant des soins

présentiels, et pour les autres patients en offrant des soins à distance (consultations en visioconférence), ou en réalisant davantage de visites à domicile.

Le service d'hospitalisation pédopsychiatrique existant s'est adapté lui aussi en réponse à la crise, la plupart des hospitalisations étant alors contractualisées dans le temps, et les lits de semaine transformés en temps plein. La liste d'attente de ce service a été supprimée, permettant à plusieurs reprises sur les quelques mois de la crise sanitaire de faire des admissions directes depuis les urgences, ou depuis le domicile avec une contractualisation des soins en amont par le pédopsychiatre référent du jeune au CMP et le pédopsychiatre de l'unité d'hospitalisation. Cette situation de crise a paradoxalement restauré une certaine fluidité dans les hospitalisations, certaines prises en charge pouvant être relayées sur les hôpitaux de jour de crise locaux des CMP référents à la sortie du jeune, lorsque ceux-ci poursuivaient leurs soins, permettant alors de leur offrir une continuité de prise en charge, et donc de préserver une contenance certaine. Il paraîtrait intéressant à l'avenir de privilégier ces articulations entre les CMP, les urgences, les unités d'hospitalisation et les hôpitaux de jours de crise, pour aller vers davantage de fluidité, synonyme pour ces jeunes de prises en charge plus contenantes et compréhensibles. Ces soins peuvent également s'envisager en articulation avec l'hospitalisation de semaine, fermée pour raison sanitaire durant la crise de Covid19, mais qui garde tout son sens en articulation avec des soins ambulatoires, pour travailler davantage avec la contractualisation des soins chez ces jeunes en manque d'autonomisation.

De plus, il est à noter que l'augmentation des consultations aux urgences de jeunes pour motif pédopsychiatrique est aussi élevée dans le reste de la France, mais également à l'étranger, notamment aux États-Unis et au Canada selon diverses études (62) (63). Nous pouvons l'expliquer par la rapidité de la réponse obtenue aux urgences par rapport aux mois d'attente dans les CMP de certains territoires, malgré l'insuffisance de telles réponses d'urgence, et aussi au manque de structures d'aval pour des prises en charge de crise adaptées. Le développement d'un véritable parcours de soin cohérent et connu des acteurs locaux semble donc une priorité de santé publique. C'est ce que Blondon et coll. évoquent en parlant de « l'expérience de continuité » (14) nécessaire comme réponse à ces jeunes en crise, articulée entre les différentes structures impliquées. Cette équipe faisait déjà connaître l'état de saturation des unités ambulatoires au début des années 2000, et de la nécessaire clarification d'un parcours de soin spécifique à ces jeunes en crise pour leur offrir des soins continus, contenants et pluridisciplinaires. Ces constatations sont rejointes par Chatagner et coll. (19) qui dans la région toulousaine ont participé à la création d'un hôpital de jour réactif pour apporter des réponses de crise à ces jeunes en ambulatoire.

Cette structure n'est pas la seule en France et nous allons conclure ce travail par la présentation de quelques structures déjà existantes, pensées au sein d'un réseau de soin local aux spécificités diverses, offrant aux jeunes des soins de crise contenant.

2. Tour d'horizon des hôpitaux de jour de crise

Dans les suites du constat fait précédemment par de nombreuses équipes, des structures de type hôpital de jour de crise se sont développées dans différentes régions françaises, et avant cela en Suisse d'où ces structures semblent originaires. Nous allons voir à travers différents exemples des fonctionnements originaux et variés construits autour d'un principe de base commun, la prise en charge ambulatoire de crise. L'objectif de toutes ces structures est le même, à savoir la contenance de ces jeunes, à travers des soins et une évaluation pédopsychiatrique pluridisciplinaires, ancrés dans un réseau local à travers un parcours de soin cohérent.

1. À Toulouse : une solution réactive

Nous avons évoqué le travail de Chatagner et coll. (19) à Toulouse, celui-ci décrivant le dispositif « d'hôpital de jour réactif » proposé localement, en articulation avec le reste du réseau de soin. Cet hôpital de jour de crise est sollicitable par différents médecins de ville, ou par les urgences. Le jeune doit alors être reçu dans les 24 h par un pédopsychiatre de cette structure, qui oriente ses soins, pouvant mettre en place l'hôpital de jour à hauteur d'une à neuf demi-journées par semaine. Bien sûr, cela se fait en accord avec les parents du jeune qui sont également reçus à cette occasion. Ces soins sont mis en place pour une durée de quelques semaines, avec un maximum de six mois. Les auteurs insistent sur les différentes places possibles pour ce centre dans le parcours de soin, celui-ci pouvant aussi bien intervenir après un passage du jeune aux urgences, qu'à la sortie d'une hospitalisation, ou même en complément d'une prise en charge chronique déjà instituée dans un CMP mais où la situation semble bloquée et nécessite une prise de distance et un complément d'évaluation. Ces modalités d'accueil malléable rendent supportable le soin et respectent les défenses de ces jeunes, partagés entre la crainte et l'avidité du lien à l'autre. Cela s'avère particulièrement intéressant pour les jeunes multipliant les passages à l'acte, au risque de rompre toute relation thérapeutique et d'intensifier la gravité de l'état limite sous-jacent.

Nous voyons dans cet exemple que la prise en charge de crise s'inscrit dans un réseau de soin réfléchi, alliant l'ambulatoire et l'hospitalisation de façon fluide pour éviter les coupures et les arrêts de soin prématurés. Ces véritables parcours patients sont très inspirés des modèles suisses déjà existants depuis quelques décennies, notamment des soins développés à Genève.

2. À Genève : diminution des hospitalisations complètes et des passages aux urgences

Dans un premier temps, ces soins se sont élaborés pour les jeunes suicidants, au sein d'une unité d'hospitalisation de courte durée à travers des séjours contractualisés, décrits par Ladame notamment (64). Là aussi les soins étaient pensés avec une limite temporelle, d'un mois maximum, dans le but de rétablir rapidement une part de contenance interne à l'adolescent. Les soins délivrés durant ce mois permettaient d'amorcer un travail psychothérapeutique à poursuivre ensuite à l'extérieur, de rencontrer un assistant social, de travailler avec les parents du jeune pour cerner au mieux sa problématique, et l'ancrer dans la réalité extérieure. Une fois cette courte hospitalisation réalisée, les patients conservaient la possibilité de joindre l'unité par téléphone à tout moment pour être soutenus et maintenir un lien thérapeutique au besoin.

À la suite de cette unité, créée en 1996 et donc très précurseuse, tout un réseau de soin local s'est construit pour répondre à la demande croissante de prises en charge pour des adolescents en crise, ce que nous allons décrire grâce au travail récapitulatif produit en 2015 par Lorillard et coll. (65). En 2008, Ansermet et ses collègues ont créé un centre de traitement ambulatoire intensif pour des prises en charge de deux mois maximum, fondant ainsi l'un des premiers hôpitaux de jour de crise tel que décrit dans mon travail. Celui-ci offre des prises en charge groupale, individuelle et familiale au jeune en crise, basées sur des médiations et des soins intensifs sur une durée déterminée en amont et limitée à deux mois. Ce centre de crise a été accompagné en 2012 par la création d'une unité d'évaluation correspondants à des « lits-portes » accolés aux urgences pédiatriques et pouvant accueillir des jeunes de moins de 16 ans pour cinq jours maximum. Ces lits permettent notamment dans le contexte d'une crise suicidaire d'allier des soins somatiques à l'initiation des soins psychiques, et de se donner quelques jours pour évaluer avec le jeune et ses proches la meilleure conduite à tenir pour la suite des soins. Selon la compliance du jeune aux soins et sa situation clinique, celui-ci peut être orienté vers une unité plus contenant d'hospitalisation où un traitement médicamenteux peut être instauré sous surveillance rapprochée si besoin, ou alors orienté vers l'hôpital de jour de crise cité auparavant.

En 2014 enfin une unité d'accueil et d'orientation a vu le jour, permettant après l'adressage via les urgences de recevoir un jeune en consultation jusqu'à trois fois maximum, le temps d'évaluer sa situation, sa capacité de demande et d'amorcer une intervention de crise. Cette unité permet ensuite d'orienter le jeune et ses proches dans le dispositif de soins décrit précédemment. L'ensemble de ces structures est accompagné par un centre de prévention du suicide qui dispose d'une ligne téléphonique, joignable en permanence pour les jeunes ou leurs proches, et qui permettent là encore d'offrir une disponibilité et une réactivité importante. Nous voyons à travers ce riche réseau de soin que l'accès à ceux-ci ne se fait pas par une seule et unique

voie, que les entrées dans les soins peuvent être diverses en fonction de la clinique présentée et de la demande, pouvant allier des prises en charge nécessitant l'accord du jeune, ou plus contraignantes, en fonction de la clinique et de l'ampleur des mises en danger.

Le travail d'évaluation de Lorillard et coll. (65) met en avant de premiers résultats prometteurs pour ce dispositif de soins très riche, étoffé par des soins libéraux ambulatoires nombreux à Genève, en plus des dispositifs classiques sectorisés. Parmi les résultats faisant suite à ce déploiement de soins, nous retrouvons une stabilisation du nombre des consultations aux urgences pour motif pédopsychiatrique de 2011 à 2014, alors que celles-ci augmentaient constamment avant ces années-là. Lorillard et coll. relèvent également, une majoration du pourcentage d'adolescents pris en charge par les structures décrites ci-dessus sur cette période, laissant imaginer que ce travail de réseau à multiples entrées offre une souplesse permettant aux jeunes d'être plus compliant aux soins, ou du moins de s'y raccrocher de diverses manières. Enfin, le constat est fait également d'une nette diminution des hospitalisations de ces jeunes en crise en pédiatrie et en service de psychiatrie adulte, ce qui reste l'un des objectifs importants de ces réseaux de soin, afin d'offrir une prise en charge adaptée et non délétère pour le jeune, son entourage, les professionnels soignants et les autres usagers. Nous voyons ainsi que l'offre de soin mise en place à travers ce réseau présente un véritable parcours pour les patients, qui répond aux objectifs de départ : la réorganisation des réponses d'urgence pour prendre en charge la multiplication des adolescents en crise, la diminution des hospitalisations dans des services inappropriés, et l'augmentation des capacités d'accueil pour ces adolescents en pédopsychiatrie, axée sur l'ambulatoire.

D'autres centres de crise ont vu le jour en France en se basant sur ces travaux et sur les constats évoqués plus haut, disposant de modalités de fonctionnement diverses, variant selon les spécificités locales. Parmi ceux-ci, nous allons nous intéresser maintenant à l'un des plus anciens du territoire, à savoir le centre de crise de Poitiers, l'unité ASAP.

3. À Poitiers : adaptation du soin aux états limites et diminution des récidives suicidaires

Créée en 2016, l'unité ASAP s'adresse aux adolescents de 12 à 18 ans, et comprend plusieurs groupes, en articulation avec les urgences et le service d'hospitalisation pédopsychiatrique local. Le premier groupe permet une évaluation intensive de crise sur six jours, à travers divers groupes thérapeutiques obligatoires et des entretiens spécifiques (médecin, psychologue, assistant social). L'accès à ce groupe est permis par orientation depuis les urgences, ou à la demande d'un professionnel libéral, sur avis d'un pédopsychiatre d'astreinte et après un bilan somatique initial. Le délai d'attente maximal pour entrer sur ce groupe est de 72 h après l'évaluation initiale aux urgences. Les contre-indications principales pour l'intégrer sont le refus parental, une agitation trop intense, une décompensation psychotique aiguë ou tout trouble psychique

rendant nécessaires des soins plus contenant en hospitalisation temps plein. Les groupes thérapeutiques offrent une variété clinique intéressante : évaluation psycho-corporelle avec un psychomotricien, génogramme et évaluation familiale par un psychologue, évaluation psychosociale, capacités de projection dans l'avenir autour de jeux et média divers, évaluation des interactions sociales dans le groupe de pairs. Une fois ces six jours réalisés, un temps de synthèse a lieu en équipe puis un bilan est fait avec les parents et le pédopsychiatre du service, orientant ensuite les soins vers des consultations en CMP ou en libéral, une hospitalisation temps plein, ou encore vers le deuxième groupe de la structure.

Ce deuxième groupe de l'ASAP quant à lui s'inscrit dans une durée plus importante de 8 semaines, à raison d'un à trois temps de soins en groupe hebdomadaires. Il peut faire suite aux six jours d'évaluation initiale sur le premier groupe, ou alors s'inscrire dans les suites d'une hospitalisation temps plein pour permettre un accompagnement progressif vers l'extérieur. Cette durée prolongée permet ainsi une prise en charge plus contenant, une évaluation plus complète, et ainsi une orientation vers d'autres soins éventuels avec une meilleure compliance du jeune et de ses proches. Les premiers résultats de ce dispositif, évoqués par Gicquel (66), montraient au bout d'un an que l'ensemble des adolescents orientés vers l'ASAP avaient été rencontrés dans le délai de 72 h imparti. Parmi eux, nous retrouvons dans 75 % des cas des jeunes présentant des idées suicidaires, tentatives de suicide ou syndromes dépressifs, et un taux de récurrence à un an des tentatives de suicide de 2,4 %, soit bien inférieur aux taux évoqués au début de ce travail (30 % de récurrence suite à un passage à l'acte suicidaire chez les adolescents dont la moitié durant la première année (22)). Ce deuxième groupe accueille également un certain nombre de jeunes présentant un état limite, leur apportant une certaine contenance en s'inscrivant dans une durée déterminée à l'avance et limitée dans le temps, permettant ainsi de minimiser les enjeux relationnels autour de la séparation avec les soignants.

Par ailleurs, il faut noter que la création de l'ASAP a eu lieu dans un contexte de diminution des prises en charge d'adolescents en crise en pédiatrie, ceux-ci n'y étant plus accueillis qu'en cas de somatisations ou devant la nécessité de leur délivrer des soins somatiques aigus suite à une tentative de suicide notamment. Ainsi, nous retrouvons logiquement une nette diminution des hospitalisations en pédiatrie depuis l'inauguration de ce dispositif. Les résultats du service montrent également une diminution importante du nombre d'hospitalisations d'adolescents en service de psychiatrie adulte dans le département, celles-ci étant aujourd'hui très rares et rapidement pris en charge par l'ASAP quand cela est possible cliniquement. Il faut noter cependant que le nombre de consultations aux urgences d'adolescents en crise a continué de croître ces dernières années, cependant il s'agit là de l'entrée principale dans les soins de crise dans ce parcours local. Il semble intéressant pour les professionnels concernés de poursuivre le travail avec le réseau de soin local et notamment les professionnels de ville pour développer les accès directs à l'ASAP, afin de désaturer les urgences. Enfin, cette structure ayant maintenant quelques années, il paraîtrait intéressant

de poursuivre ce travail en évaluant l'impact sur les « perdus de vue », et la poursuite des soins une fois la durée impartie au 2ème groupe terminée. La création de l'unité ASAP apporte finalement le maillon manquant au parcours de soins local pour les adolescents en crise, permettant une prise en charge de continuité entre les structures impliquées.

4. À Versailles : un hôpital de jour de crise intersectoriel

Peu après ce centre c'est l'hôpital général de Versailles, sous la direction du Pr Speranza, qui s'est doté en 2017 d'un hôpital de jour de crise regroupant les trois inter-secteurs de pédopsychiatrie du territoire : l'unité Cap Vers. Le fonctionnement de celui-ci diffère légèrement et il paraît intéressant de s'y arrêter, son inscription dans le parcours de soin local ayant certaines particularités.

Il faut d'abord savoir que l'unité Cap Vers est située à proximité immédiate des urgences de l'hôpital de Versailles, ce qui notamment explique les liens étroits entretenus entre l'équipe de ce centre de jour, les urgences et l'hospitalisation pédiatrique. En effet, les médecins pédopsychiatres de ces trois unités forment une seule et même équipe, intervenant donc aux urgences, en liaison en pédiatrie, et à l'hôpital de jour de crise. Les indications de prise en charge à l'hôpital de jour de crise se font après avis donné aux urgences, ou après une consultation dite de crise, sur adressage d'un médecin ou psychologue extérieur à l'équipe. Les admissions sur l'hôpital de jour de crise peuvent donc se faire à la suite d'une hospitalisation en pédiatrie, d'une consultation aux urgences ou dans un des CMP locaux, ou encore sur adressage d'un professionnel libéral. Cette pluralité d'accès permet une grande disponibilité dans un territoire où les solutions de crise manquaient fortement chez les 8-16 ans. En effet, ce centre s'adresse aux adolescents (un groupe de 12-16 ans), mais également aux plus jeunes (un autre groupe de 8-12 ans). La prise en charge de ce public plus jeune est une des spécificités de ce centre, qui s'explique par une absence de réponse locale aux problématiques de crise de cette tranche d'âge, et à une forte augmentation locale ces dernières années des demandes les concernant.

Pour ce qui est des soins proposés, ils s'articulent là encore durant un temps donné, convenu lors de la consultation initiale, sous forme d'un contrat de quelques semaines à 3 mois, renouvelable jusqu'à 6 mois maximum. Pendant cette période, les soins ont lieu sur minimum deux temps de groupe de 3 h par semaine, avec des consultations médicales hebdomadaires et familiales toutes les 2-3 semaines. Des temps de guidance parentale sont régulièrement proposés également, et lorsque cela apparaît nécessaire les professionnels du Cap Vers se mettent en lien avec l'établissement scolaire du jeune (participation à des réunions d'équipes éducatives, adaptations scolaires...). En effet, en terme de clinique, un certain nombre de jeunes arrivent dans des situations de déscolarisations aiguës, de passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs, laissant fréquemment évoquer un état limite, ou encore de syndromes dépressifs. Les pathologies

non prises en charge par l'unité Cap Vers sont celles nécessitant des soins psychiatriques de longue durée, tels que les troubles psychotiques et autistiques. Ceux-là donnent lieu, après la première consultation d'évaluation, à une réorientation vers les CMP de secteur principalement.

Ce fonctionnement à la demi-journée permet d'accueillir jusqu'à 20 jeunes par semaine, répartis entre les deux tranches d'âges évoquées, dépendant de plusieurs secteurs pédopsychiatriques du département. Le relai est pensé dès le début des soins, chaque jeune pris en charge devant avoir au minimum un référent, psychiatre ou psychologue, à l'extérieur de l'hôpital (CMP ou libéral). De plus, l'unité Cap Vers ne propose pas de suivi en consultation à l'issue du délai maximal des 6 mois de soins afin d'éviter un engorgement du centre. Les premiers résultats chiffrés de cette structure n'ont pas encore été publiés, mais les premières tendances après deux ans d'existence montrent une diminution des durées d'hospitalisation en pédiatrie et à l'UHCD pédiatrique de l'hôpital de Versailles, ainsi qu'une diminution du nombre d'hospitalisations en pédopsychiatrie. Les soins de ce type en hôpital de jour de crise permettent ainsi de renforcer le réseau de soin local, à travers des rencontres partenariales nombreuses, et de proposer des alternatives à l'hospitalisation complète, ce qui semble améliorer l'adhésion aux soins des jeunes accueillis. De même, l'identité de lieu entre la consultation initiale d'évaluation en urgence et la prise en charge sur l'hôpital de jour de crise à proprement dit semble permettre une meilleure compliance des patients et de leur entourage, en s'inscrivant dans une continuité. L'ensemble de cette structure, en lien permanent avec la pédiatrie et les urgences, apporte une continuité des soins intéressante et diminue les « perdus de vue ».

À travers ces quelques exemples, chacun ancré dans un réseau de soin local spécifique, nous avons montré comment des hôpitaux de jour de crise peuvent s'inscrire aux côtés de structures déjà existantes pour apporter davantage de contenance, des alternatives aux hospitalisations dans des milieux inadaptés, et contribuer à améliorer la qualité de la prise en charge des adolescents. Ces structures permettent de diminuer les passages aux urgences, la récurrence suicidaire et le nombre d'hospitalisations complètes en pédiatrie, pédopsychiatrie et psychiatrie adulte, semblant ainsi être une modalité de soin pertinente. Enfin, en tant que porte d'entrée dans les soins, ces structures facilitent le passage vers les CMP de secteur quand l'évaluation limitée dans le temps qu'elles proposent en démontre la nécessité. Nous pouvons faire l'hypothèse que plus il y a de complémentarité entre les hôpitaux de jour de secteurs et les hôpitaux de jour de crise, plus les chances de relais réussis sont nombreuses. Cela peut s'articuler par exemple par l'existence de professionnels rattachés aux deux types de structures et alternant entre elles par périodes.

Conclusion

À travers ce travail, j'ai voulu mettre en lumière la question de la crise à l'adolescence, et la majoration des demandes de prise en charge pour ces jeunes en pédopsychiatrie ces dernières décennies. Nous avons vu les nombreuses questions posées par cette clinique mouvante, parfois explosive, et qui nécessite une très grande réactivité. Elle met notre créativité à l'épreuve des contraintes des réseaux de soins locaux, et nécessite un ajustement certain des soignants et des institutions.

Ainsi, nous avons vu que de nombreuses réponses de crise se développent en France et à l'étranger pour ces adolescents, en hospitalisation mais également en ambulatoire. La richesse de ces réponses fait écho à la richesse clinique de la crise, particulièrement à l'adolescence, et le débordement de nos institutions en montre toute l'ampleur. Nous avons longuement évoqué la contenance et les façons de la maintenir dans les soins pour restaurer celle des jeunes et de leur entourage, prendre ce recul permet de requestionner les modalités des soins que nous proposons à ces jeunes. C'est par ce biais que nous avons abordé la place des hôpitaux de jour de crise dans la prise en charge ambulatoire de ces adolescents, et les questions qui restent ouvertes les concernant.

En effet, il semble s'agir de modalités de soins intéressantes, qui paraissent être une bonne solution en alternative aux hospitalisations dans des milieux inappropriés à ces jeunes (psychiatrie adulte, pédiatrie), et qui évitent les écueils des hospitalisations au long cours en pédopsychiatrie. Les hôpitaux de jour de crise offrent une solution intéressante d'amont et d'aval aux passages aux urgences et aux hospitalisations complètes en général. Ces solutions sont contenantes si elles s'articulent correctement aux autres modalités de soins locales, à travers un parcours de soin réfléchi, sans discontinuité. Notons aussi qu'elles permettent une diminution des récidives suicidaires chez ces jeunes, sans oublier leur rôle dans l'évaluation du normal au pathologique chez les adolescents en crise.

Cependant, les durées de prise en charge en hôpital de jour de crise restent très variables selon les structures et il paraîtrait intéressant d'y réfléchir finement, pour éviter des soins de trop longue durée avec lesquels les jeunes n'arrivent pas à rompre, ou des soins trop courts ne permettant pas une mise au travail ni une résolution des enjeux de la crise. Des questions se posent également sur la sectorisation ou non de ces soins, peuvent-ils être regroupés à l'échelle d'une zone géographique plus vastes que nos secteurs de pédopsychiatrie ? Par exemple dans la région nantaise, ces soins peuvent-ils être groupés de façon intersectorielle ? Cela paraît intéressant du point de vue des moyens mis alors à disposition, du nombre de jeunes accueillis, de l'unité de lieu et d'intervenants pour la prise en charge de crise, plus simple à articuler

avec les urgences et l'hospitalisation pédopsychiatrique et pédiatrique ; mais cela pose d'autres questions. Qu'en est-il des difficultés de relai sur les secteurs référents des jeunes à l'issue des soins, comment préparer ce relai pour poursuivre une prise en charge en continuité ?

En conclusion de ce travail de thèse, nous pouvons dire que la prise en charge en hôpital de jour de crise paraît très pertinente pour ces jeunes, et mérite d'être mise en place de façon plus systématique sur le territoire, afin de permettre des évaluations fines des jeunes concernés et un apaisement de la crise traversée. Un autre travail de recherche ultérieur pourrait explorer les particularités cliniques des populations accueillies, les orientations à l'issue des délais de soins impartis et l'impact de la création de telles structures sur les « perdus de vue » et la compliance aux soins chez ces jeunes. Cela permettrait de mieux connaître cette population et de continuer à adapter les soins en fonction de la clinique, sans cesser de se renouveler, tout en maintenant une contenance optimale.

L'essentiel de ces soins peut se résumer par la nécessité d'un travail en réseau coordonné, continu et clair, inscrivant le jeune dans le parcours de soin local quel que soit l'abord par lequel il y est adressé. Le travail pluridisciplinaire en réseau des différents professionnels impliqués permet ainsi de maintenir une contenance certaine, et des soins de qualité. Le travail autour de la crise et des agirs répétitifs des adolescents nécessite une pluralité des accueils ambulatoires et hospitaliers, pour ré-insérer cette crise dans le processus d'adolescence. L'exercice d'une réponse dans ce temps de la crise est délicat mais décisif. Ainsi, lorsque les protagonistes de la crise ont dépassés le seuil de leurs capacités de liaison et de pensée, l'hôpital de jour de crise nous paraît avoir une place de choix parmi les dispositifs d'évaluation et de soin.

Bibliographie

1. Duverger P, Guedj-Bourdau M-J. Crise et urgence à l'adolescence. Elsevier Masson. Issy-les-Moulineaux, France ; 2013. 340 p. (Les âges de la vie).
2. INSEE. Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2020, France métropolitaine – Bilan démographique 2019 [Internet]. 2020 [cité 16 avr 2020]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892088?sommaire=1912926>
3. Marcelli D, Braconnier A. Adolescence et psychopathologie. Elsevier Masson. Issy-les-Moulineaux, France ; 2013. 669 p. (Les âges de la vie).
4. Jeammet P, Corcos M. Evolution des problématiques à l'adolescence : L'émergence de la dépendance et ses aménagements. Doin. France ; 2010. 140 p.
5. Winnicott D. L'Adolescence (1962). In : De la pédiatrie à la psychanalyse. Payot. Paris ; 1969. p. 257-66.
6. Académie Française. Crise | Académie française [Internet]. 2014 [cité 18 avr 2020]. Disponible sur : <http://www.academie-francaise.fr/crise>
7. Braconnier A. Crise d'adolescence. In : Dictionnaire de l'adolescence et de la jeunesse - D Marcelli et D Le Breton. PUF. Paris ; 2010. p. 196-200. (Quadrige).
8. Gutton P. Crises en adolescence. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence [Internet]. 1 mars 2002 [cité 15 déc 2019] ; 50(2) : 146-9. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0222961702000831>
9. Jeammet P. Réalité externe et réalité interne. Importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence. Revue française de psychanalyse. 1980 ; (XLIV) : 481-522.
10. Laudrin S, Speranza M. Crise et urgence en pédopsychiatrie. Enfances Psy [Internet]. 2002 [cité 17 juill 2019] ; no18(2) : 17-23. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2002-2-page-17.htm>
11. Pommereau X. L'adolescence en crise et la crise familiale : qui déclenche quoi ? Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence [Internet]. 1 déc 2001 [cité 15 déc 2019] ; 49(8) : 512-4. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0222961701800647>
12. De Clercq M. Urgences psychiatriques et interventions de crise. De Boeck. Bruxelles ; 1997. 275 p. (Oxalis).
13. De Clercq M. L'intervention de crise, une réponse au changement de la pratique psychiatrique et de la demande du patient. Santé mentale au Québec [Internet]. 1991 [cité 19 mars 2020] ; 16(2) : 155-71. Disponible sur : <http://id.erudit.org/iderudit/032232ar>
14. Blondon M, Périsset D, Unni S-K-E, Wilson A, Mazet P, Cohen D. L'accueil d'urgence en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : évolution sur 20 ans dans un site hospitalo-universitaire. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence [Internet]. 1 avr 2007 [cité 8 avr 2020] ; 55(1) : 23-30. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0222961707000037>
15. Koener B, Deschietere G, de Becker E. Les urgences pédopsychiatriques aux cliniques universitaires Saint-Luc à Bruxelles : état des lieux et pertinence de la création de lits de crise. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence [Internet]. 1 nov 2015 [cité 9 avr 2020] ; 63(7) : 482-9. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0222961715001543>

16. Christodulu KV, Lichenstein R, Weist MD, Shafer ME, Simone M. Psychiatric emergencies in children. *Pediatr Emerg Care*. Août 2002 ; 18(4) : 268-70.
17. Newton AS, Ali S, Johnson DW, Haines C, Rosychuk RJ, Keaschuk RA, et al. A 4-year review of pediatric mental health emergencies in Alberta. *CJEM*. Sept 2009 ; 11(5) : 447-54.
18. Sicot F. Urgences pédopsychiatriques : resituer les crises dans le contexte organisationnel de leur survenue. *Empan* [Internet]. 2009 [cité 4 mai 2020] ; n° 75(3):53-60. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-empan-2009-3-page-53.htm>
19. Chatagner A, Raynaud J-P. Adolescents et urgences pédopsychiatriques : revue de la littérature et réflexion clinique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* [Internet]. 1 janv 2013 [cité 6 avr 2020] ; 61(1) : 8-16. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0222961712017813>
20. Alvin P, Gasquet I, de Tournemire R, Nouyrigat V, Speranza M. Les adolescents aux urgences hospitalières. À propos d'une enquête menée à l'AP-HP. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* [Internet]. 1 déc 2002 [cité 6 mai 2020] ; 50(8) : 571-6. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0222961702001642>
21. HAS. Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution. *La Presse Médicale* [Internet]. 2004 [cité 22 févr 2019] ; 33(18) : 41-7. Disponible sur : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0755498204723817>
22. Choquet M, Granboulan V. Les jeunes suicidants à l'hôpital. EDK, Groupe EDP Sciences ; 2004. 191 p. (Epidémiologie Santé Publique).
23. Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPIJ n° 2002-282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté [Internet]. *solidarites-sante.gouv.fr*. 2002 [cité 6 mai 2020]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-21/a0212069.htm>
24. DREES. Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000 : évolutions et disparités. 2003 ; 12.
25. Lipson-Glick R, Berlin JS, Fishkind A, Zeller SL. *Emergency Psychiatry : principles and practice*. Lippincott Williams&Wilkins. 2008. 448 p.
26. Baldacci C. Quel parcours de soins pour les adolescents présentant des troubles des conduites ? *L'Encéphale* [Internet]. 1 mars 2010 [cité 11 avr 2020] ; 36 : S46-53. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700610700300>
27. Marcelli D, Berthaut E. *Dépression et tentative de suicide à l'adolescence*. Elsevier Masson. Issy-les-Moulineaux, France ; 2001. 272 p. (Les âges de la vie).
28. Baudelaire K, Bourcier G, Girardon N. Le Centre Communautaire d'Accueil et de Soins pour Adolescents (CCASA) ou le soin aux adolescents dans un centre de crise. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* [Internet]. 1 déc 2002 [cité 9 avr 2020] ; 50(8) : 568-70. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0222961702001630>
29. Mariage É, Farbos J. Accompagner le temps de l'adolescence difficile dans une unité innovante créée en partenariat entre l'hôpital psychiatrique et le département. *L'information psychiatrique* [Internet]. 18 févr 2014 [cité 7 avr 2020] ; Volume 90(1) : 35-42. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2014-1-page-35.htm?contenu=article>

30. Declercq S, Nicolis H. La théorie de l'attachement au secours des adolescents limites hospitalisés. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* [Internet]. 1 avr 2010 [cité 10 avr 2020] ; 58(3) : 107-11. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0222961710000048>
31. Ayoun P. L'hospitalisation à temps complet des adolescents et ses indications en psychiatrie. *L'information psychiatrique* [Internet]. 2008 [cité 6 avr 2020] ; Volume 84(7) : 701-7. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2008-7-page-701.htm>
32. Rist B, Plantade A. L'hospitalisation des urgences en pédopsychiatrie : la crise de la sortie. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* [Internet]. 1 mars 2002 [cité 8 avr 2020] ; 50(2) : 150-4. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0222961702000843>
33. Gicquel L, Pham-Scottez A, Robin M, Corcos M. États-limites à l'adolescence : diagnostic et clinique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* [Internet]. 1 août 2011 [cité 6 avr 2020] ; 59(5) : 316-22. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S022296171100064X>
34. Corcos M, Pham A, Speranza M. *Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence*. Paris : Dunod ; 2014. 464 p. (Psychothérapies. Pathologies).
35. Ménager E, Chaltiel T, Lida-Pulik H, Botbol M. L'hospitalisation parents/adolescent. *La psychiatrie de l'enfant* [Internet]. 2003 [cité 5 juill 2020] ; Vol. 46(2) : 631-53. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2003-2-page-631.htm>
36. Garcin V, Julie M, Le Nouy G, Rouze M. Troubles du comportement et adolescence. Problématiques d'accès aux soins et modalités de réponses nouvelles. *Pratiques Psychologiques* [Internet]. 1 déc 2006 [cité 17 juill 2019] ; 12(4) : 465-81. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1269176306000800>
37. Zeltner L, Ampélas J-F, Mallat V, Mauriac F, Waddington A, Bronchard M, et al. Prise en charge de crise et enveloppe langagière. *Thérapie Familiale* [Internet]. 2002 [cité 6 avr 2020] ; Vol. 23(4) : 357-66. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-therapie-familiale-2002-4-page-357.htm>
38. de Kernier N, Canoui P, Golse B. Prise en charge des adolescents hospitalisés à la suite d'un geste suicidaire ou d'une menace suicidaire. *Archives de Pédiatrie* [Internet]. 1 avr 2010 [cité 6 avr 2020] ; 17(4) : 435-41. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929693X10000229>
39. Garny de la Rivière S, Guilé J-M. Suicide et adolescence, défis d'accès et de prise en charge. *Perspectives Psy* [Internet]. 27 sept 2016 [cité 10 avr 2020] ; Vol. 55(2) : 104-9. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-perspectives-psy-2016-2-page-104.htm>
40. Giraud P, Fortanier C, Fabre G, Ghariani J, Guillermain Y, Rouviere N, et al. Tentatives de suicide : étude descriptive d'une cohorte de 517 adolescents de moins de 15 ans et 3 mois. *Archives de Pédiatrie* [Internet]. 1 juin 2013 [cité 17 mai 2020] ; 20(6) : 608-15. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929693X13002406>
41. Lachal J, Grandclerc S, Spodenkiewicz M, Moro MR. Comment améliorer l'adhésion aux soins des adolescents suicidants après une prise en charge aux urgences : une revue de la littérature. *L'Encéphale* [Internet]. 1 nov 2018 [cité 7 avr 2020] ; 44(5) : 465-70. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700618300307>
42. Corcos M. Accueil des adolescents : engagement et créativité. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* [Internet]. 1 déc 2007 [cité 8 avr 2020] ; 165(10) : 723-8. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448707002752>
43. Vogel F. *La fonction contenante: un double ancrage corporel et relationnel*. 2015 ; 97.

44. Anzieu D. Le Moi-Peau. Dunod. 1985. 254 p.
45. Bion W. Aux sources de l'expérience. PUF. 1962. 137 p.
46. Billard M, Costantino C. Fonction contenante, groupes et institution soignante. Cliniques [Internet]. 24 août 2011 [cité 13 avr 2020] ; N° 1(1):54-76. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-cliniques-2011-1-page-54.htm>
47. Ciccone A. Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. Cahiers de psychologie clinique [Internet]. 2001 [cité 13 avr 2020] ; n° 17(2) : 81-102. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2001-2-page-81.htm>
48. Roussillon R. La métapsychologie des processus et la transitionnalité. Revue Française de Psychanalyse. 1995 ; (59) : 1351-522.
49. Winnicott D. Jeu et réalité. L'espace potentiel. Gallimard. 1975. (Connaissance de l'inconscient).
50. Ladame F, Ottino J, Pawlak C. Adolescence et suicide. Des aspects épidémiologiques et psychopathologiques aux perspectives thérapeutiques [Internet]. Elsevier Masson. Issy-les-Moulineaux, France ; 1996 [cité 14 avr 2020]. 198 p. (Médecine et psychothérapie). Disponible sur : <https://www.decitre.fr/livres/adolescence-et-suicide-9782225850912.html>
51. Jeammet P, Reynaud M, Consoli S. Psychologie médicale. Masson. 1980. p. 480. (Abrégés).
52. Roussillon R. Paradoxes et situations limites de la psychanalyse. PUF. 1991. 270 p.
53. Renou C. Apport d'un entretien familial d'évaluation systémique et contextuelle dans la prise en charge d'adolescents en soins de crise. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence [Internet]. 1 sept 2019 [cité 9 avr 2020] ; 67(5) : 296-301. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0222961719300534>
54. Bonnot O, Gollier-Briant F. Traitements pharmacologiques chez l'enfant et chez l'adolescent. EMC-Psychiatrie [Internet]. 2019 [cité 5 juill 2020] ; 11. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/1335000/traitements-pharmacologiques-chez-l-enfant-et-chez>
55. Egron A, Kompe-Tchamgoue A, Malet D, Queuille E. Les psychotropes chez l'adolescent : étude des prescriptions dans une unité de crise pour adolescents et documentation du hors AMM. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence [Internet]. 1 juin 2016 [cité 11 avr 2020] ; 64(4) : 265-78. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0222961716300460>
56. de Becker E. Le processus d'admission dans un centre thérapeutique pour adolescents comme temps de créativité et de (re)mobilisation psychique. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence [Internet]. 1 mars 2018 [cité 1 juin 2020] ; 66(2) : 122-8. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0222961718300023>
57. Kestemberg E, Jeammet P. Le psychodrame psychanalytique. PUF. 1987. 128 p. (Que sais-je ?).
58. Lecoutre C, Botbol M, Mammar N. Quelle place pour les médiations thérapeutiques dans la « psychothérapie par l'institution » ? Pratiques Psychologiques [Internet]. 1 mars 2006 [cité 13 avr 2020] ; 12(1) : 17-29. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1269176306000149>
59. Fusiller C. Description des mineurs admis pour motif pédopsychiatrique aux urgences du CHU de Nantes et évolution entre 2013 et 2018 [Thèse d'exercice]. [France]: Nantes UFR de Médecine ; 2020.

60. Santé Publique France. Réseau OSCOUR [Internet]. [cité 13 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/surveillance-syndromique-sursaud-R/reseau-oscour-R-organisation-de-la-surveillance-coordonnee-des-urgences>
61. Gras Le Guen C, Forgeot C. Passages aux urgences pour diagnostic pédopsychiatrique - COPIL OSCOUR. Santé Publique France - CHU de Nantes ; 2019 sept p. 14.
62. Mroczkowski MM, Havens J. The State of Emergency Child and Adolescent Psychiatry: Raising the Bar. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2018 ; 27(3) : 357-65.
63. Rosic T, Duncan L, Wang L, Eltorki M, Boyle M, Sassi R, et al. Trends and Predictors of Repeat Mental Health Visits to a Pediatric Emergency Department in Hamilton, Ontario. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. Août 2019 ; 28(2) : 82-90.
64. Ladame F. Approche thérapeutique de la crise suicidaire à l'adolescence. Psychotherapies [Internet]. 29 nov 2007 [cité 6 avr 2020] ; Vol. 27(4) : 207-12. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2007-4-page-207.htm?contenu=article>
65. Lorillard S, Veillard A, Barbe R. Le dispositif de soins pour jeunes suicidaires et suicidants à Genève. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence [Internet]. 1 nov 2015 [cité 9 avr 2020] ; 63(7) : 468-72. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S022296171500135X>
66. Gicquel L. Le temps de l'adolescence. Les Cahiers Dynamiques [Internet]. 2016 [cité 15 juin 2020] ; N° 70(4) : 107-12. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-dynamiques-2016-4-page-107.htm?contenu=resume>

Annexes : Vignettes cliniques

A. : Un état limite ?

À l'automne, une jeune fille de 13 ans est adressée à l'hôpital de jour de crise de son secteur dans les suites d'une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire, ayant donné lieu à une hospitalisation d'une semaine en pédiatrie. Cette hospitalisation marque le service car l'adolescente y arrive tellement agitée qu'elle passe sa première nuit contentionnée et sédaturée. Le reste de l'hospitalisation se déroule calmement malgré une grande difficulté pour A. à rester enfermée, sans son téléphone portable. La première évaluation réalisée dans ce service met en lumière des dysfonctionnements familiaux, une absence de limites notamment autour des horaires et lieux de sorties nocturnes pour A., des scarifications multiples, et des consommations de toxiques croissantes depuis un an, entraînant une déscolarisation.

À l'issue du premier entretien, des soins en hôpital de jour de crise sont mis en place, et des rendez-vous familiaux et individuels réguliers sont prévus avec le pédopsychiatre référent. Une rencontre avec l'assistante sociale du service est également organisée afin de faire le point sur l'Information Préoccupante rédigée en pédiatrie suite à l'absence de cadre parental décrite par la jeune. Les conséquences de cet écrit inquiètent beaucoup A. et sont sources pour elle d'une grande culpabilité.

A. se rend par la suite à la grande majorité des séances de groupe de l'hôpital de jour de crise, malgré des retards réguliers et une fluctuation importante de son comportement. En effet, après une première séance marquée par une certaine distance aux soins proposés, A. semble se saisir de ce temps de groupe pour se livrer sur ses passages à l'acte, évoquer certaines de ses difficultés et faire part aux soignants de ses affects dépressifs teintés de culpabilité. Très vite cependant, A. revient sur cela et annule ses propos par un comportement fait d'agirs, d'attaques des liens avec les soignants du groupe, puis par l'arrêt des soins. La prise en charge se termine prématurément deux mois après son admission sur l'hôpital de jour de crise, A. disant préférer investir une psychothérapie débutée parallèlement avec un pédopsychiatre libéral, et les soins de crise n'étant pas soutenus fermement par ses parents.

Au final, nous voyons ici le cas d'une jeune présentant des comportements auto-agressifs réguliers (scarifications, tentative de suicide, consommations de toxiques importantes), avec des conséquences sur son environnement (déscolarisation, conflits intra-familiaux), représentant bien la clinique de crise. On voit ici les marqueurs principaux de l'état limite : manque d'introspection, recours aux agirs, difficulté dans la pose des limites dans ses liens à l'autre, et ses conséquences sur les soins. Ce cas illustre la difficulté de créer un lien thérapeutique suffisamment fort pour que la jeune adhère aux soins, mais assez distant pour qu'elle ne les mettent pas en échec suite à une proximité trop insupportable pour elle. Cela montre également la nécessité d'une continuité des soins entre les différents intervenants, l'intervalle entre la pédiatrie et les soins de jour ayant duré un mois, et l'instauration parallèle d'une psychothérapie en libéral ayant permis à A. de nous entraîner dans un mouvement de clivage, mettant un terme aux soins de crise.

B. : La place de la Loi

B. est un grand adolescent adressé pour des difficultés relationnelles au collège, un non-respect des règles et des violences intra-familiales, parfois majeures. Il présente des scarifications et des idées suicidaires anciennes, avec plusieurs passages à l'acte auto-agressifs. Son parcours est émaillé de consultations aux urgences, d'hospitalisations régulières (au moins une par mois durant les six derniers mois), et surtout de violences, subies ou infligées.

L'histoire de B. est particulièrement difficile, faite d'abandons, carences, violences et déplacements multiples. Sa famille adoptive a longtemps vécu à l'étranger, et décrit un retour en France suite aux difficultés croissantes de B. pour lui procurer les soins nécessaires. Cette charge, en plus de son histoire, pèse sur ses épaules et semble le couper de ses émotions. Il fonctionne par clivages, déni de ses difficultés et projection sur l'autre de ses affects. Son intolérance à la frustration est mise en avant par ses proches, mais l'absence de communication intra-familiale est prédominante, B. étant écarté des préoccupations parentales malgré son âge et ses capacités de compréhension.

Les violences subies par B. enfant sont maintenant de son fait, et augmentent en fréquence et en intensité. Ses parents sont au bord de l'épuisement, très projectifs, pouvant questionner le terme de « psychopathe », employé par l'un des pédopsychiatre rencontré pour désigner les troubles de leur fils. La prise en charge en hôpital de jour de crise débute rapidement, et B. semble profiter des temps de groupe facilement, et trouver un espace de parole, jusqu'alors inexistant, dans les rendez-vous pédopsychiatriques réguliers.

Lors de entretiens familiaux, le père de B. entend la nécessité du recours à la loi face à son fils, lui qui s'interposait jusque-là entre lui et sa femme, dans une posture presque masochique. Il accepte l'idée de porter plainte contre B. suite aux violences graves dont il a pu être l'auteur, ce qui semble arrêter l'escalade des violences, et lui permettre de retrouver une position paternelle. La mère de B. quant à elle est accompagnée pour retrouver une juste distance à son fils, étant jusque-là très intrusive, dans l'excitation, menant aux conflits violents évoqués précédemment. B. peut également verbaliser avec ses parents autour de la violence, passée et présente, et des conséquences de celle-ci sur son avenir. La crainte d'une judiciarisation et des répercussions sur sa vie future semblent freiner B. dans ses passages à l'acte hétéro-agressifs, qui se font moins nombreux. Ses parents sont accompagnés dans des démarches à visée de séparation provisoire (internat scolaire, séjours dans la famille, camps de vacances, etc) ; et B. s'apaise progressivement, retrouvant quelques capacités de verbalisation autour de ses émotions.

Nous voyons ici les liens étroits entretenus entre les différentes structures de soins locales, en lien avec les partenaires sociaux, dans le cas d'un adolescent présentant des passages à l'acte graves. Le suivi très rapproché de l'hôpital de jour de crise permet une accroche aux soins de B., sensible à la rupture des liens et aux vécus d'abandon, en lien avec son histoire personnelle. Cela permet aussi d'amener sa famille, sujette aux clivages et à la projection, vers un recours à la Loi, et à la remise en question des positions de chacun.

C. : Des hallucinations envahissantes

C. est une jeune fille qui présente des hallucinations visuelles (scène de son enterrement), cénesthésiques et auditives, à type d'injonctions suicidaires, depuis quelques mois. Elle n'est jamais passée à l'acte lorsque sa prise en charge débute en hôpital de jour de crise, mais elle présente des idées suicidaires depuis plus d'un an, et une tristesse de l'humeur. En quelques mois, cinq hospitalisations se succèdent, C. consultant aux urgences pour des recrudescences hallucinatoires et des idées suicidaires envahissantes, et son état nécessitant à deux reprises son transfert en service pédopsychiatrique. Sur place, elle s'apaise sous l'effet de la contenance soignante, et du traitement par neuroleptique à bonne dose.

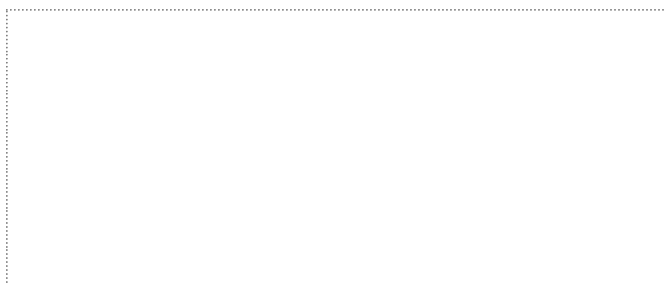
Lors de ses sorties d'hospitalisation, C. se montre très demandeuse de maintenir un lien avec les soignants, avec qui elle bénéficie fréquemment de prises en charges individuelles durant ses séjours hospitaliers. Cette forte dépendance aux soins est retrouvée en hôpital de jour de crise sur lequel elle est rapidement prise en charge. Sa clinique interroge, de par l'absence de dissociation ou de discordance, et la qualité des échanges dont elle est capable en groupe et en individuel. Elle fait rapidement évoquer aux pédopsychiatres qui la rencontrent des hallucinations dans un registre conversif, d'autant plus que celles-ci s'accompagnent de douleurs chroniques, prises en charge en pédiatrie depuis quelques mois.

Au niveau familial, les entretiens réguliers permettent de découvrir des conflits dans la nombreuse fratrie de C. Sa place semble difficile à supporter, ayant une grande sœur très proche en âge, une petite sœur aux antécédents somatiques lourds et encore deux jeunes frère et sœur. Elle semble avoir été privée d'un certain maternage dans une période où sa mère a été accaparée par des soins à sa jeune sœur, et indisponible pour elle. À travers les soins de crise, on la voit s'autoriser à régresser transitoirement sur les temps de soin en groupe dont elle s'empare facilement.

Au fur et à mesure de sa prise en charge, les échanges se font progressivement plus fluides, les hallucinations s'amenuisent et les idées suicidaires sont mises à distance. Le travail mère-enfant permet de réactualiser des angoisses de séparation, écartant les questionnements initiaux sur des phénomènes psychotiques. Elle retrouve une posture adolescente, ré-investie sa scolarité et ses amitiés, et troque la dépendance aux soins pour réactualiser la dépendance à sa mère, plus attendue à son âge. Le traitement neuroleptique, qui montre surtout des effets indésirables, est progressivement diminué.

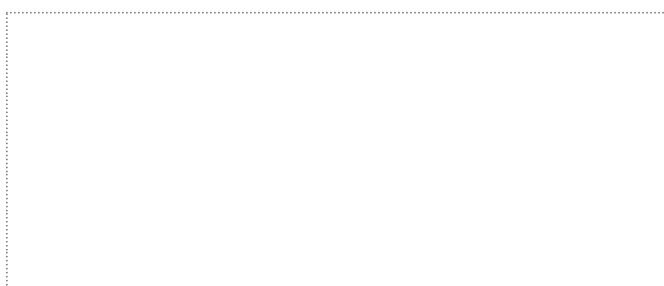
Nous voyons comment l'articulation efficace des services de soin et la réactivité de l'hôpital de jour de crise permettent un apaisement rapide de certaines situations cliniques, à première vue très inquiétantes. L'accroche aux soins de C. est très forte et très rapide, elle va jusqu'à solliciter des entretiens téléphoniques quotidiens avec les soignants en post-hospitalisation, ou demander de nouvelles hospitalisations à la veille de week-ends prolongés sans soins de crise. Cela nous montre l'intérêt de minimiser les hospitalisations à temps plein et de favoriser les soins de jour pour les jeunes présentant une telle clinique et rapidement dépendants aux soins, pour les accompagner au mieux dans la reprise de leur processus adolescent.

Vu, le Président du Jury,
(tampon et signature)



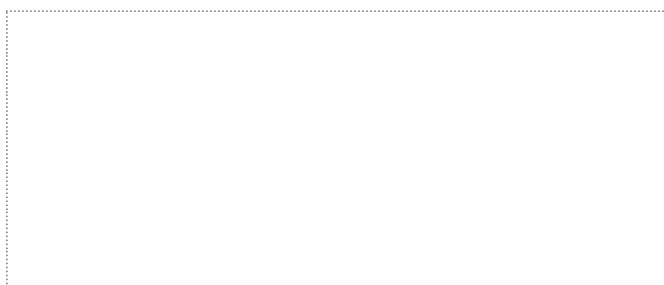
Professeur Olivier BONNOT

Vu, le Directeur de Thèse,
(tampon et signature)



Docteur Thierry CHALTIEL

Vu, le Doyen de la Faculté,



Professeur Pascale JOLLIET

NOM : BREGEON

PRÉNOM : Nella

Titre de thèse : Place des Hôpitaux de Jour de crise dans la prise en charge ambulatoire des adolescents

Résumé :

Contexte : De nombreuses équipes font le constat d'une augmentation des recours d'adolescents aux urgences pour motifs pédopsychiatriques ces dernières décennies en France et dans les pays limitrophes. La prise en charge de ces adolescents est complexe, nécessitant une connaissance des mécanismes de crise et du réseau de soin local pour les orienter au mieux, en évitant les « perdus de vue » et les répétitions symptomatiques trop importantes. Les soins s'articulent alors entre les prises en charge hospitalières, qui présentent un certain nombre de limites, et les soins ambulatoires que nous souhaitons développer.

Objectif : Montrer les limites des prises en charge non articulées entre elles à travers un parcours de soin réfléchi, qui aboutissent à des effets délétères des passages aux urgences et des hospitalisations à temps plein. Démontrer les avantages des prises en charges ambulatoires d'adolescents en crise, notamment lorsqu'ils présentent une clinique de l'ordre de l'état limite. Étudier les multiples modes de prise en charge ambulatoires et plus spécifiquement les structures d'hospitalisation de jour de crise, à travers différents établissements de création récente et leurs premiers résultats après quelques années de fonctionnement.

Résultats : Les passages aux urgences peuvent être très chronophages et d'efficacité limitée si les adolescents en crise n'y sont pas évalués par une équipe dédiée et bien orientés à la sortie. Le relai rapide des soins en post-urgence est nécessaire pour éviter les « perdus de vue » et faciliter l'alliance thérapeutique. Une grande réactivité des structures d'aval est alors nécessaire, avec un parcours de soin dédié à ces patients en crise, articulé entre l'ambulatoire et l'hospitalisation à temps complet. La contenance de ces soins de crise est garantie par la pluridisciplinarité, les échanges entre les structures et les partenaires locaux, et l'intensité des soins délivrés au cœur de la crise. Pour cela, les hôpitaux de jour de crise sont des structures intéressantes, ayant permis dans d'autres régions une diminution des récides suicidaires, un moindre usage des soins d'urgence, et une limitation du nombre d'hospitalisations, particulièrement dans les services inadaptés à ces adolescents (psychiatrie adulte, pédiatrie). Le travail groupal intensif, les interventions sociales, le travail familial et les rendez-vous médicaux réguliers font la spécificité de ces structures, aux soins limités dans le temps et contractualisés en début de prise en charge.

Conclusion : Le développement de structures dédiées à la crise telles que les hôpitaux de jour de crise semble être une bonne solution pour répondre à la multiplication des passages aux urgences d'adolescents en crise et désengorger les listes d'attentes des Centres Médico-Psychologiques, et des unités d'hospitalisations pédopsychiatriques, pas toujours adaptés à ces patients et à cette clinique de crise.

Mots-clés : Adolescents, Pédopsychiatrie, Crise, Hospitalisation, Urgences, Soins de jour.