

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2010.....

N°114

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Psychiatrie

par

Matthieu VOLKAERT

né le 08 mai 1976 à Deauville

Présentée et soutenue publiquement le 26 Octobre 2010

**Des soins institutionnels pédopsychiatriques aux soins
institutionnels psychiatriques adultes, quelle transition ?**

Réflexions issues de la situation en Loire Atlantique

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean-Marie VANELLE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Christophe BLET

Table des matières

1. Introduction :	5
2. Motifs et précautions préalables à ce travail :	8
2.1. Pourquoi ce travail et quelles difficultés tente-t-il de mettre en lumière ?	8
2.2. Quelles précautions sont nécessaires ?	9
2.3. Dans quels buts ?	10
2.4. Définitions :	10
2.5. Qu'elles en sont les limites ?	16
3. Données épidémiologiques :	18
3.1. Epidémiologie des pathologies psychiatriques de l'enfant et de leur devenir :	18
3.1.1. Contexte historique :	18
3.1.2. Les troubles envahissants du développement et l'autisme :	21
3.1.3. Le trouble déficitaire de l'attention hyperactivité (TDAH) :	24
3.1.4. La schizophrénie de l'enfant :	27
3.1.5. La dépression :	30
3.1.6. Le trouble bipolaire :	31
3.1.7. Les troubles anxieux et obsessionnels compulsifs :	34
3.1.8. Les troubles des conduites alimentaires :	35
3.1.9. Le suicide et les tentatives de suicide :	36
3.1.10. Les abus de substances :	38
3.1.11. Perspectives :	39
3.2. Des pathologies psychiatriques de l'enfant à celles de l'adulte :	42
3.2.1. Histoire et implications :	42
3.2.2. Les frontières entre l'enfance et l'âge adulte :	44
3.2.3. Corrélation entre le diagnostic des pathologies de l'enfant et de l'adolescent et leurs descriptions nosographiques :	47
3.2.4. Les conséquences sociales et éducatives de la majorité :	48
3.2.5. La place des soins pour adolescents :	50
3.3. Données sur l'épidémiologie des troubles psychiatriques chez les adolescents placés :	52
3.4. Deux contextes opposés :	54
4. Statistiques sur les soins psychiatriques en France :	58
4.1. Données d'ensemble :	58

4.2.	Données épidémiologiques sur le secteur de Saint Nazaire :	61
4.2.1.	Analyse des hospitalisations en psychiatrie adulte de patients mineurs entre 2004 et 2009 : 61	
4.2.2.	Données générales :	62
4.2.3.	Caractéristiques des mineurs hospitalisés à l'UNIC et en unité sectorielle :	67
4.2.4.	Tentative de recueil du passé pédopsychiatrie de patients adultes :	75
5.	Données issues d'une enquête de terrain auprès des professionnels :	78
5.1.	Intérêt et limites des enquêtes qualitatives :	78
5.2.	Méthode de recueil :	80
5.2.1.	Choix des médecins participants :	80
5.2.2.	Choix des autres professionnels	81
5.2.3.	Autres méthodes de recueil :	81
5.2.4.	Critères de choix :	83
5.2.5.	Organisation des entretiens :	83
5.2.6.	Problèmes méthodologiques et réponses apportées : nature des informations collectées : 85	
5.2.7.	Trame des entretiens :	86
5.3.	Difficultés rencontrées :	90
5.4.	Résultats :	91
5.4.1.	En réponse à nos questions :	91
5.4.2.	Les difficultés identifiées aux passages de relais :	93
5.4.3.	Impact des représentations :	96
5.4.4.	Quels types de représentations ?	96
5.4.5.	Des champs de compétence à géométrie variable :	100
5.4.6.	Des pratiques divergentes ?	101
6.	Cas cliniques exemplaires :	104
6.1.	Karim, une mise à l'épreuve de la toute puissance :	104
6.2.	Émilie ou le choix d'être malade ou non :	112
6.3.	Martin ou les diagnostics mouvants :	119
6.4.	Stéphanie ou la transition salutaire :	129
7.	Analyse des processus à l'œuvre :	139
7.1.	Quelques rappels introductifs :	139
7.2.	Quelles structures pour quels relais ?	139
7.3.	Deux situations très différentes : Les urgences et les situations programmées :	140
7.3.1.	Les situations d'urgence :	140
7.3.2.	Les situations programmées :	142

7.4.	Premières évocations du passage de relais :	142
7.5.	Conséquences du passage de relais :	143
7.5.1.	Sur le consentement aux soins :	143
7.5.2.	Sur les soins médicaux, paramédicaux :	148
7.5.3.	Sur l'accompagnement social, socio-éducatif :	149
7.5.4.	Sur l'aspect nosologique :	150
7.5.5.	Sur la place de la famille :	151
7.5.6.	Sur les aspects éducatifs et scolaires :	153
7.6.	Pourquoi aucun travail antérieur au notre ?	153
7.7.	Manques et perspectives révélés ?	155
8.	Un rite de passage ?	158
8.1.1.	La question de l'adolescence :	158
8.1.2.	Qu'est ce qu'un rite, un rite de passage ?	160
8.1.3.	Intérêt des rites de passage :	162
8.1.4.	Pour une ritualisation institutionnelle des passages de relais ?	164
9.	Paradigmes des passages de relais, propositions :	167
9.1.	Propos introductifs :	167
9.2.	Cadre proposé :	168
10.	Conclusion :	180
11.	Bibliographie :	182
12.	Annexes :	193

1. Introduction :

L'Organisation Mondiale de la Santé dans un rapport de 2005 fait de la santé mentale des adolescents deux des sept priorités pour la santé des enfants et des adolescents. Elle précise que l'accompagnement des enfants dans les processus adolescents puis d'entrée dans l'âge adulte est un impératif moral [134]. Cette transition pour les soins psychiatriques n'est pas ou peu étudiée.

L'analyse des données épidémiologiques et des files actives de patients suivis par la psychiatrie révèle que pour leur grande majorité, les patients qui ont bénéficié de soins pédopsychiatriques n'auront pas de soins en psychiatrie adulte. Pour autant, chaque institution pédopsychiatrique, du fait du vieillissement de ses patients, est amenée pour certains d'entre eux à organiser un relais de prise en charge vers une structure pour adultes. Parfois ce passage est brutal et définitif, parfois il est fait d'aller-retour entre les institutions au gré de l'évolution clinique. Parfois encore, la succession d'institutions est contingente et pensée en rapport à l'avancée en âge des jeunes qui en bénéficient.

Notre travail cherche à analyser la façon dont ces institutions organisent ce passage de relais entre les soins psychiatriques infanto-juvéniles et les soins psychiatriques de l'adulte. Les structures pour adolescents et jeunes adultes ont parfois un statut indéfini, ni pédopsychiatrique ni psychiatrique adulte. Ces structures participent, sans qu'elles le conceptualisent nécessairement, au passage du statut d'enfant à celui d'adulte. Comment les institutions psychiatriques accompagnent ce changement ? Tel est aussi notre sujet.

Au préalable de ce questionnement, nous analysons le cadre et l'objet de notre travail : ses ambitions mais aussi ses limites. Nous précisons ce que l'on peut en attendre, quel sens et quel intérêt il peut avoir en pratique.

C'est d'abord sous l'angle de l'épidémiologie des pathologies de l'enfant et de leur devenir à l'âge adulte, mais aussi des différences de nosographies enfant/adulte, que nous tentons de formuler des hypothèses et pistes de réflexion.

Nous les confrontons à la pratique clinique par quatre aspects complémentaires :

Premièrement, en étudiant la population de mineurs hospitalisés en psychiatrie adulte sur le centre hospitalier de Saint Nazaire entre 2004 et 2009. En identifiant les caractéristiques cliniques et sociales et cette population, ainsi que les parcours institutionnels.

Deuxièmement, par des entretiens semi-directifs avec les différents professionnels concernés. L'objectif étant de faire le constat des modes actuels de passages de relais, d'identifier les difficultés liées à leurs mises en œuvre, d'explorer les représentations que les institutions ont les unes des autres et leurs effets dans la réalisation des passages de relais.

Troisièmement par la présentation de quatre cas cliniques choisis pour leur parcours institutionnel particulier.

Enfin, par la question adolescente et la notion de « rites de passage ». Par leur sens anthropologique et en reprenant les vertus qui leurs sont alléguées, nous exposons leur intérêt dans la réflexion sur l'organisation institutionnelle des passages de relais.

L'analyse de ces hypothèses permet des propositions d'aménagement du passage de relais dans une pratique clinique. Pour justifier notre propos, nous nous appuyons donc sur les résultats de nos entretiens, sur les résultats de notre étude sur le secteur de Saint Nazaire, sur nos cas cliniques, sur la notion de rite de passage et sur les protocoles existant à l'étranger.

Nous définissons ainsi des facteurs prédictifs et proposons une planification pour une optimisation de cette pratique qui confronte données cliniques et difficultés institutionnelles dans le respect des enjeux psychopathologiques et développementaux.

« Il faut dire et penser que ce qui est est, car ce qui existe existe et ce qui n'existe pas n'existe pas : je t'invite à méditer cela. »

« Tu ne forceras jamais ce qui n'existe pas à exister. »

PARMENIDE. Poème, Fragment VI et VII

« Le Spectacle de l'aveuglement chez autrui – de cette assurance où il est d'être ailleurs alors qu'il est ici, de cette certitude d'avoir évité un moi indésirable alors qu'il y tombe en plein – est source tout à la fois de réjouissance comique et de légère angoisse psychologique.

On aurait volontiers tendance à ouvrir la bouche pour faire remarquer une erreur aussi manifeste : vous vous trompez – le double que vous vous êtes fabriqué n'est qu'une répétition fâcheuse de votre unicité, dont elle aggrave d'ailleurs le caractère déplaisant. Car on vous pardonnerait volontiers d'être indésirable, c'est-à-dire vous-même, si vous n'y ajoutiez cette bouffonnerie de vous prendre pour un autre. Mais c'est là oublier qu'on ne se rend indésirable qu'en travaillant à ne pas l'être, et que demander à l'autre de convenir qu'il est indésirable revient à vouloir supprimer son indésirabilité même. Car « être soi-même » coïncide ici avec « se prendre pour un autre » ; de sorte qu'en croyant critiquer sa grimace, c'est lui-même que je critique en personne. En lui remontrant qu'il est autre qu'il ne croit, j'espère secrètement qu'il est autre qu'il n'est, concevant confusément qu'il pourrait bien être non pas lui-même, mais justement un autre. Mon avertissement serait donc aussi illusoire que l'illusion qu'il critique. A y insister, je ne ferais qu'entrer dans l'illusion d'une duplication de l'unique, au moment où je prétends la repérer chez l'autre et lui en faire grief : tombant ainsi moi-même dans le panneau que je voulais lui signaler ».

Le réel et son double. Clément ROSSET [110]

2. Motifs et précautions préalables à ce travail :

2.1. Pourquoi ce travail et quelles difficultés tente-t-il de mettre en lumière ?

Cette réflexion sur les relais entre les structures pédopsychiatriques et les structures de psychiatrie de l'adulte est le fruit d'une constatation : il s'agit d'un « impensé » institutionnel.

Une recherche bibliographique réalisée seul ou avec l'aide d'un documentaliste sur divers moteurs de recherche scientifique (PubMed, ScienceDirect, la base de donnée SantéPsy du réseau Ascodopsy, le catalogue du Système Universitaire de Documentation SUDOC) ou généraliste (google, google scholar) est restée infructueuse sur le fond de notre sujet en France. En effet, les seules informations trouvées proviennent des situations anglaises et américaines. Nous avons pu consulter divers articles traitant d'aspects périphériques. Rien, abordant spécifiquement le passage de relais entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte, en France. La consultation du registre papier consignait l'ensemble des thèses de psychiatrie réalisées à la faculté de médecine de Nantes depuis près de 40 ans est de même restée sans résultat.

L'objet de nos investigations n'appartient à aucune institution en propre, c'est une pratique contingente, rare, mettant en scène des interlocuteurs qui varient, et qui n'ont pas toujours de liens entre eux au préalable.

Cette réalité empirique, évidente aux yeux des psychiatres et pédopsychiatres, n'est contestée par personne. Néanmoins, passée cette impression, quelles sont les données chiffrées et le savoir des psychiatres d'adultes sur l'éventuel passé pédopsychiatrique de leurs patients ? Quelle est la population concernée par cette question ? Y a-t-il quelque chose à en apprendre ? Est-il possible de rationaliser le processus à l'œuvre dans ces passages ?

Ils ne sont pas le produit d'un choix mais d'une nécessité qui s'impose par la clinique et le soin. Il existe un grand nombre de contextes et chacun revêt ses spécificités. Ici, c'est l'impossibilité de contenir un jeune de 16 ans présentant des troubles d'allure schizophrénique qui impose son hospitalisation en psychiatrie adulte, là c'est la fin de la scolarité d'un patient de 20 ans présentant un trouble grave de la personnalité, une orientation professionnelle qui

amènera son intégration vers une post cure psychiatrique et l'arrêt du suivi par la consultation pour adolescent...

Ce passage d'un univers psychiatrique à un autre, s'il a un sens pour le patient, est aussi l'occasion d'une stigmatisation des pratiques dans leurs divergences, leurs incompatibilités parfois, leurs distinctions paradigmatiques toujours. Ce sont ces différences que nous nous proposons d'étudier car elles ont de nombreuses conséquences sur les relais. Ces divergences ont des sources multiples qui vont du cadre légal, de l'offre de soins et de pratiques cliniques et institutionnelles différentes.

Notre réflexion est directement motivée sur l'amélioration d'un existant, les passages de relais. Au-delà de celle-ci, cette articulation nous semble révélatrice d'une éthique sous-jacente de l'exercice soignant. L'éclairer en retour nous semble indispensable pour améliorer les pratiques, les prises en charge et le sens que peut avoir pour nos patients ce passage des soins de l'enfant à ceux de l'adulte.

2.2. Quelles précautions sont nécessaires ?

Notre sujet à la particularité d'associer une problématique institutionnelle à une problématique clinique : le passage vers les soins de l'adulte et le passage à l'âge adulte. Les champs qu'il recouvre sont multiples et ne peuvent être traités dans le présent travail de manière exhaustive.

Aussi, nous avons choisi d'approfondir les questions liées à l'articulation institutionnelle des structures psychiatriques du fait de cette transition. Il a donc été nécessaire de se limiter au seul aspect de changement d'institution tout en ayant conscience que d'autres facteurs interviennent (socioéducatifs, médico-sociaux, judiciaires, scolaires, etc.)

D'autres précautions sont à souligner : celles liées au petit nombre de cas, à la faiblesse des données statistiques, au peu de psychiatres interviewés, aux multiples interactions intervenant dans les passages.

2.3. Dans quels buts ?

Ce travail est né du constat initial que des patients passaient de soins pédopsychiatriques à des soins en psychiatrie de l'adulte, mais qu'à aucun moment de notre formation ou lors de nos stages cette question n'avait été abordée. Du moins, en dehors des quelques situations pour lesquelles elle était à l'ordre du jour, lors de notre présence en service de pédopsychiatrie.

Préalablement, lors de nos stages en secteur de psychiatrie adulte, nous avons été confrontés à quelques jeunes patients adultes pour lesquels nous connaissions des antécédents pédopsychiatriques récents. Nous savions que de tels relais avaient alors été effectués. Cela n'a concerné que quelques cas sporadiques.

L'aboutissement de ce travail serait de parvenir à proposer un cadre pour favoriser ce pont entre les institutions en tenant compte de la réalité actuelle et de notre analyse de ce qu'il serait souhaitable sur les plans clinique et thérapeutique. Ainsi, il est impératif d'être en mesure de présenter une solution pragmatique pour une réalité empirique : les passages de relais sont des moments institutionnels posant des difficultés pratiques, il faudra en tenir compte. Pour autant, nous essaierons de proposer des modifications tenant compte des enjeux psychopathologiques à l'œuvre dans ces passages.

2.4. Définitions :

Selon que l'on utilise les termes de relais, de passage de relais, de transition, l'implicite sous-entendu n'est pas le même.

Aussi, nous a-t-il semblé nécessaire de redéfinir les termes de relais, passage de relais, transition et d'éclairer de cette façon quelle appellation est la plus pertinente, éventuellement, quelle serait celle à promouvoir. Les définitions proposées proviennent de ressources d'informations en ligne qui sont des compilations de données issues de nombreuses sources et dictionnaires [138].

Le Relais :

Le terme de relais est un mot polysémique dont le sens a évolué dans l'histoire. Initialement, il concernait la chasse à cours et « donner le relais » signifiait : « *Lâcher les chiens d'un relais après la bête que l'on court* », pour économiser les chiens de chasse, ceux-ci se « relayaient ». Cette notion de relais garde la même acception lorsqu'elle est utilisée pour les chevaux. Par métonymie le relais devient la distance « *à parcourir avant de procéder à ces remplacements* ». Puis le « *lieu où l'on procède à ces remplacements* ». Et enfin « *l'hôtel où l'on s'arrête pour couper un long parcours, où l'on se remet des fatigues d'un voyage...* ».

Ce n'est que plus récemment que ce terme est utilisé pour des personnes et tout d'abord dans le sport. Il est alors tour à tour « *l'action d'un ou des membres d'une équipe poursuivant un effort commun* » « *Dans une escalade, un relais est l'emplacement où l'on assure ses compagnons* ». En cyclisme il s'agit d'une « *Course se disputant sur piste par équipes de deux hommes se relayant à volonté* ». En rugby « *l'action des avants groupés qui progressent en se passant le ballon du pied ou de la main* ». En athlétisme, où il est cette « *formule de courses se disputant sur un parcours divisé en quatre sections égales où s'affronte, chacun à son tour, chaque représentant des diverses équipes en compétition* ».

Au sens figuré, prendre le relais c'est « *Succéder à quelque chose ou quelqu'un dans la poursuite d'une opération, d'un processus* ». C'est aussi un « *mode d'organisation du travail où certains ouvriers (ouvriers de relais) prennent la place des ouvriers ordinaires pendant que ceux-ci se reposent* », la « *succession de personnes vouées à la même tâche ou au maintien de la même fonction* ».

Dans son utilisation dans des mots composés le relais est ce « *qui assure une fonction intermédiaire ou un rôle transitoire* ». Son ainsi construit le prêt-relais, les produits-relais... Pour les personnes, le client-relais est celui qui assure la relève.

Ainsi, le plus souvent, le relais est bref, marque une transition entre deux états, statuts ou moment dans le temps. Le relais marque une frontière le plus souvent ténue, fugace et derrière son utilisation est sous-entendue cette brièveté. Pour utiliser une métaphore sportive, le relais marque dans le même temps un arrêt et un début : celui qui courrait s'arrête, celui qui prend le relais débute sa course.

Ce relais qui « se passe » convient-il pour nommer ce dont nous traitons ? Par ses aspects ci-dessus présentés nous en doutons.

Le passage :

Le passage se définit lui comme « *action, fait de passer (ou de faire passer)* ». Dans une utilisation « spatiale », c'est donc le « *fait de circuler; fait de parcourir ou de traverser un lieu; avec ou sans idée d'obstacle à franchir.* ». Ainsi il y a des « *contrée, région, zone de passage; priorité de passage* ».

Une utilisation métaphorique de ce passage, signifie ce par quoi il est nécessaire ou obligatoire de passer. Les points de passage, les passages obligés.

En droit ce terme est utilisé dans des expressions comme droit de passage ou servitude de passage et désigne des voies d'accès d'un lieu vers un autre que le droit français protège ou permet. L'avis de passage de nos postes est un avis destiné à prévenir du passage d'un préposé venu lui remettre un colis ou une lettre recommandée. Dans le domaine sportif l'on parle de temps de passage qui est le temps réalisé par un coureur sur une partie de la course. Il est aussi utilisé dans des locutions telles que : passage d'un col, d'un pont, passage d'un obstacle, du cercle polaire...

Son utilisation métonymique au cinéma fait du « passage » une partie plus ou moins conséquente d'un film, documentaire ou émission. Dans cette utilisation il y a la notion d'un avant, d'un après, le passage en lui-même ayant une certaine durée nécessaire.

Dans de nombreuses formules le passage désigne un moment « épais », particulier, contextuel ou contingent ayant une durée variable mais qui est caractérisé par le fait d'avoir un début et une fin. Ainsi cet aspect temporel est central lorsque l'on parle « *d'un passage bruyant, continu, fréquent, incessant, ininterrompu, rapide (de qqn/qqc.); du passage d'un promeneur, d'une foule, d'une armée, d'une voiture, du passage d'une comète, d'un passage nuageux, pluvieux* » ou lorsque l'on « *laisse les traces de son passage.* »

Ainsi le passage peut avoir un caractère obligatoire. Lorsqu'il est temporel il n'est pas immédiat mais a une durée plus ou moins longue. Lorsqu'il est spatial il n'est pas une frontière mais une zone frontière de taille variable. Entre son avant et son après, il marque un temps ou un espace qui le concrétise. En cela il semble plus à même de décrire le moment institutionnel sur lequel nous travaillons.

Transiter, transition :

La Transition désigne le passage d'un état à un autre « *transition brusque, brutale, rapide.* La transition évoque le passage d'un âge à un autre. Pierre LOTI lorsqu'il évoque ainsi son adolescence : « *un peu de ridicule et de bizarrerie se mêle infailliblement à cette époque transitoire de l'âge des garçons, et il me faut bien indiquer cette note en passant. En passant aussi, je vais dire que mes transitions à moi ont duré plus longtemps que celles des autres hommes, parce qu'elles m'ont mené d'un extrême à l'autre* »

Dans de multiples utilisations, la transition est une sorte de passage mais qui a la particularité d'avoir une durée courte, parfois, d'être le passage entre deux moments joints. Ainsi en astrologie la transition est le « *passage d'une planète dans un lieu du ciel de l'horoscope* ».

Cette caractéristique temporelle de la transition se retrouve en biologie et en physique. MERLEAU-PONTY évoque cette caractéristique du temps, lorsqu'il dit que l' « *on passe par transition insensible du présent au passé, du prochain au lointain* »

Pourtant « sans transition » signifie brusquement, brutalement. Ainsi ce n'est pas tant la durée qui est pointée par la transition que son caractère insensible. Et en littérature, la transition

« consiste à lier en quelque manière, dans le passage d'un sujet à un autre, d'un paragraphe ou d'un chapitre à un autre, ce que l'on vient de traiter à ce que l'on va traiter »

Il y a des époques de transition, des arts de transition, des hommes de transition *« Il faut attendre en effet les derniers moments de la pensée antique pour voir la révolte commencer à trouver son langage, chez des penseurs de transition, et chez personne plus profondément que chez Épicure et Lucrèce »*

Par transiter on entend passer, faire passer en transit. *Transiter des marchandises. Voyager en transit. « Touristes étrangers transitant par la France, vers l'Espagne; matières premières qui transitent sur les océans. »* Ce qui peut transiter qu'il s'agisse de marchandises en régime douanier ou dans le droit pénal, le font dans l'espace. S'il y a aussi avec ce terme une notion de frontière, elle n'est pas temporelle mais spatiale. C'est ainsi la *« situation des voyageurs qui passent par un lieu sans y séjourner, avant d'être acheminés vers un autre lieu »*.

Une utilisation métaphorique de ce verbe est aussi fréquente. BALZAC décrit ainsi *« trois mondes : le naturel, le spirituel, le divin. L'humanité transite dans le monde naturel, qui n'est fixe ni dans son essence ni dans ses facultés »*. C'est aussi le *« degré intermédiaire entre deux aspects d'une même chose »*

Par transitionnel la psychanalyse évoque l'objet transitionnel, introduit par WINNICOTT pour *« désigner un objet matériel qui a valeur élective pour le nourrisson et le jeune enfant, notamment au moment de l'endormissement »* *« le recours à des objets de ce type est, selon l'auteur, un phénomène normal qui permet à l'enfant d'effectuer la transition entre la première relation orale à la mère et la « véritable relation d'objet »* ». Cet objet est décrit comme le premier objet du monde extérieur, tout en appartenant aussi au monde interne de l'enfant. C'est en cela qu'il est transitionnel puisqu'il est à la frontière entre l'objectif et le subjectif. Cette notion sera ensuite reprise par d'autres auteurs qui l'étendront pour parler d'aires transitionnelles qui sont ces espaces psychiques n'appartenant ni à la réalité interne ni à la réalité externe. Ces zones frontières, elles aussi *« épaisses »* ne le sont pas sur le plan temporel mais cognitif ou représentatif et permettent par exemple à l'écrivain d'imaginer et d'écrire pour un autre qui est un autre en lui-même, intermédiaire entre soi et autrui.

Si par le transitionnel, la transition est liée à la clinique psychiatrique, c'est qu'il s'agit d'une notion psychanalytique. Pour autant, elle n'est pas utilisée par tous. Dans le sens que ce terme prend, par son usage dans le langage courant, la transition décrit un processus proche de l'expression plus habituelle de relais de soins. Mais l'utiliser revient à décrire le phénomène dans son sens administratif.

En fait, si les relais de soins décrivent des parcours institutionnels, la notion de transition, elle, renvoie au vécu du patient et à la clinique.

Synthèse :

Cette présentation des différents termes ou locutions utilisés pour décrire le phénomène institutionnel et clinique qui nous occupe suggère un constat : Il nous semble difficile d'utiliser la même expression pour évoquer un processus institutionnel, administratif et un moment charnière de la vie d'un individu.

Aussi, pour parler du processus institutionnel nous utiliserons préférentiellement l'expression passage de relais. Lorsque nous évoquerons ce même processus, de la place des patients, nous parlerons donc de transition.

2.5. Qu'elles en sont les limites ?

Cette question du relais de soins ouvre une multitude de questions qu'il est illusoire de prétendre traiter dans le cadre de ce travail. Comme nous venons de l'esquisser, les difficultés et les problèmes qui lui sont liés nécessitent une réflexion épidémiologique, classificatoire et nosographique mais aussi clinique, thérapeutique, institutionnelle, juridique et éthique !

De même, nous passerons sous silence les autres cadres institutionnels qui nécessitent la collaboration des pédopsychiatres et des psychiatres d'adultes. Il s'agit des troubles de la relation précoce et l'accompagnement de grossesses de patientes présentant des troubles psychiatriques, les enfants de parents ayant des troubles psychiatriques, les parents d'enfants présentant des troubles psychiatriques. Là aussi les problèmes sont nombreux et associent des difficultés sociales, thérapeutiques, éthiques...

Un autre aspect des relais de soins concerne ceux intervenant dans d'autres champs médicaux. Nous faisons allusion au suivi d'enfants diabétiques ou atteint de mucoviscidose qui sont suivis par les équipes de pédiatrie puis par les équipes d'endocrinologie, de pneumologie ou de greffés, pour citer les plus fréquemment concernés par ces deux affections. Parallèlement, ces jeunes sont aussi, bien souvent, suivis par les équipes de pédopsychiatrie de liaison. Lorsque cette prise en charge s'arrête, cela peut être au profit d'autres soignants, qu'il s'agisse de psychologues présents dans de telles unités ou des psychiatres de liaison adulte. Cet arrêt est aussi parfois l'occasion d'un suivi psychologique ou psychiatrique en ville. Fréquemment le suivi pédopsychiatrique reste ponctuel et ne justifie pas d'un passage de relais.

Nous n'aurons donc pas la prétention de couvrir et d'approfondir tous les champs ouverts par notre sujet. L'ampleur des problématiques qu'il soulève ne peut réduire la présente thèse qu'à un travail préparatoire (CHOQUET). Et elle n'évoquait qu'une partie de notre sujet en lien avec son domaine d'activité d'épidémiologiste...

Nous nous limitons donc aux questions institutionnelles et cliniques tout en présentant au fil de notre travail les autres aspects soulevés de manière plus ou moins approfondie en fonction de leurs pertinences.

« Nous appelons folie cette maladie des organes du cerveau qui empêche un homme nécessairement de penser et d'agir comme les autres. Ne pouvant gérer son bien, on l'interdit ; ne pouvant avoir des idées convenables à la société, on l'en exclus ; s'il est dangereux, on l'enferme ; s'il est furieux, on le lie. »

...

« Les docteurs diront au fou : « Mon confrère, Dieu a créé peut-être des âmes folles, comme il a créé des âmes sages. » Le fou répliquera : « Si je croyais ce que vous me dites, je serais encore plus fou que je ne le suis. De grâce, vous qui en savez tant, dites-moi pourquoi je suis fou ? » Si les docteurs ont encore un peu de sens, ils lui répondront : « Je n'en sais rien. » Ils ne comprendront pas pourquoi une cervelle a des idées incohérentes ; ils ne comprendront pas mieux pourquoi une autre cervelle a des idées régulières et suivies. Ils se croiront sages, et ils seront aussi fous que lui. »

VOLTAIRE, Dictionnaire Philosophique. [130]

3. Données épidémiologiques :

3.1. Epidémiologie des pathologies psychiatriques de l'enfant et de leur devenir :

3.1.1. Contexte historique :

Premières descriptions cliniques :

Les premières observations à visée diagnostique que l'on retrouve concernant les enfants datent de la fin du 18^{ème} et du début du 19^{ème} siècle. Peu à peu la pédiatrie a inclus dans son champ, courant 19^{ème}, quelques affections psychiatriques (terreurs nocturnes, hypocondrie...). Le regard médical portait surtout sur les enfants et les jeunes adolescents, peu sur l'adolescent devenant adulte « *on retiendra donc que l'adolescence est déjà repérée comme période spécifique de la vie par la médecine au début du XIX^e siècle, une période inaugurée par ce passage qu'est la puberté, même si le critère de fin de cette adolescence fait moins l'objet de consensus.* » [6]

Histoire de l'organisation nosologique :

La recherche de données sur l'épidémiologie des troubles psychiatriques de l'enfant est récente et date des années 1960 puis 70 en France [79]. Ailleurs dans le monde, les premières études ont été menées en Angleterre sur l'Ile de Wight [111]. La méthodologie alors utilisée fera école et reste utilisée dans certaines études récentes. Elle procède en deux phases et utilise plusieurs sources d'informations (parents, enfants, professeurs). La première consiste au dépistage par questionnaires sur l'ensemble de la population étudiée, la seconde dans la réalisation d'entretiens diagnostiques avec les enfants « dépistés ».

Avec l'évolution des connaissances et de la nosographie, l'épidémiologie des entités cliniques s'est modifiée, ces dernières ayant constamment évoluées. Nous ne donnerons que

les chiffres correspondants aux descriptions cliniques actuelles non sans soulever les débats nosographiques ou épistémologiques qui peuvent persister.

Apparition des classifications internationales :

Les outils diagnostiques actuellement utilisés sont le Diagnostic and Statistical Manual dans sa quatrième édition corrigée (DSM IV-R) et la classification internationale des maladies dans sa dixième version (CIM 10). C'est dans les années 60, pour la classification américaine et 70 pour la classification internationale, qu'elles émergent. Avec elles les tableaux cliniques se précisent et certaines entités cliniques apparaissent plus nettement. Les études épidémiologiques deviennent plus rigoureuses et donc réalisables, interprétables [87].

En France, la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA) est utilisée par les pédopsychiatres en concurrence des autres classifications. Elle se distingue des autres classifications notamment par le référentiel théorique qui la sous-tend. Le caractère a-théorique des classifications américaines est contesté par les auteurs de la CFTMEA qui y voient l'influence du courant cognitivo-comportementaliste. Sa mise au point a en partie été rendue nécessaire, pour ses auteurs, du fait de leur affiliation psychanalytique [78], [07], [67].

Une table d'équivalence entre la CFTMEA et la CIM 10 est fréquemment remise à jour et éditée par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. Elle est téléchargeable sur leur site [135].

Pour plus de clarté, nous nous appuyons principalement sur la classification CIM 10 pour présenter les pathologies de l'enfant et de l'adolescent. En effet, c'est la classification qui nous semble la plus familière à l'ensemble des psychiatres.

Données générales :

Dans une méta-analyse portant sur 49 études menées de 1963 à 1993, VERHULST conclut à un taux de prévalence moyen de 12,3% toutes pathologies confondues [129]. Néanmoins, ces études s'intéressant à la morbidité psychiatrique globale sont dans l'incapacité de fournir des informations discriminantes quant aux diverses pathologies et écartent certaines pathologies spécifiques, notamment l'autisme. 1 enfant sur 8 souffre ainsi de trouble mental, cette proportion devient de 1 sur 5 chez les adolescents.

Des études plus spécifiques ont permis de montrer des différences de fréquences entre divers sous groupes :

Selon le type de pathologies et l'âge de survenue : l'anorexie est par exemple rare chez l'enfant et voit son incidence augmenter massivement au cours de l'adolescence. Le trouble hyperactivité et déficit de l'attention, l'autisme infantile ont, a contrario, un âge d'apparition précoce.

Selon le niveau socio économique : l'appartenance à une classe sociale basse est de même corrélée à une prévalence de troubles psychiatriques accrue.

Le sexe est aussi un facteur de corrélation à certaines pathologies. Ainsi, les troubles extériorisés du comportement sont plus fréquents chez les garçons, les perturbations affectives et émotionnelles sont plus fréquentes chez les filles. Ces différences sont statistiquement solides et retrouvées dans plusieurs pays [37] [1].

Néanmoins, si des études transculturelles ont montré des invariants quant à la fréquence et à l'expression psychopathologique des troubles psychiatriques, l'appréciation par les adultes, elle, varie en fonction des différences culturelles [123] [31].

3.1.2. Les troubles envahissants du développement et l'autisme :

L'appellation « troubles envahissants du développement » (TED) regroupent dans les classifications internationales et américaines les psychoses infantiles classiquement décrites. En sont donc exclues les schizophrénies. Dans la CIM 10, l'autisme infantile, le syndrome d'ASPERGER, le syndrome de RETT appartiennent à cet ensemble. S'y rattachent aussi d'autres entités syndromiques « atypiques », « sans précision » ou « autres » ne pouvant rentrer dans un sous type de TED. Pour les TED « autres » et les « sans précision » les critères diagnostiques ne sont pas précisés.

Leur point commun est l'organisation psychotique des enfants qui en sont atteints. En effet l'ancienne appellation de psychose infantile regroupait l'ensemble de ces tableaux. Influencée par la psychanalyse, cette terminologie sous-tendait un « noyau psychotique » commun à l'ensemble de ces pathologies. Les classifications internationales et américaines par leur approche symptomatique rompent avec cette vision et identifient divers syndromes [87]. Pour autant, nombre de patients se voient porter le diagnostic, par défaut, de troubles envahissements « sans précision » ou « autres » qui regroupent plusieurs anciennes descriptions cliniques et psychopathologiques. La grande variabilité de leur évolution et de leur présentation clinique rendent souhaitable l'identification de sous groupes qui permettront de rendre compte de cette variabilité.

La CIM 10 classe les TED dans les troubles du développement psychologique : *« les TED sont un groupe de troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication, ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif. Ces anomalies qualitatives constituent une caractéristique envahissante du fonctionnement du sujet, en toutes situations. »*

Les points actuellement encore en discussion au sein de la communauté scientifique sont :

« La validité de la distinction entre le syndrome d'Asperger et l'autisme sans retard mental, dit « autisme de haut niveau » »

« Les catégories « autismes atypiques », « autres TED » et « TED, sans précision » ont des limites imprécises dont les relations avec l'autisme infantile sont discutées »

Afin de préciser ces tableaux, « des descriptions ont été proposées (Multiple Complex Developmental Disorders, dysharmonie multiple et complexe du développement) qui ne sont pas encore validées ; »

« La catégorie des « troubles désintégratifs de l'enfance » forme un groupe hétérogène dont une description plus précise serait nécessaire du fait de l'éventualité au sein de ce groupe d'encéphalopathies actuellement identifiables. » [62].

La CFTMEA regroupe dans un plus grand ensemble l'autisme et les troubles psychotiques, auxquels sont associés les schizophrénies, les troubles délirants, les troubles psychotiques aigus et les troubles thymiques (en fait les troubles bipolaires).

Dans son rapport de début 2010, la Haute Autorité de Santé (HAS) constate *« qu'en ce qui concerne spécifiquement les TED, l'apport sur le plan clinique de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et l'adolescent révisée (CFTMEA-R) ne fait pas consensus. Les termes « psychose précoce », ou « psychose infantile » et « psychose infantile précoce » sont contestés en raison des difficultés d'interprétation qu'ils entraînent. » [62].*

Les troubles envahissants du développement :

La prévalence de toutes les formes de troubles envahissants du développement est donc au minimum de 27,5/10 000. La prévalence des troubles envahissant du développement (TED) non spécifiés est estimée à 15/10000. Des études plus récentes et de meilleures qualités méthodologiques évoquent des chiffres proches de 70/10000 pour tous les TED. L'HAS donne des chiffres qui vont en ce sens puisqu'ils estiment que la prévalence des TED se situerait entre 6 et 7 pour 1000 [62].

L'Autisme :

Les premières études réalisées sur l'épidémiologie de l'autisme sont anglaises et datent des années 60. Comme le rappelle FOMBONNE [37] *« l'autisme touche quatre fois plus de garçons que de filles, est associé à un retard intellectuel dans environ 70% des cas, et survient dans toutes les classes sociales. Des facteurs génétiques encore mal connus sont impliqués*

dans l'étiologie. ». Il reprend 32 études réalisées dans 13 pays de 1966 à 2001 et publiées dans la littérature internationale. L'âge médian des enfants de ces études est de 8,3 ans sur des populations de tailles variables, de 826 à 899 750 individus (médiane 65 700). Il s'agissait d'études portant d'abord sur le dépistage procédé de diverses façons : questionnaires aux professionnels de santé ou de l'éducation, inspection de registres administratifs spécialisés ou de dossiers hospitaliers. Les enfants sélectionnés étant dans un second temps rencontrés afin que le diagnostic soit confirmé. Les moyens d'évaluation ont évolué en parallèle de l'évolution des critères et des classifications internationales.

On retient actuellement une prévalence de l'autisme à 10/10000. Mais dans un rapport récent l'HAS estime la prévalence de l'autisme infantile à 20/10000. Dans les années 1960-1970, la prévalence de l'autisme était alors de 4/ 10000. Cette différence s'explique de plusieurs façons : « *la modification des critères diagnostiques, l'amélioration du repérage par les professionnels des troubles du spectre de l'autisme dans la population générale, et le développement de services spécialisés.* » [62]. Le diagnostic est aujourd'hui posé par utilisation de l'ADI- R pour l'entretien puis l'ADOS pour compléter l'observation clinique. Les experts de l'HAS concluent qu'il est impossible de déterminer, de statuer sur l'augmentation ou non de l'incidence des TED.

Le syndrome d'ASPERGER lui, aurait une prévalence proche de 2,5/10000. Son diagnostic est parfois difficile et retardé. Les patients qui en sont atteints sont même parfois à tort considérés comme des patients atteints de schizophrénie [32].

Asperger et schizophrénie :

Il peut parfois être difficile de différencier ces deux pathologies, surtout lorsque la question du diagnostic survient à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Certains signes cliniques décrits dans le syndrome d'ASPERGER peuvent être considérés comme des signes cliniques de la schizophrénie : l'altération des interactions sociales, les capacités de communication, les intérêts restreints et les éléments de persécution. Un certain nombre d'éléments facilitent le diagnostic différentiel : l'âge d'apparition des troubles, les antécédents familiaux de troubles envahissants du développement, les conversations récurrentes autour de thèmes précis, les aspects pragmatiques du langage, le ton assez singulier, le manque

d'imagination et l'incompréhension des convenances sociales sont plus caractéristiques du syndrome d'Asperger [32].

3.1.3. Le trouble déficitaire de l'attention hyperactivité (TDAH) :

Né de l'observation de troubles du comportement et de l'attention chez des enfants présentant des lésions cérébrales (initialement d'encéphalite infectieuse), le prima d'un déficit neuro-cérébral reste l'hypothèse implicite actuelle de sa description clinique et de son traitement [87].

Ce trouble a été l'objet de remaniements conceptuels récents entraînant un accroissement spectaculaire de son diagnostic ces 15 dernières années.

La tradition psychiatrique française est plus restrictive que la conception américaine. Ce n'est que récemment que des études longitudinales, familiales, neuropsychologiques et génétiques se sont multipliées permettant de dégager de façon plus rigoureuse cette entité clinique, son épidémiologie et son traitement. Pour autant, si dans les classifications internationales ce trouble a été relativement bien circonscrit, sa pertinence clinique, psychopathologique et leurs corollaires thérapeutiques ne sont en France pas consensuels. La CIM 10 et le DSM IV, s'ils donnent des conceptions très proches de ce trouble, n'amènent pas aux même taux de prévalence. Si parmi les critères majeurs que sont les troubles de l'attention, l'hyperactivité et l'impulsivité, la CIM 10 exige la présence de symptômes dans les trois, le DSM IV, lui, ne requière la présence de symptômes que des deux domaines puisqu'il regroupe hyperactivité/impulsivité dans un même domaine. Le trouble hyperkinétique de la CIM 10 devient un sous type de TDAH du DSM IV.

Les études réalisées avec la CIM 10, plus proche des conceptions européennes de ce trouble, retrouvent un taux de prévalence voisin de 2% en période d'âge scolaire, avec une nette différence entre filles et garçons. Chez ces derniers, le taux de prévalence du trouble est voisin de 3-4%, alors que chez les filles il est plus proche de 1% [37]. Avec le DSM IV, le trouble hyperactivité avec déficit de l'attention, est d'une prévalence qui oscille entre 5 et 9% [87].

Evolution :

Classiquement, le trouble déficitaire de l'attention-hyperactivité a trois grands types d'évolution [18], [47] :

- Une évolution progressivement favorable, avec la disparition totale de la symptomatologie. Celle-ci peut avoir lieu au cours de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Cela concernerait environ 30 % des patients.
- Une persistance des symptômes à l'âge adulte dans environ 40 % des cas. Ils sont alors très fréquemment associés avec des difficultés sociales, relationnelles, scolaires puis professionnelles. Bien que le plus souvent modérées, elles grèvent le pronostic de ces patients en termes de qualité de vie.
- Dans 30 % des ces cas, l'évolution plus défavorable aboutit à une aggravation de la symptomatologie et l'apparition d'une personnalité antisociale, de toxicomanie, de comportements psychopathiques [112].

L'impact de ce trouble sur le développement et notamment sur la personnalité rendent complexe l'interprétation de la symptomatologie à l'âge adulte.

Certains facteurs sont identifiés comme pouvant faire craindre sa persistance à l'âge adulte. Les principaux sont : l'importance des troubles de l'attention, la sévérité des symptômes dans l'enfance, l'association à un ou des épisodes dépressifs majeurs dans l'enfance ou l'adolescence, les nombreuses comorbidités, les troubles anxieux chez le père et une personnalité antisociale chez un des parents.

Par ailleurs, le risque de mésusage du méthylphénidate, la fréquence des comportements toxicomaniaques, avec ce produit ou d'autres produits stupéfiants, rendent problématique sa prescription au long court et son arrêt.

Ainsi, dans le cadre de notre travail, les questions autour du TDAH sont nombreuses, complexes et débordent pour une part son cadre : un sous diagnostic grève-t-il l'évolution de ces patients ? Certains troubles de la personnalité, de conduites addictives ou de conduites antisociales de l'adulte sont-elle le fait de TDAH méconnus et non traités ?...

L'évolution du trouble hyperkinétique n'est pas sans lien avec les présupposés et implicites liés à sa description clinique. Il s'agit d'une entité catégorielle, basée sur la présupposition d'un déficit neurocérébral dont le traitement est de ce fait essentiellement pharmacologique. Sur un plan psychodynamique, il n'est pas possible d'en fournir une compréhension holistique. L'intrication de facteurs psycho-sociaux, d'évènements de vie, la grande fréquence de comorbidités font que la validité de ce syndrome reste incertaine pour un grand nombre de psychiatres français. Et malgré une existence syndromique incontestée, son existence clinique est de ce fait très variablement reconnue dans sa pertinence psychopathologique. La fréquence de son diagnostic est donc très variable ainsi que l'utilisation de sa pharmacopée. LEBOVICI le prend même comme exemple paradigmatique du diagnostic conduisant de façon « quelque peu simpliste » à une prescription chimiothérapique ! Il est ainsi le témoin de crispation théorique persistante entre les diverses « obédiences » référentielles.

Le Conseil Economique, Social et Environnemental dans son rapport de 2010 recommande « *d'utiliser le terme d'hyperactivité avec beaucoup de prudence devant le risque de diagnostic par excès* » [14].

3.1.4. La schizophrénie de l'enfant :

La schizophrénie de l'enfant est une entité clinique particulière et dont la place n'est pas encore bien définie au sein de la nosographie pédopsychiatrique actuelle. Il est question de délimiter les champs des troubles envahissements du développement et de la schizophrénie.

Schizophrénie très précoce et schizophrénie de l'adolescence :

Pour ce qui est de la schizophrénie chez l'enfant, il faut distinguer deux grands contextes et moments d'apparition d'une telle pathologie : Les schizophrénies infantiles ou schizophrénie à début très précoce et les schizophrénies précoces de l'adolescence. Pour les premières, elles apparaissent durant la seconde enfance, le plus souvent entre 5 et 13 ans. Leur existence et définition, leur diagnostic, font débat au sein des pathologies psychotiques de l'enfant. Pour les secondes qui débutent à l'adolescence leur existence et leur diagnostic font nettement moins débat.

Cela dit, cette précision ne suffit pas à elle seule pour éclaircir le tableau. Les schizophrénies de l'enfant ou de l'adolescent, étaient auparavant intégrées dans le cadre des psychoses infantiles, avec l'autisme et les autres psychoses. Ce n'est que récemment, avec l'apparition et l'utilisation plus systématique des classifications catégorielles (CIM 10 et DSM IV aujourd'hui) que la schizophrénie de l'enfant a une existence à part entière [74], [132].

Ainsi, la schizophrénie à début très précoce est d'une prévalence très faible. Elle serait de l'ordre de 1,6/100000 et de 1,9/100000 chez les enfants de moins de 12 ans [46]. 1% des troubles schizophréniques débutent avant l'âge de 10 ans [108]. L'incidence et la prévalence de la schizophrénie augmentent fortement après 14-15 ans. Pour autant, il semble que la schizophrénie ne se déclare que de façon minoritaire avant l'âge de 18 ans. Ce que confirme une étude de 2001 qui retrouve que 0,23% des individus adultes de 20 ans atteints de schizophrénie avaient été hospitalisés avec le même diagnostic entre 13 et 19 ans [46].

Schizophrénies de l'enfant et TED, schizophrénies de l'enfant et schizophrénies de l'adulte : Schizophrénies de novo et schizophrénies post psychoses infantiles :

La question de la place de la schizophrénie de l'enfant est posée par plusieurs auteurs : Les schizophrénies de l'enfant doivent-elles être « *plutôt du côté de l'autisme et des troubles envahissants du développement ? Elles peuvent en être une des modalités évolutives et il n'y a pas de schizophrénie avant l'âge de neuf ans sans signe antérieur d'autisme ; ou bien plutôt du côté des schizophrénies d'adultes dont elles peuvent être le précurseur, dans le cadre de formes précoces (avant 18 ans) ou très précoces (formes prépubaires, avant 10, 11 ou 13 ans, selon les études) ?* » [49].

Certains auteurs cherchent à identifier les particularités cliniques présentées par des patients schizophrènes dont les troubles ont débuté à l'adolescence. Il en ressortirait deux groupes présentant une symptomatologie délirante distincte : d'un côté des patients manifestant une symptomatologie schizophrénique à l'adolescence dans les suites d'une psychose infantile, d'un autre, ceux présentant une symptomatologie schizophrénique à l'adolescence, de novo.

Dans le premier cas l'hypothèse psychopathologique formulée est la construction d'une néoréalité délirante destinée à lutter contre la « *menace de la séparation d'avec l'objet* » [48]. Le délire venant ainsi « *combler le vide laissé par le désinvestissement des représentations d'objet en protégeant le sujet d'une désorganisation plus complète* ». [48] Dans le second, « *la néoréalité schizophrénique (...) s'impose là aussi pour remplir le vide* » [48] mais avec un objectif opposé : laisser à l'écart l'objet potentiellement dangereux par la crainte de l'intrusion destructrice qu'il suscite.

Dans le premier groupe le délire serait construit pour combler l'espace intersubjectif. Les éléments autistiques restent importants, les hallucinations seraient essentiellement sensorielles et cénesthésiques, peu auditives ou visuelles. Les angoisses sont essentiellement des angoisses de séparation, de perte d'objet mais aussi parfois de néantisation et de démantèlement.

Dans le second groupe, les thèmes mégalomaniaques, messianiques ou de filiations viendraient prendre la place de la réalité, cette fois, dans une mise à distance du monde

extérieur. Les patients dans le cadre de leurs délires « *clamant à hauts cris leur autonomie psychique, leur réalité propre* » mise en péril [48].

Facteurs prémorbides durant l'enfance :

Les antécédents prémorbides de la schizophrénie sont particulièrement étudiés ces dernières années. Il s'agit d'identifier des marqueurs de vulnérabilité permettant de proposer au plus tôt une prise en charge adaptée. Il est recherché les aspects cliniques et psychopathologiques mais aussi les troubles du développement psychomoteur, des interactions, du langage ou bien encore du fonctionnement cognitif et neurologique.

Une méta-analyse de 2010 liste l'ensemble des signes cliniques prémorbides étudiés dans la littérature. Aux facteurs cités plus haut, il faut ajouter les troubles du développement, les troubles du langage, les troubles du comportement, les troubles cognitifs, des signes neurologiques mineurs, des signes paracliniques (imagerie, neuroendocrinologie, électrophysiologie). Un des éléments mis en exergue est l'existence d'un sous-type de schizophrénie, les schizophrénies précoces, par l'importance des antécédents de ce sous type. Par ailleurs, la répartition de ces antécédents est dimensionnelle et le fonctionnement prémorbide ressort ainsi comme « *la variable prédictive la plus importante pour l'évolution de la maladie* » [126]. Il est pourtant impossible aux auteurs de l'étude de fournir des données chiffrées précises tant la méthodologie de ces études varie. Enfin, ils s'interrogent sur les liens ainsi révélés entre schizophrénie et TED, entre schizophrénie et personnalité prémorbide [126].

Dans une étude de 2008 posant la question : « *psychoses à l'adolescence, les neurosciences améliorent-elles la prédiction ?* » ses auteurs répondent par la négative et invitent à un changement de paradigme basé sur la mise au point d'endophénotypes homogènes (Les endophénotypes sont des « traits » cliniques ou biologiques « intermédiaires » dits « endogènes » ou internes, plus simples, plus élémentaires, que les phénotypes cliniques et plus proches des conséquences des gènes et de leurs polymorphismes [61] et ce indépendamment des variabilités d'expressions cliniques.).

En effet ils considèrent, au vue des données de la science, que malgré les nombreux arguments plaidant pour une hypothèse neurodéveloppementale de la schizophrénie, « *la valeur prédictive des marqueurs ou facteurs identifiés reste à l'heure actuelle encore insuffisante.* » [64].

3.1.5. La dépression :

L'épidémiologie des troubles dépressifs de l'enfant est difficile à établir car une partie des critères permettant de les évaluer est commune à ceux des troubles anxieux. Concernant l'épidémiologie de la dépression de l'enfant, on retrouve des chiffres, pour les épisodes dépressifs majeurs, qui oscillent entre 0,5 et 3 % de la population. Ces chiffres sont établis en ne prenant en compte que les études récentes et utilisant des critères rigoureux. Ces variations s'expliquent essentiellement par la variabilité du mode de recueil et des populations concernées (les âges pris en compte) [36] [56] [40]. Dans la population des consultants, la fréquence est de 20-25 % et est souvent plus importante pour les garçons que pour les filles.

Concernant les adolescents, si l'humeur dépressive très fréquente est estimée de 28 à 44% selon les auteurs [88] [90], l'épisode dépressif majeur, lui, est nettement plus rare. Comme pour l'enfant, les études épidémiologiques retrouvent des prévalences variables selon que l'on interroge les sujets ou leurs parents. Ainsi la dépression majeure chez l'adolescent, selon la période interrogée (de trois mois à la vie entière), varie suivant les études de 0,03 % à 18,5% ! Il semble qu'une prévalence moyenne de 3 % pour les adolescents de 12 à 18 ans puisse être retenue [37].

Si le plus souvent les dépressions de l'enfant restent isolées, à l'inverse, pour 42% des enfants ou adolescents qui se voient porter le diagnostic de Trouble Bipolaire type 1, il est retrouvé un antécédent de dépression [26]. Comme chez l'adulte, le statut d'un premier épisode dépressif reste indéterminé quant à l'éventualité d'un trouble bipolaire sous-jacent. Des études récentes tentent d'individualiser des sous types cliniques permettant avec plus d'assurance de suspecter un trouble bipolaire [103].

Il semble clair que la dépression dans l'enfance ou l'adolescence soit un facteur de risque majeur de dépression à l'âge adulte. Il est décrit jusqu'à 75 % de rechute dans certaines

études tous types de dépressions confondues [60] [40]. Il apparaît que les troubles du comportement, associés à la dépression pendant l'enfance ou l'adolescence, soient un facteur déterminant dans le développement d'un trouble de la personnalité antisociale, de toxicomanie ou d'alcoolisme chronique [40].

3.1.6. Le trouble bipolaire :

Son existence à longterm a été débattue, son diagnostic est complexe et pour certains auteurs impossible à poser autrement que rétrospectivement [41]. Un bref rappel des dénominations qui ont eu cours depuis les années 50 éclaireront notre propos. Dans la littérature, on peut ainsi retrouver les formulations de psychose affective, de psychose dysthymique (dans la classification française des troubles mentaux de 1988), de psychose maniaco-dépressive, ou de façon plus vague, de maladie maniaco-dépressive [88].

Actuellement, c'est le terme de maladie bipolaire qui semble faire consensus. En fait, ces dénominations traduisent des visions psychopathologiques différentes et comme le regrette MARCELLI [88], l'analyse actuelle des « *situations où l'on accumule des cas cliniques d'enfants avec « troubles dysthymiques et troubles des conduites associés » pour apporter la preuve de l'existence d'une maladie bipolaire dans la continuité de l'enfant à l'adulte apparaît plus comme un enjeu théorique et dogmatique que comme une réalité clinique.* ». Cet aspect est important quand il s'agit de discuter le devenir des troubles bipolaires de l'enfant à l'âge adulte. Il est même essentiel dans les interprétations que l'on porte sur les données épidémiologiques.

Les chiffres que nous allons ici reporter sont à prendre avec toute la retenue nécessaire. Pour justifier ce propos, il suffit de garder à l'esprit qu'entre 1993 et 2003, la prévalence de la pathologie appelée aujourd'hui trouble bipolaire de l'enfant a été multipliée par 40 aux Etats-Unis ! De plus comme le souligne MARCELLI, son diagnostic est difficile et encore souvent rétrospectif [87].

En France et en Europe, dans les études réalisées sur les enfants et adolescents, la valeur statistique des résultats est si faible que certains auteurs considèrent qu'il est nécessaire de partir des données épidémiologiques chez l'adulte, pour estimer indirectement la prévalence du

trouble bipolaire chez les patients de moins de 18 ans. Les prévalences sont ainsi déterminées par la prise en compte de l'âge de début des troubles rapporté par les patients devenus adultes [37].

De 0,5 à 1% des troubles bipolaires se déclareraient avant l'âge de 13 ans, soit une prévalence d'environ 3/ 100 000. Pour les jeunes de 15 à 19 ans, le risque de développer un trouble bipolaire est indirectement estimé à 0,25% [37]. Il est nécessaire d'ajouter que l'âge moyen de début des troubles bipolaires se situe entre 20 et 30 ans [8]. Dans une étude rétrospective de 2000, 27% des patients ont eu un début des troubles avant l'âge de 18 ans [113].

En réponse à ces difficultés diagnostiques et afin de proposer une prise en charge adaptée dès le début des troubles, de nombreux travaux ont été réalisés ces dernières années dans le but d'identifier les formes précoces de bipolarité. De même, de nombreux auteurs ont travaillé sur les comorbidités du trouble bipolaire ou sur les pathologies pouvant avoir une évolution vers la bipolarité. Nous présentons ci-après les résultats significatifs de tels travaux.

Bipolarité et TDAH :

Une revue de la littérature de 2005 infirme la possibilité d'une vulnérabilité commune entre ces deux troubles. La présentation clinique, l'évolution, diffèrent. Néanmoins, la majorité des études sont rétrospectives et présentent des biais méthodologiques (fréquemment de petits effectifs...) [23].

Bipolarité et pathologies prémorbides :

Une étude prospective récente, publiée en décembre 2009, montre que chez des adolescents et jeunes adultes de 12 à 20 ans pour lesquels le diagnostic de Trouble Bipolaire type 1 a été posé sur un épisode mixte ou maniaque, 42% d'entre eux avaient un antécédent d'épisode dépressif (à un âge moyen de 11-12 ans), 16 % avaient un antécédent d'épisode psychotique aiguë et 4 % de TDAH [26]. Comme chez l'adulte cette étude nous rappelle la difficulté de statuer sur le cadre nosographique d'un épisode dépressif. Cela rejoint le point de vue de nombreux pédopsychiatres. Une étude américaine de 2006 pointe les difficultés

diagnostiques de la bipolarité, particulièrement chez l'adolescent prépubère, et invite à la poursuite de recherches, notamment sur l'impact des facteurs familiaux, sur la iatrogénie des traitements et sur la difficulté à obtenir des informations anamnestiques fiables... [19].

Dans plusieurs études récentes, des sous-types cliniques tentent d'être identifiés. Ainsi il y aurait d'un côté, les formes à début précoce, débutant par un épisode dépressif, dont l'évolution est émaillée d'épisodes thymiques d'évolution et de symptomatologie atypique. D'un autre côté, les formes apparaissant à l'adolescence, dont la clinique est proche de celle de l'adulte [103].

Dans une étude de 2010 des psychiatres d'adultes tentent, à l'image de ce qui se fait de manière plus courante pour la schizophrénie, de repérer les éléments cliniques évoquant une phase prodromale du trouble bipolaire. Bien qu'ils aient pu identifier des éléments cliniques pertinents, leur spécificité est insuffisante pour permettre un dépistage. Déterminer les sujets à risque, revient à confronter aux risques génétiques, les éléments cliniques qu'il faut extrapoler des classifications actuelles. Pour le moment, il semble qu'il n'y ait pas pour autant de prise en charge spécifique à promouvoir, tant sur le plan institutionnel que psychothérapeutique ou psychopharmacologique [34].

Dans une autre étude de 2004, il est présenté des sous-groupes d'âges destinés à définir des profils génétiques homogènes pour des recherches futures. Il en ressort 3 sous-groupes. Un premier, les adolescents autour de 17 ans, un second les jeunes adultes autour de 25 ans et un troisième d'adultes autour de 40 ans. Pour autant, les limites de significativité de ces groupes homogènes amènent à des écarts types incluant les âges des groupes adjacents. Nous ne pouvons donc qu'être réservés sur leur utilisation discriminante [9].

Devenir du trouble bipolaire :

Dans une étude de 2009 sur le devenir à 5 ans, après un premier épisode mixte ou maniaque, 91 % des patients avaient rechuté, pour 61 % d'entre eux le diagnostic de trouble bipolaire était maintenu, 18 % avaient un diagnostic de trouble schizoaffectif et 20 % un diagnostic de schizophrénie [26].

Si nous avons donné quelques résultats d'études rétrospectives et prospectives ces dernières restent rares ou difficiles d'interprétation.

3.1.7. Les troubles anxieux et obsessionnels compulsifs :

Selon des statistiques réalisées par l'INSERM lors d'une expertise collective en mars 2003 sur la population des adolescents de 15 à 19 ans (4 millions d'individus), 5 % des adolescents souffrent de troubles anxieux. La grande variabilité des traductions cliniques rend compte de la difficulté liée aux diagnostics des troubles anxieux. En effet il peut s'agir de troubles du sommeil, de la mémoire, d'attaques de panique, de phobies sociales ou encore de phobies scolaires.

Certains auteurs soulignent l'importance des états de stress post-traumatique à la source de certains troubles anxieux. Ses états de stress post-traumatique sont fréquemment retrouvés chez les jeunes adultes qui présentent des troubles du comportement, des comportements additifs. Ces troubles étant finalement l'expression d'une souffrance dépressive [69]. Ainsi dans le rapport de l'INSERM cité ci-dessus « *les experts constatent que c'est trop souvent la survenue de complications comme le refus scolaire, les troubles de l'adaptation sociale ou du comportement, les tentatives de suicide ou les troubles dépressifs qui mènent, tardivement, au diagnostic des troubles anxieux de l'enfant.* »

FOMBONE, par une analyse des prévalences globales des troubles anxieux, retrouve un taux de 5% entre les âges de 5 à 18 ans [37].

3.1.8. Les troubles des conduites alimentaires :

Généralités nosographiques :

Une difficulté pour avoir des chiffres fiables est liée à l'évolution continue des critères permettant de faire le diagnostic de ces pathologies. Le DSM III puis le DSM III-R et enfin le DSM IV introduisent des modifications critériologiques. Une perte de poids de 25 kilos est nécessaire dans le DSM III, et passe à 15 dans le DSM III-R, pour poser le diagnostic. De même, pour la boulimie, si le DSM III ne requérait pas de fréquence des fringales, elle a été introduite dans le DSM III-R puis dans le DSM IV. L'épidémiologie de ce dernier trouble est très variable dans les études selon la prise en compte de ces critères. Il faut ainsi distinguer les comportements boulimiques occasionnels avec des « crises » de fréquence variable, de la boulimie telle que décrite dans les classifications.

L'anorexie mentale :

C'est une pathologie essentiellement féminine (dans 90 à 97% des cas selon les études). Son âge de survenue connaît deux pics 15-16 ans et 17-18 ans. La prévalence, difficile à évaluer, est estimée de 0,1 à 0,5 % selon les études et semble stable [88] [58]. FOMBONNE dans une méta-analyse estime celle-ci autour de 1,8/1000 chez les jeunes filles de 15 à 19 ans [37].

La boulimie :

Si la prévalence de symptômes isolés est très présente dans la population des jeunes adultes (environ 25%), la prévalence moyenne de la boulimie définie selon les critères du DSM III-R est de l'ordre de 1% [24].

Évolution :

L'évolution de l'anorexie mentale est variable et dépend des formes cliniques. Les formes mineures, fréquentes, évoluent le plus souvent favorablement en quelques mois. Pour

les formes graves, aboutissant à une véritable cachexie, le pronostic est plus réservé. Dans 5 à 7% des cas, elle peut être mortelle [104].

Dans les formes moins sévères, ne s'accompagnant pas d'une organisation de la personnalité trop pathologique, on note des évolutions en « dent de scie » faites de bonne récupération et d'aggravation. Des études de suivis concordent et révèlent que 40% à 60% des patients ont une évolution favorable durable. Les autres patients sont victimes de rechutes et d'améliorations rémittentes. Les inquiétudes sur le poids et l'alimentation restent très présentes pour deux tiers d'entre eux [63] [68] [5].

L'association anorexie-boulimie est très fréquente et près des trois quarts des patientes anorexiques présentent ou présenteront des symptômes boulimiques. Le risque de décès, par suicide ou des complications liées à la dénutrition est proche de 5% par an [125].

L'évolution de la boulimie est moins connue et les débats autour des critères de diagnostics amènent, comme pour le diagnostic, à des prévalences très variables. Elle semble meilleure que pour l'anorexie avec moins de décès (1%) et une régression symptomatique plus fréquente. L'évolution favorable concerne entre 60 et 75% des patients [35] [63].

3.1.9. Le suicide et les tentatives de suicide :

Le suicide :

La France fait partie des pays à fort taux de mortalité par suicide parmi les pays occidentaux. Il représente la seconde cause de décès derrière les accidents de la route, soit 16 % des décès chez les 15-24 ans. Il s'agit essentiellement de garçons (78% des décès par suicide). Si la mortalité générale des 15-24 a fortement diminuée depuis les années 80, celle par suicide reste stable [88].

Ces données déterminées par l'examen des certificats de décès maintiennent une incertitude quant au taux exact de décès par suicide. En effet, en 1993, 519 garçons et 176 filles sont décédés de manière accidentelle ou de causes inconnues ou non déclarées. L'on peut donc penser à une sous-évaluation du taux exact de suicide chez cette population [4].

Une étude cherchant à déterminer de manière rétrospective la présence d'un trouble mental chez des jeunes de 13 à 19 ans s'étant suicidés, retrouve la présence d'un trouble psychiatrique chez 94% d'entre eux (51 % de dépression, 26 % d'alcoolisme, 21 % de trouble de l'adaptation) [91].

Les tentatives de suicides :

En France, entre l'âge de 15 et 24 ans on évalue la morbidité par tentative de suicide à 0,5% chez les filles et 0,2% chez les garçons. Ainsi 3 % des filles et 1,5 % des garçons ont fait au moins une tentative de suicide à l'adolescence [88].

Une enquête de l'INSERM de 1994 donne des chiffres plus alarmants : 5 % des garçons et 8 % des filles de 11 à 19 ans soit 6,5% de l'ensemble, auraient fait une tentative de suicide ; 1,8% en auraient fait plusieurs [24]. Si la mortalité par suicide augmente avec l'âge, l'incidence des tentatives est à l'inverse maximale chez les adolescents et les jeunes adultes. « *Il y aurait chez les 15-24 ans environ 30 tentatives (15 chez les garçons et 85 chez les filles) pour un suicide effectif (mais 800 victimes au total chaque année)* » [114].

Les études recherchant la présence d'idées noires ou d'idées suicidaires sont éloquentes : une étude américaine de 1993 retrouve que 24 % des lycéens rapportent avoir eu des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois précédant l'entretien, 19% ont fait des plans précis, 8,6% ont fait une tentative et seulement 2,7% ont eu une consultation médicale à la suite d'une tentative [73].

Devenir des suicidants :

S'intéresser au devenir des enfants et des adolescents suicidants n'est pas chose aisée. Et comme le note MARCELLI « *le pronostic à distance des tentatives de suicide de l'adolescent est très difficile* » [88]. Il l'explique par le faible taux de réponses des adultes sur leurs antécédents psychiatriques.

Une étude indirecte réalisée en Suède dans les années 70 par OTTO montrait que chez des enfants ou adolescents suicidants, le pourcentage de décès, est significativement plus élevé que dans la population générale (qu'il s'agisse de gestes suicidaires, de décès par accidents ou maladies). 11,3 % des garçons et 3,9% des filles sont ainsi décédés, contre respectivement, 1,6 et 1,8 % dans la population témoin. Ces chiffres contredisent l'hypothèse de gestes suicidaires à comprendre dans le cadre d'une « *crise maturationnelle normale à cet âge* » [88].

Or, comme s'en étonne le rapporteur du rapport de 2003 commandé par le Sénat français sur « l'adolescent en crise », « *seul un quart des suicidants a eu un contact avec un service de soins après la tentative* » [114].

3.1.10. Les abus de substances :

Les chiffres reproduits ici sont consultables sur le site de l'observatoire français des drogues et des toxicomanies [137].

En 2008, 13,6% des garçons et 4% des filles de 17 ans déclaraient consommer de l'alcool régulièrement (plus de 10 fois lors des 30 derniers jours), soit pour l'ensemble un taux de 8,9%. Ce niveau est en dessous de ceux observés 8 ans plus tôt. Des ivresses répétées sont déclarées pour 25,6 % des jeunes de 17 ans en 2008, principalement des garçons.

En 2008, 10,7% de jeunes garçons et 3,9% des jeunes filles de 17 ans se déclaraient consommateurs réguliers de cannabis, soit un taux global de 7,3%. A noter que la consommation baisse régulièrement ces dernières années, et qu'elle est de 25% plus faible qu'il y a 8 ans.

En 2008, parmi les jeunes de 17 ans, 3,3 % ont expérimenté la cocaïne, 2,9 % ont expérimenté l'ecstasy, 1,1 % ont expérimenté l'héroïne.

Concernant le tabac, 28,9 % des adolescents de 17 ans se disent consommateurs réguliers de tabac.

Enfin, si l'expérimentation du tabac (70,7% des jeunes de 17 ans) et du cannabis (42,2% des jeunes de 17 ans) diminuent entre 2005 et 2008, elle augmente pour l'expérimentation de la cocaïne (3,3% des jeunes de 17 ans) et de l'ivresse alcoolique (59,8% des jeunes de 17 ans).

3.1.11. Perspectives :

Pour clore cet aperçu sur l'épidémiologie des troubles psychiatriques de l'enfant et de l'adolescent il convient de citer le plan « psychiatrie et santé mentale 2005-2008 » qui regrette que : *« L'épidémiologie en psychiatrie reste encore très peu représentée, puisque, hormis quelques membres d'équipes ou d'unités et chercheurs impliqués personnellement dans ce champ ainsi que des hospitalo-universitaires concernés, aucune structure spécifiquement dévolue à cet axe n'existe en France. »*.

Les données épidémiologiques propres au champ pédopsychiatrique gagneraient à être précisées par des études plus ambitieuses et le devenir des pathologies de l'enfant ne mériterait pas moins d'être plus étudié.

Par notre présentation des enjeux récents concernant la schizophrénie, les troubles bipolaires mais aussi les troubles envahissants du développement, des problèmes théoriques et scientifiques encore vacants ou incertains ont été mis en exergue, notamment quant à leur émergence et leur détection précoce. Il s'agit pourtant de pathologies graves et chroniques étudiées depuis très longtemps.

Par la lecture de quelques articles récents, présentés dans ce travail, il apparaît clairement que les modalités futures de leur compréhension nécessiteront de plus intenses et riches échanges entre pédopsychiatres et psychiatres d'adultes.

Tableaux 1 et 2 :

Tableaux récapitulatifs de l'épidémiologie des troubles psychiatriques de l'enfant repris de l'article de FOMBONNE de 2005 [37].

Tableau 1. Nombre d'enfants et d'adolescents souffrant d'un trouble psychiatrique :

Agés	Total population^a	Autisme et PDD^b	ADHD^c	Anxiété^d	TOC^e
0 à 2 ans	2 175 326	2 969			
3 à 5 ans	2 154 419	5 882	14 296	35 740	
6 à 10 ans	3 736 596	10 201	74 732	186 830	3 432
11 à 14 ans	3 110 095	8 491	62 202	155 505	17 939
15 à 16 ans	3 967 703	10 832	39 677	198 385	39 677
Total	15 144 139	38 374	190 907	576 459	61 048

Tableau 1

^a Population au 1^{er} janvier 2000

^b Le taux retenu est de 27,3/10 000 ; ce taux a été divisé par deux pour les 0-2 ans pour rendre compte de la manifestation progressive des troubles autistiques avant l'âge de 3 ans.

^c Le taux est de 2% à l'âge scolaire et au début de l'adolescence. Le taux a été fixé à 0 chez les 0-3 ans, à 1% chez les 4-5 ans, puis à 1% de nouveau à partir de 15 ans.

^d Le taux a été fixé à 2,5% pour les 4 et 5 ans, et à 5% pour les 6 ans et au-delà.

^e Le taux est de 0,15% pour les enfants de 8 à 12 ans, et de 1% pour les jeunes de 13 ans et plus.

Tableau 2. Nombre d'enfants et d'adolescents souffrant d'un trouble psychiatrique :

Ages	Total population	Dépression^f	Anorexie^g	Boulimie^h	Schizophrénie et trouble bipolaireⁱ
0 à 2 ans	2 175 326				
3 à 5 ans	2 154 419				
6 à 10 ans	3 736 596	15 143			121
11 à 14 ans	3 110 095	34 995			1 624
15 à 16 ans	3 967 703	127 703	3 571	12 218	19 839
Total	15 144 139	177 841	3 571	12 218	21 583

Tableau 2

^f Le taux est de 0,5% pour les enfants de 7 à 11 ans, de 1% pour les enfants de 12 à 13 ans, de 2% pour les jeunes de 14 à 15 ans, de 3% pour les jeunes de 16 et 17 ans, et de 4% pour les jeunes de 18 à 19 ans.

^g Le taux est de 0,9/1000 (correspondant à un taux de 1,8/1000 chez les jeunes filles).

^h Le taux est de 0,5% (correspondant à un taux de 1% chez les jeunes filles) à partir de 17 ans.

ⁱ Le taux est de 4/100 000 pour les enfants de 7 à 12 ans ; de 1/1000 pour les enfants de 13 et 14 ans ; et de 0,5% à partir de 15 ans.

3.2. Des pathologies psychiatriques de l'enfant à celles de l'adulte :

3.2.1. Histoire et implications :

Quelques rappels sur l'histoire institutionnelle de la pédopsychiatrie :

Les enfants qualifiés d'« idiots », avant la fin du XIX^e siècle étaient abrités dans les hôpitaux généraux [107]. Les asiles créés par la loi de 1838, ne font pas de différence entre les enfants et les adultes. Quelques psychiatres tentèrent de séparer enfants et adultes, pour autant un rapport de 1875 déplorait que seule une douzaine d'asiles français n'ont créé de quartiers destinés aux enfants [131].

L'émergence de la pédopsychiatrie fut lente et la première chaire de psychiatrie de l'enfant ne fut créée qu'en 1948. L'essentiel des lits de pédopsychiatrie fut longtemps au sein des asiles puis des hôpitaux psychiatriques *« des lits de défectologies où les enfants psychotiques et autistes côtoyaient des patients présentant des pathologies neurologiques »*. *« Tout l'enjeu institutionnel de la psychiatrie infantile moderne fut de sortir de ces pratiques asilaires tout en développant, à partir de 1972, une politique de secteur basée sur une approche psychodynamique »* [131].

Histoire récente :

La conséquence principale de la politique de secteur, sur l'offre de soins, est la fermeture de nombreux lits. Entre 1986 et 2000, le nombre de lits passe de 5380 à 1604, soit presque 71 % de diminution. Si sur les 320 secteurs de pédopsychiatrie français, 155 avaient des lits d'hospitalisation temps plein en 1995 ils ne sont plus que 129 en 2000. De même, les durées de séjour diminuent fortement [30].

Sur les 432 000 enfants et adolescents suivis par la pédopsychiatrie de secteur en 2000, 85% le sont strictement en ambulatoire [30]. Il y a une grande disparité entre les départements et certains n'ont aucun lit.

La situation en Loire Atlantique :

En Loire Atlantique, le nombre de lits d'hospitalisation temps plein pour enfant et adolescent de moins de 16 ans en structure spécifique est actuellement de 12 places (il y a encore quelques mois, ces places étaient limitées à 10) dont 1 lit destiné à accueillir les situations d'urgence. Les hospitalisations y sont de trois natures différentes : en réponse à l'urgence, programmées ou en vue de la réalisation d'un bilan. Au niveau national, 41% des services d'hospitalisation de pédopsychiatrie ont des places destinées aux urgences, 89% de celles-ci en ont pour la réalisation de « bilans » [131].

Le devenir des enfants souffrant d'une pathologie mentale est sous-tendu par la question du passage de relais entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte. Les enjeux sont ici multiples : l'expérience en service de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte montre que toutes les pathologies psychiatriques développées dans l'enfance ne perdurent pas à l'âge adulte et que tous les enfants suivis par les services de pédopsychiatrie n'auront pas de lien avec les services adultes, bien au contraire.

Une difficulté majeure procède de la délimitation de la fin de l'adolescence et du début de l'âge adulte. Cette délimitation bien que pouvant être considérée comme arbitraire sur le plan psychopathologique, est capitale à réfléchir du fait de la nature de la réponse psychiatrique qu'elle implique. Notamment lorsqu'il s'agit de définir l'âge considéré comme nécessaire ou le moment considéré comme opportun d'un relais vers la psychiatrie adulte. Dans les diverses situations susceptibles d'amener ce relais de prise en charge, qu'il concerne une pathologie de l'adolescence ou non, des impératifs légaux et institutionnels ne sont pas discutables et font office de frontière : la majorité civile, l'âge limite d'accueil dans certaines structures pédopsychiatriques...

3.2.2. Les frontières entre l'enfance et l'âge adulte :

A cette question, diverses réponses peuvent être apportées selon que l'on cherche à y répondre par des arguments légaux, psychopathologiques ou sociétaux. Chaque champ à sa réponse et sa cohérence, et à ce titre, ne recouvre pas toujours celles des autres.

Or si l'on souhaite s'intéresser au passage de soins de l'enfance à ceux des adultes, il est nécessaire de préciser ce qui définit un enfant puis un adulte en psychiatrie. Il est aussi nécessaire de confronter le cas échéant, les définitions que se donnent les professionnels qui sont en charge de ces patients et pour lesquels ils organisent des relais.

Dans les manuels traitant de l'adolescence, il est ordinairement fait allusion aux « pathologies du lien » en rapport aux enjeux identitaires, d'autonomisation... Ces questions ne sont pas circonscrites en termes d'âges et l'acquisition du statut d'adulte, légalement défini, tout comme l'arrêt des soins pédopsychiatriques par les limites d'âges que les structures se donnent, interfèrent avec cette problématique.

Tout au long du XIX^e « *la puberté restera, le plus souvent, pris en charge par les institutions médicales pour adultes* » [6]. Celle-ci marquait une frontière claire entre l'enfant et l'adulte tout comme les caractères sexuels secondaires chez le garçon.

Alors que les statuts d'enfants, d'adolescents, d'adultes, définissent des âges de la vie distincts, les notions d'enfance, d'adolescence font allusion à des processus. Si les premiers ont des frontières relativement nettes, les seconds ont des limites plus floues. Pour autant, « *l'enfance est un phénomène de nature, l'enfant est un phénomène de culture.* » [28]. Il y a donc d'un côté l'enfant puis l'adulte qui sont des âges de la vie culturellement définis, de l'autre l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte qui sont des processus spécifiés par des données biologiques liés à l'espèce.

Ainsi « *la distinction entre l'enfance du côté de l'ancrage biologique et l'enfant du côté de l'insertion anthropologique, permet de déplier l'objet de la pédopsychiatrie. La pédopsychiatrie travaille sur le travail mental qui s'impose à chaque petit de l'espèce humaine. C'est parce qu'il a du mal à accomplir le passage à travers les lois de la nature dans l'enfance*

pour se construire comme un enfant dans sa culture, que la plupart du temps nous le rencontrons en consultation. » [28].

Pour une part ce relais est le reflet de ce changement d'« état », pour une autre, il en est la conséquence.

Si l'on définit l'adolescence comme la dernière phase de développement d'un enfant avant son entrée dans l'âge adulte, les différentes frontières de l'adolescence peuvent ainsi être regroupées (reprise de l'article de GUEJ de 2005) [55] :

Pédiatrie/médecine	15 ans 3 mois
Scolarité obligatoire	16 ans
Psychiatrie enfant/adulte	16 ans
Mariage (filles)	16 ans 3 mois
Services pour adolescents	16-25 (parfois 35 ans)
Majorité légale	18 ans
Hospitalisation à la demande d'un tiers	18 ans
Mariage (garçons)	18 ans
Nouveaux médicaments psychotropes	18 ans
Allocations Adulte Handicapé	20 ans
Contrat jeune majeur	21 ans
RSA	25 ans
Fin de la maturation neuronale	25 ans
INSERM	12/15 ans
	16/19 ans
	20/24 ans

Tableau 3

Il apparaît que vouloir délimiter la fin de l'adolescence n'est pas chose aisée et probablement susceptible de varier d'un individu à un autre. Or « *d'un point de vue strictement somatique, c'est une période commençant à la puberté, d'âge variable selon les individus, plus précoce chez les filles, et se terminant à la fin de la croissance.* » [6].

Du fait de la puberté le début de l'adolescence est fluctuant, sa fin de même varie et peut être tardive. L'âge de 25 ans semble fréquemment retenu. Certains auteurs se gardent de donner un chiffre, ne définissent la fin de l'adolescence que sur des arguments psychopathologiques et « *la limite supérieure tardive peut se justifier par l'observation très fréquente de comportements, de modes de relation, de traits psychologiques propres à l'adolescence, qui perdurent bien après l'âge de la majorité civile.* » [88]

Ces divers âges n'ont pas le même statut de véracité. La frontière légale ne se superpose ni aux frontières psychopathologiques, ni aux frontières institutionnelles, pas plus qu'aux définitions sociétales du début de l'âge adulte. Mais que reste-t-il alors de permanent sur lequel fonder cette distinction ?

Deux éléments subsistent : la puberté en tant que processus biologique, mais nous pourrions objecter qu'elle advient à des âges fluctuants. L'autre élément est la permanence de ce processus : le passage du statut d'enfant à celui d'adulte. Pour certains enfants c'est le passage vers les soins psychiatriques adulte qui intervient comme un marqueur externe de ce passage comme pour d'autres l'obtention du bac, du permis, le départ du logement parental... avec une distinction nette : ce passage n'est pas toujours choisi et il s'avère radical par ses conséquences.

La prise en charge hospitalière des adolescents :

Sur le plan légal, c'est le décret 86-602 du 14 mars 1986 (article 1, alinéa 1) qui oppose la barrière des 16 ans. Ce décret reprend certains éléments d'une circulaire du 13 septembre 1961 qui fonda la psychiatrie infanto-juvénile publique. La circulaire du 11 décembre 1992 précise « *le décret du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique fixe à 16 ans la limite d'âge inférieure pour les personnes susceptibles de faire appel au secteur de psychiatrie générale. En revanche, il ne délimite pas précisément la tranche d'âge des enfants et adolescents auxquels les secteurs de*

psychiatrie infanto-juvénile offrent des soins et services. Aussi, il importe que la pratique psychiatrique sache utiliser au mieux cette souplesse offerte par les textes, afin d'adapter ses réponses tant individuelles qu'institutionnelles, en sachant qu'il fait partie intégrante de la mission des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile de répondre aux besoins de santé mentale des adolescents, quel que soit leur âge. »

3.2.3. Corrélation entre le diagnostic des pathologies de l'enfant et de l'adolescent et leurs descriptions nosographiques :

La relative imprécision des données épidémiologiques contraste avec le fait qu'un grand nombre de pathologies psychiatriques de l'adulte débutent à l'adolescence [15]. La prévalence de nombreuses pathologies présentes chez l'adulte est plus élevée chez les adolescents. Ainsi, bien que l'épidémiologie des pathologies de l'adulte soit plus nourrie elle semble n'avoir qu'un regard synchronique et négliger l'apport d'un regard diachronique.

En fait cette remarque ne tient pas compte d'une évolution des pathologies. Par exemple, un diagnostic rigoureux de troubles envahissants du développement peut laisser la place à une schizophrénie à l'âge adulte tout aussi rigoureusement diagnostiquée. Pour comprendre cet état de fait plusieurs hypothèses sont possibles : évolution, facteur de risque, comorbidité ? Nous butons de nouveau sur les difficultés d'identification de sous groupes au sein des troubles envahissants du développement principalement dans ses formes indifférenciées. C'est de nouveau la difficile question du devenir des pathologies de l'enfant à l'âge adulte, des outils diagnostiques et classificatoires utilisés et de leurs compatibilités qui est posée.

Par les conférences de consensus récentes sur la schizophrénie débutante, un intérêt est porté aux prodromes de la pathologie schizophrénique. On entrevoit bien ici que lorsque le psychiatre d'adultes parle rétrospectivement des prodromes de la schizophrénie, le pédopsychiatre pourrait voir une problématique adolescente. A contrario, et comme le rappelle MARCELLI [87], avec la déconstruction de modèle unifié de la « psychose infantile » dans les classifications internationales et américaines, des entités comme le trouble désintégré de l'enfance réintroduisent la notion de désintégration et « l'on peut s'interroger sur la

confluence naissante entre cette entité et les recherches de plus en plus nombreuses du côté de la psychiatrie adulte concernant les schizophrénies à installation précoce ou l'étiologie possible des schizophrénies hypothétiquement situées dans les étapes les plus précoces du développement. » Ces questions posées par la recherche d'un continuum entre les pathologies de l'enfant et celle de l'adulte selon qu'il s'agisse d'une démarche issue de la pédopsychiatrie ou de la psychiatrie adulte semble ne pas conduire aux mêmes hypothèses.

Pour pallier à certaines de ces difficultés une correspondance entre la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA) avec la CIM 10 a été élaborée [135]. Il s'agit d'une table d'équivalence entre une classification des maladies mentales conçue d'après les théoriques psychanalytiques et une classification plus imprégnée des théories cognitivo-comportementales et de psychiatrie biologique. Les exigences de codage au sein des structures hospitalières rendent nécessaire l'utilisation de cette table d'équivalence pour nombre de pédopsychiatres français pourtant attachés à la CFTMEA. D'autres ont progressivement modifié leurs pratiques et abandonné la CFTMEA au profit de la seule CIM 10. Nous ne pouvons chiffrer cette constatation puisqu'elle provient des entretiens que nous avons effectués pour ce travail (que nous présentons en partie 4) ainsi que de leur utilisation alternative dans la littérature que nous avons consultée.

3.2.4. Les conséquences sociales et éducatives de la majorité :

Une part importante d'enfants et adolescents suivis dans les structures de soins infanto-juvéniles bénéficie d'une aide socio-éducative dans le cadre de la protection de l'enfance. De même, avec leur avancée en âge la question du devenir de cette protection, et des mesures qu'elle induit, se pose.

Quelques rappels sur la protection de l'enfance, ses missions, ses acteurs, la place des soins psychiatriques :

La loi du 5 mars 2007 sur la protection de l'enfance la définit selon l'article L. 112-3 du code de l'action sociale et des familles : « *La protection de l'enfance a pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs*

responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon les modalités adaptées à leur besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs.

Elle comporte à cet effet un ensemble d'interventions en faveur de ceux-ci et de leurs parents. Ces interventions peuvent également être destinées à des majeurs de moins de 21 ans connaissant des difficultés susceptibles de compromettre gravement leur équilibre.

La protection de l'enfance a également pour but de prévenir les difficultés que peuvent rencontrer les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et d'assurer leur prise en charge. »

Il est précisé dans l'article L112-4 que : *« l'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs ainsi que le respect de ses droits doivent guider toutes décisions le concernant. »*

Tout enfant dont la situation est présentée à l'aide sociale à l'enfance, qui justifie d'une protection après une évaluation, par ordonnance de placement ou autre décision de justice, bénéficie des services de la protection de l'enfance.

Lorsqu'un enfant bénéficie d'une aide par les services de l'aide sociale à l'enfance au titre de la protection de l'enfance, celle-ci se poursuit, lorsque cela reste pertinent, jusqu'à sa majorité. Puis la loi prévoit que le jeune puisse demander à ce l'aide apportée se prolonge jusqu'à ses 21 ans, (il s'agit ici d'un stigmate de l'abaissement de la majorité en 1974 de 21 à 18 ans). Elle sera alors contractualisée entre le jeune et l'ASE qui n'accepte pas nécessairement. La poursuite de cette aide, qui est éducative, permet aussi une aide sociale plus large (au logement, au niveau financier...). Cette aide contractualisée est issue d'un accord entre le jeune et l'institution, via son référent et se fait autour d'un projet (formation, professionnel...).

En Loire atlantique une telle aide peut se poursuivre, par contrat, jusqu'aux 24 ans révolus du jeune. L'arrêt de tels contrats se fait par le jeune ou l'Aide Sociale à l'Enfance de manière concertée ou de façon unilatérale.

La question des soins, elle, reste indépendante et n'interfère pas institutionnellement avec l'aide sociale proposée aux jeunes adultes. En Loire-Atlantique, il n'y a pas de psychiatre travaillant pour l'ASE.

Dans les situations conflictuelles, quant à l'avenir d'un jeune et surtout le lieu de son accueil, deux mondes s'affrontent parfois sans avoir de terrain théorique d'échange commun.

Pour les mineurs pris en charge, la situation est encore plus complexe. Les logiques sont différentes et parfois contradictoires : une demande de maintien d'un jeune à l'hôpital, du fait des difficultés qu'il présente à l'extérieur, peut se heurter au refus de la poursuite (ou d'une nouvelle) hospitalisation non médicalement justifiée. Dans les cas les plus difficiles, c'est le juge des enfants qui décide.

3.2.5. La place des soins pour adolescents :

Ces dernières années, la place des soins et structures pour adolescents focalise l'intérêt de professionnels tout autant que celui des politiques. Ainsi un rapport d'octobre 2006 commandé en 2005 par Monsieur DOUSTE-BLAZY alors Ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille visant à « *analyser l'état actuel et l'évolution que l'on peut envisager pour améliorer la santé de l'enfant et de l'adolescent dans notre pays* » se donnait notamment comme objectif de « *mener une réflexion combinant une vision à la fois verticale et transversale des thématiques contribuant au développement de l'enfant de sa conception à l'âge adulte, le long d'un parcours « normal » ou pathologique* ». » [119].

Pour autant, les occurrences d'une réflexion sur le passage des soins de l'enfant à ceux de l'adulte sont rarissimes et ne consistent le plus souvent qu'en procès d'intentions. Ainsi le texte exhorte les professionnels en ce sens dans de brefs passages disséminés le long des 681 pages du rapport : « *Si la prise en charge des maladies chroniques permet à l'enfant d'atteindre l'âge adulte, même en cas de maladie grave, il ne reste pas moins que la continuité des soins doit être assurée par des généralistes et des spécialistes d'adultes formés à la spécificité chez l'adulte de certaines pathologies, en fonction de leur évolution et/ou des complications tardives qu'elles entraînent. Il en est de même des maladies rares, d'origine souvent génétique et souvent révélées dans l'enfance. La qualité de la vie des adultes qui en*

sont porteurs dépend de la qualité de l'organisation de la continuité des soins et de l'accompagnement psycho-social des patients. »

Si « *la prise en charge globale de la santé physique, mentale et sociale de l'enfant et de sa famille est une condition essentielle à l'amélioration de la santé à l'âge l'adulte.* » [119] la nécessité que soit pensée et réfléchi l'évolution des prises en charge et leur devenir à l'âge adulte ne reste donc qu'un souhait et n'aboutit à aucune proposition. En ce qui concerne les soins psychiques, il est seulement souhaité que « *leur articulation avec les psychiatres d'adultes [les services pédopsychiatriques] doit faciliter la prise en charge partagée de l'adolescent, tout en privilégiant en cas d'hospitalisation un lieu adapté à ses besoins, ce qui n'est pas toujours le cas des centres hospitaliers spécialisés, où les adolescents peuvent être admis dès l'âge de 16 ans.* ») [119].

Pourtant dans ce même rapport, il est recommandé « *la nécessité d'un accord sur une classification aménagée à partir de la CIM 10, la DSM IV et la CFTMEA.* » [119]. Nous pouvons exprimer un regret : que ne soit pas explicité à quelles fins cette proposition est formulée.

Un rapport plus sommaire du Sénat de 2003 sur l'adolescent en crise, vante les mérites des structures pour adolescents, de la nécessité de formation des professionnels en contact avec les adolescents. Il y est regretté « *la prise en charge des adolescents en crise aujourd'hui problématique, d'abord parce que les réponses sont inadaptées.* » Les Maisons De l'Adolescent sont pris en exemple de lieux « *pluridisciplinaires dans lesquels les adolescents sont considérés de manière spécifiques.* » [114].

Les rapporteurs insistent sur le « *décloisonnement des structures et leur fonctionnement en réseau.* » [114]. La nécessité d'une coordination entre les différents professionnels est affirmée. Ce souci procède de deux impératifs : la réalisation de prises en charge globales, en accord avec les principes promus par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), et lutter au mieux contre les risques de récurrence ou de « rechute ».

3.3. Données sur l'épidémiologie des troubles psychiatriques chez les adolescents placés :

L'histoire de la pédopsychiatrie coïncide avec la prise en compte des comportements « inadaptés » et la souffrance psychique des enfants vivant dans des situations sociales et familiales difficiles. Très tôt l'on constate les troubles et les déficits induits par le placement et les difficultés sociales [120].

Si des études anglo-saxonnes retrouvent des taux de prévalence des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents supérieurs à 50 % [106] [94] [43] [95], très peu d'études ont tenté de mettre à jour la présence de tels troubles chez les jeunes placés en France. Or certains auteurs anglo-saxons vont même jusqu'à estimer que les systèmes de protection de l'enfance devraient de facto inclure un « Behavioral care system » (système de soin comportemental) tellement le nombre de cas d'enfants et d'adolescents atteints de troubles psychiques significatifs est important [16].

Nous reprendrons pour l'essentiel les résultats d'une étude réalisée en 2008 sur la population d'adolescent vivant en foyers sociaux dans les Bouches-du-Rhône. Cette étude a été réalisée par la Maison Départementale de l'Adolescent et le laboratoire de Santé Publique de la faculté de médecine de la Timone (Marseille).

Il s'agissait d'estimer la prévalence de certains troubles mentaux chez les adolescents hébergés dans des foyers sociaux (Maison d'enfant à caractère social MECS et foyers d'hébergement d'urgence DIMEF) dans le département des Bouches du Rhône. Cette étude a porté sur les adolescents de 13 à 17 ans (inclus) vivant en foyers sociaux en juin 2005 pour la ville de Marseille et en juin 2006 pour le reste des Bouches du Rhône, 643 adolescents étaient recensés sur les fichiers administratifs. Cette étude utilise un questionnaire que l'enquêteur soumettait à l'adolescent. L'enquête a porté sur 106 garçons et 77 filles, avec un âge moyen de 15,3 ans. La prévalence globale pour les deux sexes confondus était de 48,6 %. On peut retenir que cette étude retrouve un taux global des troubles supérieur de 2 à 3,5 fois à celui retrouvé dans la population générale des adolescents [13].

Nous ne rentrerons pas ici dans l'analyse détaillée, trouble par trouble de cette étude, néanmoins, *« les troubles anxieux et la dépression majeure sont très fréquents ainsi que les tentatives de suicide. Il existe des éléments particulièrement inquiétants représentés par le taux élevé des comorbidités, incluant notamment les « symptômes psychotiques » retrouvés dans 18,6% des cas. »* [13].

Pour autant les données sur les traitements, suivis et prises en charge psychologiques ou psychiatriques sont édifiantes : *« 58% déclarent ne jamais avoir vu de psychologue ou de psychiatre. La santé scolaire est un dispositif que ces adolescents utilisent peu, puisque 75% d'entre eux déclarent ne jamais avoir rencontré un médecin scolaire et 66% jamais d'infirmière scolaire. Enfin les rencontres avec les soignants (dont les professionnels de la santé mentale) n'augmentent pas avec l'existence de troubles, ni avec leur nombre. L'utilisation des dispositifs de soins de proximité, incluant les spécialistes de santé mentale, est faible et ce quelque soit l'existence et le nombre de troubles. »* [13].

3.4. Deux contextes opposés :

Comme le souligne le rapport présenté par JOURDAIN MENNINGER et STROHL MAFFESOLI pour l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) en 2004, « *Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques* » l'analyse épidémiologique des troubles mentaux des jeunes révèle un paradoxe : les jeunes présentent des troubles mentaux graves, mais fréquemment réversibles et d'une façon qui n'est pas corrélée à leur gravité. Ainsi, « *nombre de jeunes ayant connu des troubles mentaux très graves vont guérir, entièrement. Il en est ainsi des jeunes connaissant un épisode délirant, des jeunes anorexiques, mais aussi des jeunes souffrant de divers troubles dépressifs, d'angoisses quelles qu'en soient les manifestations. D'autres vont conserver des troubles légers ou moyens, mais qui ne les empêcheront pas de mener une vie intégrée, avec des soutiens plus ou moins approfondis* » [69].

La pathologie du jeune adulte, de l'adolescent grandissant est susceptible d'être pris en charge soit par le pédopsychiatre, soit par le psychiatre d'adulte. Le psychiatre d'adolescent n'existant pas, contrairement aux structures pour adolescents. Ces patients, qui ont toutes les chances malgré l'importance, la gravité de leur symptomatologie de reprendre un fonctionnement psychique normalisé, pourront alternativement ou successivement, être soignés par la pédopsychiatrie ou la psychiatrie adulte.

A l'opposé de ces situations, un quart des jeunes atteints de troubles de la sphère autistique ou d'un trouble envahissant du développement pris en charge en pédopsychiatrie doit bénéficier d'une poursuite des soins à temps complet ou partiel dans des structures pour adultes [86].

C'est la gravité de leur pathologie et son caractère chronique qui ont rendu nécessaire ce passage vers la psychiatrie adulte, parfois en hospitalisation. Souvent avec leur avancée en âge et avant leur prise en charge complète par la psychiatrie adulte, ils ont été hospitalisés en service adulte faute de place en structure d'hospitalisation temps plein pédopsychiatrie.

Parfois, ils restent hospitalisés en psychiatrie. Cela est alors dû à l'impossibilité de trouver une structure médico-sociale pour leur accueil. Ils sont ainsi soit hospitalisés en temps

plein à l'hôpital et n'en sortent jamais, soit ils font l'objet d'une double prise en charge (hospitalière et en IME par exemple) jusqu'à leur majorité ou pour quelques années de plus lorsque les IME les prennent encore en charge jusqu'à leur 20 ans. Ils sont alors, soit à temps plein dans les services de psychiatrie, soit dans une prise en charge conjointe avec une structure d'accueil médico-sociale ou sociale.

Ces situations sont peu nombreuses, mais rares sont les secteurs qui ne les connaissent pas. Leur présence dans les services de psychiatrie adulte est alors sans perspective d'en sortir un jour par manque de structure d'accueil.

Mais il s'agit de la situation opposée à celle décrite précédemment, tant sur le plan épidémiologique que clinique. Leur maintien en service de psychiatrie se justifie parfois par l'incapacité ou le refus d'autres structures à les accueillir. Les motifs invoqués étant principalement des troubles du comportement, les difficultés d'intégration à un groupe, la persistance d'une symptomatologie psychiatrique active.

Ainsi nous avons deux contextes qui s'opposent de manière caricaturale par leur fréquence et leur impact dans l'activité hospitalière. Tous deux néanmoins brisent les frontières entre les institutions psychiatriques adultes et pédopsychiatriques et rendent nécessaire leur dialogue.

QUELQUES DONNEES REMARQUABLES :

- **La très grande majorité des pathologies de l'enfant se résolvent avant l'âge adulte.**
- **Une grande évolutivité des diagnostics durant l'enfance et à l'adolescence.**
- **Une prévalence très grande des troubles psychiatriques chez les mineurs placés.**
- **L'émergence de pathologies adultes durant l'enfance et à l'adolescence, pourtant difficilement détectées.**
- **Une construction de la personnalité mise en danger par de pathologies survenant durant l'enfance et l'adolescence (particulièrement les troubles anxieux, les dépressions, le THAD, les troubles du comportement alimentaire.)**
- **L'émergence de la pédopsychiatrie est le fruit d'une lutte pour la prise en compte de la spécificité des troubles et des prises en charge de l'enfant.**
- **L'apparition récente des structures pour adolescent procèdent de la même logique de prise en compte spécifiques de la sous population des adolescents.**

« Au détour de quelque coin de l'univers inondé des feux d'innombrables systèmes solaires, il y eut un jour une planète sur laquelle des animaux intelligents inventèrent la connaissance. Ce fut la minute la plus orgueilleuse et la plus mensongère de l' « l'histoire universelle », mais ce ne fut cependant qu'une minute. Après quelques soupirs de la nature, la planète se congela et les animaux intelligents n'eurent plus qu'à mourir. »

...

« Qu'est ce donc que la vérité ? Une multitude mouvante de métaphores, de métonymies, d'anthropomorphismes, bref une somme de relations humaines qui ont été rehaussées, transposées et ornées par la poésie et par la rhétorique, et qui après un long usage paraissent établies, canoniques et contraignantes aux yeux d'un peuple : les vérités sont des illusions dont on a oublié qu'elles le sont, des métaphores usées qui ont perdu leur force sensible, des pièces de monnaie qui ont perdu leur effigie et qu'on ne considère plus désormais comme telles mais seulement comme du métal. »

...

« Qu'est ce d'ailleurs pour nous une loi de la nature ? Elle ne nous est connue en soi, mais seulement dans ses effets, c'est-à-dire dans ses relations à d'autres lois de la nature qui, à leur tour ne nous sont connues qu'en tant que relations. Donc toutes ces relations ne font jamais que renvoyer les unes aux autres et nous sont absolument incompréhensibles quant à leur essence. Seul ce que nous y mettons, le temps et l'espace, c'est-à-dire des rapports de successions et des nombres, nous en est réellement connu. Mais tout ce qui précisément nous étonne dans les lois de la nature, qui réclame notre analyse et qui pourrait nous porter à la méfiance envers cet idéalisme, ne réside précisément que dans la seule rigueur mathématique, dans la seule inviolabilité des représentations du temps et de l'espace, et pas ailleurs. »

NIETZSCHE F. « vérité et mensonge au sens extra-moral ». [99]

4. Statistiques sur les soins psychiatriques en France :

4.1. Données d'ensemble :

L'offre de soins :

On compte en France 320 secteurs infanto-juvéniles, 41 % des secteurs infanto-juvéniles dépendent d'hôpitaux non spécialisés en psychiatrie [81].

En 2003, 464 105 patients ont été vus par les secteurs de psychiatrie infanto juvénile. Ce chiffre a doublé en 10 ans. Ces chiffres sous estiment le recours total aux soins psychiques puisqu'ils ne tiennent pas compte des enfants suivis en Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP) et en Centre d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP) [81].

La moitié des enfants suivis en 2003 le sont pour la première fois. 21 % des enfants et adolescents n'ont été vus qu'une seule fois dans l'année. 97 % des files actives ont été suivies en ambulatoire, 9% ont bénéficié d'un accueil à temps partiel, moins de 3% de l'ensemble a été suivi à temps complet (le total supérieur à 100 % est lié au fait que certaines prises en charge mêlent plusieurs types de soins).

La scolarisation des patients de pédopsychiatrie est très fréquente, elle représente 91 % des patients suivis en secteurs dont 78 % en classe ordinaire, ce chiffre est plus élevé si l'on regarde la scolarisation en CMP, il monte à 98 % [30].

Parmi les patients suivis à temps partiel et à temps complet on relève 40 % de psychoses et 30 % de personnalités pathologiques. On retrouve davantage de déficiences mentales en hospitalisation à temps complet [81].

En 2003, 37% des secteurs de pédopsychiatrie disposent d'unités d'hospitalisation temps plein, avec un nombre moyen de lits de 13. 40% des secteurs font appel à une unité intersectorielle autonome. 30 départements n'ont aucun lit [20].

Dans une étude nationale de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation des Statistiques (DREES) de 2000 sur le devenir à 2 ans de patients hospitalisés en psychiatrie adulte deux catégories de patients ressortent : « *Deux groupes de patients, se recoupant partiellement, se distinguent ensuite par de très longues anciennetés de présence : ceux admis avant l'âge de 20 ans, et ceux qui vivaient précédemment dans un établissement avec hébergement pour enfants ou adultes handicapés. Parmi l'ensemble des personnes présentes fin 1998 en CHS ou en HPP, une sur dix était ainsi hospitalisée depuis plus d'un an et vivait auparavant dans un établissement pour personnes handicapées* » [22].

Les patients de moins de 20 ans sont ainsi susceptibles d'être présents dans l'établissement dans 61 % des cas 2 ans après avoir été hospitalisés. Les patients vivant précédemment dans une structure pour enfants handicapés sont dans 74% des cas présents dans l'établissement deux ans après.

Les auteurs de ce rapport constatent que : « *le délai de sortie de l'hôpital psychiatrique pour aller en établissement pour personnes handicapées est plus long que celui pour intégrer un établissement pour personnes âgées* » [22].

Pour autant aucun chiffre n'est donné concernant les patients mineurs hospitalisés en psychiatrie adulte. Nous n'avons pas trouvé d'étude française qui analyse spécifiquement les données issues des hospitalisations de mineurs en psychiatrie adulte.

En Loire-Atlantique la capacité d'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile ne représente que la moitié de celle du département. Cette dernière est de 25% inférieure à la moyenne nationale ! La sous dotation de notre département est criante. Si les chiffres sont meilleurs pour la dotation globale, celle-ci reste inférieure à la moyenne nationale. Bien que de façon moins intense, la situation est proche pour la psychiatrie adulte du département, sous dotée vis-à-vis de la région et de la moyenne nationale. (Cf tableau 4)

L'offre de soins psychiatriques sur la Loire Atlantique se répartie ainsi :

Hospitalisation complète (lits)				
	Pays de la Loire	Loire Atlantique	France Métro	Centre Hospitalier de St Nazaire
Psychiatrie infanto-juvénile				
Hospitalisation complète	93	16	2 052	0
Hospitalisation de jour	500	196	8 889	30
Placement familial thérapeutique	37	22	846	7
Psychiatrie générale (adulte)				
Hospitalisation complète	2 524	813	55 318	112
Hospitalisation de jour	1 264	402	17 936	50
Placement familial thérapeutique	213	0	1 818	
Taux d'équipement en Psychiatrie infanto-juvénile pour 1 000 enfants de 0 à 16 ans inclus				
Lits d'hospitalisation complète	0,12	0,06	0,16	
Equipement global (lits et places)	0,83	0,85	0,92	
Taux d'équipement en Psychiatrie générale pour 1 000 habitants de plus de 16 ans				
Lits d'hospitalisation complète	0,93	0,84	1,13	
Equipement global (lits et places)	1,47	1,25	1,54	

Tableau 4

4.2. Données épidémiologiques sur le secteur de Saint Nazaire :

4.2.1. Analyse des hospitalisations en psychiatrie adulte de patients mineurs entre 2004 et 2009 :

Présentation du secteur de Saint Nazaire :

L'offre d'hospitalisation nazairienne en psychiatrie se compose de trois secteurs adultes disposant de 113 lits et d'une unité intersectorielle de crise (UNIC) attenante aux urgences psychiatriques, dans l'hôpital général, disposant de 3 lits.

Il n'y a pas de structure d'hospitalisation pédopsychiatrique à temps complet sur le secteur de Saint Nazaire. Les hospitalisations se déroulent habituellement en pédiatrie. Dans certaines situations les soins sont dispensés en psychiatrie adulte.

Le recours au service hospitalier intersectoriel de pédopsychiatrie (SHIP) ne permet pas d'accueillir toutes les hospitalisations en urgence. De même, les hospitalisations à l'unité Espace de l'hôpital Saint Jacques de Nantes, sont difficiles en situation d'urgence. Dans ces cas, la psychiatrie adulte devient la seule possibilité.

Chaque secteur adulte dispose d'une unité fermée, d'une unité ouverte et de deux chambres de soins intensifs. L'offre de soins extra-hospitalière de ces secteurs est habituelle et comporte des centres médico-psychologiques (CMP), des centres thérapeutiques à temps partiels (CATTP) et des hôpitaux de jours.

L'unité intersectorielle de crise quant à elle dispose de 3 lits d'hospitalisation. C'est une structure ouverte où les hospitalisations se font en hospitalisation libre et ne peuvent excéder 3 jours.

4.2.2. Données générales :

Données générales :

Le nombre de mineurs hospitalisés entre 2004 et 2009 sur le centre hospitalier de Saint Nazaire est globalement stable, il oscille selon les années entre 21 et 30, si l'on exclu l'année 2004, année d'ouverture de l'UNIC. Aucune tendance ne se dessine sur ces 6 années consécutives (Cf. tableau 5) :

Nombre total de patients mineurs hospitalisés en psychiatrie adulte :

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2004-2009
Nombre total de patients	19	29	22	30	21	22	143

Tableau 5

143 mineurs ont donc été hospitalisés en psychiatrie adulte entre 2004 et 2009. Pour affiner notre réflexion il convient de différencier les mineurs hospitalisés en unité de crise, aux urgences, de ceux qui le sont en psychiatrie de secteur.

La répartition entre les sexes est quasi équivalente. Il y a 47% de jeunes femmes pour 53 % de jeunes hommes hospitalisés en psychiatrie adulte. Cette répartition est nettement déséquilibrée si l'on différencie les hospitalisations à l'UNIC de celles en unité sectorielle. En effet, 34,4% des patients hospitalisés à l'UNIC sont des hommes pour 68,6% en unité sectorielle. Ainsi 1 jeune homme est hospitalisé à l'UNIC pour 2 en psychiatrie sectorielle. Pour les femmes cette proportion est inversée avec 2 jeunes femmes hospitalisées à l'UNIC pour 1 en unité sectorielle (Cf. tableau 6) :

Répartition des hospitalisations en fonction du sexe :

Type d'unité d'hospitalisation	Jeunes hommes		Jeunes femmes	
	UNIC	Unités sectorielles	UNIC	Unités sectorielles
Nombre de Patients	21	48	40	22
% de patients selon le type d'unité	34,4%	68,6%	65,6%	31,4%

Tableau 6

Les tableaux 7,8, 9 et 10 présentent le nombre de patients hospitalisés dans les différentes structures d'hospitalisation adulte du secteur de Saint Nazaire. De même, mis à part l'année d'ouverture de l'unité de crise, les proportions varient modestement d'une année à l'autre sans qu'une tendance ne se dessine.

Répartition des hospitalisations selon le type de structures :

Lieu D'accueil	2004		2005	
	UNIC	Unités sectorielles	UNIC	Unités sectorielles
Nombre de patients / %	5 26%	14 74%	14 48%	15 52%

Tableau 7

Lieu D'accueil	2006		2007	
	UNIC	Unités sectorielles	UNIC	Unités sectorielles
Nombre de patients / %	10 43%	13 57%	13 43%	17 57%

Tableau 8

Lieu D'accueil	2008		2009	
	UNIC	Unités sectorielles	UNIC	Unités sectorielles
Nombre de patients / %	12 57%	13 43%	13 36%	17 64%

Tableau 9

	2004-2009	
Lieu D'accueil	UNIC	Unités sectorielles
Nombre de patients %	62 43%	82 57%

Tableau 10

Entre 2004 et 2009, 57% des mineurs hospitalisés en psychiatrie adulte l'ont été dans les unités sectorielles ; 43 % l'ont été dans l'unité intersectorielle de crise. Ainsi malgré une durée d'hospitalisation limitée à 3 jours maximum et une capacité d'accueil de 3 lits, l'unité de crise au sein des urgences représente une grande part des hospitalisations. Elle est une alternative préférée à l'hospitalisation en psychiatrie pour plusieurs raisons : le contexte de crise plus que le contexte psychiatrique avéré, une solution d'attente à une hospitalisation en pédiatrie. Cette solution est révélatrice d'un souhait : éviter la confrontation à la psychiatrie adulte et à ses patients.

L'analyse de ces hospitalisations en fonction de l'âge révèle que 84,4% de patients mineurs hospitalisés en psychiatrie adulte sur la période 2004-2009 ont plus de 16 ans. Si l'on regarde les chiffres année par année on retrouve un pourcentage de patients mineurs de plus de 16 ans qui oscille entre 71,4 et 94,8 % du nombre total de mineurs hospitalisés.

A l'inverse, 15,6% des patients mineurs hospitalisés en psychiatrie adulte ont moins de 16 ans et le sont donc en dehors du cadre légal prévu par la loi. En effet comme nous l'avons abordé plus haut, les services de psychiatries adultes sont habituellement habilités à recevoir des mineurs de plus de 16 ans et non en dessous de cet âge. De même ces chiffres oscillent sans qu'une tendance ne se dessine. Tous ces résultats sont présentés dans les tableaux 11, 12, 13, 14 ci-dessous :

Nombre de patients hospitalisés en fonction de leur âge :

Age en années	2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%
12	0	0	1	3,5	0	0	0	0	0	0	0	0
14	0	0	1	3,5	0	0	1	3,3	0	0	1	4,6
15	1	5,2	1	3,5	2	9,1	5	23,3	6	28,6	1	4,4
16	5	26,3	14	48,2	5	22,7	7	16,7	3	14,2	5	22,7
17	13	68,5	12	41,3	15	68,2	17	56,7	12	57,2	15	68,2

Tableau 11

Répartition en fonction des âges :

Age en années	2004-2009	
	NB	%
12	1	0,7
14	3	2,2
15	18	12,7
16	37	25,7
17	84	58,7

Tableau 12

Répartition en fonction de la frontière légale des 16 ans :

Age en années	2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%	NB	%
Moins de 16 ans	1	5,2	3	10	2	9,1	6	26,6	6	28,6	2	9
Moins de 18 ans et plus de 16 ans	18	94,8	26	89,5	20	90,9	24	73,4	15	71,4	20	91

Tableau 13

Répartition en fonction de la frontière légale des 16 ans entre 2004 et 2009 :

Age en années	2004-2009	
	NB	%
Moins de 16 ans	20	14
Moins de 18 ans et plus de 16 ans	123	86

Tableau 14

Les ré-hospitalisations sont rares et ne représentent que 13% des patients, 58% des patients hospitalisés plus d'une fois ne le sont que 2 fois (Cf tableau 15).

Répartition des patients ré-hospitalisés :

Nombre d'hospitalisations	2 fois	3 fois	4 fois	Plus de 4 fois	2 fois et plus / %
Nombre de patients	10 (58%)	3 (18%)	3 (18%)	1 (6%)	17 / 13%

Tableau 15

4.2.3. Caractéristiques des mineurs hospitalisés à l'UNIC et en unité sectorielle :

Mineurs hospitalisés en unité de crise :

Nous avons recherché dans les dossiers adultes ainsi que dans les observations des urgences, si les jeunes hospitalisés entre 2004 et 2009 à l'UNIC avaient un suivi pédopsychiatrique ou s'ils avaient déjà été hospitalisés. Par la consultation de la base informatique des urgences nous avons pu avoir connaissance d'une nouvelle hospitalisation (donc postérieure) en pédopsychiatrie ou en psychiatrie adulte.

	Soins PPs ^a antérieurs	Soins PPs ^b postérieurs	Hosp PPs ^c antérieures	Hosp PPs ^d postérieures	Hosp PA ^d postérieures
NB	24	17	11	3	4
%	38,7%	27,5%	17,8%	4,8%	6,5%

Tableau 16

^a Soins pédopsychiatriques antérieurs

^b Soins pédopsychiatriques postérieurs

^c Hospitalisations pédopsychiatriques antérieures

^d Hospitalisations pédopsychiatriques postérieures

^e Hospitalisations psychiatriques adultes postérieures

Les données présentées sont issues du recueil des informations des urgences. Elles ne sont pas exhaustives. Il n'y a pas de référencement systématique aux antécédents pédopsychiatriques. Il n'y a pas non plus forcément de liens avec d'autres établissements (absence d'accès au registre départemental des hospitalisations). Les patients perdus de vue échappent aussi à ce recueil.

La durée moyenne de séjour (DMS) des hospitalisations à l'UNIC est de 1,82 jour. Les séjours allant de 1 journée à 7 jours pour l'hospitalisation la plus longue.

Les durées d'hospitalisation se répartissent ainsi :

1 jour	2 jours	3 jours	4 jours	5 jours	7 jours
40	11	8	6	1	1
59,7%	16,3%	12%	9%	1,5%	1,5%

Tableau 17

La DMS des patients mineurs hospitalisés en psychiatrie adulte est de 21,9 jours (104 hospitalisations de 72 mineurs différents). Parmi ces patients est toujours hospitalisé un jeune, aujourd'hui majeur, qui a été hospitalisé en urgence en psychiatrie adulte alors qu'il était dans sa 15^{ème} année. Son séjour en psychiatrie adulte en tant que mineur s'élève à 761 jours ! Si on recalcule la DMS des mineurs hospitalisés en ne tenant pas compte de sa situation, elle tombe à 14,6 jours.

Les durées des hospitalisations se repartissent ainsi :

Durée	Moins d'une semaine	Une semaine à un mois	Un à trois mois	Plus de trois mois
NB	64	29	9	2
%	62%	28%	9%	2%

Tableau 18

L'analyse des motifs et contextes d'hospitalisation révèle que près de 70% des patients mineurs hospitalisés en unité psychiatrique de crise pour adultes, le sont dans les suites d'une tentative de suicide ou pour des idées suicidaires. L'usage régulier de toxiques et le contexte d'ivresse aiguë représentent 35% des situations. Ces jeunes sont dans 25% des cas agités ou présentent des troubles du comportement. Enfin pour près de 60% d'entre eux, un contexte social précaire est identifié. Il peut s'agir de patients pris dans des violences intrafamiliales, victime de maltraitance, d'abus sexuels ou carencés... Certains jeunes bénéficient d'une aide éducative. (Cf. tableau 19)

Motifs et contexte d'hospitalisations des mineurs hospitalisés à l'UNIC :

	NB	%
Agressivité / agitation	14	22,5%
TS / idéations suicidaires	43	69,5%
Contexte de toxicomanie	13	21%
Alcoolisation aiguë	9	14,5%
Contexte de TCA	4	6,5%
Contexte social difficile identifié	36	58%

Tableau 19

Patients mineurs hospitalisés en unité sectorielle adulte :

Concernant les patients hospitalisés en secteur de psychiatrie adulte, les données retrouvées sont plus riches. Sur les 72 patients identifiés, nous avons travaillé sur le dossier de 65 patients. 7 dossiers n'étaient pas exploitables (non retrouvés ou vides).

Nous avons principalement exploité les comptes rendus d'hospitalisation. Nous en avons tiré diverses informations sur le contexte d'hospitalisation, le passé pédopsychiatrique et/ou psychiatrique adulte, le contexte social ou socio-éducatif, le diagnostic posé et l'orientation à la sortie. Parfois il a été nécessaire d'aller consulter les observations médicales ou infirmières pour recueillir ces données.

Quelques données ressortent (Pour les résultats complets, Cf. tableaux 20, 21, 22, 23, 24) :

- **58% de ces jeunes bénéficiaient de soins pédopsychiatriques** (lors de leur hospitalisation ou dans les mois précédents). 25% de ces mineurs avaient déjà été hospitalisés pour un motif pédopsychiatrique. Le plus souvent ils l'avaient été en pédiatrie, parfois en service pédopsychiatrique (au SHIP le plus souvent, 3 patients avaient été hospitalisés en pédopsychiatrie dans d'autres départements).
- **Les troubles du comportement, l'agitation, le contexte de crise clastique sont retrouvés dans 57% des cas.** 29% de ces jeunes bénéficient d'un suivi socio-éducatif. Seuls 4 jeunes parmi les 19 qui en bénéficiaient n'avaient pas de suivi pédopsychiatrique (ou celui-ci n'était pas mentionné dans leur dossier). Ainsi, près de 80% des mineurs hospitalisés en psychiatrie adulte ayant un suivi socio-éducatif recevaient des soins pédopsychiatriques. 8 d'entre eux, soit 42% avaient été hospitalisés en pédiatrie pour un motif psychiatrique, ou en structure pédopsychiatrique.
- **Les troubles de la personnalité et les entrées dans la psychose représentent près de 60% des diagnostics posés** (respectivement 31% et 28%). Dans 21% des cas aucun diagnostic n'est posé. Les « autres » diagnostics, 15% (10 patients) sont principalement des troubles de l'adaptation (4), des ivresses pathologiques (2), et un épisode hallucinatoire iatrogénique au Tropatépine (Lepticur®).
- **Le diagnostic d'épisode dépressif n'est posé que dans 3 cas, soit 4,5% des cas.** Deux de ces trois jeunes étaient hospitalisés pour tentative de suicide. Ce résultat est à comparer aux 32% d'hospitalisation suite à des tentatives de suicide ou des contextes de propos, de comportements suicidaires qui ne surviennent pas pour leur grande majorité dans un contexte dépressif.
- **29% des patients doivent un temps être contenus en chambre de soins intensifs**
- **Pour 48% d'entre eux il est retrouvé un contexte social difficile** (violence intra-familial, maltraitance, abus, carences multiples)

Antécédents psychiatriques et orientation des patients hospitalisés en secteur :

	Soins PPs antérieurs	Hosp PPs antérieures	Orientation Soins PPs	Orientation Soins PA	Orientation PPs et PA	Pas de suivi ou non renseigné
NB	38	16	22	27	2	15
%	58%	25%	33%	41%	3%	23%

Tableau 20

Contexte d'hospitalisation des mineurs hospitalisés en secteur de psychiatrie adulte :

Contexte d'hospitalisation	NB	%
Trouble du comportement (Agressivité / Agitation)	37	57%
TS / idéations suicidaires	21	32%
Propos délirant hallucinations	11	17%
Passage en CSI	19	29%
Usage de toxiques	27	42%

Tableau 21

Contexte socio-éducatif	NB	%
Prise en charge socio-éducative	19	29%
Contexte social difficile identifié	31	48%
Jeunes venant d'une structure médico-sociale	8	12%

Tableau 22

Diagnostic posé :

Diagnostic à la sortie	Entrée dans la psychose	Troubles de la personnalité	Psychose infantile	Autre	Pas de diagnostic
NB	18	20	3	10	14
%	28%	31%	5%	15%	21%

Tableau 23

	Trouble de la personnalité		
TYPE	Border line	Antisociale	Non spécifiée
NB	7	5	8
%	35%	25%	40%

Tableau 24

Confrontation des données, parcours de soins identifiés :

24 patients (33 %) mineurs hospitalisés en psychiatrie adulte entre 2004 et 2009 sont en 2010 suivis par la psychiatrie adulte. Pour la moitié d'entre eux les soins adultes ont débutés moins d'un an après l'hospitalisation. Pour les patients mineurs hospitalisés à l'UNIC ils représentent 14,5%. Le choix d'une hospitalisation en unité sectorielle adulte semble accroître le risque d'être par la suite suivi par la psychiatrie adulte.

Proportion de patients ensuite suivis en psychiatrie adulte :

Lieu d'hospitalisation	Suivi actuel en psychiatrie adulte	
	NB	%
UNIC	9	14,5%
Unité sectorielle	24	33%

Tableau 25

Le manque d'information sur les diagnostics à l'issue d'une hospitalisation à l'UNIC rend ininterprétable leur recueil. Nous nous sommes ainsi intéressés, pour les jeunes aujourd'hui encore suivis par la psychiatrie adulte, aux diagnostics posés à leur sortie des unités sectorielles.

Pour 10 patients (42%) il fut diagnostiqué une entrée dans la psychose. 3 patients (12,5%) souffraient de psychose infantile et 6 patients (25%) de trouble de la personnalité. 2 patients présentaient des troubles comportementaux dans le cadre de retards mentaux. Parmi les

trois patients restant, les diagnostics initiaux étaient : « troubles de l'adaptation », « autisme d'Asperger » et « état anxieux aigu avec déréalisation, dépersonnalisation ».

Seuls 5 de ces patients n'étaient pas suivis par la pédopsychiatrie auparavant, les 19 autres, soit 79% étaient suivis et/ou hospitalisés pour un motif psychiatrique en pédiatrie ou en service de pédopsychiatrie. Rapportés au nombre total de patients mineurs hospitalisés en psychiatrie sectorielle, ils représentent 26,4%. 5 d'entre eux (20%) bénéficiaient d'un suivi socio-éducatif et 4 (17%) étaient pris en charge dans une structure médico-sociale.

Parmi les patients mineurs hospitalisés plusieurs fois en psychiatrie adulte, 67% bénéficiaient de soins pédopsychiatriques antérieurement, et 40% avaient déjà été hospitalisés en pédiatrie pour un motif psychiatrique. 46% consommaient des toxiques (cannabis essentiellement). Pour 2 de ces patients aucun diagnostic ne fut porté, pour les autres, on retrouve à part égale une entrée dans la psychose et un trouble grave de la personnalité (état limite, antisociale).

Caractéristique des mineurs plusieurs fois hospitalisés en psychiatrie adulte :

	Soins pédopsychiatriques antérieurs		Consommation de toxique	Diagnostics posés ^a	
	Suivis	Hospitalisations en pédiatrie		Entrées dans la psychose	Troubles de la personnalité
NB	10	6	7	6	7
%	67%	40%	46%	40%	46%

^a pour deux patients aucun diagnostic ne fut posé

Tableau 26

La consultation des dossiers des urgences pour les patients hospitalisés à l'UNIC et des dossiers papiers des unités sectorielle fait fréquemment état de passages itératifs aux urgences du fait de troubles des conduites ou du comportement ne conduisant pas à une hospitalisation. L'absence de recueil systématique de ces données ne permet pas de fournir de statistique, néanmoins, il en est très fréquemment fait mention, spécifiquement chez les patients par la suite suivis en psychiatrie adulte.

QUELQUES DONNEES CLEFS :

- **Il s'avère que plus d'un patient mineur sur quatre hospitalisé en psychiatrie sectorielle adulte bénéficie d'un accompagnement pédopsychiatrique avant son hospitalisation chez les adultes et sera suivi par la psychiatrie adulte par la suite.**
- **Tous les patients ainsi identifiés (sauf un) présentent une pathologie psychotique ou un trouble grave de la personnalité.**
- **46% d'entre eux sont dans un contexte social difficile, 20% bénéficient d'une aide socio-éducative.**
- **33% d'entre eux consomment des toxiques (le cannabis est à chaque fois présent)**

4.2.4. Tentative de recueil du passé pédopsychiatrie de patients adultes :

Afin d'affiner les données concernant les situations de passage de relais nous avons tenté de recueillir le passé pédopsychiatrique de patients suivis en psychiatrie adulte sur l'année 2009 par une analyse des files actives de psychiatrie adulte.

Ce recueil englobe les hospitalisations complètes, les soins en hôpital de jour, en CATTP ou en CMP.

L'absence d'outils pensés pour collecter ses informations nous a conduit, avec l'aide du service d'information médicale, à réaliser cette recherche en recoupant les données issues de la facturation des soins.

Elle est restée infructueuse et n'a pu nous permettre d'affiner les résultats obtenus par notre travail sur les patients mineurs.

**SYNTHESE DES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES SUR LES
CONTEXTES DE PASSAGES DE RELAIS :**

Ressortent :

- Les patients recevant des soins en pédopsychiatrie avec suspicion d'une pathologie psychotique ou d'un trouble de l'humeur atypique.
- Les éléments cliniques évoquant un trouble de la personnalité avec recours à l'agir et troubles des conduites.
- La consommation de toxiques et plus particulièrement de cannabis.
- Le contexte social difficile.
- Les antécédents d'hospitalisation en pédopsychiatrie, en pédiatrie pour un motif psychiatrique, en psychiatrie adulte.
- Les antécédents de passage itératifs aux urgences somatiques du fait de troubles des conduites ou du comportement.

« Sur le même sujet, sur le même évènement, il peut se faire que je change d'opinion dix, vingt, trente fois dans l'espace d'une journée. Et dire qu'à chaque coup, comme le dernier des imposteurs, j'ose prononcer le mot de « vérité » ! »

...

« Avoir des opinions est inévitable, est normal ; avoir des convictions l'est moins. Toutes les fois que je rencontre quelqu'un qui en possède, je me demande quel vice de son esprit, quelle fêlure les lui a fait acquérir. Si légitime que soit cette question, l'habitude que j'ai de me la poser, me gâche le plaisir de la conversation, me donne mauvaise conscience, me rend odieux à mes propres yeux. »

...

« Ce que font les autres, nous avons toujours l'impression que nous pourrions le faire mieux. Nous n'avons malheureusement pas le même sentiment à l'égard de ce que nous faisons nous même »

...

CIORAN. De l'inconvénient d'être né. [25]

5. Données issues d'une enquête de terrain auprès des professionnels :

5.1. Intérêt et limites des enquêtes qualitatives :

Nous avons choisi dans ce travail d'effectuer une enquête qualitative auprès des professionnels de santé impliqués dans les passages de relais entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte. Avant d'en présenter la forme et le contenu, il nous semble pertinent d'en rappeler l'intérêt, les règles méthodologiques (source de sa rigueur), ses avantages et limites.

Pourquoi une enquête qualitative ?

L'objet de notre travail n'est pas encadré par des règles administratives. Il n'est pas protocolisé par les institutions qui l'effectue. Le sens clinique qu'il acquiert est contingent. Cette contingence est liée aux patients, aux fonctionnements institutionnels où se déroulent les passages de relais. Les données objectives que l'on peut recueillir sont pauvres, peu informatives et bien souvent tout simplement inexistantes car non comptabilisées.

Un des risques inhérent à la méthodologie que nous avons choisie est de supposer une posture objective. C'est pour répondre à cette légitime réserve que nous avons présenté une analyse méthodologique et théorique des études, dites, qualitatives.

Le style d'entretiens lié à cette approche est par nature différent de celui d'un questionnaire de recueil standardisé d'informations préalablement formalisées. OLIVIER DE SARDAN en explicite la nature, et donne les contraintes interprétatives à prendre en compte dans ce type d'étude : « *L'enquête par questionnaires prélève des informations circonscrites et codables sur la base d'échantillons raisonnés et dotés de critères de représentativité statistique [...] L'enquête de type socio anthropologique se veut au plus près des situations naturelles des sujets – vie quotidienne, conversations, routines – dans une situation d'interaction prolongée, afin de produire des connaissances in situ, contextualisées, transversales, visant à rendre compte du "point de vue de l'acteur", des représentations ordinaires, des pratiques usuelles et*

de leurs significations autochtones [...] C'est l'épreuve du réel auquel une curiosité préprogrammée est soumise. » [100].

Leur forme est celle d'une conversation, nourrie du travail de préparation et de la trame préétablie. Les résultats ne sont pas représentatifs, au sens statistique du terme, de l'ensemble de la population des psychiatres et pédopsychiatres mais se veulent une première étude.

L'analyse qualitative consiste à organiser les données issues des entretiens selon les thèmes attendus, ou modifiés en fonction des données, en dégagant les thèmes fréquents ou souvent partagés, ceux à l'inverse présentant des variations notables. Il s'agit d'éviter au maximum les mésinterprétations mais aussi de pouvoir retravailler ce qui a été dit pour un éventuel nouvel entretien.

Pour autant, les biais de telles études sont nombreux et il ne s'agirait pas de vouloir les minimiser. On peut sommairement présenter « l'enclichage » : consulter des médecins aux vues non représentatives, les problèmes liés aux sources : pouvoir identifier clairement lorsque nous exprimons notre analyse et lorsque nous rapportons les propos de nos interviewés, la participation de l'intervieweur qui produit des données « *à travers ses propres interactions avec les autres, à travers la mobilisation de sa propre subjectivité, à travers sa propre "mise en scène"*. Ces données incorporent donc un "facteur personnel" non négligeable. Ce biais est inévitable: il ne doit être ni nié (attitude positiviste) ni exalté (attitude subjectiviste) », enfin, l'influence du cadre de l'entretien et de la réflexion sur la pratique détachée de celle-ci exposant à une reconstruction qui mêle souhait face à la réalité des pratiques et reflet de celles-ci [101].

5.2. Méthode de recueil :

5.2.1. Choix des médecins participants :

Un PU-PH de psychiatrie adulte :

Deux PU-PH de pédopsychiatrie : L'un exerçant sur le CHU de Nantes, l'autre au CHU d'Angers.

Un psychiatre de secteur de pédopsychiatrie exerçant au centre hospitalier de Saint Nazaire.

Un psychiatre d'une structure pour adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles alimentaires exerçant à l'hôpital Saint Jacques de Nantes.

Un psychiatre d'une structure intersectorielle de crise pour adolescents et jeunes adultes exerçant à l'hôpital Saint Jacques de Nantes.

Un psychiatre d'une structure intersectorielle d'hospitalisation pour enfants et adolescents de moins de 16 ans exerçant à l'hôpital Saint Jacques de Nantes.

Un psychiatre d'une post cure psychiatrique pour jeunes adultes exerçant à la Chicotière, en proche banlieue nantaise. Il s'agit d'une structure appartenant aux APSYADES (Association pour le soin, l'écoute et la recherche en psychiatrie et addictologie.)

Un psychiatre d'une structure d'hospitalisation pour adolescents de moins de 18 ans exerçant au centre hospitalier spécialisé Georges Mazurelle de La Roche-Sur-Yon.

Quatre psychiatres de secteur adulte. Deux exerçant au centre hospitalier de Saint Nazaire, un exerçant au centre hospitalier spécialisé de Blain et au centre hospitalier spécialisé de Montbert.

Un psychiatre des Urgences médico-psychologiques exerçant au centre hospitalier de Saint Nazaire.

Un pédopsychiatre d'une structure pour adolescent exerçant dans un centre médico-psychologique adolescent de Nantes.

5.2.2. Choix des autres professionnels

Une épidémiologiste, directeur de recherche à l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), spécialisée dans les pathologies mentales de l'enfant et de l'adolescent.

La responsable de la plateforme de l'ASE. Sa mission est d'organiser l'accueil des jeunes placés à l'Aide Sociale à l'Enfance sur la Loire-Atlantique.

5.2.3. Autres méthodes de recueil :

Dès que cela a été possible nous avons participé aux rencontres entre pédopsychiatrie et psychiatrie de l'adulte dans le cadre des passages de relais. Il s'agissait d'observer la mise en œuvre et le fonctionnement des dispositifs de passage mis en place. Nous avons ainsi participé à diverses synthèses ou concertations. Toutes concernaient des situations de passages en train de se faire ou déjà faits.

Parfois il s'agissait de rencontres concernant les patients que nous avons choisis de présenter dans notre travail. Pouvoir assister « in vivo » au relais était bien évidemment une opportunité irremplaçable. Cela nous a permis d'être au cœur du processus et ainsi d'observer les façons dont se transmettent les informations. Surtout, du fait de notre place tierce, nous avons pu appréhender les modes d'échanges, le poids des représentations dans la façon de se faire comprendre, d'explicitier le sens du soin effectué ou à venir.

A voir les pédopsychiatres dans l'exercice, il s'agissait d'observer la façon de décrire la clinique, la relation instituée avec leurs patients, l'accompagnement qu'ils ont proposé, leurs liens et travail avec les familles.

De même ayant, dès que cela fut possible, cherché à réaliser des entretiens individuels avec les médecins présents à ces rencontres, nous avons eu le loisir de confronter l'attitude et le discours lors de ses réunions et ceux tenus et argumentés lors des entretiens individuels. Chacun justifiant son discours et sa vision après coup, avec une clarté et une simplicité accrue.

Nous avons ainsi participé à cinq rencontres de ce type :

Trois après que le passage de relais ait été effectué totalement ou en partie :

Une à l'unité Espace de l'hôpital Saint Jacques de Nantes, en présence des référents de la patiente et de son médecin référent, le médecin référent du CMP de pédopsychiatrie qui suivait la jeune ainsi que le médecin de la Chicotière qui l'avait reçue en consultation de pré-admission puis d'admission accompagnée d'un infirmier (Cf. cas d'Emilie 6.2.).

Deux au SHIP. La première en présence des médecins et infirmiers référents d'un jeune plusieurs fois hospitalisé ainsi que le psychiatre adulte qui suivait le jeune depuis le passage de relais en psychiatrie adulte (Cf cas de Martin 6.3.). La seconde concernait un jeune hospitalisé en continu depuis plus d'un an qui venait d'avoir 16 ans, en présence de l'équipe du SHIP, du médecin et d'une infirmière de l'unité Espace de l'hôpital Saint Jacques.

Deux en prévision d'un passage de relais :

Ces deux rencontres s'étant faites dans deux services de psychiatrie adulte l'un au CHS de Blain l'autre à l'hôpital Saint Jacques. Les deux survenaient à la demande du SHIP en prévision d'un passage de relais.

5.2.4. Critères de choix :

Lorsque nous avons évoqué à nos aînés rencontrés sur nos lieux de stage l'objet de notre travail de thèse, la plupart a manifesté à quelques exceptions près, leur intérêt pour celui-ci. Il a fallu déterminer à quels praticiens s'adresser, sur quels critères et avec quels objectifs se tourner vers eux ?

Bien évidemment nous nous sommes tournés vers des psychiatres ayant une expérience de passage de relais.

Autant que possible, nous avons choisi des praticiens ayant des référentiels théoriques divers (psychiatrie biologique, systémique, psychanalytique).

Il était aussi important que ces professionnels aient des pratiques institutionnelles variées. La diversité des structures d'exercice : services universitaires, secteurs, post cure psychiatrique, structures spécialisées, était nécessaire. Nous avons écarté les consultants de ville, la psychiatrie de liaison et les structures associatives du fait que nous centrons notre travail de thèse sur le travail institutionnel au long cours et l'articulation institutionnelle induite par les passages.

5.2.5. Organisation des entretiens :

Informations données quant à l'utilisation des données de l'enquête :

Un travail des données brutes par la relecture des notes, la confrontation avec les autres points de vue. Puis une analyse du point de vue en fonction des enjeux institutionnels sous-tendus, pouvant amener à une réécoute de l'enregistrement effectué.

Cette exploitation d'un premier entretien pouvant induire la préparation d'un nouvel entretien. Celui-ci pouvant avoir pour objectif de préciser un point qui serait resté flou, rebondir sur un point du premier entretien pour l'approfondir, soumettre une hypothèse ou une interprétation.

Déroulement des entretiens :

D'une durée prévue d'une heure, ils ont tous été entièrement enregistrés avec l'accord des personnes interviewées. Le plus souvent lors de leur réalisation cette durée était respectée. Certains entretiens ont été plus courts (trois quarts d'heure), certains plus longs, une heure et demie et même pour l'un d'eux deux heures.

Tous ont été réalisés « in vivo », c'est-à-dire sur le lieu d'exercice des professionnels. À noter une exception, l'entretien réalisé avec l'épidémiologiste de l'INSERM qui s'est fait par téléphone.

Ils se sont tous déroulés selon trois phases :

Une première destinée à présenter le contexte de cet entretien. Tout d'abord pour exposer le cadre général de ce travail de thèse, puis le sens des entretiens réalisés et les informations que nous espérons en tirer.

Puis nous avons demandé à notre interlocuteur son cadre d'exercice, son expérience des passages de relais.

S'en suit une discussion ouverte et libre sur leurs expériences. Nous nous sommes intéressés essentiellement à leur regard sur les passages auxquels ils ont participé, ainsi qu'à leur point de vue distancié sur ceux-ci.

Déroulement des éventuels entretiens ultérieurs :

Alors même que nous avons prévu d'éventuels seconds entretiens, nous ne l'avons fait qu'une fois avec un des pédopsychiatres de secteur.

5.2.6. Problèmes méthodologiques et réponses apportées : nature des informations collectées :

Pour des raisons méthodologiques, notamment celles données plus haut lorsque nous abordons les intérêts et limites des enquêtes qualitatives, nous avons écarté la réalisation de questionnaires types. Nous n'aurions alors obtenu que des données factuelles, et éveiller une réticence sur des questions trop polémiques. Un des risques inhérents à faire parler les professionnels sur leurs liens avec leurs collègues, qui plus est lorsqu'il s'agit d'avoir un regard critique, est au mieux une autocensure au pire un refus. Enfin, pour qu'ils acquièrent une valeur statistique, ils auraient nécessité un échantillonnage bien plus vaste.

La rigueur que nous souhaitons donner à ce travail nécessite une méthodologie qualitative pour éviter certains écueils, principalement décrire un univers édulcoré ou fardé. Tel que l'affirme OLIVIER DE SARDAN : « *Parfois, c'est la restitution des enquêtes auprès des sujets enquêtés qui est proposée comme test décisif de validation(...) le croire serait oublier que tous les groupes sociaux sont traversés de clivages (ce qui rend le plus souvent illusoire un consensus des enquêtés sur les résultats d'une enquête, pour peu que celle-ci porte sur des enjeux sociaux) comme ce serait oublier que la perspective du chercheur et celle des sujets de sa recherche sont nécessairement différentes.* » [100].

Cette critique de la validation d'une enquête par les sujets de celle-ci nous semble, telle qu'elle est formulée par OLIVIER De SARDAN, particulièrement pertinente. En effet, l'enjeu des passages de relais au sein des équipes et pour les professionnels pris individuellement (médecins, psychologues et paramédicaux) est investi de façon complexe.

Pour la pédopsychiatrie, les passages peuvent représenter une certaine forme d'échec en cela qu'il n'a pas été possible de « guérir » les enfants, adolescents pris en charge. Ces patients qu'ils doivent « passer » sans avoir pu achever leur « travail », matérialisent leur impuissance en tant que soignants. On imagine mal un chirurgien quitter la table d'opération alors qu'il effectue un acte délicat et qui le stimule dans sa pratique du fait de sa difficulté ; le pédopsychiatre lui y est contraint. Cette contrainte peut avoir diverses origines (cliniques, légales, sociales...). Sur cette origine, nous renvoyons au paragraphe 3.2.2 ci-dessus.

Pour les institutions adultes qui accueillent ces patients, leurs arrivées s'effectuent avec inquiétudes du fait de leurs passés pédopsychiatriques parfois important. La description de toutes les solutions envisagées ayant finalement échouées peuvent légitimement inquiéter. Enfin, « *Peu de gens aiment(...) devenir des objets de recherche anthropologique. Par ailleurs la plupart des communautés sont traversées par des conflits qui rendent impossible une restitution qui satisfasse tout le monde* » [100].

5.2.7. Trame des entretiens :

Généralités :

Les entretiens vont avec chaque praticien s'intéresser à recueillir deux types de données :

- Le recueil des données issues de leurs pratiques. Il s'agit de connaître leurs objectivations et leurs ressentis sur leurs expériences des passages de relais.
- Le recueil de leur point de vue « théorique sur la question ». Nous entendons par théorique ce qu'il estime fonctionnel, ou au contraire source de dysfonctionnement.

Nous souhaitons ainsi identifier ce qu'il faudrait améliorer dans leur réalisation concrète. Que cela concerne leur préparation institutionnelle ou leur préparation clinique, connaître les obstacles, les éléments incontournables... Enfin, nous acceptons que la conversation puisse diverger, en fonction des intérêts particuliers de tel ou tel de nos interviewés, sur un aspect précis de notre sujet.

Les entretiens eux-mêmes :

En préambule et afin de restituer l'origine du point de vue exprimé, chaque intervenant est amené à définir en quelques phrases son type d'exercice et d'où provient son opinion sur le sujet. Nous abordons leurs parcours et leurs formations. Ce qui a motivé leur souhait de faire de

la pédopsychiatrie, de la psychiatrie adulte. Puis nous expliquons avec plus de détails l'objet de notre travail, comment s'inscrit dans notre projet l'entretien que nous comptons réaliser.

Questions issues de leurs expériences :

- Nous cherchons à recueillir quelques données « statistiques » : Le nombre de passages effectués. Pour ceux qui en ont une pratique régulière, combien de cas par an.
- Quelles pathologies sont concernées par ces passages ?
- Vers quel type de soins sont dirigés les patients ? (hospitalisation, CMP, psychiatre de ville)... Comment se détermine ce choix ? Qui décide ? Après quel processus de décision ? Quelle place pour le choix du patient ? De sa famille ?

Plus spécifiquement pour les psychiatres d'enfant :

- Quand et sur quels critères décident-ils de réaliser un passage ?
- Qui est le premier prévenu de la famille ou du collègue adulte ? Sur quels arguments ? Existe-t-il un processus interne à l'institution ? Quel est-il ?
- Ont-ils repéré des facteurs prédictifs de passage de relais vers la psychiatrie adulte ?
- Comment est préparé le passage ? Avec le patient, sa famille ? Avec l'autre institution ?
- Quels sont les cas faciles et les cas difficiles de passages ? Y a-t-il des éléments qui permettent de prédire cette difficulté ou au contraire la facilité d'un passage ?
- Exemples de passages « difficiles », exemples de passages « faciles »

Pour les psychiatres d'adultes :

- Quand et sur quels critères ont-ils reçu un patient dans le cadre d'un passage ? Quels sont les cas faciles et les cas difficiles de passages ?
- Ont-ils discuté, lors du passage ou dans ses suites, la prise en charge médicamenteuse, le diagnostic posé ?

- Que sont devenues les prises en charge psychothérapeutiques, orthophoniques, psychomotriciennes éventuelles ?
- Font-ils parfois appel à leurs collègues pédopsychiatres pour la prise en charge de mineurs ou de jeunes adultes hospitalisés dans leurs services ?

Pour les deux :

- Est-il facile de travailler avec leurs collègues ? Quelles seraient les critiques (positives et négatives) les plus fréquentes qu'ils pourraient faire quant à leur façon de réfléchir et de penser les passages ? Quelles sont leurs atouts ou leurs manques (intrinsèque à leur qualité de psychiatre d'adultes ou d'enfants) pour faire de « bons passages »?
- Quand peut-on considérer qu'une vision développementale de l'évolution pathologique est caduque ? Quand pose-t-on un diagnostic ?
- Quel est leur mode d'utilisation des classifications diagnostiques ?

Dans leurs liens aux patients :

- Quels sont leurs critères du tutoiement ou du vouvoiement adressé à leurs patients ?
- Quelle place font-ils au travail avec les familles ? Comment le point de vue de la famille sur les soins est pris en compte.

Objectifs :

Directs ou quantitatifs :

- Avoir connaissance des modes de passage de relais dans leurs diversités.
- Identifier, là où elles existent, les procédures mises en œuvre.
- Déterminer le lien entre le mode de passage et les pathologies.
- Déterminer les critères facilitant ou au contraire handicapant les passages.

- Avoir un regard aussi exhaustif que possible sur l'organisation des passages de relais en Loire Atlantique.

Indirects ou qualitatifs :

- Mettre à jour l'impact des référentiels théoriques dans la réalisation des passages.
- Repérer le poids des représentations des professionnels sur leurs partenaires dans la mise en œuvre des passages.
- Identifier la nature des représentations des professionnels sur leurs collègues et les facteurs qui les déterminent.
- Eclairer les difficultés institutionnelles.
- Synthétiser le point de vue des professionnels sur les principaux obstacles à une réalisation optimale des passages. Lister les idées quant à ce qu'il faudrait modifier ou mettre en place pour les améliorer.
- Identifier les réticences des professionnels et celles qu'ils supposent à leurs interlocuteurs.
- Enfin, pouvoir argumenter le cadre processuel que nous comptons proposer.

5.3. Difficultés rencontrées :

Les difficultés que nous avons rencontrées tiennent compte de la méthodologie ainsi que du contexte dans lequel nous avons effectué ce travail. Elles se résument ainsi :

- Ne pas prétendre à une objectivité ni participer à une polémique potentielle.
- Ne pas renvoyer dos à dos les institutions et les professionnels qui y travaillent. Eviter deux écueils majeurs : faire le constat de difficultés insolubles ou faire le constat d'évidences sans objet.
- Les pédopsychiatres sont surreprésentés parce qu'ils sont impliqués beaucoup plus fréquemment que les psychiatres d'adultes dans les passages.
- Certains de nos interviewés sont parfois impliqués dans une dizaine de passages de relais par an. D'autres n'y sont qu'une ou deux fois par an. Certains moins encore. Il y a de ce fait une grande variabilité des pratiques et des expériences.
- Nous avons constaté une réticence à exprimer une opinion négative vis-à-vis des autres institutions ou praticiens. Le plus souvent il s'agit d'institutions et de médecins ayant des liens étroits.

Nous avons débuté nos entretiens avec les pédopsychiatres pour finir par les entretiens avec les psychiatres d'adultes (à quelques exceptions près). Nos entretiens s'étalent de janvier à aout 2010.

5.4. Résultats :

Il fut particulièrement instructif de constater la cohérence interne des propos tenus, la rigueur des prises en charges et soins proposés. Elles étaient à l'évidence réfléchies, et prises après discussion en équipe et en cohérence avec les bonnes pratiques. Pour autant sur divers plans, les analyses divergeaient, les points de vue, parfois congruents étaient aussi parfois incompatibles. Il est très vite apparu qu'il y avait autre chose à chercher qu'une défaillance des structures ou des professionnels pour rendre compte de cette difficulté des passages, mais des pratiques aveugles les unes aux autres. Notre intérêt portant sur cette partie cachée.

Comme nous le supposions, l'articulation des pratiques est parfois problématique. Qu'il s'agisse des articulations institutionnelles ou des articulations « inconscientes » (représentation de la pathologie psychiatrique, des institutions, des professionnels...)

5.4.1. En réponse à nos questions :

La trame que nous avons suivie lors de nos entretiens est présentée plus haut (cf 5.2.1). Nous présentons ici les réponses obtenues aux questions que nous n'approfondirons pas nécessairement par la suite :

Les passages sont à l'évidence une pratique plus familière aux pédopsychiatres qu'aux psychiatres d'adultes. Si les premiers rapportent organiser une dizaine de passages par an les seconds en avancent moins de 5, parfois qu'1 ou 2 par an.

Sur les pathologies concernées, l'impression est générale, les passages de relais concernent principalement les patients psychotiques et ceux présentant un trouble grave de la personnalité.

Les patients, lorsque le passage est anticipé, sont principalement orientés vers les hôpitaux de jour de psychiatrie adulte ou les postcures psychiatriques. Lorsqu'il se fait en urgence, les patients sont le plus souvent hospitalisés en psychiatrie adulte. La décision

appartient le plus souvent à l'équipe de pédopsychiatrie, les patients et leurs familles sont le plus souvent informés de ce souhait dans un second temps.

Ces passages ne sont pas protocolisés et se font au cas par cas. Les facteurs prédictifs le plus souvent mis en avant sont l'échec des autres solutions, l'absence d'amélioration symptomatique ou des rechutes fréquentes.

Les questions autour de la nature de la prise en charge sont rarement posées. Le passage est souvent le moment d'un nouveau départ. Si cette rupture est redoutée par les pédopsychiatres, elle est jugée le plus souvent nécessaire par les psychiatres d'adultes.

Les passages « faciles » sont ceux qui peuvent être préparés, avec une équipe connue (avec laquelle des liens existent antérieurement), en absence de décompensation, en alliance avec le jeune et sa famille, et enfin s'il peut s'intégrer dans le projet de vie du jeune.

Les passages « difficiles » ont les caractéristiques opposées : non préparées, lors d'un moment de crise, avec une équipe inconnue, en dehors d'un projet de soins ou d'un projet de vie.

La question diagnostique est rarement posée au moment du passage de relais et n'interfère le plus souvent pas avec lui. Dans un grand nombre de cas, il s'avère que celui-ci évoluera, le plus souvent sans lien avec le passage qui est le plus souvent déterminé par la seule symptomatologie.

Fréquemment, les passages de relais ou les hospitalisations intercurrentes en psychiatrie adulte sont l'occasion de modifications chimiothérapeutiques. Elles consistent le plus souvent en une augmentation des doses prescrites, un changement de classe inféré sur les prescriptions adultes.

La cohérence des soins paramédicaux, psychothérapeutiques proposés n'est le plus souvent pas discutée ou que de façon secondaire.

Les psychiatres adultes ne font que très rarement appel à leurs collègues pédopsychiatres pour les aider à prendre en charge un adolescent ou un jeune adulte, sauf s'il est déjà suivi en pédopsychiatrie ou que l'orientation à la sortie de l'hospitalisation soit la pédopsychiatrie.

S'il semble plutôt aisé de travailler avec ses confrères, ces échanges sont estimés nettement facilités par le fait de se connaître en amont. Avoir des liens préalables, avoir une relation de confiance antérieure au passage est une constante pour « savoir » que cela va bien se passer.

Tous les psychiatres adultes rencontrés vouvoient leurs patients. Pour les pédopsychiatres toutes les possibilités se retrouvent : ceux qui les vouvoient tous, ceux qui les tutoient tous, ceux qui vouvoient ou tutoient en fonction du niveau de maturité, de l'âge du jeune. Certains questionnent le jeune sur ce qu'il préfère. Il y a donc ceux pour lesquels nous sommes face à une attitude « de principe » et ceux pour lesquels cette question rentre dans la qualité du relationnel et donc du soin.

5.4.2. Les difficultés identifiées aux passages de relais :

Difficultés perçues par les pédopsychiatres :

- Une mauvaise prévisibilité des passages.
- Un manque de lien avec les professionnels travaillant avec les adultes.
- Une méconnaissance des institutions qu'il s'agisse
 - De leurs fonctionnements institutionnels
 - De la nature des prises en charge qu'elles proposent
- Le regret d'une impréparation pouvant conduire à un échec du passage (Certains pédopsychiatres expliquant qu'un simple rendez-vous donné avec un psychiatre d'adulte sans autre anticipation se soldait le plus souvent par un arrêt des soins).
- Une méconnaissance clinique
- Un travail avec les familles plus ou moins important en psychiatrie adulte alors même qu'il apparaît fondamental à nombre de psychiatres d'enfants ou d'adolescents.

- La perception d'a priori sur les soins pédopsychiatriques.
- Une mauvaise prise en compte des spécificités des soins aux adolescents (un de nos interviewés donnait comme exemple qu'à la suite de consultations en psychiatrie de liaison, effectuées auprès d'adolescents suicidants, et lors desquelles était donné un rendez-vous avec un autre psychiatre sur leur secteur, les jeunes concernés ne s'y rendaient jamais).

Difficultés perçues par les psychiatres d'adultes :

- Méconnaissance du travail pédopsychiatrique par absence de formation ou de lien avec leurs collègues.
- Une faible expérience le plus souvent de tels passages qui restent rares et avec des institutions variées.
- Une culture entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte différente.
- Des divergences quant à l'utilisation des psychotropes (sous utilisations fréquentes, doses trop faibles).
- Une difficulté des pédopsychiatres à « lâcher » leurs patients traduisant un lien inadapté, dépassant le strict cadre de la relation soignant-soigné.
- Parfois, un sentiment d'incompréhension théorique quant aux outils de soins utilisés par la pédopsychiatrie (un grand nombre de médiations thérapeutiques utilisées en pédopsychiatrie sont pensées avec des outils psychanalytiques).

Les différents reproches formulés à l'encontre des classifications internationales et américaines (CIM 10 et DSM IV) révèlent d'autres inquiétudes :

- Difficulté de prendre en compte les enjeux psychopathologiques voire leur négation.
- Le respect d'une rigueur clinique dans la complexité et la singularité des situations décrites.
- Le souci d'appréhender l'enfant dans son environnement et son histoire.
- Le respect d'une vision développementale maintenant une analyse clinique et diagnostique axée sur les potentialités. La multiplicité des dimensions (environnementales, éducatives et sociales) maintiennent ouverte de multiples

recours thérapeutiques qui permettent d'utiliser pleinement les potentialités du patient.

Ces points de vue se retrouvent dans de nombreux articles actuels, écrits lors de la parution ou encore lors de la réactualisation de ces diverses classifications. La pertinence de la CFTMEA dans le cadre de protocole de recherche y est affirmée, par ses atouts cités ci-dessus. Ces articles confirment les dires des professionnels que nous avons interviewés. [97] [93] [21].

À l'inverse, les questions d'équivalence entre les classifications ont très peu été mises en avant par les psychiatres d'adultes. Même lorsque nous avons abordé cette question pendant nos entretiens ou échanges informels, l'utilisation de l'une ou l'autre des classifications (CFTMEA ou CIM IV) semblait équivalente.

Là encore c'est dans les « à-côtés », les implicites liés à l'utilisation d'une classification plutôt qu'une autre qui entraînent cette divergence de vue. Ainsi, dans les griefs formulés à l'encontre des classifications internationales, on retrouve les préoccupations fréquemment mises en avant par les pédopsychiatres : ne pas « coller une étiquette diagnostique », prendre en charge de manière globale leurs patients (en lien avec la famille, les services sociaux...), maintenir un diagnostic « ouvert ».

Néanmoins, il semble qu'une utilisation de plus en plus fréquente et aisée soit faite de la CIM 10. Conjointement aux nécessités administratives de codage des actes, l'utilisation, de fait routinière, de cette classification amène à un apaisement des débats idéologiques. Même parmi les plus fervents défenseurs d'une vision psychopathologique et développementale du soin pédopsychiatrique, le hiatus est fait entre une utilisation « administrative » des classifications et la réflexion clinique quotidienne. On peut être psychanalyste et coter des actes.

C'est dans le champ de la recherche et des études cliniques que ces divergences et inquiétudes restent vives. Les enjeux y sont d'une autre nature. Dans la pratique clinique, lors de nos échanges, nous n'avons pas retrouvé de position dogmatique.

5.4.3. Impact des représentations :

Qu'appelons nous représentation ?

Nous sous-entendons ici le terme classique, en philosophie et en psychologie, qui désigne « *ce que l'on se représente, ce qui forme le contenu concret d'un acte de pensée* » et « *en particulier la reproduction d'une perception intérieure* » [75]. Pour le dire plus simplement, nous nous intéressons aux images, présuppositions, idées reçues, lieux communs et autres points de vue sur le travail des partenaires que nos interlocuteurs possèdent.

5.4.4. Quels types de représentations ?

Des représentations parfois caricaturales :

Certains anticipent une gestion trop chimiothérapeutique des troubles des patients. Cette vision coïncide avec le regret d'une vision estimée « trop » symptomatique de la pathologie psychiatrique. La crainte d'une psychiatrie normative et uniquement inquiète du symptôme en serait la caricature. Dans ces circonstances, on suppose la réticence que pourrait avoir le psychiatre d'enfants et d'adolescents « à passer la main » au collègue adulte. L'enjeu central étant que soit remplacée une approche développementale par une approche jugée « chronicisante ».

Il y aurait d'un côté, une approche et une conception des soins fondée sur les potentialités et donc prudente dans ses diagnostics, face à une autre « fataliste » et « essentialisante ». A moins que cela ne soit une vision « réaliste » et empirique qui s'oppose à des pratiques timorées et d'un optimisme inadapté, pouvant entraîner une perte de chance.

Il s'agit bien sûr d'une présentation caricaturale et manichéenne mais qui a pour avantage de mettre en lumière les sous entendus moraux à l'œuvre, bien que cachés et jamais défendus pour eux même.

Une des stratégies fréquemment mise en avant par les pédopsychiatres dans leur recours au secteur adulte se résume ainsi : quand tout le reste (de plus spécifique) a été tenté. Ce souhait s'associe à un autre, celui de ne pas « surcharger » le secteur.

En faisant préciser ce qui était sous-entendu par « ne pas surcharger » il s'est avéré que la psychiatrie adulte, perçue comme « en manque de moyens chronique », devait se focaliser sur les pathologies les plus lourdes, les plus chroniques, les plus difficiles. Ce point de vue est corrélé à un regard développemental du pédopsychiatre qui considère que le passage chez l'adulte et notamment en secteur, signe la fin de ce processus et une acceptation d'une pathologie chronique qu'il s'agira d'accompagner au long court.

Dans son article « Crise et avenir de la pédopsychiatrie » [52] GOLSE, reprend les propos de HARDY-BAYLE « *Le psychiatre est le seul professionnel en matière de santé mentale à maîtriser une double lecture des troubles ou des situations psychopathologiques qu'il est en charge de traiter : la lecture « médicale » qui lui permet de savoir quand et comment prescrire un traitement médicamenteux, et la lecture « psychopathologique » (ou psychodynamique) qui lui permet d'inscrire les troubles, leur sens et leur fonction dans l'histoire individuelle du sujet et dans son environnement, et ainsi d'évaluer l'impact psychologique des mesures adoptées* » il regrette d'y voir un appauvrissement du rôle du psychiatre.

Pour GOLSE, le pédopsychiatre ne peut avoir une identité réduite (à côté de ses compétences psychopathologiques dont il n'a pas le monopole) à ses compétences dans le domaine des prescriptions médicamenteuses. Il y voit ici un regard de psychiatre d'adultes, incapable de décrire l'identité et les pratiques du pédopsychiatre. S'ils devaient s'y réduire GOLSE craint la disparition de la pédopsychiatrie telle qu'elle existe, les psychothérapies pouvant tout aussi bien être pratiquées par les psychologues.

Les évidences partagées :

On connaît mal les autres institutions... Ainsi, « *une connaissance des lieux existants est nécessaire, obligeant à actualiser les procédures d'admission des services auxquels nous nous adressons, mais aussi les mouvements de personnel. Les modalités relationnelles jouent*

un rôle important dans nos choix, malgré la dimension objective et fonctionnelle nécessaire (trouver un lieu, sans le lier aux représentations des personnes). » [77].

Ça se passe mieux quand on connaît ses interlocuteurs, que les institutions ont un passé commun autour d'autres passages de relais... Lorsque l'on a confiance en l'autre institution.

C'est plus facile lorsque l'on utilise les mêmes outils conceptuels, les mêmes référentiels théoriques... Ainsi, et comme le confirme LAZOROVICI, pour nombre de pédopsychiatres *« en l'absence d'un lieu dépendant directement de notre propre théorisation du fonctionnement mental, nous devons sans cesse composer entre l'urgence transmise par la pathologie, les états de disponibilité des services, l'anticipation des liens que nous pourrions tisser en postcure » [77].*

Pour les psychiatres d'adultes, c'est la méconnaissance des soins pédopsychiatriques et la volonté de prendre en charge « l'adulte » sans prise en compte des soins antérieurs, qui peut générer une rupture abrupte.

Il faut éviter les relais « passages à l'acte », qui sont eux aussi une crainte majeure. Pour les pédopsychiatres par le sentiment de violence et d'échec que cela représente, pour les psychiatres d'adultes par le regret de débiter une prise en charge sur un temps de crise.

La possibilité d'anticiper le passage de relais paraît important afin que celui-ci se fasse lorsque le patient est stabilisé, en dehors d'une décompensation, d'un moment de crise.

Des positions paradoxales :

Fréquemment lors de nos entretiens, des pédopsychiatres se sentaient dans l'obligation de commenter leurs propos : *« On fait confiance à nos collègues adultes, on sait, on est persuadé qu'ils font du bon travail. Pour autant, nous ne voulons pas leur transmettre nos patients, on ne peut pas leur faire « ça » »*. Une partie des représentations sur la psychiatrie et l'hospitalisation en psychiatrie adulte est faite d'images de violence, de souffrance institutionnelle. Car le « ça » désigne tour à tour un lieu fermé, un lieu au fonctionnement

carcéral ou au fonctionnement asilaire, un lieu où les patients errent des jours entiers sans occupation.

Car si les psychiatres d'adultes sont effrayés du manque de moyens de la pédopsychiatrie, les pédopsychiatres partagent la même inquiétude quant aux moyens de la psychiatrie adulte. Les conséquences de ces manques ne sont pas de même nature : si pour les psychiatres d'adultes la pédopsychiatrie soigne bien ses patients elle en soigne peu, pour le pédopsychiatre, son collègue adulte soigne tous ses patients mais de façon minimaliste.

Ce discours est le reflet ou la conséquence des liens transférentiels et contre-transférentiels que les pédopsychiatres entretiennent avec leurs patients. Ainsi, lors de différents entretiens avec des pédopsychiatres, la psychiatrie adulte est souvent décrite, dès lors qu'elle est imaginée être une option pour l'un de leurs jeunes, comme un monde dangereux, peu protecteur, où le sous effectif est constant. Les soins pédopsychiatriques étant alors décrits comme des îlots de résistance face à des soins chez les adultes où « l'on a plus le temps », où « l'on ne prend plus le temps ».

Cette question de « prendre le temps » est fréquemment revenue dans les termes des pédopsychiatres. Elle est synonyme d'accompagnement, d'aller au rythme du jeune, d'avoir la possibilité de clore « l'histoire » partagée, de s'assurer que le passage de relais se fasse effectivement. Car une crainte fréquemment annoncée par les pédopsychiatres est l'arrêt des soins à l'occasion du passage. L'élément mis en avant étant l'absence ou l'insuffisance de préparation.

Il y a aussi une crainte d'abandon ; de la part de la pédopsychiatrie, renvoyée à son impuissance, et en miroir, l'appréhension de faire naître dans l'esprit du jeune qu'il est abandonné. Il y a la crainte d'un sous-entendu péjoratif par ce passage : « je ne peux plus rien pour toi », « tu es trop malade pour que je continue », « je ne suis plus, ou pas compétent »...

L'enjeu devient dès lors d'éviter la psychiatrie adulte, trop péjorative et ce indépendamment de la qualité des intervenants, qui de toute façon n'y peuvent rien...

LAZAROVICI liste, dans un article plus spécifique sur les représentations que la psychiatrie adulte génère, d'autres inquiétudes : « *fantasme de pédophilie, effondrement narcissique devant l'image de la psychose chronique, mais aussi réalité du manque de moyens du service vis-à-vis de l'adolescent.* » [77].

Mais, en ce qui concerne les adolescents il décrit d'autres représentations, plus positives : « *effet structurant du séjour en milieu adulte, expérience des services adultes en matière de traitements chimiques, place dynamique des représentations de la loi et de la différence des sexes dans ces services.* » [77].

5.4.5. Des champs de compétence à géométrie variable :

Il ne s'agit pas ici de discuter les éléments externes qui amènent à « passer la main » mais comment les organisations institutionnelles et leur articulation influent sur le regard qu'ont les professionnels sur leurs pratiques et leurs champs de compétence. Nous pouvons en dégager plusieurs catégories, aussi au-delà des expériences départementales.

- L'organisation des soins pédopsychiatriques inclue dans son fonctionnement des limites d'âges qui amènent certains professionnels à se « sur spécialiser » et ainsi à ne plus se sentir compétent lorsque leurs patients vieillissent.
- L'existence de structures spécifiques destinées à prendre en charge une pathologie particulière (par exemple les troubles du comportement alimentaire, sur Nantes) dans des structures intersectorielles peut faire que les soignants du secteur, pourtant garant des soins au long cours, peuvent « lâcher » leurs patients dès lors qu'ils sont pris en charge dans ces structures spécifiques. Parfois ces structures, qui ont accueilli ces patients sur un temps d'hospitalisation ou en consultation, se retrouvent sans partenaire pour la suite du suivi.
- L'existence de structures pour adolescents peut avoir de même des effets inattendus, notamment que les secteurs de pédopsychiatrie orientent tous leurs adolescents vers ces structures et décrètent de manière unilatérale ne pas suivre les jeunes de plus de 12 ans !

Bien évidemment ceci est à mettre en perspective avec le manque de moyens flagrant des services de pédopsychiatrie de secteur (Cf. 4.1 Tableau 4).

5.4.6. Des pratiques divergentes ?

Notre travail nous a très vite confronté aux réactions des professionnels. Le plus souvent ils se montraient intéressés par notre sujet et prêt à échanger. Rares étaient ceux qui n'avaient pas un avis, bien au contraire !

La question de la confiance est centrale : nous avons fréquemment été confronté à un discours qui affichait une confiance de principe à l'égard des personnes, mais bien souvent une défiance à l'égard des institutions. Or, celle-ci est centrale pour permettre une cohérence du parcours de soins, notamment lorsqu'il sous-entend de passer d'une institution à une autre. Ces réserves émises face au travail d'autres institutions ou praticiens, s'avéraient être le témoin d'une volonté de donner un sens aux pratiques qui dépasse leur strict cadre d'exercice ou d'application.

Il est ici question du type d'investissement que l'on choisit et agit avec les patients. Le regard que l'on pose sur l'engagement relationnel qu'impliquent d'autres pratiques. Quel lien, quelle relation est nouée ? Que va-t-elle devenir ? Autant de problématiques en filigrane à côté des questions transférentielles et contre transférentielles.

Ainsi, en réponse à ces questions soulevées et implicitement mise en exergue par les passages de relais, nous constatons que ce positionnement est le reflet des motivations et de l'éthique des psychiatres. Motivations et éthique à l'œuvre dans « l'exercice de leur art ».

Expliciter ces motivations et ces enjeux éthiques n'est pas notre sujet, mais savoir que celui-ci en est porteur est essentiel. Sans cela, on ne peut comprendre qu'il puisse réveiller les mouvements d'humeurs les plus radicaux, les exagérations, les prises de position définitives...

**SYNTHESE DES DONNEES ISSUES DE NOTRE ENQUETE
QUALITATIVE
SUR LES CONTEXTES DE PASSAGES DE RELAIS :**

Ressortent :

- **L'importance des relations de confiance entre les professionnels et les institutions pour leur réalisation optimale.**
- **L'inquiétude que leur survenue signe une chronicisation des troubles.**
- **La fréquence du sentiment d'échec qui les accompagne.**
- **La méconnaissance du fonctionnement des autres institutions.**
- **Les sentiments d'incompétence et d'impuissance qu'ils cristallisent.**
- **L'insatisfaction liée aux passages de relais lors d'un moment de crise ou de décompensation. Les craintes que ces contextes impliquent.**
- **Leur manque de prévisibilité.**
- **Leur manque d'anticipation.**
- **Les débats théoriques et éthiques qu'ils attisent implicitement.**

«Les lumières, c'est la sortie de l'homme hors de l'état de tutelle dont il est lui-même responsable. L'état de tutelle est l'incapacité de se servir de son entendement sans la conduite d'un autre. On est soi-même responsable de cet état de tutelle quand la cause tient non pas à une insuffisance de l'entendement mais à une insuffisance de la résolution et du courage de s'en servir sans la conduite d'un autre. Sapere aude ! Aie le courage de te servir de ton propre entendement ! Voilà la devise des Lumières. »

...

« Il est si commode d'être sous tutelle. Si j'ai un livre qui a de l'entendement à ma place, un directeur de conscience qui a de la conscience à ma place, un médecin qui juge à ma place de mon régime alimentaire, etc., je n'ai alors pas moi-même à fournir d'efforts. Il ne m'est pas nécessaire de penser dès lors que je peux payer ; d'autres assumeront bien à ma place cette fastidieuse besogne. »

KANT, « Qu'est ce que les Lumières ? » [70]

"Le seul caractère général de l'aliénation est la perte du sens commun et l'apparition d'une singularité logique (sensus privatus), par exemple un homme voit en plein jour sur sa table une lumière qui brûle, alors qu'un autre à côté de lui ne la voit pas, ou il entend une voix qu'aucun autre ne perçoit. Pour l'exactitude de nos jugements en général et par conséquent pour l'état de santé de notre entendement, c'est une pierre de touche subjectivement nécessaire que d'appuyer notre entendement sur celui d'autrui sans nous isoler avec le nôtre, et de ne pas faire servir nos représentations privées à un jugement en quelque sorte public."

KANT, « l'Anthropologie du point de vue pragmatique » [71]

6. Cas cliniques exemplaires :

Par soucis de confidentialité nous avons modifié les prénoms des jeunes que nous présentons. De même nous restons évasifs sur les structures sectorielles qui les ont accueillis.

6.1. Karim, une mise à l'épreuve de la toute puissance :

Karim est un jeune patient né en octobre 1989. Il a donc aujourd'hui 21 ans. Il est hospitalisé de façon continue depuis décembre 2005 dans le service de psychiatrie adulte de son secteur. Avant cette hospitalisation, Karim était suivi depuis 8 ans par la pédopsychiatrie. Toutes les solutions d'accueil tentées lors de ce suivi ont échoué. Très tôt le diagnostic de psychose infantile sera posé et ne sera plus remis en question.

Karim est un jeune patient qui après avoir connu des soins intensifs en pédopsychiatrie de secteur, se trouve pris en charge de manière continue en psychiatrie adulte depuis plusieurs années.

Eléments biographiques :

Contexte familial et socioculturel :

Il est l'aîné de 5 enfants issus du couple parental, il a aussi deux demi-frères en Afrique plus âgés que lui, issus d'une première union maternelle avant son arrivée en France. Ses frères et sœurs sont en bonne santé. Bien qu'abordée au début de la prise en charge en pédopsychiatrie, l'existence de ces deux frères aînés restera longtemps inconnue du service de psychiatrie adulte.

Le père de Karim est marabout. Il vit en France depuis 1988. La mère de Karim est arrivée un an plus tard courant 1989. Avant de s'installer dans la région, la famille de Karim a erré de ville en ville pendant plusieurs années. Ils n'ont eu de cartes de séjour qu'en 1998. Il

dira au premier pédopsychiatre qui le rencontrera avoir très tôt perçu que son fils n'était pas comme les autres.

La mère de Karim a 10 frères et sœurs en Afrique. Son père est décédé quand elle avait 8 ans. Sa mère vit toujours en Afrique. Les enfants du couple parental ne sont pas connus directement des grands parents encore en vie, mais ils ont des contacts téléphoniques avec ceux-ci.

La mère de Karim bien qu'ayant pu à plusieurs reprises exprimer son souhait d'apprendre le français ne comprend que peu notre langue. Les entretiens familiaux en pédopsychiatrie se feront avec l'aide d'un interprète.

Le passé africain des parents de Karim restera obscur et en partie caché. De même leur parcours d'errance les premières années de leur présence en France ne pourra être interrogé et restera mystérieux. D'ailleurs, le père de Karim peut partir du domicile familial pour se rendre en Afrique où il reste pendant plusieurs mois sans que l'on sache quand il y part et quand il en revient.

Histoire de la prise en charge pédopsychiatrique :

Les troubles semblent avoir été perçus par la mère de Karim dès ses 2 ans, troubles qui seront tout d'abord attribués à des carences éducatives mais qui se révéleront rapidement les dépasser. Puis très vite c'est le comportement de Karim qui a alerté, tout d'abord l'école. Ainsi, dès sa scolarisation, des signalements ont été réalisés et la famille, à partir de ce moment, sera soutenue par l'ASE (Aide sociale à l'enfance).

Après un suivi en psychomotricité et en orthophonie, une orientation en IME est posée et Karim sera pris en charge pendant trois ans pour des troubles du comportement et un retard mental sans qu'un diagnostic précis soit formulé.

Karim a été adressé en 1998 à l'hôpital de jour qui le prendra en charge pendant 7 ans.

Aspects cliniques :

« Karim souffre d'une psychose précoce avec déficience intellectuelle par non-utilisation de ses capacités du fait de la dissociation idéique »

La clinique est marquée par un apragmatisme majeur, un repli et une grande dissociation. Karim a des difficultés à communiquer avec les autres enfants. Il recherche plus le contact avec les adultes. Pour autant il a de grandes capacités d'observation qui contrastent avec son apragmatisme. Le langage oral est bien structuré mais il parle peu. Le graphisme n'est pas investi. Il a une certaine autonomie pour les actes simples de la vie quotidienne. Seul en dehors de son domicile, il peut se mettre en danger. Lorsqu'il va mal, il a tendance à s'attaquer aux objets (poignées de portes, tuyaux,...) qu'il cherche à casser. Son quotidien est assez ritualisé.

Aspects thérapeutiques :

Il a eu un temps un traitement par Thioridazine (Melleril®) arrêté par manque d'efficacité. Il a ensuite eu un traitement par Cyamémazine (Tercian®) à dose progressivement croissante. En 2005, lors de son arrivée en psychiatrie adulte il prend 1 cp de Cyamémazine 25mg le matin et le midi, 2 cp le soir. L'observance de ce traitement est irrégulière, la mère de Karim ne le lui donnant pas toujours. C'est pour cette raison qu'il ne lui sera pas prescrit d'antipsychotique nouvelle génération, l'observance chaotique étant considérée comme incompatible avec ces traitements. Bien que le sens d'une telle prescription et les effets qu'on pouvait en attendre avait été expliqués à plusieurs reprises à la famille de Karim, ils n'arriveront jamais à s'astreindre de lui donner régulièrement son traitement.

Le passage de relais :

En décembre 2005, une hospitalisation en psychiatrie adulte se fait à la demande du S.E.M.O (Service Educatif en Milieu Ouvert). Karim est en grandes difficultés psycho-comportementales. Ses comportements à type de désinhibition sexuelle, d'agressivité, le

mettent en danger, notamment avec les jeunes de la cité où il réside. Cette demande d'hospitalisation a été formulée après concertation avec les différents acteurs médico-sociaux.

Le motif d'hospitalisation sur l'observation des urgences est :

« Patient présentant des troubles du comportement avec mise en danger de lui-même et d'autrui ».

Il y est écrit que Karim présente : « une instabilité psychomotrice, une anxiété manifeste intense, la recherche de repères en touchant les objets, les soignants, il « lèche la table » ». Il est ajouté que Karim peut soutenir le regard et que les échanges sont possibles. Il se termine par : « psychose infantile évoluant depuis quelques semaines sur un mode plus aigu » avec notamment une « dissociation majeure » et une « mise en danger dans son quotidien ».

Karim sera ainsi accueilli en psychiatrie adulte dans un autre service que celui de son secteur faute de place, puis au bout de quelques jours dans le service qui l'accueille maintenant depuis près de 4 ans.

Histoire de la prise en charge en psychiatrie adulte :

Sa prise en charge est très difficile dès son arrivée en psychiatrie adulte. Fréquemment son agitation, ses déambulations incessantes, ses destructions du matériel de l'hôpital, imposent son transfert en chambre de soins intensifs.

Il sera essayé de poursuivre le travail accompli en pédopsychiatrie. Karim ira à l'hôpital de jour de psy adulte, notamment pour l'activité d'équithérapie. Rapidement elle devra être stoppée, Karim se trouvant de plus en plus souvent angoissé et en incapacité d'y participer.

Plusieurs tentatives de prise en charge en structure médico-sociale seront tentées ; toutes échoueront. Peu à peu, les soins portés se cantonneront à une gestion du quotidien et des agitations.

Une tentative de mise sous Clozapine (Léponex®) sera faite mais devra être interrompue du fait d'une neutropénie iatrogène.

Evolution de la situation familiale :

Peu à peu, ses parents se montreront moins enclins à recevoir leur fils en permission. Bien qu'ils n'expriment jamais de refus, les permissions envisagées seront de plus en plus difficiles à mettre en place.

Ces dernières années les temps d'absence du domicile familial du père de Karim s'amplifieront. Néanmoins, il reste le plus souvent joignable au téléphone et peut se rendre disponible si nécessaire.

Perception du passage de relais par les pédopsychiatres :

Un sentiment d'échec domine. Le manque d'anticipation est regretté. L'impossibilité d'un travail familial, entravé par la barrière de la langue, les refus ou échecs de solution d'accueil sont les points mis en avant.

Perception par la psychiatrie adulte de ce passage :

Ce qui sera en premier formulé c'est un regret du contexte du passage : la nécessité d'une hospitalisation en urgence justifiée par les mises en danger.

Le sentiment de n'avoir eu aucun choix, aucun regard sur une situation très complexe ancienne et qui aurait mérité une meilleure anticipation.

Le sentiment que l'hospitalisation a été retardée jusqu'au dernier moment. Que celle-ci survienne lorsqu'il n'y a plus eu aucun autre choix.

Karim aujourd'hui :

Sa prise en charge en psychiatrie adulte reste complexe. Elle génère un sentiment d'impuissance auprès des équipes qui l'accueillent, à l'image de ce qui se passait en pédopsychiatrie, tous les projets qu'ils tentent de mettre en œuvre échouent les uns après les autres. Il semble qu'aucune structure ne se sente adaptée à l'accueillir et celle qui semble le plus indiquée n'a pas de place depuis plusieurs années. Karim est ainsi pris en charge dans une unité d'admission de psychiatrie adulte sans perspective pour le moment.

L'équipe de psychiatrie adulte note une diminution progressive des temps d'accueil de Karim par sa famille. En début d'hospitalisation, Karim y passait tous ses week-ends, aujourd'hui les visites sont espacées de plusieurs mois et plus aucune permission n'a été possible depuis plus d'un an. En effet, les parents de Karim ne refusent jamais lors des entretiens médicaux de venir aux rendez-vous programmés ou de l'accueillir à leur domicile mais ils ne se présentent pas ou ne donnent plus signe de vie pendant plusieurs mois.

Du fait de ces troubles du comportement, il arrive fréquemment que Karim doive être contenu dans une chambre de soin intensif, le plus souvent pour de courtes périodes. Bien qu'il ne soit pas noté un infléchissement intellectuel net, Karim semble refuser de faire tout effort même physique. Il a ainsi une démarche particulière, lancinante, le tronc penché en avant. Bien qu'il comprenne ce qu'on lui dit, ses réponses inarticulées ne sont compréhensibles que par les soignants qui en ont l'habitude. Pour autant, même par eux un grand nombre de ces paroles restent incomprises et Karim refuse le plus souvent de répéter ses mots.

Le psychiatre qui le suit et que nous avons rencontré regrette de ne pouvoir mettre en place une prise en charge adaptée aux difficultés de Karim, et constate sa régression progressive par défaut de stimulation.

Son traitement actuel comporte :

Divalproate de sodium (Dépakote®) 300mg :	1 comprimé le matin, 3 le soir
Zuclopenthixol (Clopixol®) solution buvable :	60 gouttes matin, midi et soir
Loxapine (Loxapac®) :	150 gouttes si agitation
Lévopromazine (Nozinan®) solution buvable :	80 gouttes matin, midi et soir
Clonazépam (Rivotril®) solution buvable :	10 gouttes matin, midi et soir
Alimémazine (Théralène®) solution buvable :	100 gouttes au coucher
Tropatépine (Lepticur®) 10 mg :	1 comprimé si besoin
Lactulose (Duphalac®) solution buvable :	1 sachet par jour si besoin

Il est actuellement discuté une prise en charge en USIP (Unité de soins intensifs psychiatriques).

Les facteurs identifiables de prédictibilité d'un passage de relais sont ici nombreux :

Liés au contexte et mode d'hospitalisation :

- Contexte social précaire
- Alliance difficile avec la famille
- Echecs itératifs de prise en charge en structure adaptée
- Antécédents familiaux de troubles psychiatriques

Liés aux données cliniques :

- Prise de traitement psychotrope sur une longue période.
- Diagnostic d'une pathologie psychiatrique chronique.
- Présence de troubles du comportement importants.

Liés au contexte institutionnel :

- Pas d'anticipation du passage de relais

Facteurs défavorables à un passage de relais satisfaisant :

- Peu d'échanges entre les équipes soignantes pédopsychiatriques et psychiatriques adulte en amont.
- Contexte de crise lors de l'arrivée en psychiatrie adulte.

6.2. Émilie ou le choix d'être malade ou non :

La question du passage de la pédopsychiatrie vers la psychiatrie adulte est posée depuis plusieurs mois et s'organise dans un partenariat entre un CMP pour adolescent, l'unité Espace, structure intersectorielle pour adolescents et jeunes adultes de Nantes, et la Chicotière, postcure psychiatrique pour jeunes adultes.

Repères biographiques :

Émilie est une jeune fille âgée aujourd'hui de 20 ans. Elle est la troisième d'une fratrie de 3. Elle a une sœur aînée de 28 ans, mariée, et un frère de 22 ans en concubinage depuis peu. Tous deux ont connu dans leur enfance et adolescence des difficultés de séparation ainsi que des « troubles phobo-obsessionnels ». Son père travaille en usine et sa mère est agent de service hospitalier (ASH) en maison de retraite.

Son père se montrera hostile aux soins psychiatriques les premières années de suivi, sa mère sera elle rapidement demandeuse et prête à se questionner sur le « mal être » de sa fille. Ils vont progressivement évoluer sur ces questions et se montrer de plus en plus participant aux soins.

Aspects cliniques et évolution :

Émilie souffre de « troubles névrotiques graves » avec une symptomatologie variable dans le temps. Elle présentera tour à tour une symptomatologie phobique, anxieuse et obsessionnelle. Son parcours de soins débute du fait d'une phobie scolaire, qui se révélera peu à peu révélatrice d'un trouble de la personnalité.

Au fil des années, la phobie scolaire laisse la place à un tableau de trouble de la personnalité émotionnellement labile avec un recours à l'agir particulièrement intense. Ses « fragilités narcissiques » sont évidentes et associées à des angoisses « désorganisantes ». Le recours à l'agir qu'il s'agisse de crises clastiques, d'auto-agressivité ou de conduites

d'évitements sont « les seuls modes permettant de résoudre les tensions ». Dans la relation à l'autre, celui-ci est menaçant. Elle peut se montrer très projective. Si l'autre est trop proche, il est vécu intrusif, persécutif. S'il est trop loin, il est vécu abandonnique.

A la reprise des différents points de vue clinique des psychiatres qui l'ont rencontrée depuis ses treize ans, la crainte d'une décompensation psychotique est présente à plusieurs reprises. Elle ne se confirmera pas.

Parcours de soins :

Emilie a été suivie dans plusieurs institutions psychiatriques depuis 2002. Les soins débuteront à la consultation pour adolescents où elle sera suivie sur une première période en continu entre ses 12 et 15 ans (2002-2005).

Émilie consulte pour une phobie scolaire. A ce moment, elle présente une très grande méfiance « défensive ». Elle est agressive dans ses rapports aux autres et à l'adulte. Les questions autour de son identité sexuelle sont très présentes et à la source de ruminations anxieuses. Elle fait de nombreux passages à l'acte auto ou hétéro agressifs lors de moments d'angoisse. Ces passages à l'acte étant très nettement repérés comme des « évitements de la pensée ».

L'agressivité et l'attaque étaient alors son seul mode relationnel possible. Celui-ci contrastait avec une présence régulière aux groupes thérapeutiques, aux ateliers et aux rendez-vous familiaux qui lui étaient proposés.

Aspects chimiothérapeutiques :

Emilie s'est très tôt vu prescrire des psychotropes. Les premières années, des tentatives ont été faites de divers antidépresseurs, sans succès. Les angoisses massives qu'elle pouvait présenter ont conduit à la prescription de neuroleptiques anxiolytiques et sédatifs comme la Cyamamézine (Tercian®) ou la Lévomépromazine (Nozinan®). Des essais d'antipsychotique (Olanzapine, Zyprexa®) et de thymorégulateur (Valpromide, Dépamide®) seront faits devant

l'ampleur des variations de l'humeur et le doute sur des processus psychotiques, ils seront arrêtés par manque d'efficacité. Son traitement actuel comporte un hypnotique (Alimémazine, Théralène® XX gouttes) et un anxiolytique à la demande (Oxazépam, Seresta® 10mg).

Premières hospitalisations :

Elle a été hospitalisée dans le service d'hospitalisation intersectorielle de pédopsychiatrie (SHIP) à trois reprises en 2003. Emilie était alors déscolarisée du fait d'une phobie scolaire. C'est plus spécifiquement pour sa déscolarisation que l'hospitalisation au SHIP a été proposée. Cette première tentative sera un échec et Emilie sera de nouveau hospitalisée au SHIP deux fois cette même année 2003. Il en ressort sa très grande ambivalence vis-à-vis des soins et des conduites d'échecs à répétition. Toutes deux sous-tendues par des angoisses abandonniques majeures à l'endroit des soignants.

En 2005, lors du départ de son médecin référent de la consultation pour adolescent, Emilie rompt les soins. Elle reprendra alors « seule » l'école. Elle est en 3^{ème}, elle a 16 ans.

Rapidement, elle est très angoissée et présente de nombreuses somatisations, la perspective de la seconde, lui fait craindre un effondrement, elle dira : « ça va craquer »... Elle recontacte alors le CMP pour adolescent. La pédopsychiatre qui la suivra la décrit comme devant « être apprivoisée ». Dans ses relations, elle se montre « hystérique », elle est perçue en « grande souffrance ».

Plusieurs échecs et un passage en secteur de psychiatrie adulte :

Un projet à la MUSE (Mini Unité Soins Etude, structure de soin pédopsychiatrique intersectorielle sur Nantes faisant partie du Service Hospitalier Intersectoriel de Pédopsychiatrie SHIP) se monte alors, suivi d'un projet soins-études au lycée thérapeutique d'Aire sur Adour de septembre 2007 à mai 2008. Son état psychique et sa scolarité restent précaires.

Ce dernier est vécu par Emilie comme un échec. Suite à un « effondrement et des angoisses massives » au lycée thérapeutique, elle est hospitalisée en psychiatrie adulte en mars 2008. Elle vient d'avoir 18 ans. Emilie avait fait plusieurs crises clastiques lors desquelles elle avait « tout cassé ». Elle présentait aussi des conduites auto-agressives et donnait des coups de poing dans les murs de sa chambre. Dans ses relations aux autres, elle se montre de nouveau très agressive.

Lors de cette hospitalisation, son agitation, ses menaces de passage à l'acte feront poser l'indication de temps de chambre de soins intensifs. Emilie l'évoquera plus tard au pédopsychiatre qui la suit en consultation. Elle en gardera un « très mauvais souvenir » tout en pouvant reconnaître à distance et à demi-mot l'utilité et le bienfait de s'être sentie « contenue ».

Premier contact avec la Chicotière :

Suite à cette hospitalisation en psychiatrie adulte, elle reprendra les groupes et le suivi à la consultation pour adolescent. C'est alors que le projet d'une post cure survient avec l'idée de l'aider à construire un projet professionnel et lui permettre de « travailler la séparation » d'avec sa famille. Elle refusera d'aller à l'institut thérapeutique de Pin au Mauges (post cure psychiatrique pour jeunes adultes ayant une orientation psychothérapique familiale importante) située dans le Maine et Loire. Un projet pour la Chicotière, post cure psychiatrique en proche banlieue nantaise lui sera alors proposé et conduira à une consultation de pré-admission en février 2009.

Les angoisses massives de séparation qu'elle éprouve, dans la perspective de partir du milieu familial, feront échouer le projet. Emilie refusant d'aller plus avant dans le processus d'intégration. Le suivi au CMP pour adolescent se poursuit.

Hospitalisation à l'unité Espace :

Quelques mois après, Emilie est adressée à l'unité Espace dans l'idée « d'organiser un séjour de rupture d'avec la maison où l'ambiance est de plus en plus tendue ». Elle présente à ce moment « une tension importante et des angoisses envahissantes, un épuisement psychique,

une lutte contre un effondrement dépressif ». Ses parents sont démunis face à ses difficultés. Elle y restera 20 jours.

Emilie vit alors intensément ses difficultés de séparation-individuation. L'unité Espace ouvre la perspective d'une « transition ». Il lui est alors implicitement donné le choix « être malade ou non ». Formule qui sera reprise par le médecin qui la suivait pour qualifier la nature de son adhésion aux soins. A l'occasion de cette hospitalisation il est noté une « névrotisation de sa symptomatologie », pour la première fois, elle « peut se déprimer ».

Deuxième essai pour la Chicotière :

Le projet d'accueil à la Chicotière est alors réactivé. Si la première tentative fut un échec, cette fois elle s'en saisit, non sans angoisses. Emilie a mieux conscience de ses difficultés de séparation d'avec sa famille. Une nouvelle demande est faite par l'unité Espace en mai 2009.

En octobre 2009, elle y est admise pour une durée de 3 mois à temps complet pour une période d'évaluation. Elle participe à divers ateliers : écriture, multisports, chantier et mise en forme. Les questions de la distance aux autres et de sa différenciation sont au cœur du travail sur son histoire et ses difficultés relationnelles.

Son projet consiste à « sortir de l'adolescence, se responsabiliser et travailler à ce qu'elle repère faire problème pour elle dans ses relations aux autres : une hypersensibilité émotionnelle qui génère des tensions internes susceptibles de la faire passer à l'acte de manière violente contre elle-même et les autres ». Elle veut également travailler la question familiale.

Emilie se positionne clairement pour une prise en charge conjointe par l'unité Espace et la Chicotière. Stimulée à stopper son suivi à la consultation pour adolescent, Emilie restera plusieurs mois ambivalente. Elle est très liée à ses soignants, dans une certaine mesure, « les quitter » est à l'image de l'émancipation qu'elle souhaite vis-à-vis de ses parents, difficile du fait de ses angoisses abandonniques. Conjointement, les soignants de cette consultation, laisseront l'initiative à Emilie de rompre le lien, d'arrêter le suivi, ce qui est particulièrement ardu pour elle.

L'unité Espace lui propose la poursuite d'un suivi en hôpital de jour et en consultation avec le psychiatre qui l'y suivait. Emilie ayant dès le début connaissance que ce suivi avait une fin annoncée.

Emilie sera partie prenante dans les décisions concernant son suivi et ses lieux de prises en charge. Son parcours, depuis ses premiers liens avec la pédopsychiatrie, est émaillé de relations pathologiques avec les institutions psychiatriques qui lui ont proposé de l'aide. Souvent, elle rejouait avec ces institutions ses propres difficultés relationnelles, d'autonomisation, de séparation-individuation. Il semble que le cadre du passage de relais ait été pour elle l'occasion d'interagir autrement, et que celui-ci ait eu, par lui-même, une action thérapeutique.

Emilie aujourd'hui :

Après un début difficile, fait d'angoisses, de conduites auto-agressives, Emilie s'est apaisée et a investi la prise en charge à la Chicotière. Emilie va aujourd'hui beaucoup mieux, elle se projette dans l'avenir de façon plus adaptée. Ses relations aux autres sont apaisées. Elle s'autonomise progressivement. Sa dépendance institutionnelle et l'utilisation inadaptée qu'elle pouvait faire des cadres de soins qui lui avaient été proposés, ne se rejouent pas.

Les facteurs identifiables de prédictibilité d'un passage de relais sont :

Liés au contexte et au mode d'hospitalisation :

- Suivi sur plusieurs années
- Multiples hospitalisations en pédopsychiatrie
- Echecs à répétition des solutions thérapeutiques

Liés aux données cliniques :

- Prise de traitement psychotrope sur une longue période
- Hypothèse diagnostique d'une pathologie psychiatrique chronique
- Evolution vers un trouble de la personnalité

Facteurs favorables à un passage de relais satisfaisant :

- Echange entre les équipes soignantes pédopsychiatriques et organisation précoce de rencontres autour de la situation d'Emilie.
- Rencontre entre les équipes de la consultation pour adolescent, l'équipe de l'unité Espace et de la Chicotière pour organiser le passage
- Participation de la patiente aux décisions.

6.3. Martin ou les diagnostics mouvants :

La question d'un relais de soins de la pédopsychiatrie vers la psychiatrie adulte s'est posée lors de sa 4^{ème} et dernière hospitalisation au SHIP fin 2009. Martin allait avoir ses 16 ans, un mois plus tard et ne pourrait donc plus être pris en charge au sein de cette structure.

Contexte socio-familial :

Martin est le deuxième de trois enfants d'un couple séparé depuis une dizaine d'année. Il a une sœur plus âgée et une sœur plus jeune que lui.

Martin est confié à l'ASE depuis 2007 et vit en famille d'accueil, la même depuis septembre 2008. La mère de Martin l'accueille un week-end sur deux et pendant les vacances scolaires. Le père de Martin a un droit d'accueil limité à la journée, un samedi sur deux.

Parcours de soin :

Première hospitalisation au SHIP (une semaine) :

Martin a été hospitalisé une première fois en 2006 au SHIP, il avait alors 12 ans et demi. Cette hospitalisation survient après plusieurs passages aux urgences psychiatriques du fait de troubles du comportement évoluant depuis 6 mois et s'aggravant progressivement. Ces troubles du comportement étant principalement des crises clastiques au domicile. Elles ont débuté après un jugement dans le cadre de la séparation de ses parents portant sur un conflit autour de la pension alimentaire et de problèmes de garde. A l'issue de ce jugement son père a été condamné, Martin a assisté à l'audience.

Martin a été hospitalisé une semaine. Au cours de cette hospitalisation un traitement antipsychotique par Rispéridone (Risperdal®) à dose croissante a été débuté, associé à de la Cyamémazine (Tercian®). A sa sortie, il prend 2mg de Rispéridone matin et soir et 20 gouttes de Cyamémazine.

Aspects cliniques :

Martin est un garçon de petite taille, le plus souvent logorrhéique et instable. Il est manifestement angoissé et tendu. Il est en difficulté pour être dans un dialogue constructif, il ne peut laisser son interlocuteur terminer sa phrase. Concernant ses difficultés de comportement, Martin en attribue la responsabilité aux autres qu'il s'agisse de sa famille, les autres élèves, ses professeurs... Lors de cette première hospitalisation, il aura de nombreuses crises d'agitation avec nécessité de confinement, de prescription sédatrice et d'appel de renfort. Concernant les règles de vie du SHIP, il les réfuse et aura beaucoup de mal à respecter les impératifs horaires de lever et de coucher, prétextant qu'il « n'aime pas dormir ».

Par la suite, il pourra reconnaître une certaine souffrance psychique et critiquer ses propos et son comportement.

A l'issue de cette première hospitalisation, l'étiologie de ses troubles du comportement restera incertaine. Sur un plan symptomatique et psychopathologique, les angoisses, les troubles du comportement semblent sous tendus par des « failles narcissiques » et se manifestent par des crises d'agitation qualifiées de « spectaculaires ». Des éléments interprétatifs et projectifs seront notés. La question d'un trouble de l'humeur est sous-jacente, évoquée notamment par les troubles du sommeil, la tachypsychie, la logorrhée, l'hyper-réactivité émotionnelle.

Suite à cette hospitalisation Martin a vu quelques mois un pédopsychiatre de secteur qui a progressivement arrêté le traitement par Risperidone et Cyamémazine. Suite à cette interruption de traitement le suivi pédopsychiatrique a de même été stoppé.

Deuxième hospitalisation au SHIP (15 jours) un an après :

Lors de sa seconde hospitalisation un an plus tard, le tableau maniaque est nettement plus franc et d'emblée affirmée par l'équipe qui le rencontre.

Cette hospitalisation survient dans les suites d'une crise d'agitation majeure qui l'a conduit aux urgences. Martin venait d'être placé et confié à l'Aide Sociale à l'Enfance

quelques temps auparavant par une ordonnance de placement provisoire (OPP) prise par le juge des enfants. Il se trouvait au foyer de l'enfance où les troubles de Martin, toujours présents, s'étaient aggravés quelques semaines auparavant. Les responsables de son collège l'avaient alors adressé aux urgences pédiatriques mais il n'y avait pas alors eu d'indication à l'hospitalisation.

Les deux parents rencontrés au cours de l'hospitalisation par le pédopsychiatre du SHIP resteront méfiants à l'égard des soins, qu'il s'agisse de l'hospitalisation ou des traitements médicamenteux. Le père de Martin exprimera ouvertement cette réticence à l'égard de la psychiatrie. Martin et sa mère, bien que distants par rapport à ces propos, resteront dans une adhésion de surface au projet thérapeutique. Lors des entretiens, le discours et le comportement de son père évoquera à l'équipe du SHIP une organisation psychotique. Elle apprendra que l'oncle paternel est schizophrène, qu'il a plusieurs fois été hospitalisé à Saint Jacques. Leur père, le grand père de Martin est lui décédé à l'hôpital Saint Jacques lors d'une hospitalisation dont le motif n'est pas connu...

Cette méfiance familiale à l'égard de la psychiatrie fera qu'ils n'accepteront la prescription d'un traitement psychotrope pour leur fils qu'au bout de plusieurs jours d'hospitalisation.

Aspects cliniques :

Cette fois le tableau clinique apparaît plus net et évoque un état maniaque franc associant :

Une tachypsychie, des troubles majeurs du sommeil à type d'insomnie, une hypersyntonie, une instabilité motrice, des fortes angoisses avec des moments d'agressivité, une humeur dysphorique.

Très fréquemment, il s'oppose à l'adulte et à ses demandes, il se montre alors très instable et vite agressif. A plusieurs reprises, il sera nécessaire de lui faire des injections de Cyamémazine pour le sédaté.

Après avoir obtenu l'accord des parents, le traitement progressivement instauré comporte :

De la Cyamémazine 25mg ½ matin, ½ midi et 1 le soir, Risperidone 1mg le matin et 2 mg le soir, Valpromide (Dépamide®) 300 mg 1 cp le matin et 1 cp le soir, Trihexyphénidyle (Parkinane®) 5 mg prescrit d'emblée du fait du syndrome extra pyramidal important développé lors de la première hospitalisation.

Rapidement l'humeur de Martin se stabilise, ses relations aux autres jeunes et aux adultes sont plus adaptées. Il peut échanger et prend à son compte la nécessité d'une aide médicamenteuse.

Une audience chez le juge des enfants au cours de cette hospitalisation clarifiera de manière stricte les relations entre Martin et sa famille, notamment avec son père et ainsi le contexte et le sens du placement à l'ASE.

A sa sortie Martin est déscolarisé, le collège qui l'accueillait l'a exclu du fait de ses troubles du comportement. Il est préconisé la reprise d'un suivi ambulatoire avec comme double objectif d'ajuster le traitement psychotrope et de « travailler avec lui autour de sa souffrance psychique. »

Martin refusera la poursuite du traitement psychotrope à sa sortie du SHIP et son retour dans son lieu de vie. Deux semaines après, Martin est de nouveau hospitalisé au SHIP du fait d'une rechute maniaque.

Troisième hospitalisation au SHIP (4 semaines) un mois plus tard :

A son arrivée Martin présente un tableau maniaque franc qualifié de « complet » associant une logorrhée, une tachypsychie, une insomnie presque totale, une exaltation de l'humeur associée à une instabilité et jovialité pouvant rapidement se transformer en agressivité. Martin ne supporte absolument pas un environnement composé de femmes et se montre alors très irrespectueux et injurieux à leur égard. Il est dans une toute puissance

maniaque, et s'il tolère mal l'autorité de l'adulte, il ne peut se soumettre à celle des adultes femmes.

Devant ce tableau maniaque, un traitement médicamenteux à bien évidemment été remis en place en préférant de l'Olanzapine (Zyprexa®) à la dose de 15 mg/j à la Risperidone prescrit antérieurement, associé à du Valpromide 300 mg matin et soir. De la Cyamémazine, prescrit à dose progressivement croissante sera nécessaire. Une sédation correcte nécessitera d'aller jusqu'à 230 mg par jour. Des administrations par voie injectable en intra musculaire devront être faites lors d'épisodes de grande agitation sans effet de sédation rapide.

En fait, la sédation n'a été correcte qu'après une quinzaine de jours, lorsque le Valpromide initialement prescrit a été remplacé par du Divalproate de sodium (Dépakote®) à la dose d'un comprimé de 250 mg le matin et le soir, et l'Olanzapine, à nouveau, par de la Risperidone à la dose de 2 mg matin et soir. Ce n'est qu'à partir de ce moment que les doses de Cyamémazine pourront être baissées à mesure de l'apaisement symptomatique.

Martin peut ainsi progressivement avoir des interactions satisfaisantes avec les adultes et les autres jeunes sans être entraîné dans l'excitation ou être agressif. Son sommeil s'améliore, il est de nouveau possible d'échanger avec lui.

Il bénéficiera de temps individuels en psychomotricité et participera à des groupes thérapeutiques sans en désorganiser le déroulement. Un bilan scolaire se montrera rassurant tant sur le plan de ses capacités intellectuelles que sur ses capacités de concentration et d'attention.

A sa sortie Martin fera la demande d'être suivi par le pédopsychiatre des urgences qui l'avait à plusieurs reprises rencontré lors des décompensations maniaques ou suite à des crises clastiques. Il fera les démarches nécessaires et sa demande sera soutenue par l'équipe du SHIP. Il ne reprendra ainsi pas le suivi pédopsychiatrique de secteur dont il avait bénéficié quelques mois après sa première hospitalisation, un an auparavant.

Au cours de son hospitalisation, Martin sera informé de la fugue de sa sœur aînée malgré la réticence de ses parents, ce qui n'éveillera aucune inquiétude et aucun questionnement de sa part.

A sa sortie il est sous Cyamémazine 50 mg le soir, Risperidone 2 mg matin et soir, Divalproate de sodium 250 mg matin et soir, Trihexyphénidyle LP 5 mg 1 cp le matin.

La responsable ASE en charge du suivi de Martin n'ayant aucune solution d'hébergement, Martin quittera le SHIP pour se rendre chez sa mère en attendant d'intégrer de nouveau un lieu de vie.

Dans la conclusion du compte rendu d'hospitalisation du SHIP, la nécessité d'un suivi ambulatoire et d'un accompagnement par « des soins psychiques adaptés » est « tout à fait indispensable, en particulier pour la surveillance du traitement et son adaptation éventuelle ».

Suite à cette hospitalisation, Martin sera régulièrement suivi tel qu'il s'y était engagé par le pédopsychiatre des urgences et verra sa situation se stabiliser.

Sur le plan familial, les visites sont très encadrées et limitées, le père de Martin ayant un droit de visite à la journée un samedi sur deux, sa mère l'accueille un week-end sur deux et pendant les vacances scolaires. Sa sœur aînée également placée, est actuellement en foyer d'accueil de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ). Elle a été à plusieurs reprises hospitalisée sur son secteur entre 2007 et 2009.

Martin intégrera une famille d'accueil quelques mois après sa troisième hospitalisation au SHIP et parviendra à s'y stabiliser, non sans difficultés. Il s'y trouve encore aujourd'hui.

La quatrième et dernière hospitalisation au SHIP surviendra dans les suites d'un changement temporaire de lieu d'accueil pour l'été, d'un arrêt partiel du traitement (qu'il sera difficile à évaluer clairement) et de tensions intrafamiliales.

L'hospitalisation se fera en urgence, Martin a alors presque 16 ans. Cette fois le motif d'hospitalisation des urgences est « bouffée délirante aiguë ».

Quatrième et dernière hospitalisation au SHIP (2 mois et une semaine) trois mois plus tard :

Aspects cliniques :

La symptomatologie initiale associait un syndrome délirant avec un vécu persécutif intense. Martin avait des hallucinations intrapsychiques associées à des angoisses archaïques. Il est très dissocié. D'emblée, la dimension thymique paraît moins prégnante que lors des précédentes hospitalisations. De nouveau la réponse médicamenteuse sera tardive et amènera à l'essai de diverses molécules avant d'obtenir une régression symptomatique.

Martin, présentant des angoisses psychotiques majeures le rendant instable et agressif a dû être accueilli 72 heures en chambre de soins intensifs (CSI) dans un service de psychiatrie adulte.

Le conflit parental, bien que la séparation soit effective depuis presque 10 ans, lors de cette hospitalisation, est encore très vif. Pour autant, il semble moins actif et du moins Martin en est relativement protégé par son éloignement du milieu familial.

L'amélioration très progressive permettra l'organisation de visites puis de permissions en famille. Les parents de Martin, notamment son père, toujours réticent vis-à-vis des soins psychiatriques viendront aux entretiens familiaux. Ce dernier exprimera ses inquiétudes quant à la multiplication des hospitalisations et la possibilité d'un processus chronique.

Parallèlement, Martin est accompagné dans un projet de re-scolarisation en seconde maçonnerie en lycée professionnel sur Nantes. Il réinvestira progressivement son lieu de vie.

Evolution et passage de relais :

A sa sortie, Martin est à un mois de ses 16 ans, le passage de relais est nécessaire. Une des inquiétudes lors de cette hospitalisation est que celui-ci ne se fasse au cours de l'hospitalisation. L'évolution symptomatique au fil des hospitalisations fait craindre une évolution schizophrénique. Pour les pédopsychiatres, il s'agira « de tout mettre en œuvre pour

assurer une continuité des soins de Martin afin de tenter d'enrayer une évolution schizophrénique des troubles ». Une demande de prise en charge à 100% est faite.

A sa sortie :

Martin se verra proposé une consultation de suivi au SHIP, et il reverra le pédopsychiatre qui le suivait en consultation.

Le service de psychiatrie adulte de son secteur a été contacté et informé de la situation de passage de relais nécessaire, mais à sa sortie, la date de la première consultation avec le psychiatre adulte contacté ne pourra être donnée à Martin du fait de l'absence de ce médecin la semaine de sa sortie. Elle lui sera communiquée lors de sa consultation de suivi.

L'organisation du passage s'étant faite sur un temps court, une rencontre entre l'équipe pédopsychiatrique et psychiatrie adulte ne pourra être organisée avant la sortie de Martin du SHIP. Elle se fera quelques mois plus tard, après que Martin ait débuté le suivi en psychiatrie adulte.

Cette rencontre sera l'occasion d'échanges autour de l'évolution clinique et du diagnostic. Le psychiatre adulte qui le suit n'a alors rencontré que quelques fois Martin.

L'entrevue abordera les difficultés « au travail familial », l'évolution du tableau clinique et les présentations diagnostics fluctuantes, l'incertitude persistante entre un trouble bipolaire, une entrée dans la schizophrénie ou un trouble de la personnalité.

Seront aussi abordées les difficultés rencontrées dans l'échange avec Martin, principalement que lorsqu'il est apaisé, il refuse d'évoquer son passé. Son discours entièrement centré sur l'avenir rendra complexe le travail pourtant jugé nécessaire sur ses relations familiales. Martin, ambivalent sur la poursuite des soins, est très influencé par son père, surtout lorsqu'il décompense. Ce dernier, lui-même ambivalent et pouvant tenir des propos hostiles aux soins et aux traitements, compliquera l'adhésion de Martin aux prises en charge proposées.

Il sera précisé que Martin, retrouvant un fonctionnement parfaitement « normal » entre les épisodes, aura tendance à vouloir arrêter tout suivi et tout traitement qu'il ne juge alors plus nécessaire.

Les questions chimiothérapeutiques seront abordées, l'historique des prescriptions, ce qui a « marché », ce qui fut un échec.

Suivi actuel :

Martin est vu en consultation médicale en CMP tous les mois. Son traitement a pu progressivement être diminué : arrêt du Divalproate de sodium et diminution de la Risperidone (actuellement à 6 mg par jour).

Sur le plan du diagnostic, l'hypothèse d'une pathologie bipolaire est pour l'instant écartée, l'entrée dans la schizophrénie un temps redouté n'a pour le moment pas eu lieu.

Le psychiatre qui le suit constate un retour ad integrum de son humeur et une disparition de la clinique productive et dissociative. Le diagnostic aujourd'hui retenu est un trouble de la personnalité schizotypique. L'équipe de psychiatrie adulte souhaite pouvoir organiser des VAD pour confronter les propos rassurant de Martin à la réalité, pour le moment, il s'y refuse.

Sur le plan symptomatique, Martin est principalement décrit comme manquant d'aisance dans la relation.

Mode de vie actuel :

Martin est actuellement en CAP maçonnerie, il vit toujours en lieu de vie avec 3 autres personnes. Il n'a pas été hospitalisé en psychiatrie adulte depuis le passage de relais. Il vient régulièrement en consultation voir le psychiatre qui le suit, sans manquer de consultation depuis 6 mois.

Les facteurs identifiables de prédictibilité d'un passage de relais sont ici nombreux :

Liés au contexte et mode d'hospitalisation :

- Contexte social difficile
- Nombreux passages aux urgences pour des troubles du comportement
- Ré-hospitalisations rapprochées et de durées croissantes
- Antécédents familiaux de troubles psychiatriques

Liés aux données cliniques :

- Prise de traitement psychotrope sur une longue période
- Hypothèse diagnostique d'une pathologie psychiatrique chronique
- Des troubles du comportement majeurs nécessitant un passage en chambre de soins intensifs

Liés au contexte institutionnel :

- Difficulté à la mise en place d'un suivi pédopsychiatrique de secteur
- L'avancée en âge sans facteurs permettant de prévoir une amélioration rapide.

Facteurs favorisant un passage de relais satisfaisant :

- Echange entre les équipes soignantes pédopsychiatriques et organisation précoce de rencontres autour de la situation du jeune.
- Rencontre entre l'équipe de pédopsychiatrie hospitalière (SHIP) et le service adulte à l'issue du passage de relais :
 - Souci de la cohérence des soins proposés.
 - Discussion diagnostique laissée ouverte.

6.4. Stéphanie ou la transition salutaire :

Stéphanie est une jeune fille, actuellement âgée de 18 ans, qui a été suivie à partir de ses 16 ans par le service universitaire de Nantes du fait de troubles du comportement alimentaire. Après un temps de suivi ambulatoire, elle a été hospitalisée à l'unité Salomé du service universitaire d'addictologie à l'hôpital Saint Jacques de Nantes. Du fait d'importants troubles du comportement l'amenant à des mises en danger potentiellement létales, un séjour de rupture d'une semaine puis un passage de relais vers les soins en psychiatrie adulte sera effectué.

Quelques éléments d'histoire :

Stéphanie est fille unique, ses parents se sont séparés alors qu'elle avait 2 ans. Elle a une demi-sœur de 5 ans. Elle vit chez sa mère et son beau père qui sont mariés depuis une dizaine d'années. Stéphanie porte le nom de sa mère, son père ne l'a reconnue que lorsqu'elle avait déjà 3 ans. Elle ne connaît pas la raison de cette reconnaissance tardive. Elle est en seconde Bac Pro vente.

A 5 ans, elle est victime d'une tentative d'abus sexuel par un oncle. Sa mère a porté plainte. Stéphanie a été suivie en pédopsychiatrie entre ses 6 ans et ses 8 ans pour des problèmes scolaires. Il est repéré un déménagement au cours de la classe préparatoire et des tensions persistantes entre ses parents. C'est à cette époque que sa mère rencontre son beau père. Cette dernière avait alors des difficultés financières et « se privait de nourriture pour sa fille ».

Les troubles alimentaires ont débuté brutalement sans que puisse être identifié de facteur déclenchant.

Début des soins en addictologie :

Elle consulte pour la première fois en mai 2009 en addictologie, adressée par son médecin traitant après avoir débuté un régime « car elle se trouvait trop grosse ». Elle a 16 ans.

Les troubles alimentaires, à type d'anorexie essentiellement restrictive associée à une hyperactivité, se sont installés rapidement, puis sont apparus des vomissements spontanés, le soir, 2 à 3 fois par semaine. Elle a perdu 16 kg en 2 mois et demi. Lors de cette première rencontre Stéphanie à un BMI à 15,2. Une aménorrhée secondaire s'est installée depuis deux mois.

Une semaine d'hospitalisation « bilan » est alors proposée, elle débutera quelques jours après cette première rencontre et sera suivie par une hospitalisation temps plein.

Hospitalisation de bilan fin mai 2009, première hospitalisation temps plein de début juin à fin juillet 2009 :

Après la semaine de bilan, la gravité du tableau clinique pose l'indication d'une hospitalisation temps plein à sa suite, qui sera acceptée par les parents de Stéphanie. En effet, la rapidité de l'amaigrissement, l'apparition d'un tableau dépressif et les répercussions somatiques imposent une prise en charge hospitalière rapide. Stéphanie restera 2 mois hospitalisée.

La prise en charge de son trouble du comportement alimentaire entrainera plusieurs difficultés : la grande ambivalence de Stéphanie à reprendre du poids, les conséquences somatiques de son amaigrissement (notamment un steppage du membre inférieur gauche), mais surtout une hyperactivité difficilement contrôlable. Stéphanie montrera aussi de grandes difficultés de séparation d'avec ses parents. Les questions identitaires et d'autonomisation sont très présentes. A sa sortie son BMI est à 14,5. Son traitement comporte alors un antidépresseur (Venlafaxine Effexor® 75mg, 2/jour) et une vitaminothérapie.

Rapidement, elle perdra de nouveau du poids et la prise en charge en hôpital de jour qui lui avait été proposée à l'issue de cette hospitalisation ne pourra pas être mise en route, Stéphanie ne parvenant pas à atteindre, de nouveau, le poids nécessaire.

Hospitalisation de suivi un mois et demi plus tard :

Elle sera ré-hospitalisée, ainsi qu'il l'avait été convenu, un mois et demi plus tard en hospitalisation de suivi d'une semaine. Il est noté la persistance de sélections alimentaires importantes, d'une restriction, mais surtout d'une hyperactivité que Stéphanie semble peu contrôler.

Au cours de cette hospitalisation est introduit de la Rispéridone à la dose de 0,5mg/jour. L'objectif de cette prescription est de l'aider à lutter contre son hyperactivité.

A sa sortie, elle reprendra son suivi ambulatoire. Stéphanie a beaucoup de mal à reprendre du poids et ne pourra toujours pas intégrer l'hôpital de jour. Au bout de quelques semaines, elle reprendra le poids nécessaire pour son intégration, mais, rapidement le perdra de nouveau et cette prise en charge devra s'arrêter. Son humeur reste dépressive et elle évoque fréquemment les difficultés de séparation.

Progressivement, Stéphanie perdra de nouveau du poids et reprendra son hyperactivité, son humeur reste basse et elle se montre de plus en plus anxieuse.

Il est alors décidé d'une nouvelle hospitalisation temps plein dans l'unité Salomé.

Quatrième et dernière hospitalisation à Salomé, de début décembre 2009 à fin janvier 2010 :

Stéphanie est asthénique, et la symptomatologie dépressive s'accroît parallèlement à une hyperactivité qu'il est difficile de contrôler. Peu à peu, elle exprime sa lassitude à l'égard des soins et se montre intolérante à la frustration.

Sur le plan alimentaire, elle ne cesse de prendre puis de reperdre du poids. Elle devient de plus en plus ambivalente vis-à-vis des soins et de l'hospitalisation.

Elle est en lutte avec des angoisses d'abandon. Elle craint que sa famille (sa mère et son beau père d'un côté, de l'autre son père) « se lasse d'elle » du fait de sa maladie.

Une permission, souhaitée par de Stéphanie pour fêter Noël, cristallise son opposition au cadre hospitalier et au contrat de soin. L'aggravation de la symptomatologie anxieuse entraîne la prescription d' Hydroxyzine (Atarax® 0,25mg ½ x 3/j). Les « failles narcissiques », les besoins de réassurance et les interrogations autour de son autonomie sont fréquemment amenés par Stéphanie lors des entretiens médicaux. Parallèlement, Stéphanie fugue de l'unité et revient d'elle-même à plusieurs reprises dès qu'il lui est posé une limite qui la frustre.

Cliniquement, Stéphanie perd du poids, reste hyperactive et son état somatique devient inquiétant. La décision de lui poser une sonde naso-gastrique est prise.

Première hospitalisation en psychiatrie adulte :

Une première semaine d'hospitalisation est demandée par les soignants de l'unité SALOME du fait de l'escalade des mises en danger. Cette hospitalisation d'une semaine fera suite à une fugue de Stéphanie de l'unité, légèrement vêtue aboutissant à une hypothermie sévère (33°). La sonde naso-gastrique avait été mise en place une semaine auparavant. Cet épisode survient suite à de nombreuses transgressions du cadre hospitalier. Elle sera hospitalisée en psychiatrie adulte, une semaine, début janvier 2010.

Cette première semaine d'hospitalisation sera utilisée par l'unité adulte comme un « temps d'observation » destiné à « faire connaissance ».

L'essentiel de la prise en charge proposée consistera dans l'application d'un cadre strict. Elle n'a pas la possibilité de sortir de l'unité, il lui a été expliqué qu'elle serait mise en chambre de soins intensifs en cas de geste suicidaire ou d'automutilation. Stéphanie devra intégrer le fonctionnement de l'unité adulte et partager la vie du service. Des temps en chambre lui seront imposés et son hyperactivité autant que possible contrôlée.

Il n'y aura pas d'élaboration d'un plan de soins précis lors de cette « prise de contact ». Il ne sera pas non plus fait de modification de son traitement psychotrope.

Les éléments qui vont frapper l'équipe de psychiatrie adulte, outre les troubles alimentaires de Stéphanie, sont : son « addiction à l'activité », ses nombreuses mises en danger,

sa propension à la transgression du cadre hospitalier et ses épisodes d'agitation. Les éléments dépressifs seront aussi mis en exergue.

Lors de cette hospitalisation les troubles alimentaires sont « contenus ». Elle prend 1 kg, elle n'a pas de vomissement. Son hyperactivité, elle, reste importante et difficilement gérable. Néanmoins, elle ne se mettra pas en danger. L'équipe notera l'attitude « observatrice » de Stéphanie.

Retour à SALOME :

A l'issue de la semaine d'hospitalisation, Stéphanie retournera comme prévu à l'unité Salomé. Lorsqu'elle est vue par l'interne qui la suit, Stéphanie rationalise les bénéfices de cette hospitalisation par le fait de ne pas « avoir eu la pression ». Elle tient un discours plaqué, destiné à renégocier le contrat de soins.

Rapidement elle exprimera son souhait de quitter l'hôpital pour retourner chez elle. Le motif qu'elle invoque est la séparation de sa mère avec son beau père, et la nécessité qu'elle soit au côté de sa mère « pour la soutenir ».

Après quelques jours d'hospitalisation, elle reprend ses mises en danger et ses transgressions. Elle exprime alors clairement son refus des soins et menace de nouveau d'un passage à l'acte. Elle dit alors « ne plus vouloir faire aucun effort ». L'équipe infirmière est aux aguets, devant constamment surveiller ses allées et venues dans l'inquiétude d'une nouvelle fugue ou d'un geste auto-agressif.

Le psychiatre de l'unité SALOME prend alors rapidement la décision de recontacter le service adulte afin que Stéphanie puisse de nouveau y être accueillie. Elle y retournera quelques jours plus tard après un dernier entretien familial en présence de Stéphanie et de ses deux parents. Il leur sera alors exprimé l'impasse thérapeutique dans lequel l'équipe de l'unité Salomé se trouve tout en affirmant la nécessité des soins.

Nouvelle hospitalisation en psychiatrie adulte, moment du passage de relais :

Le chef de service de psychiatrie adulte prendra alors contact avec le psychiatre référent de l'unité Salomé pour lui signifier son refus d'une double prise en charge. Ils conviennent qu'à compter de sa ré-hospitalisation sur le CHS de Blain, Stéphanie arrêterait le suivi en addictologie. Cette nouvelle hospitalisation durera presque 4 mois en unité fermée.

Le cadre de soins est posé en présence des parents de Stéphanie. Un premier contrat de soins est établi (cf annexe 3). Stéphanie sera alors suivie sur le plan alimentaire et somatique par l'équipe infirmière et le médecin généraliste du service. Le psychiatre de Stéphanie décide de se dégager de ces questions qu'il laisse à ses collègues.

A son arrivée, Stéphanie avait comme psychotrope un antipsychotique, un antidépresseur et un anxiolytique (Risperidone 3mg/j, Venlafaxine 75mg x 3/j, Hydroxyzine Atarax® 0,25mg ½ x 4/j + 1 si besoin). Elle prenait en plus de ceux-ci des vitamines. Progressivement, la Risperidone sera arrêtée puis l'Hydroxyzine. L'antidépresseur sera, lui, poursuivi plus longuement.

Evaluation clinique initiale :

Le tableau présenté par Stéphanie fait craindre à l'équipe adulte une prise en charge difficile, une hospitalisation longue. En effet, ce qui marque l'équipe adulte en début de prise en charge, c'est bien sûr les difficultés alimentaires mais surtout l'hyperactivité qui leur est associées et les mises en danger de Stéphanie lors des fugues (entraînant des hypothermies sévères). A ce moment de sa prise en charge, Stéphanie présente essentiellement une restriction alimentaire, son BMI oscille autour de 13-14 selon les prises et pertes de poids.

Evolution :

Peu à peu, l'évolution sera favorable et Stéphanie se saisira des propositions qui lui sont faites. Le contrat de soins est modifié et devient plus strict, il reprend pour une grande part celui élaboré dans l'unité Salomé en l'adaptant au cadre d'une unité d'admission de psychiatrie

adulte (Cf. annexe 4). L'aspect le plus délicat de sa prise en charge, son hyperactivité, régresse peu à peu. Stéphanie reprend du poids et investit son avenir. Elle tolère progressivement la séparation d'avec ses parents et parvient à questionner son père sur les éléments flous de son histoire. Le cadre hospitalier adulte et notamment la crainte d'une mise en chambre de soins intensifs ont permis un « désamorçage » des conduites à risque.

Le psychiatre qui la suit fait l'hypothèse, avec le recul de l'évolution, que les éléments dépressifs et les questions identitaires étaient au cœur de sa problématique.

Les facteurs identifiables de prédictibilité d'un passage de relais sont ici :

Liés au contexte et mode d'hospitalisation :

- Alliance difficile avec la famille
- Echecs de prise en charge en structure adaptée
- Antécédents familiaux de troubles psychiatriques
- Hospitalisation dans un contexte de crise

Liés aux données cliniques :

- Prise de traitement psychotrope sur une longue période
- Présence de troubles du comportement importants

Nous pouvons qualifier le passage et la transition de réussies par les facteurs suivant :

- Recours à la psychiatrie adulte dominé par les aspects cliniques : Prise de décision rapide du passage, imposé par la clinique, les impossibilités du cadre de soins d'addictologie.
- Recours dans un moment de crise mais qui pouvait prendre sens pour la patiente et sa famille.
- Echanges rapidement mis en place entre les équipes soignantes pédopsychiatriques et psychiatriques adulte.
- Information de la patiente et de la famille en amont des motifs de celui-ci.
- Prise en compte du type de prise en charge antérieure et continuité entre les deux.
- Cohérence des outils théoriques convoqués par les deux équipes.

**SYNTHESE DES DONNEES CLINIQUES
SUR LES CONTEXTES DE PASSAGES DE RELAIS :**

- **L'intérêt d'une participation des patients et de leurs familles aux décisions, et à leurs mises en œuvre.**
- **La prise de psychotropes au long court avec un faible résultat clinique est évocatrice.**
- **La facilitation des relais lorsqu'il y a des échanges préalables entre les institutions qui proposent alors un « parcours institutionnel » dont le patient peut se saisir.**
- **Les troubles du comportement sont à contextualiser mais semblent très prédictifs d'un passage de relais.**
- **Les échecs répétitifs d'orientation au cours de la prise en charge pédopsychiatrique semblent aussi prédictifs d'un passage.**

Le progrès (...) n'est ni nécessaire, ni continu ; il procède par sauts, par bonds, ou comme diraient les biologistes, par mutations.(...) L'humanité en progrès ne ressemble guère à un personnage gravissant un escalier, ajoutant par chacun de ses mouvements une marche nouvelle à toutes celles dont la conquête lui est acquise ; elle évoque plutôt le joueur dont la chance est répartie sur plusieurs dès et qui, chaque fois qu'il les jette, les voit s'éparpiller sur le tapis, amenant autant de comptes différents. Ce que l'on gagne sur un, on est toujours exposé à le perdre sur l'autre, et c'est seulement de temps à autre que l'histoire est cumulative, c'est-à-dire que les comptes s'additionnent pour former une combinaison favorable. »

...

« Le grand philosophe anglais du XVIII^e siècle Hume s'est un jour attaché à dissiper le faux problème que se posent beaucoup de gens quand ils se demandent pourquoi toutes les femmes ne sont pas jolies, mais seulement une petite minorité. Il n'a eu nulle peine à montrer que la question n'a aucun sens. Si toutes les femmes étaient au moins aussi jolies que la plus belle, nous les trouverions banales et réserverions notre qualificatif à la petite minorité qui surpasserait le modèle commun.

De même, quand nous sommes intéressés à un certain type de progrès, nous en réservons le mérite aux cultures qui le réalisent au plus haut point, et nous restons indifférents devant les autres. Ainsi le progrès n'est jamais que le maximum de progrès dans un sens prédéterminé par le goût de chacun. »

Lévi-Strauss. Race et Histoire [82]

7. Analyse des processus à l'œuvre :

7.1. Quelques rappels introductifs :

Lors de nos entretiens et par nos recherches, il s'est avéré qu'aucun service dont nous avons eu l'occasion de connaître le fonctionnement n'a formalisé l'organisation institutionnelle des passages de relais. Le degré d'avancement de la réflexion concernant cette pratique n'étant lié qu'à la fréquence de la réalisation de tels passages.

7.2. Quelles structures pour quels relais ?

Dans les parcours de soins des enfants suivis en pédopsychiatrie il existe de multiples structures susceptibles de les accueillir. Que celles-ci soient hospitalières ou dans le champ médico-social. Les parcours de soins des enfants puis des adolescents présentant des troubles psychiatriques chroniques ou sévères sont ainsi complexes.

Nous avons appuyé notre réflexion sur une partie des structures de soins psychiatriques en Loire-Atlantique :

- Les structures de secteurs pédopsychiatriques qui offrent des soins en centre médico-psychologiques (CMP), en hôpital de jour, en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).
- Une structure d'hospitalisation pédopsychiatrique intersectorielle, le SHIP sur le site de l'hôpital Saint Jacques. Elle dispose aussi d'une unité ambulatoire et d'une unité soins études.
- Une structure d'hospitalisation temps plein spécialisée dans les troubles du comportement alimentaire, l'unité Salomé du service universitaire du CHU de Nantes. Elle travaille en lien avec une des antennes extrahospitalières du service universitaire, l'espace Barbara.

- D'une structure intersectorielle spécialisée pour les adolescents et les jeunes adultes, l'unité ESPACE de l'hôpital Saint Jacques. Elle offre des soins en hospitalisation temps plein, en hôpital de jour ou en consultation,
- De structures psychiatriques adultes qui offrent des soins en centre de consultation (CMP), en hôpital de jour, en CATTP.
- D'une posture psychiatrique pour jeunes adultes, la Chicotière en proche banlieue nantaise.

En rapport aux situations de passage, seule deux structures ont des limites d'âges fixes pouvant les susciter : le SHIP et la Chicotière.

Le point commun des structures pour adolescents et jeunes adultes, est une volonté de s'inscrire dans un soin qui travaille le changement, chez des individus susceptibles d'en faire l'objet. Toutes peuvent se retrouver dans les propos de JEAMMET lorsqu'il affirme : « *traiter de jeunes adultes en les regardant et en les écoutant comme des adolescents encore en devenir constitue une ouverture thérapeutique susceptible d'aider à sortir des impasses où s'engluent souvent le sujet et parfois son thérapeute* » [67].

7.3. Deux situations très différentes : Les urgences et les situations programmées :

7.3.1. Les situations d'urgence :

Dans les situations d'urgence, la prise en charge est première, le « relais » suit. Dans ces situations ce sont les troubles du comportement, un passage à l'acte, la nécessité d'une protection dans un milieu contenant qui l'imposent. Aussi, dans les situations d'urgence, les jeunes sont fréquemment hospitalisés en psychiatrie adulte, soit parce qu'il n'y a pas de place dans les structures pour enfants ou adolescents, soit que leur cadre de soins n'est pas suffisamment contenant. Dans notre étude 29% des jeunes mineurs hospitalisés en psychiatrie

de secteur adulte, étaient, principalement en début d'hospitalisation, mis un temps en chambre de soins intensifs.

Le plus souvent cette hospitalisation n'a pas pu être anticipée par l'équipe de pédopsychiatrie qui la vit alors comme un échec. Pour l'équipe de psychiatrie adulte, la situation est autre : accueillir un jeune en situation de crise. Il faut alors parer à l'urgence de la situation, faire face à l'agitation éventuelle. La sécurité du patient, sa protection vis-à-vis des patients adultes est mise en avant. Néanmoins, du fait de se sentir en partie « incompetents » les psychiatres d'adultes auront tendance à faire en sorte que l'hospitalisation soit la plus courte possible.

Durant notre stage au SHIP, où sont accueillis exclusivement des patients de moins de 16 ans, la nécessité d'un recours à une chambre de soin intensif (CSI) a conduit à l'accueil ponctuel en psychiatrie adulte, au décours de leur hospitalisation, de plusieurs patients. Le plus souvent il s'agissait d'adolescents hospitalisés depuis plusieurs jours, plusieurs semaines. Cette demande était motivée par les troubles du comportement, le risque d'auto ou d'hétéro-agressivité.

Nous avons ainsi constaté par notre étude et par notre expérience au SHIP que dans les situations cliniques qui le nécessitent, les hospitalisations en psychiatrie adulte de patients de moins de 16 ans peuvent se faire. Le plus souvent avec l'accord du chef de service adulte, ce dernier demandant souvent au préalable un accord administratif auprès du directeur de l'hôpital, parfois avec l'accord du juge des enfants. Les détenteurs de l'autorité parentale sont automatiquement prévenus de cette hospitalisation en service pour adultes.

Il faut ainsi distinguer les situations où le passage (définitif ou temporaire) d'un jeune en psychiatrie adulte n'est pas préparé mais prévisible, de celles où il n'est pas préparé parce qu'imprévisible.

Comme nous l'avons vu dans notre étude, à la suite d'une hospitalisation en psychiatrie adulte, sur un moment aigu (dans pratiquement tous les cas), 27,5% des patients admis à l'unité de crise des urgences de Saint Nazaire sont orientés vers la pédopsychiatrie à leur sortie (les autres n'ont le plus souvent pas de soins proposés ou sont orientés vers la psychiatrie adulte sans que nous puissions en déterminer la proportion). Pour ceux admis en unité sectorielle,

57,8% d'entre eux sont orientés vers la pédopsychiatrie et 41% vers la psychiatrie adulte alors même qu'aucun n'avait antérieurement de suivi en psychiatrie adulte (si l'on met de côté les jeunes provenant de structures médico-sociales). Pour eux, le passage de relais ou le début des soins s'est fait à cette occasion.

Pour tous ces jeunes, il ne nous a pas été possible de déterminer clairement si ces hospitalisations étaient ou non prévisibles : si les contextes et cliniques qu'ils présentaient avaient des caractéristiques pouvant faire craindre leur hospitalisation en psychiatrie adulte ou non.

7.3.2. Les situations programmées :

Elles sont rares, le plus souvent elles s'organisent lorsqu'il y a, en plus de la clinique qui le justifie, un impératif institutionnel ou administratif au passage. Concernant les institutions qui ont une limite d'âge stricte, c'est « la nécessité de la poursuite des soins » qui impose le passage.

7.4. Premières évocations du passage de relais :

Par nos entretiens ou nos recherches dans la littérature sur la situation française, il ne ressort pas de moment privilégié pour la réalisation des passages. Leur réalisation survient au moment où le service de pédopsychiatrie le décrète ou lors d'une situation de crise comme nous venons de le voir.

Nous avons constaté que les familles n'intervenaient pas dans la prise de décision. La poursuite des soins leur est présentée comme une nécessité. Qu'il s'agisse d'une nécessité clinique ou institutionnelle. Elles sont bien sûr informées de la nécessité du passage mais elles ne sont pas associées à la réflexion. De même, le jeune n'est le plus souvent pas impliqué.

Le plus souvent, la décision de contacter le service adulte intervient en amont ou en parallèle de l'annonce de cette prise de contact aux familles.

Sur le moment précis et sur les critères qui permettraient de le définir, chacun a sa réponse que l'on pourrait résumer ainsi : « Ni trop tôt, ni trop tard »... La nature de la relation de soin interfère avec cette décision : le degré d'inquiétude pour le patient, le niveau d'investissement des équipes, la qualité de l'alliance thérapeutique semble intervenir fortement dans la décision.

Concernant les « réunions de synthèse », « les concertations », « rencontres » autour de la situation d'un adolescent, l'importance qui leur est accordée est variable. Si certains les investissent fortement, d'autres les jugent presque accessoires. Généralement ce sont les pédopsychiatres qui leur donnent le plus de poids. Si elles sont l'occasion d'un bilan de la prise en charge, elles sont aussi porteuses des espoirs et inquiétudes pour le jeune et son avenir.

Ces rencontres peuvent avoir différents objectifs : anticiper un relais à venir, échanger sur la clinique d'un jeune, justifier d'éventuelles hospitalisations (en urgence ou de rupture) dans le service de psychiatrie adulte. Néanmoins, c'est principalement l'anticipation de l'inéluctable « relais » qui les motive en premier lieu, les autres motifs restent collatéraux.

7.5. Conséquences du passage de relais :

7.5.1. Sur le consentement aux soins :

Le consentement libre et éclairé est un objectif qui s'impose aux médecins et aux professionnels de santé pour des raisons éthiques et de sauvegarde des droits des patients. C'est aussi une obligation légale qui s'est progressivement imposée. Ses premiers fondements ont été posés en 1947 avec le code de Nuremberg puis en 1979 et en 1994 sur le plan européen. Il est actuellement renforcé et intégré à la loi française depuis la loi du 4 mars 2002.

Le consentement du malade est indispensable pour conclure le contrat médical (article 1008 du code civil), un consentement « libre et éclairé ». En droit français, tout adulte est présumé disposer de la plénitude de ses capacités intellectuelles et juridiques. Quand, un enfant ou un adolescent présentant des difficultés psychiatriques, des troubles mentaux, peut-il consentir à un traitement médical ? En France, les médecins s'appuient sur la faculté de discernement du patient, critère subjectif établi à l'issue du colloque singulier médecin patient [78].

Pourtant, la recherche d'un consentement libre et éclairé pose divers problèmes en psychiatrie : confusion entre le diagnostic psychiatrique et identité de la personne, selon l'appartenance doctrinale des psychiatres « *le trouble ou la maladie peuvent être conçus comme un évènement quasi extérieur, s'emparant du psychisme, ou comme la conséquence de ce fonctionnement psychique lui-même et de ses relations avec l'environnement* ». Une approche plus moderne préconise une attitude intermédiaire, l'information devenant « *une forme d'action pédagogique à visée thérapeutique propre, aboutissant à permettre au patient de reconnaître ses troubles, de les nommer, et d'apprendre en quelque sorte à les gérer en rapport avec le cours de son existence* ». La pathologie mentale « *peut affecter les capacités cognitives, les instruments de l'intelligence* », elle peut « *relever d'une activité délirante qui aboutit à interpréter les contenus de l'information et à les déformer par des fausses connections* », elle peut aussi « *dans les cas des troubles de l'humeur ou la prééminence de l'anxiété aboutir à une compréhension radicalement déviée* » [65]. L'individu auquel s'adresse le devoir d'information, de consentement libre et éclairé est un individu autonome, disposant de ses facultés et capable de s'abstraire de ses difficultés pour penser, avec toute la rationalité nécessaire, le soin proposé.

Chez l'enfant s'ajoute les difficultés de compréhension liées à son degré de maturation psycho-affectif. Pour autant « *le manque d'autonomie d'un enfant ne doit pas empêcher de lui reconnaître une place de sujet et implique la prise en compte complète et entière à la fois de l'enfant et de ses parents* » [65]. Si ce sont les parents qui doivent consentir aux soins proposés dans un premier temps, cela ne doit pas remplacer la recherche d'un consentement de l'enfant ou de l'adolescent notamment par une information claire, adaptée à son degré de maturation et de développement. Peu à peu il comprendra « *que son individualité et sa subjectivité sont prises en compte et respectées.* » [65].

Par le mode d'hospitalisation (HL, HDT, HO), l'hospitalisation en psychiatrie adulte officialise le niveau de consentement aux soins des patients adultes. Pour autant, un des objectifs majeurs des psychiatres dans leurs prises en charge des patients hospitalisés sous contrainte est d'obtenir leur adhésion aux soins. « *La contrainte évoluant notamment dans un grand nombre de cas vers le consentement négocié dans un second temps* », car « *l'incapacité à consentir relève de troubles cognitifs instrumentaux, de troubles délirants ou de l'humeur, elle ne peut être attestée qu'en situation et s'avère, dans un grand nombre de cas fluctuante et évolutive. De ce fait la question du consentement se présente aussi à la manière d'un processus plutôt que d'un moment ponctuel* » [65].

Ainsi, chez l'adulte comme chez l'enfant la recherche du consentement doit être la règle. Pour autant il ne s'agit pas d'en faire une obligation rigide détachée du contexte. La façon dont va être entendue l'information sur la santé d'un patient, par celui-ci ou ses parents, doit être au centre des préoccupations.

Le consentement et le passage de relais ?

Pour mieux le comprendre il est nécessaire d'inverser le fil du raisonnement (précédemment nous avons déployé la question du consentement à travers son évolution légale chez l'adulte, les discussions éthiques posées par son recueil, puis son application chez l'enfant).

Lors d'un passage de relais c'est le phénomène inverse qui se produit. Le suivi, auprès d'une équipe connue de longue date, s'arrête. Lors de cet arrêt des soins pédopsychiatriques, le problème du consentement aux soins n'en est plus un depuis bien longtemps, du moins de manière aiguë. Le porteur du consentement n'est plus alors son représentant légal mais le patient lui-même. Ce point explique que cette transition soit, comme nous l'ont dit certains pédopsychiatres que nous avons interviewés « l'occasion » d'un arrêt des soins. Cet arrêt étant particulièrement redouté par eux, et jugé comme un passage de relais « raté ».

Nos sociétés mettent en avant l'autonomie y compris dans le domaine de la santé. Cette nécessité d'autodétermination s'est vue ensuite reprise par la loi (la loi du 4 mars 2002 dont nous avons parlé plus haut et dans un autre domaine la loi du 22 avril 2005 relative aux droits

des malades et à la fin de vie) et s'articule avec une logique consumériste y compris dans le domaine de la santé.

La loi du 4 mars 2002 ajoute pour les mineurs une « *Obligation pour le juge ordonnant l'hospitalisation d'un mineur de se conformer aux règles générales relatives aux hospitalisations sans consentement régies par le Code de la santé publique, affirmant ainsi la nécessité d'une motivation médicale attestée par expertise avec limitation de la durée des soins (deux semaines) renouvelable (un mois) sur avis médical (mineurs).* » [127].

Une autre modification importante du cadre des soins aux mineurs introduite par la loi du 4 mars 2002 est la possibilité offerte au médecin de prendre en charge un mineur (soit pour un traitement, soit pour une intervention), dans des conditions clairement définies, sans l'autorisation des titulaires de l'autorité parentale. Il faut pour cela que le mineur soit accompagné d'une personne majeure de son choix qui donne son accord [127].

Par ailleurs, nos sociétés sont passées d'impératifs de discipline et d'obéissance à ceux d'autodétermination et de réalisation personnelle. Nous pensons que cela n'a pas été sans influence sur la relation de soin, particulièrement dans le contexte qui nous occupe. En effet, la logique paternaliste en partie maintenue dans le champ de la pédopsychiatrie du fait des obligations de protection de l'enfance, s'oppose à un rejet de ce même paternalisme dans le champ de la psychiatrie adulte.

Cette évolution est concomitante d'un déclin de la psychanalyse comme modèle explicatif des maladies mentales au profit des théories cognitivo-comportementalistes. Ces dernières viennent en résonance de l'individualisme promu par nos sociétés, et renvoient de façon caricaturale à une clinique du symptôme, dont le sujet malade demande au psychiatre de le libérer « *l'univers normatif se référant classiquement aux notions de discipline, d'obéissance et d'interdit, est désormais englobé dans un univers normatif se référant à l'autonomie, à l'action et la décision personnelle, y compris dans la maladie elle-même.* » [33].

Ce rejet du paternalisme médical n'est pourtant pas exclu du champ pédopsychiatrique, et se retrouve dans les revendications des associations de malades. Il a abouti à une plus grande prise en compte des familles et de leurs points de vue. Les débats récents sur l'autisme en sont un parfait exemple.

Consentement et décision :

Lors de nos entretiens, nous avons recueilli le témoignage d'un pédopsychiatre qui pouvait dans certaines situations recevoir la famille d'un adolescent plusieurs mois sans sa présence, celui-ci refusant de venir à la consultation. Ce « suivi » ayant comme double objectif de les aider « à le convaincre » et les soutenir dans les difficultés qu'ils pouvaient rencontrer avec leur enfant et y faire face.

Si nombre de pédopsychiatres, en accord avec l'évolution des lois et à la demande sociétale, estiment que la recherche du consentement aux soins est une obligation de moyen, la décision, elle, reste aux mains du médecin et des parents du jeune. Ils sont alors parfois contraints de consentir aux soins. Plusieurs études dans des domaines somatiques ont analysé les échanges et modes de discours qui permettent ces situations en apparence paradoxales [12] [42]. Elles ne révèlent finalement que le maintien d'un positionnement paternaliste du médecin et la résignation du patient face à celui-ci.

Le refus dans un cadre pédopsychiatrique conduit : à surmonter l'avis de l'individu mineur pour obtenir l'accord de celui qui détient l'autorité parentale ou à surmonter l'avis du mineur et requérir l'avis du juge dans le cas où il l'estime nécessaire, le plus souvent dans un but de protection.

Le refus dans un cadre psychiatrique adulte conduit : à surmonter l'avis de l'individu adulte en cas de « non recevabilité du consentement du fait des troubles » ou le laisser faire un choix bien que le médecin ou l'institution l'estime contraire à son intérêt.

Le passage au statut d'adulte est aussi le moment où l'institution psychiatrique permet à un individu de faire un choix, même contraire à son propre intérêt.

Le jeune majeur à qui est annoncée cette nécessité du passage de relais est face à une situation complexe : Il adhère aux soins qu'on lui propose alors même qu'il ne les a le plus souvent pas souhaités ou requis. Il lui est à ce moment demandé d'accepter des soins dans une autre institution, inconnue, qui lui laisse la possibilité de les refuser, (ne pouvant l'y contraindre que dans des circonstances définies par la loi). S'il n'est pas préparé, le risque d'un refus ou d'une mise en échec est très grand.

7.5.2. Sur les soins médicaux, paramédicaux :

Thérapeutique :

Longtemps les psychotropes ont été utilisés avec beaucoup de précaution voire de réticence par les pédopsychiatres, la situation a évolué. De nombreux articles ont été publiés depuis une vingtaine d'années pour exprimer le point de vue de psychothérapeutes sur l'utilité des psychotropes, c'est dire si le monde de la pédopsychiatrie française y était réticent [11]. Beaucoup prônent la nécessité d'une nouvelle pratique alliant capacité de prescrire et psychothérapie dans le même temps. Il semble que les travaux actuels, y compris dans les champs de la psychothérapie et de la psychanalyse, vantent les mérites d'une utilisation conjointe des psychotropes et des techniques psychothérapeutiques [7].

Cette évolution s'est en grande partie retrouvée dans nos entretiens. La plupart des pédopsychiatres que nous avons rencontrés, prescrivent et considèrent ces prescriptions comme indispensables. Les points de désaccords sont ailleurs.

La prise en compte des autorisations de mise sur le marché (AMM) est débattue entre les pédopsychiatres : certains sont très attachés au respect des AMM, d'autres reconnaissent ne pas s'y arrêter, argumentant que le manque de preuve scientifique de l'efficacité d'un médicament, pour lequel peu d'études ont été faites chez l'enfant, ne sous-entend pas qu'il soit inefficace, mais que nous sommes confrontés à un manque de savoir.

Bien sûr, l'âge du patient reste un facteur prépondérant. De nombreuses études abordent ces questions et signalent ce point aveugle de la recherche médicale [121].

Une autre question est celle des posologies des médicaments. Le manque de données scientifiques sur l'utilisation des molécules, abordé ci-dessus, va de pair avec le manque d'informations sur les posologies à utiliser. Cette fois, la ligne de partage se trouve entre les psychiatres d'adultes et les pédopsychiatres. De manière générale, les psychiatres adultes estiment, lorsqu'ils accueillent des jeunes bénéficiant d'un traitement psychotrope, que ceux-ci sont sous-traités. Souvent les choix des molécules ne sont pas remis en cause, au contraire des posologies considérées insuffisantes.

Les échanges entre pédopsychiatres et psychiatres d'adultes paraissent nécessaires : le maniement des psychotropes chez l'enfant et l'adolescent est complexe, et peu argumenté par des données scientifiques solides. Un meilleur partage des connaissances serait certainement propice à ces patients, lorsqu'ils sont en soins pédopsychiatriques, mais aussi, lors du passage de relais afin de favoriser la cohérence des prises en charge.

Soins paramédicaux :

Le plus souvent l'arrivée dans une nouvelle institution est l'occasion d'une « remise à plat » des prises en charge proposées. Si dans certains cas, il y a des tentatives de garder une continuité entre les soins, le plus souvent, chaque institution fait en fonction de ses moyens, son expérience, et avec son analyse des besoins du jeune.

De même, si les dispositifs sont identiques (hôpitaux de jour, CATTP...), la réalité des ateliers, des prises en charge proposées est très variable et il n'est pas possible d'en faire une présentation exhaustive. On peut néanmoins dégager une ligne de partage entre des soins pédopsychiatriques qui allient aux enjeux thérapeutiques, les problématiques éducatives (parfois scolaires) et identitaires ; et les soins psychiatriques adultes plus centrés sur l'autonomie et la « rééducation ».

7.5.3. Sur l'accompagnement social, socio-éducatif :

Comme nous l'avons vu plus haut, à 18 ans, la loi permet un arrêt de l'accompagnement par l'aide sociale à l'enfance. Celui-ci peut se poursuivre jusqu'à 21 ans, en Loire-Atlantique jusqu'à 24 ans révolus. Si le jeune souhaite que celui-ci soit poursuivi, il doit en faire la demande. L'accompagnement et les aides alors proposés sont contractualisés et conditionnés à un objectif : la mise en œuvre d'un projet de vie. Le jeune n'en a aucune obligation, l'ASE non plus. Il est ainsi possible que l'accompagnement s'arrête si l'un ou l'autre de ses acteurs le refuse.

Le choix implicite qui est alors demandé au jeune, est de faire, pour la première fois face à l'ASE, un choix d'individu « autonome », qu'il le souhaite ou non.

Dans le plan d'action Enfance, Familles, Jeunes du Conseil Général de Loire-Atlantique, il est souligné le manque de moyens des secteurs sanitaire et médico-social. Les auteurs du rapport regrettent qu' « *un certain nombre de places du dispositif de protection de l'enfance sont occupées faute de réponses des secteurs sanitaire et médico-social.* » De même, « *le manque de réponses adaptées en terme de services médico-sociaux et en offres de soins pédopsychiatriques, empêche trop souvent l'élaboration de solutions adaptées aux jeunes relevant d'une demande de prise en charge.* » [27].

Les suivis psychologiques proposés dans ces cadres socio-éducatifs marchent de concert. Un arrêt d'un accompagnement par l'ASE signe l'arrêt de l'accompagnement psychologique. Nous l'avons vu plus haut, plus de la moitié des jeunes vivants en foyer sont susceptible d'avoir un problème psychiatrique et dans l'étude citée, 18 %, une pathologie psychotique. Or, à peine plus de la moitié d'entre eux rencontre un psychiatre ou un psychologue au cours de leur suivi.

Ces différentes données font préjuger qu'un grand nombre de jeunes se retrouvent, à leur majorité ou dans les années qui la suivent, en grande détresse psychiatrique et sociale.

En complément d'études manquantes sur ces sujets, l'épidémiologie des arrêts de suivi socio-éducatif dans le sous groupe des jeunes présentant des troubles psychiatriques serait à déterminer pour leur détection et une meilleure prise en charge.

7.5.4. Sur l'aspect nosologique :

Pour une grande part des psychiatres interrogés, a contrario de la littérature sur le sujet, cette question n'est pas aussi difficile que nous le supposions. En fait, beaucoup s'accommodent des classifications CIM 10 et CFTMEA en pratique courante.

Les problèmes de classification sont en fait bien plus théoriques que pratiques et les difficultés qu'elles entraînent ont alimenté les débats lors de leur émergence et généralisation. Aujourd'hui les mêmes divergences théoriques existent mais elles se cristallisent autrement. Les discussions autour du handicap et de la maladie mentale en sont un exemple récent.

Les difficultés proviennent de la remise en question de la prise en charge par un autre regard. Qu'il s'agisse de la prise en charge institutionnelle ou de la prise en charge pharmacologique.

L'évolution naturelle des pathologies ainsi que leur expression dans le temps varient et conduisent à des divergences. Comme nous l'avons vu plus avant, certaines pathologies de l'enfant évoluent, se transforment à l'adolescence puis à l'âge adulte sans se confirmer. Elles peuvent laisser la place à une autre pathologie ou laisser la place à un fonctionnement qualifié de « normal ».

Les difficultés diagnostiques à l'adolescence ou chez le jeune adulte sont des données indépendantes d'autres facteurs. Les divergences entre les psychiatres ne leurs sont donc pas liées. Elles le sont parfois en l'absence d'échange entre les professionnels et de mise en perspective de l'évolution symptomatologie de la clinique des patients.

Cette réalité s'est aussi confirmée lors de nos entretiens ou participation aux rencontres autour de situation de passage de relais. Seule l'historicité des parcours et de l'évolution symptomatique permettait de remettre une cohérence aux regards diagnostiques.

7.5.5. Sur la place de la famille :

« Le travail avec la famille », le « point de vue des familles », « l'adhésion des familles aux soins », « la prise en compte de la famille »... Autant de formulations que nous avons pu retrouver lorsque nous avons échangé avec les psychiatres d'enfants.

L'alliance thérapeutique en pédopsychiatrie est le plus souvent présentée comme une « double » alliance. Elle est décrite comme très importante avec le patient et avec ses parents. D'ailleurs, de nombreuses études montrent l'importance d'une alliance thérapeutique précoce et de qualité, et que celle-ci est fortement corrélée à une évolution favorable des patients [72] [66] [83].

Plusieurs travaux cliniques insistent « *sur la fréquence chez les parents de traumas inélaborés et de difficultés importantes dans leur enfance avec leur propres parents, qui se*

répercutent sur la relation parent-enfant et le processus de développement de l'enfant » [29]. D'autres études appuient ce point de vue en estimant que la clarification des liens intergénérationnels et l'élaboration des vécus traumatiques deviennent des facteurs primordiaux de prévention des troubles et de la pathologie mentale chez l'enfant [84] [110] [53].

En retour, les capacités d'écoute et d'échange, l'absence de jugement, l'intérêt pour les difficultés qu'elles traversent, la bonne communication entre les soignants dans le respect du secret professionnel et donc la cohérence de la prise en charge sont autant de points mis en avant par les familles lorsqu'on les interroge [122].

Les soins pédopsychiatriques ne peuvent se faire sans l'aval des détenteurs de l'autorité parentale. Pour tout soin ou traitement leur accord est indispensable. Les patients sont informés du projet de soin et fréquemment rencontrés.

Nos rencontres n'ont pas permis de dégager de distinction claire entre les pratiques pédopsychiatriques et psychiatriques adultes dans la prise en compte des familles. Cette question est affaire de pratique, de cadre institutionnel et de référentiel théorique. Si le « travail familial » est plus l'apanage des pédopsychiatres, par les aspects médico-légaux des soins portés aux mineurs, par les référentiels théoriques dominants et les enjeux éducatifs et développementaux, certaines institutions adultes ne « savent pas faire sans la famille ».

Par de nombreux aspects, le travail avec les familles apparaît central. L'enfance est un état de dépendance affective, matérielle et relationnelle majeur. L'adulte qui entoure l'enfant, prend soin de lui, est présenté comme une figure incontournable.

Pourtant, une étude de 2009 auprès de 12 psychiatres est éclairante. Il en ressort que « *les pratiques de soins centrées sur le patient sont contradictoires avec le fait de se préoccuper de ses enfants* ». Il est mis en avant la lourdeur de la pathologie, l'absence de familiarité avec le monde de l'enfance et une gêne à aborder ce qui est considéré comme appartenant à la sphère intime et privée des patients.

Les auteurs de cet article concluent à une mauvaise prise en compte de cette dimension familiale par les psychiatres d'adultes et à la nécessité de rencontres, d'échanges sur la pratique ainsi que de réflexions éthiques autour de ces questions [102].

7.5.6. Sur les aspects éducatifs et scolaires :

Les enjeux éducatifs sont fréquemment mêlés aux difficultés psychiatriques. Dans les hôpitaux de jours de pédopsychiatrie, les éducateurs ont une place importante dans le dispositif de soins, au côté des infirmiers.

Les questions éducatives interfèrent avec les enjeux cliniques et psychopathologiques, parfois ils sont indissociables. Lors de nos rencontres ou par nos stages en pédopsychiatrie, la distinction des aspects éducatifs des aspects thérapeutiques de la prise en charge était très présente et assez souvent source de dissension au sein des équipes, les soignants paramédicaux regrettant la nécessité d'une aide éducative trop importante [89].

Enfin, à côté de l'âge et des autres facteurs déterminant les moments des passages, la présence ou non d'une scolarité a une grande influence. La présence d'une scolarité « active » est un facteur de poursuite des soins pédopsychiatriques ; une déscolarisation ou une entrée dans la vie active favorisant un passage vers la psychiatrie adulte.

7.6. Pourquoi aucun travail antérieur au notre ?

L'institution est en elle-même « un dispositif de soins ». C'est un des points fréquemment mis en avant par nos divers interlocuteurs. Défendre ce dispositif est aussi défendre les soins que l'on propose. Les vertus ainsi alléguées au personnel et « aux murs » sont multiples. Contenance, protection, bienveillance sont au cœur de ces vertus collatérales aux hospitalisations psychiatriques, qu'elles soient temps plein ou de jour. Dans la littérature, tout autant que par nos entretiens, il s'avère que l'institution est en elle-même perçue comme soignante. Elle est thérapeutique « *dans sa mission de protection, aussi bien que dans son rôle de « contenant réparateur » que dans celui de pare-excitation des stimuli extérieurs* » [65].

Ce rôle fréquemment affirmé est pondéré par la nécessité de structures adaptées, notamment à la population qu'elle reçoit. Le développement de structures spécifiques pour les adolescents est aujourd'hui l'axe préférentiel pour cette population qui n'est qu'une sous partie de la notre. De nombreux articles traitent de la spécificité des soins aux « ados », de l'intérêt de structures spécifiques pour une clinique spécifique [10]. Le critiquer n'est pas notre propos, il

est de constater le fait qu'il occulte la question des passages de relais entre les soins de l'enfant et de l'adulte, et cela, indépendamment que les jeunes concernés aient ou non été un temps pris en charge dans de telles structures.

L'histoire de l'émergence de la pédopsychiatrie comme un « engagement » pour une prise en compte de la spécificité des pathologies de l'enfant, laisse probablement encore des traces. Enfin, le sentiment d'incompétence ressenti face aux spécificités de la pratique de l'autre champ, nous l'avons retrouvé fréquemment exprimé lors de nos entretiens, tant par les pédopsychiatres que les psychiatres d'adultes. Notre sujet, transversal s'il en est, est ainsi rendu complexe dans son exploration car il ne peut pas être traité, seulement, par les tenants d'un des deux champs.

7.7. Manques et perspectives révélés ?

Quelques points aveugles de notre travail :

Le point de vue des patients et de leurs familles :

Nous avons tenté de démontrer l'intérêt que nous pouvions trouver dans une analyse du processus de passage de relais par la réalisation d'entretiens avec les professionnels. A la réalisation de ce travail, il nous ait apparu qu'un prolongement de celui-ci serait d'effectuer avec une méthodologie analogue une analyse du point de vue des patients et de leurs familles. De telles études sont très rares en psychiatrie et à notre connaissance inexistantes sur notre sujet. Pourtant, les associations d'usagers prennent de plus en plus d'importance et leurs revendications recueillent un soutien médiatique et politique croissant et influencent les décisions politiques relatives à l'offre de soins.

Les jeunes qui bénéficient d'une aide socio-éducative :

Comme nous l'avons souligné, une grande partie des jeunes suivis par la protection de l'enfance échappe aux soins, or près de la moitié d'entre eux souffre de pathologies psychiatriques depuis de nombreuses années. Parfois ils ont rencontré un pédopsychiatre ou un psychologue sans que des soins aient pu débiter. L'impact de leur pathologie sur leurs parcours reste inconnu.

Notre étude statistique sur le secteur de Saint Nazaire reste insuffisante. Elle présente des biais concernant notamment, les jeunes, probablement nombreux, pour lesquels un relais s'est directement effectué vers une postcure psychiatrique. L'analyse de cette sous population reste à explorer.

Les questions nosographiques et diagnostiques soulevées :

Nous appelons pathologies frontières celles qui mettent en difficultés les pédopsychiatres parce qu'elles ressemblent à une pathologie de l'adulte, dans sa présentation clinique, bien qu'un diagnostic ne soit ou ne puisse être posé. Le plus souvent, il s'agit

d'adolescents parfois suivis depuis plusieurs années en pédopsychiatrie parfois depuis quelques mois ou semaines et qui réalisent, a posteriori, un mode d'entrée dans la schizophrénie ou le développement d'un trouble de la personnalité, de manière insidieuse ou plus bruyante. Mais comme nous l'avons vu, le diagnostic de pathologies de l'adulte comme les troubles de la personnalité n'impose pas de critères d'âge. Et ces derniers comme la schizophrénie, peuvent n'être que des formes évolutives de pathologies de l'enfant.

Plusieurs questions se posent alors : Evolution ou comorbidité ? Terrain ou évolution ? Même si ces questions ont un sens épidémiologique, statistique et qu'il est probable que la recherche permettra de mieux comprendre ces frontières, il n'y a encore que peu de travaux. Peu d'équipes se penchent sur ces points.

Intérêts collatéraux à l'informatisation et à la cotation des actes :

Lors de nos entretiens nous avons pu noter un intérêt collatéral à la nécessité de coter les actes. Celle-ci doit se faire dans une classification commune, la CIM 10. Comme nous l'ont fait remarquer certains des psychiatres, « ils n'ont pas eu le choix ». Avec le recul et la pratique, il s'avère, comme nous l'avons dit plus haut, que les « problèmes classificatoires » n'en étaient finalement pas en pratique courante. De plus, la cotation dans la même « langue » par les pédopsychiatres et les psychiatres adultes facilite les échanges.

L'informatisation du dossier partagé présente la possibilité de connaître immédiatement pour un patient hospitalisé en psychiatrie adulte s'il a été suivi par la pédopsychiatrie et d'avoir accès à son dossier. Les questions de confidentialité posées sont réelles mais sont plus des problèmes techniques qu'éthiques.

« Le rite permet aussi et d'abord de relier les hommes entre eux, d'éviter qu'ils ne s'entredéchirent. Aussi est-il facile d'entrevoir toutes les dérives, toutes les désespérances qui s'engouffrent là où le rituel fait cruellement défaut. La modernité ou, plus exactement, les manières modernes de vivre deviennent, à ce titre, un captivant laboratoire d'observation. »

...

« Chaque passage, chaque franchissement, nécessite, d'une certaine manière, un « stage », une étape, un entre-deux, des paroles, une initiation. Pour être accueilli en amont, il va falloir préalablement être séparé en aval. Le rite de passage opère une gestion du flottement, des seuils, des marges dont le philosophe Henri Maldiney [85] dit fréquemment qu'elles sont le lieu de toutes les potentialités. Le rite de passage apprivoise le temps, les changements identitaires, l'altérité et toutes ses altérations, les forces de vie et les forces de mort parce qu'il donne à vivre ce qui sépare et ce qui unit. »

...

*Thierry GOGUEL D'ALLONDANS.
Rites de passage, rites d'initiation, lecture d'Arnold VAN GUENNEP [51].*

8. Un rite de passage ?

C'est par un souci aigu de ne pas perdre pied vis-à-vis de la clinique et garder centrale l'objectif thérapeutique de nos propositions que la question des rites de passage s'est imposée. En effet, qu'il s'agisse de nos cas cliniques ou des résultats de nos entretiens avec les professionnels, les enjeux liés à la transition entre les soins de l'enfant et ceux de l'adulte dépassent les questions institutionnelles.

Il ressort que ces moments particuliers, pour les individus qui les traversent, sont une occasion d'interagir et de se positionner autrement face aux soignants. Parce qu'ils ne s'inscrivent pas, a priori, dans une démarche thérapeutique, les passages de relais renvoient à un autre type de relation entre les institutions et leurs patients. Ceux qui sont identifiés comme « réussis » sont l'occasion d'une évolution clinique positive. A quoi est-elle due ?

Les passages de relais attisent les enjeux propres à l'individu et aux questions classiques de l'adolescence. Ils révèlent aussi les questions, moins étudiées, de la façon dont les institutions accompagnent, portent, participent ou organisent ce changement.

Les rites de passage sont par essence des « outils » dont les sociétés se sont dotées pour organiser de manière collective les transitions entre les étapes de la vie. Elles ont une efficacité éprouvée. Nous nous proposons d'en tirer quelques enseignements.

8.1.1. La question de l'adolescence :

Quelques rappels historiques :

Jusqu'au début du XX^{ème} siècle, la France comme la plupart des pays occidentaux a une forte identité rurale. Dans ce monde fait en grande part d'agriculteurs, les enfants sont très vite et très tôt projetés dans le monde du travail. Les « jeunes » n'existent pas encore, les adolescents encore moins. Si le terme d'adolescent existe depuis plusieurs siècles il n'avait pas

l'acception actuelle, il fut successivement : l'âge pubertaire, le temps d'une « métamorphose », le statut social du célibataire, enfin, un temps de crise.

Pour évoquer ce que nous sous-entendons derrière l'adolescence actuelle, le terme de « jeune » était plus communément admis et employé jusqu'à la seconde guerre mondiale. Ce n'est qu'au cours des années 1960-1970 que le terme d'adolescence prend progressivement son sens moderne. Dans les années soixante apparaissent les préadolescents (11- 14 ans), les postadolescents (18-28) dans les années quatre vingt. La forme abrégée d'« ado » apparaît à partir de 1974 [51].

Aspects psychopathologiques :

L'adolescence est un âge charnière de la vie, entre enfance et âge adulte. Nous l'avons vu, lui mettre des frontières ne peut se faire de manière univoque. Il en va de même si l'on souhaite comprendre ses enjeux. MARCELLI nous avertit que ce moment du développement psychique d'un individu se caractérise sur un plan clinique par « *une difficulté à y repérer des entités sémiologiques et psychopathologiques stables* » mais aussi « *une chance d'y observer les premières manifestations d'un trouble ou d'une souffrance non encore définitivement structurés.* » [88].

L'adolescence se comprend selon plusieurs modèles, et appartient à plusieurs champs : la médecine somatique avec la puberté, la psychiatrie par ses enjeux psychopathologiques et cognitifs, la sociologie par ses enjeux identitaires culturels (rôle tenu par les adolescents dans une société donnée) ou sociaux (appartenance à une communauté ou une bande, un anticonformisme de groupe...) [88].

La formule de WINNICOTT « *chaque individu est engagé dans une expérience – celle de vivre – dans un problème, celui d'exister* » [133] paraît particulièrement nouvelle et vive lorsqu'elle s'applique aux adolescents. Quitter l'enfance est ainsi complexe pour tout individu, plus encore pour le jeune qui présente des troubles psychiques.

8.1.2. Qu'est ce qu'un rite, un rite de passage ?

Définition :

Rite (s) :

Initialement dans un sens religieux, on appelle rite l'ensemble de prescriptions qui règlent la célébration du culte en usage dans une communauté religieuse. Par métonymie, les rites sont l'ensemble des gestes, célébrations prescrites par la liturgie d'une religion. Dans une utilisation ethnologique ou sociologique, les rites désignent des pratiques réglées de caractère sacré ou symbolique. On retrouve ici les rites d'initiation, nuptiaux, funéraires... Par extension ils deviennent des pratiques réglées, des manières habituelles de faire.

Rite (s) de passage :

C'est à l'ethnologue suisse Arnold VAN GENNEP (1873-1957) que l'on doit l'utilisation actuelle de l'expression « rite de passage ». Il l'a conceptualisée dans un ouvrage (« Les Rites de Passages » 1909) dans lequel il étudie un grand nombre de récits de mariages, funérailles, célébrations(...) dans différentes époques et différentes régions. Il y retrouve trois étapes : les rites « préliminaires », les rites « liminaires » et les rites « postliminaires » qui marquent successivement : la séparation d'avec le monde antérieur, les rites du passage proprement dit qui sont appelés de marge, et enfin ceux associés à l'agrégation au monde nouveau [128]. Sont ainsi définis les éléments essentiels des rites de passage : l'existence d'un avant, d'un pendant et d'un après.

« De manière générale, on peut définir les rites de passage comme ceux qui préparent et accompagnent le passage d'une personne ou d'un groupe de personnes d'un état d'âme à un autre, ou d'un statut social à un autre, d'une identité à une autre, d'une conception de soi à une autre, d'une image de soi à une autre » [51].

A lire cette définition, on comprend aisément en quoi il n'est pas abusif de convoquer la question d'un rite de passage pour notre sujet : Le fait d'être pris en charge par des psychiatres d'adultes alors qu'on l'était précédemment par des psychiatres d'enfants est explicitement un changement de statut social, une étape de la vie des patients concernés qui ne peut qu'influer sur leurs conceptions et images d'eux même. Le passage entre deux institutions ayant lieu dans des moments où les questions adolescentes battent à plein, les problématiques identitaires, elles aussi, ne manquent pas d'être questionnées.

Certaines sociétés ne connaissent pas le phénomène sociologique de l'adolescence mais organisent le passage au statut d'adulte par le biais de rites. Bien des jeunes qui nécessitent un soutien psychiatrique ne sont pas dans nos sociétés occidentales en mesure de bénéficier des atouts structurant de l'adolescence. Les vertus socialisantes des rites de passages ont disparu dans nos sociétés modernes et apparaissent ici ou là ce que LE BRETON nomme les « *rites intimes de passage* ». Les conduites à risques participent de cette quête de sens si prégnante à l'adolescence [80].

Dans le champ social, l'utilisation de « l'éloignement », « le séjour de rupture », « le séjour thérapeutique » ou autres sports extrêmes utilisent, comme le souligne GOGUEL D'ALLONDANS, les mêmes ressorts que ceux des rites de passage : « *l'entre deux, l'initiation, le dépassement de soi, la mutation ontologique...* » [51].

Séquences :

Les rites sont composés de trois séquences :

La préparation au passage est composée de rites préparatoires d'une durée variable. Le passage comme tel, est, lui aussi d'une durée variable, qui peut être très courte (quelques heures) ou durer plusieurs mois ou années. Puis vient la reconnaissance, « l'agrégation » au nouveau groupe. Le passage est alors complété et le nouveau statut acquis. Fréquemment, il se montre par des signes extérieurs : vêtements, marques...

Les « passages » les plus importants :

Ils consistent au passage des grandes étapes de la vie. Il y a la naissance, la puberté, l'obtention du diplôme (le baccalauréat, le permis de conduire, la thèse de médecine ...), le mariage, la retraite, la mort.

8.1.3. Intérêt des rites de passage :

Leurs objectifs sont variés, comme le résume JEFFREY ils accompagnent et permettent de faciliter des transitions qui de toutes façons s'imposent : *« En somme, le but du rituel est de traiter pour le mieux toutes ces émotions fortes et envahissantes, dangereuses pour l'individu et sa communauté. »* [51].

L'objectif central de la ritualisation des passages de la vie réside dans l'anxiolyse qu'elle permet en encadrant, en luttant, contre les angoisses liées à la situation nouvelle, inconnue, donc par nature susceptible d'entraîner toutes les projections, tous les fantasmes.

JEFFREY précise six fonctions aux rites :

« Tout d'abord il y a les fonctions rituelles qui visent l'ordre et le respect de l'ordre. »
« Cette fonction rituelle, le plus souvent évoquée parce qu'elle ouvre sur la répétition, concerne la neutralisation des conduites spontanées, la domestication des pulsions, des violences, du mal, des forces et émotions non apprivoisées, de l'altérité, de l'inconnu. »

« La seconde fonction rituelle concerne le drama, la narration, le récit qui accompagne le rite. »

« La troisième fonction relève de la force liante du rythme », même lorsqu'il est vécu dans la solitude. »

« La quatrième fonction ressort de l'efficacité du rite » il est pratiqué parce qu'il est efficace. Autrefois elle était magico-religieuse, dans une acception contemporaine, c'est ce qui ajoute à la vie une saveur particulière une intensité et une émotion unique au vécu. »

« La cinquième fonction rituelle touche à son caractère éducatif, initiatique, qui a pour rôle de transmettre une mémoire, des modes de faire et de penser, des identités précises. » « Il s'agit là de transmettre les règles élémentaires de la vie sociale (hygiène, pratique sexuelle, politesse, savoir-vivre...) »

« Enfin, il y a la fonction rituelle de transgression. »

« Ces différentes fonctions rituelles se complètent, agissent l'une sur l'autre, se joignent et se disjoignent dans un équilibre tensionnel » car « cette division du rite en multiples fonctions à l'avantage de mettre en perspective, dans le cas des rites contemporains, celui de l'errance des jeunes, ou celui du deuil, des aspects singuliers que le rite traditionnel ne laissait pas paraître ». [51].

Il est ainsi remarquable de constater que la population des adolescents, jeunes adultes, que nous avons identifiée lors de notre étude sur le centre hospitalier de Saint Nazaire, présente pour une grande part les caractéristiques suivantes :

- Les troubles comportementaux et les mises en danger.
- Les conduites de transgression, qu'il s'agisse de conduites antisociales ou toxicomaniaques.
- L'isolement social et la précarisation.
- Les carences éducatives.
- L'échec scolaire.

Nous venons de présenter les fonctions alléguées aux rites, dans leur rôle mixte d'« organisateur social » et de participation à la construction des individualités, des « sujets » d'une société.

Les rites de passages sont censés prévenir, par leurs vertus, une grande partie des difficultés présentées par la population des jeunes que nous avons identifiée. En effet les

carences éducatives, l'échec scolaire, les troubles comportementaux, les mises en danger, les abus de substances, les conduites de transgression sont surreprésentées dans cette population.

Nous souhaitons donc proposer un cadre institutionnel aux passages de relais qui puisse être l'occasion de répondre à ce que ces jeunes demandent :

- Pouvoir expérimenter la « transgression » sans pour autant se mettre en danger.
- Une « réponse » à leur sentiment de solitude.
- Une réponse à leurs questionnements « identitaires ».
- La « construction » d'une autonomie psychique.

Pour qu'il ait ces vertus il doit donc être prévisible, organisé. Il doit se déployer sur un temps qui peut varier mais qui doit être déterminé. Ce qui permettra qu'il soit un rite est qu'il soit pensé et organisé comme tel. En ce sens, un protocole qui est partagé et connu par celui qui en respecte les règles est un rite de passage. L'enjeu dans notre cas étant qu'il accepte cette contrainte et qu'éventuellement, il la sublime.

8.1.4. Pour une ritualisation institutionnelle des passages de relais ?

Par ses enjeux, ses acteurs, ses conséquences, les passages de relais ont, du point de vue du patient, un grand nombre de caractéristiques communes avec les rites de passage. Les constatations que nous avons précédemment exposées nous montrent qu'il s'agit là d'un rite de passage, que celui-ci soit explicite ou non.

Il est ainsi ajouté un sens à ce qu'est l'adolescence : « un rite de passage sans rite » [51] entre le monde de l'enfant et celui de l'adulte se traduisant par des pensées, des comportements et de façon plus large une expérience de l'être au monde qui comble ce que nous serions tentés d'appeler un vide de rites. Rites permettant de quitter le statut d'enfant par l'exécution des transformations nécessaires à l'intégration du monde des adultes.

L'objectif implicite lié à la réflexion sur les rites de passage est de permettre de travailler « *l'avant et l'après* » car « *Ritualiser, c'est bien souvent construire un pont symbolique au-dessus de la rivière d'angoisse qui coule en nous* » [51].

L'argumentation du cadre que nous allons proposer pour l'identification et la prise en charge des patients susceptibles de tels passages tient compte des aspects développés sur les rites de passages. En effet il convient d'assoir une protocolisation des passages de relais qui tient compte à la fois des données statistiques, cliniques, institutionnelles que nous avons développées plus haut, mais aussi des aspects psychopathologiques, développementaux, voire, ontologiques liés aux rites de passages.

Les rites de passage ont dans notre réflexion un atout majeur : celui de pouvoir concilier une approche fondée sur des données scientifiques et une mise en œuvre dont l'essence est respectueuse du sujet dans une acception anthropologique et psychanalytique.

« La médecine, est des plus étroitement liée à l'ensemble de la culture, toute transformation dans les conceptions médicales étant conditionnée par des transformations dans les idées de l'époque »

SIGERIST. Introduction à la médecine [116].

« Du jour où l'on a dénommé santé ce qu'auparavant on appelait la condition physique et morale d'une population, la santé a été perçue dans ses rapports avec la puissance économique et militaire d'une nation. [...] Corrélativement, le corps médical est devenu un appareil d'Etat. Cet appareil est chargé de jouer, dans le corps social, un rôle de régulation analogue à celui qu'était censée jouer la nature dans la régulation de l'organisme individuel »

CANGUILHEM. Le normal et la pathologique [17].

9. Paradigmes des passages de relais, propositions :

9.1. Propos introductifs :

Le propos de ce travail n'est pas de définir de façon univoque ou consensuelle l'évolution « nosographique », clinique et donc institutionnelle d'un patient, mais de constater la permanence de troubles psychiatriques qui entraînent une poursuite des soins dans les structures pour adulte.

Les conséquences de cette permanence suscitent différentes questions :

- Comment s'organise le passage vers les soins adultes ?
- Quels en sont les effets ?
- Quels sont les facteurs de prévisibilité ?
- Quelle organisation proposer pour les rendre plus opérationnels ?

Pour ce faire nous nous sommes appuyés sur :

- Les données épidémiologiques des pathologies de l'enfant et leurs devenir.
- Les apports de notre enquête auprès des professionnels.
- Les analyses de nos cas cliniques.
- Une analyse du processus à l'œuvre.
- Les questions psychopathologiques réfléchies à l'aide de la notion de rite de passages.

L'objectif étant de parvenir à proposer un cadre institutionnel et une planification qui tiennent compte des facteurs cliniques, psychopathologiques, et institutionnels.

9.2. Cadre proposé :

Nous allons successivement présenter :

- Au sein de quelle population se trouvent les patients concernés par la question des passages de relais.
- Une synthèse des critères prédictifs : cliniques, contextes et parcours de soins.
- Les facteurs favorables aux passages de relais.
- Qui repère les sujets à risque et à quel moment ?
- Quand doit être organisée la rencontre avec les services pour adultes ?
- Les principes généraux d'organisation des passages.

Au fil de cette présentation nous appuierons nos propositions par les données issues de la littérature Anglaise et Américaine. Bien que promues pour des systèmes de santé aux fonctionnements et à l'histoire distincts, la concordance de certaines préconisations, et la similitude des enjeux rendent pertinentes les analyses proposées.

**A QUELLE POPULATION APPARTIENNENT
LES PATIENTS CONCERNÉS :**

Critères principaux :

- **Les patients suivis par la pédopsychiatrie.**
- **Les patients de plus de 16 ans et moins de 18 ans.**
- **Suspectés d'avoir un trouble psychiatrique chronique.**

Critères secondaires :

- **Les patients qui ont été hospitalisés en pédopsychiatrie, en pédiatrie pour un motif psychiatrique ou en psychiatrie adulte.**

Pour autant :

- **Les facteurs cliniques et psychopathologiques priment sur les critères d'âge.**
- **Une « certitude diagnostique » n'est pas nécessaire.**

SYNTHESE DES FACTEURS PREDICTIFS :

ÉLÉMENTS CLINIQUES

- **La suspicion d'un trouble grave de la personnalité avec recours à l'agir fréquent (antisocial ou état limite surtout).**
- **La suspicion d'une pathologie psychotique (évolution psychotique d'un trouble envahissant du développement et entrée dans la schizophrénie principalement).**
- **La présence de troubles du comportement et des conduites.**
- **La consommation de toxiques (principalement le cannabis).**
- **La prise au long court de psychotropes (encore plus prédictive si celle-ci n'a qu'un faible résultat clinique)**

Remarques :

- **La suspicion est préférée au diagnostic avéré du fait des difficultés diagnostiques et de leur évolution fréquente à l'adolescence et en début d'âge adulte.**

CONTEXTES ET PARCOURS DE SOINS

- **Un contexte social difficile, la présence d'une aide socio-éducative.**
- **Les échecs répétitifs d'orientation au cours de la prise en charge pédopsychiatrique.**
- **Les antécédents d'hospitalisation en pédopsychiatrie, en pédiatrie pour un motif psychiatrique, en psychiatrie adulte.**
- **Les antécédents de passage itératifs aux urgences somatiques du fait de troubles des conduites ou du comportement.**

**FACTEURS JUGÉS FAVORABLES
AUX PASSAGES DE RELAIS**

- **Participation des patients et de leur famille à la décision et dans la mise en œuvre des passages.**
- **Anticipation des passages entre les institutions, le patient et sa famille.**
- **Echanges préparatoires entre les équipes pédopsychiatriques et psychiatriques adultes.**
- **Importance des relations de confiance entre les professionnels impliqués.**
- **Cohérence et continuité des prises en charge.**

Remarques :

La cohérence des pratiques, l'organisation des échanges entre pédopsychiatrie et psychiatrie adultes, la « coopération », le « partage d'informations » sont au cœur des protocoles proposés en Grande Bretagne [118] ; tout comme l'âge de survenu, la population concernée et le type de pathologies concernées [54].

Une revue de la littérature concernant l'organisation des passages de relais entre les structures pédopsychiatrique et psychiatrique adulte anglaises, publiée en 2008 par le Département de la Santé anglaise affirme la nécessité des liens entre les institutions, et la participation des patients aux passages de relais. Ils insistent sur l'attention particulière à porter sur le parcours de vie des adolescents et jeunes adultes. Cette transition participe aux multiples événements et s'intègre dans le parcours de vie du jeune qui la traverse. Celle-ci devant être progressive et avec le souci de la cohérence des prises en charge [3].

Il y a un quasi consensus sur le fait qu'il ne faut pas de frontières rigides aux passages dans le sens « d'arbitraire ». Pour autant, un cadre souple fait prendre le risque d'une impossibilité au passage qui finit par se faire en urgence ou sur le mode du « passage à l'acte » [117]. Le modèle des rites de passage est ici adéquat par son caractère nécessaire bien que préparé et organisé en accord avec celui qui y participe. Ces rites tiennent compte d'exigences partagées entre l'individu qui en est l'acteur et ceux qui l'organisent. Enfin, leur durée peu être adaptée.

Les structures pour adolescents et jeunes adultes répondent essentiellement à des situations cliniques différentes de celles qui nous occupent. Elles peuvent néanmoins jouer un rôle très important si elles offrent un « entre deux » qui puisse être investi par le patient et s'intégrer comme une transition dans son parcours de vie (à l'image des rites liminaires présentés plus haut). C'est le cas pour Emilie présentée plus haut (cf. 6.2).

Une étude américaine de 2006 constate que moins de 20% des structures de soins psychiatriques américaines organisent les passages de relais [92]. La complexité de la mise en œuvre des passages est aussi déplorée dans les pays dotés de règles de transition comme les Etats-Unis ou la Grande Bretagne [109] [45].

**QUI REPERE LES SUJETS A « RISQUES »,
COMMENT SONT-ILS ORIENTES :**

Un référent médical « passage de relais » :

Ses missions seraient de se rendre dans les services adultes mais aussi les services de psychiatrie infanto-juvénile afin de :

- Repérer les patients susceptibles de devoir bénéficier d'un passage.
- Faire le lien avec les équipes de l'autre champ.
- Répondre aux questions spécifiques (thérapeutiques, cliniques).
- Favoriser la réflexion autour du parcours de vie et du parcours de soins.
- Organiser le dispositif de transition.
- Rencontrer la famille et le jeune, si nécessaire.

L'organisation régulière de rencontres entre pédopsychiatres et psychiatres adultes en présence du référent "passage de relais" pour :

- Evoquer des situations de passage potentielles et pouvoir les anticiper.
- Echanger autour de cas cliniques (sur les aspects cliniques, thérapeutiques).
- Elaborer et adapter le cadre et la planification des passages de relais en fonction des contingences institutionnelles.

L'association d'un « référent transition » (*transitional key worker*) et de rencontres sont préconisées par le « Royal College of Psychiatrists » dans une synthèse de 2008 sur les recommandations concernant les aménagements de structures pour adolescents et jeunes adultes, et la transition entre les soins pédopsychiatriques et psychiatriques adultes [76].

**LE MOMENT DE LA RENCONTRE AVEC UN
PSYCHIATRE POUR ADULTE :**

- **A l'initiative de la pédopsychiatrie en concertation avec le référent passages de relais.**

- **A prévoir dès les 16 ans du patient si :**
 - **Il y a des éléments cliniques évocateurs de troubles psychotiques.**
 - **Il y a des éléments évocateurs d'un trouble de la personnalité (état limite, antisociale surtout).**
 - **Il y a des troubles du comportement, un recours à l'agir fréquent avec des passages itératifs aux urgences.**
 - **Il prend un traitement psychotrope depuis plusieurs mois.**

- **Nécessairement s'il a plus de 18 ans (même si le suivi pédopsychiatrique se poursuit).**

- **Par un psychiatre susceptible de prendre en charge le jeune par la suite, lorsqu'il entre dans la file active adulte.**

- **Entre 4 et 6 mois avant le passage de relais effectif.**

Remarques :

Le moment de la rencontre avec le psychiatre adulte reste à l'initiative du service de pédopsychiatrie, en accord avec le référent passages de relais. En effet, si le patient, qui en est l'acteur principal, ne peut en être écarté, il ne peut pas en être le seul décideur. Lui demander de faire ce choix seul, l'expose au risque de reconnaître l'évidence d'une maladie chronique, de s'inscrire dans des soins prolongés et d'affronter les identifications avec la pathologie adulte. Cette demande implicite est illusoire parce qu'en contradiction avec ses attentes. L'associer au processus peut lui permettre de s'en saisir afin qu'il en fasse une transition dans son parcours de vie et éviter que le passage soit un échec, l'occasion d'un arrêt des soins.

Pour l'institution, cette rencontre doit permettre la mise en place d'une planification, d'un protocole ; pour le patient, l'instauration d'une « transition » adoptant les règles d'un rite de passage. Ce passage porté et organisé par les soignants (et si possible sa famille) peut alors s'inscrire dans un processus thérapeutique et être porteur d'un nouveau projet de vie pour le patient qui le traverse.

Quels intérêts annexes ?

Un des facteurs prédictifs de passage dans de bonnes conditions est l'existence de liens et d'échanges fréquents entre les équipes pédopsychiatriques et psychiatriques adultes. A plusieurs reprises, les psychiatres que nous avons interrogés mettent en exergue les bénéfices de tels échanges. Ces bénéfices sont de plusieurs natures : cliniques, institutionnels ou informels. Finalement, faciliter les échanges, prendre en compte le positionnement éthique de l'autre structure dans l'établissement de son lien avec le patient permet de donner une cohérence aux pratiques et aux passages.

Ces rencontres explicitent les objectifs des prises en charge en cours ainsi que les inquiétudes quant à l'évolution clinique, sociale, scolaire ou professionnelle. De même, il nous paraît indispensable que les professionnels puissent échanger sur les réticences mais aussi les attentes du patient, qu'ils fassent part de leur analyse quant à l'investissement ultérieur du patient dans le nouveau dispositif de soins.

Il est nécessaire que les pédopsychiatres aident le jeune à anticiper le nouveau contexte soignant dans lequel il va être pris en charge, les conséquences de la place d'adulte à laquelle il va être installé. La question de son autonomie, notamment dans les décisions qui le concerne doivent de même pouvoir être abordée.

PRINCIPES GENERAUX D'ORGANISATION DES PASSAGES :

- **Une rencontre avec le psychiatre d'adulte doit être programmée dès le passage décidé.**
- **Une visite de la structure susceptible d'accueillir le jeune.**
- **La possibilité d'une prise en charge conjointe (qui ne doit pas être impérative) mais :**
 - **Sa durée doit être adaptable à chaque sujet.**
 - **Celle-ci doit être discutée avec le patient et si possible sa famille.**
 - **Elle peut s'organiser autour de l'ensemble des dispositifs institutionnels (consultation, CATTP, hôpital de jour)**
 - **Une date de fin de prise en charge doit impérativement être décidée avec les soins pédopsychiatriques dès lors que le passage est enclenché.**
- **La possibilité de structures (CATTP, hôpitaux de jours) avec des ateliers mutualisés, pouvant accueillir des patients de services adultes et services pédopsychiatriques.**

Remarques :

Nos entretiens font ressortir l'importance de la rencontre initiale avec le médecin qui suivra le jeune par la suite. Cette utilité est de même affirmée dans les protocoles Britanniques. [76] [118].

Les cas cliniques, l'analyse de la situation nazairienne, les entretiens, constatent la variabilité des lieux de prises en charge lors du passage de relais. L'orientation se décide en fonction du projet de soins, des possibilités institutionnelles et des souhaits du patient.

L'analyse des cliniques, les données de la littérature, la notion de rite de passage concordent pour la mise en place d'une frontière claire entre la fin de prise en charge pédopsychiatrique et la poursuite, des soins psychiatriques adultes, seuls.

Néanmoins, l'intérêt d'un passage progressif, fait d'allers-retours entre les services pour enfants et adolescents, et pour adultes, se retrouve dans l'ensemble de la littérature sur la transition de soin dans ce contexte [76].

Enfin, des ateliers thérapeutiques mutualisés entre la pédopsychiatrie et les services adultes existent au CHS de La Roche Sur Yon. Ils ont montré leur efficacité et permettent ces prises en charge mixtes, entre le centre de soins pour adolescents et les services adultes.

10. Conclusion :

L'étude des pathologies de l'enfant et de l'adolescent et leurs devenir à l'âge adulte révèle que ces pathologies se résolvent dans leur grande majorité dans l'enfance. La schizophrénie, les troubles bipolaires, les troubles de la personnalité sont des pathologies de l'adulte qui peuvent cependant débuter durant l'enfance ou à l'adolescence, même si le diagnostic n'est posé que plusieurs années plus tard.

L'analyse des hospitalisations de mineurs en psychiatrie adulte, sur le secteur psychiatrique de Saint Nazaire, révèle que ces pathologies sont diagnostiquées ou suspectées chez la majorité des patients. Ces jeunes sont fréquemment dans des situations socio-éducatives précaires et consomment des toxiques. Ils présentent souvent des troubles du comportement et sont connus des services des urgences et de la pédopsychiatrie pour plus de la moitié d'entre eux.

La détection et la prise en charge précoce des troubles psychiatriques est un enjeu décisif pour le pronostic de ces pathologies. Les critères prédictifs que nous proposons tiennent compte de cet impératif. Nos propositions de prises en charge institutionnelles adaptées et précoces, participent de cette volonté. Celle-ci ne peuvent se réduire à l'obtention d'une certitude diagnostique et à une prescription médicamenteuse.

L'établissement d'une planification, d'un protocole pour ces passages, ne règle pas tous les problèmes qui leur sont liés, mais les théoriser permet de répondre aux enjeux psychiatriques, éthiques et sociétaux qu'ils soulèvent. L'écho favorable que nous avons recueilli au cours de cette étude nous permet d'espérer qu'il est possible de mettre en place ces préconisations.

L'association d'un référent « passages de relais » et de rencontres régulières entre les pédopsychiatres et psychiatres adultes est au cœur de ces propositions. Le recours à la notion de rite de passage, dans la conception du cadre proposé, permet de prodiguer à ce moment institutionnel une action thérapeutique. Le respect des enjeux psychopathologiques et développementaux est nécessaire pour faciliter l'association d'un projet de vie au parcours de soins.

Néanmoins, le cadre que nous proposons devra être validé dans ses différents aspects. L'évaluation devra porter sur la pertinence de l'existence du référent « passage de relais » et des rencontres entre les professionnels. Leurs organisations, les décisions et les prises en charges mises en place, devront aussi être évaluées et confrontées aux résultats cliniques, au point de vue des patients, de leur famille et à celui des professionnels.

Bien que mis en place dans des contextes institutionnels différents, des protocoles proches existent en Grande Bretagne et sont efficaces.

Par ailleurs, la carence de liens entre les structures qui s'occupent d'enfants et d'adolescents est aussi problématique et mériterait d'être explorée. Seules les Maisons Des Adolescents ont, dès leur création, intégré cette nécessité du travail en réseau. Les liens avec les structures médico-sociales et l'Aide Sociale à l'Enfance restent malaisés et sources de tensions. Un travail en partenariat, souvent escompté de part et d'autre, est rarement possible.

Ce travail expose le cas de patients dont la symptomatologie bruyante a une expression comportementale prédominante, il ignore tous ceux pour lesquels l'entrée dans la pathologie se fait de manière plus insidieuse, qui ne seront pris en charge par la psychiatrie adulte que bien plus tard. Des études prospectives associant, aux filières pédopsychiatriques, les jeunes repérés par l'ASE et les structures médico-sociales, permettraient d'affiner cette analyse et d'améliorer ces propositions.

Enfin, l'utilité d'échanges, de travaux en commun, de partages des connaissances paraît essentielle pour prendre en charge de façon optimale cette population vulnérable. Ce point ressort de ce travail comme une aspiration et une nécessité.

11. Bibliographie :

- 1 ACHENBACH TM, HOWELL CT, QUAY HC, CONNERS CK. National survey of problems and competencies among four-to sixteen years olds: parents's reports for normative and clinical samples. Monogr Soc Res Child Dev 1991 ; 56 : 1-131.
- 2 AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, DSM-IV : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : version internationale avec les codes CIM 10, Coordination générale de la traduction française par JD. Guelfi, Direction de la traduction française par P. Boyer, 4e éd. Paris : Masson, 1996; 1008p.
- 3 ANDERSON Y. CAMHS to adult transition. A literature review for informed practice. Department of Health, Health and Social Advisory Service. 2008.
- 4 AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE (ANAES). Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. ANAES. 1998.
- 5 AGMAN G. et coll. Les troubles des conduites alimentaires. EMC Psych. 1994 ; 37350 A-10 : 16p.
- 6 ARVEILLER J., Adolescence, médecine et psychiatrie au XIX^e siècle. Evol. Psychiatr. 2006 ; 71
- 7 ASKENAZY F. Place de la prescription en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 2006 ; 54-3 : 165-168
- 8 BEBBINGTON P., RAMANA R. The epidemiology of bipolar affective disorder. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1995 ; 30 : 279-292.
- 9 BELLIVIER F. Hétérogénéité de la maladie maniaco-dépressive : intérêt des sous-groupes d'âge de début. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 2004 ; 162-5 : 365-369.
- 10 BENOIT J.-P., SMADJA R. BENYAMIN M., MORO M.-R. Construire une relation de soins avec les adolescents. Qu'apporte le nouveau dispositif des Maisons des adolescents ? Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 2010.
- 11 BERGER M., RIGAUD C., Le point de vue du psychothérapeute sur la prescription de psychotropes chez l'enfant de moins de 12 ans. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 2001 ; 49- 2 : 108-112

- 12 BRODY DS. The patient's role in clinical decision-making. *Ann Intern Med.* 1980 ; 93 : 718-722
- 13 BRONSARD G., SIMEONI MC., CAMPREDON S., AUQUIER P., LANCON C. Prévalence des troubles mentaux chez les adolescents des milieux socio-éducatifs : Etude de la population d'adolescents vivant en foyers sociaux dans les Bouches-du-Rhône. 2008 ; 38p
- 14 BUISSON J-R. La pédopsychiatrie : prévention et prise en charge. Conseil économique, social et environnemental. 2010 ; 4 : 1-76.
- 15 BURKE KC et al. Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Archives of General Psychiatry*, 1990; 31:1003-1014
- 16 BURNS B.J., PHILLIPS S.D., WAGNER H.R. Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: a national survey, *J Am Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2004 ; 43 : 960 –970
- 17 CANGUILHEM G, Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique, dans *Le normal et le pathologique*, 11^{ème} édition. Paris : Presse Universitaire de France, 2009, 224p.
- 18 CANTWELL D P. : Hyperactive children have grown up. What have we learned about what happens to them? *Arch. Gen. Psychiatry*, 1985; 42: 1026-1028.
- 19 CARLSON G.,-A. Trouble bipolaire à début précoce : considérations cliniques et de recherche. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2006 ; 54-4 : 207-216.
- 20 CASES C., SALINES E. Statistiques en psychiatrie en France : données de cadrage. *RFAS*, 2004 ; 1 : 181-204
- 21 CHANSEAU J. C., PMSI et Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. *Annales médico-psychologiques*. 2002 ; 160-3 : 227-232.
- 22 CHAPIREAU F. Le devenir sur deux ans des personnes hospitalisées en établissement psychiatrique. *DRESS*. 2004 ; 304 : 1-8.
- 23 CHARFI F., COHEN D. Trouble hyperactif avec déficit de l'attention et trouble bipolaire sont-ils liés ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2005 ; 53-3 : 121-127
- 24 CHOQUET M., LEDOUX S. Adolescents - Enquête nationale - Inserm,1994.
- 25 CIORAN E. De l'inconvénient d'être né. *Folio essais*, Gallimard. 1973.

- 26 COHEN D. GUILLE J-M., BRUNELLE J., BODEAU N., LOUËT E., LUCANTO R., CONSOLI A. Troubles bipolaires de type I de l'adolescent : controverses et devenir à l'âge adulte. *L'Encéphale*, 2009; 35-6: 224-230
- 27 CONSEIL GENERAL DE LOIRE ATLANTIQUE. Plan d'action enfance, familles, jeunes. Schéma départemental. 2005.
- 28 CONSTANT J. L'enfant est toujours différent. La notion d'enfant dans la pratique de la pédopsychiatrie. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2008 ; 56 : 174-179
- 29 CONSTANTIN-KUNTZ M., DUMARET A-C. l'évaluation à l'épreuve de la subjectivation : la perception des prises en charge par les parents. *Pratiques psychologiques*. 2008 ; 14 : 265-283.
- 30 COLDEFY M. SALINES E. Les secteurs de psychiatrie infantojuvénile en 2000. *DRESS* ; 2003 série Etudes n° 32.
- 31 CRIJNEN AA, ACHENBACH TM, VERHULST FC. Problems reported by parents of children in multiple cultures: The Child behavior Checklist syndrome constructs. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 569-74.
- 32 DA FONSECA D., VIELLARD M., FAKRA E., BASTARD-ROSSET D., DERUELLE C., POINSON F. Schizophrénie ou syndrome d'Asperger ? *La Presse Médicale*. 2008 ; 37- 9 : 1268-1273
- 33 EHRENBERG A. Le grand renversement. *Ann Med Psycho*. 2005 ; 165 :374-371.
- 34 FAKRA E., KALADJIAN, A. Da FONSECA D., MAUREL M., ADIDA M., BESNIER N., PRINGUEY D., AZORIN J.-M. Phase prodromale du trouble bipolaire. *L'encéphale*, 2010 ; 36-1 : 8-12
- 35 FITCHER M.M., QUADFLIEG N. Six year course of bulimia nervosa. *Int. J. Eat. Disord*. 1997; 22 : 361-384.
- 36 FLEMING J.E., OFFORD D.R.: Epidemiology of childhood depressive disorders. A critical review. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1990 ; 29-4 : 571-580.
- 37 FOMBONNE E., Epidémiologie des troubles psychiatriques en pédopsychiatrie. *EMC-psychiatrie 2*. 2005 : 169-194.
- 38 FOMBONNE E. Parent reports on behavior and competencies among 6-21-years old French children. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1992 ; 1: 233-43.

- 39 FOMBONNE E. The Chartres study: I. Prevalence of psychiatric disorders among French school-age children. *British Journal of psychiatry*, 1994; 164: 69-79.
- 40 FOMBONNE E., WOSTEAR G., COOPER V. The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression. *The British Journal of Psychiatry*. 2001 ; 179 : 210-217.
- 41 GABRIELLE A. CARLSON MD. GLOVINSKI I. The Concept of Bipolar Disorder in Children: A History of the Bipolar Controversy. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2009; 18-2: 257-271.
- 42 GANZINI L., VOLICER L., NELSON WA., FOX E., DERSE AR., Ten myths about decision-making capacity. *J Am Med Dir Assoc*. 2004 ; 5(4) : 263-267.
- 43 GARLAND AF, HOUGH RL, MCCABE KM, et al. Prevalence of psychiatric disorders in youths across five sectors of care. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2001 ; 40: 409–418
- 44 GATTEGNO M.-P., DE FENOYL C. L'entraînement aux habiletés sociales chez les personnes atteintes de syndrome d'Asperger. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. 2004 ; 14-3 : 109-115
- 45 GILLAM T., CROFTS M., FADDEN G., CORBETT K. The Interfaces Project Report: Exploring the Links Between Mental health Services for Children, Adults and Families, Meriden : NIMHE Midlands. 2003.
- 46 GILLBERG C. Epidemiology of early onset schizophrenia. In: Remschmidt H, editor. *Schizophrenia in Children and Adolescents*. Cambridge: Cambridge University Press. 2001 : 43–59.
- 47 GITTELMAN R., MANNUZZA S., SHENKER R., BONAGURE N.: Hyperactive boys almost grown up. I. Psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry*. 1985; 42: 937-47.
- 48 GOEB JL., BOTBOL M., GOLSE B. Adolescence et évolution schizophrénique de psychoses infantiles : particularité cliniques en comparaison de schizophrénies de « novo ». *Psychiatr Enf*. 2003 ; 46(1) : 257- 326.
- 49 GOEB J.-L., DELION P. Considérations cliniques introductives à ce numéro spécial concernant les schizophrénies de l'enfant : *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. 2009 ; 57 : 2-5.
- 50 GOEB JL., BOTBOL M., GOLSE B. Y a-t-il des particularités cliniques au délire exprimé lors de schizophrénies secondaires à une psychose infantile ? *L'Évolution Psychiatrique*. 2004 ; 69-4 : 651-662

- 51 GOGUEL D'ALLONDANS T., Rites de passage, rites d'initiation, lecture d'Arnold Van Gennep, Les Presses de l'Université Laval, 2002.
- 52 GOLSE B. Crise et avenir de la pédopsychiatrie (table ronde conclusive) La pédopsychiatrie au risque de la troisième génération. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence 2001 ; 49 : 515-520
- 53 GOLSE, B., Penser la transmission transgénérationnelle. Monde représentationnel de l'adulte et monde représentationnel de l'enfant. In : Dugnat, M (Ed), Le Monde Relationnel du Bébé. Toulouse, Eres, 1997 :159-192.
- 54 GRIMSHAW J. Transition protocol : Child and adolescent mental health services to adult mental health services. Fulbourn hospital, Cambridge university. 2010 : 7p
- 55 GUEDJ M-J. Le jeune adulte : pertinence de la notion. Supplément à Nervure, journal de psychiatrie, Tome XVIII, N°1, 2005.
- 56 GUILLAUD-BATAILLE J.M., CIALDELLA P.H. : Epidémiologie des troubles dépressifs chez l'enfant et l'adolescent, Revue de la littérature. Neuropsy. de l'Enf. et de l'Adol., 1993, 41, 4-4, 175-184.
- 57 HARDY-BAYLE MC, BRONNEC C. Le Réseau Santé Mentale Yvelines Sud. Le Carnet-Psy 2000 ; 52 : 27-41.
- 58 HARDY P., DANTCHEV N. Epidémiologie des troubles des conduites alimentaires. Conf. Psch. 1989 ; 31 : 133-163.
- 59 HARMAN J.S., CHILDS G.E, KELLEHER, K. Mental health care utilisation and expenditures by children in foster care. Arch Pediatr Adolesc Med, 2000 ; 154 : 1114-1117
- 60 HARRINGTON R., FUDGE H., RUTTER M., et al. Adult outcomes of childhood and adolescent depression. Archives of General Psychiatry. 1990 ; 47 : 465-473.
- 61 HASLER G., DREVETS WC., MANJI HK., CHARNEY DS. Discovering endophenotypes for major depression. Neuropsychopharmacology 2004 ; 29 : 1765-81.
- 62 HAUTE AUTORITE EN SANTE. Autisme et autres troubles envahissants du développement. Etat des connaissances. 2010.
- 63 HERZOG D.B., DORER D.J., KEEL P.K. et coll. Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa : A 7.5 year follow-up study. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 1999 ; 38-7 : 829- 837.

- 64 HOLZER L., HALFON O. JAUGEY L. Psychoses à l'adolescence, les neurosciences améliorent-elles la prédiction ? L' Encéphale. 2008 ; 34-2 : 153-160.
- 65 HORASSIUS M., KRESS J-J., Le Livre Blanc de la Fédération Française de Psychiatrie. Ethique et psychiatrie. John Libbey Eurotext Fédération Française de Psychiatrie : Paris, 2003.
- 66 HORVATH, A.O., SYMOND, B.D. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. Journal of Counseling Psychology 1991;38: 139-149.
- 67 JEAMMET P., La fin de l'adolescence, une étape spécifique ? Nervure VIII, 4, 30-32.
- 68 JEAMMET P. L'approche psychanalytique des troubles des conduites alimentaires. Neuropsych. Enf. Ado. 1993 ; 41-5-6 : 235-244.
- 69 JOURDAIN-MENNINGER D., STROHL-MAFFESOLI H. Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques. Inspection générale des affaires sociales. N° 2004027. 2004; 125p.
- 70 KANT E. Réponse à la question : Qu'est ce que les lumières ? Flammarion. Paris. 2006 (1784)
- 71 KANT E. L'Anthropologie du point de vue pragmatique. Vrin. Paris. 2006 (1798)
- 72 KABUTH, B., DE TYCHEY, C., VIDAILHET, C. Alliance thérapeutique avec les mères et évolution Clinique des enfants d'un hôpital de jour. Annales Médico-psychologiques 2005; 163 (6) : 486-492.
- 73 KANN L., WARREN CW., HARRIS WA., COLLINS JL., DOUGLAS KA., COLLINS ME., et al. Youth risk behavior surveillance-United States, 1993. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1995 ; 44 : 1-57.
- 74 KOLVIN I. Studies in the childhood psychoses. Br J Psychiatry 1971;118:381-419.
- 75 LALANDE A. Vocabulaire technique et critique de la philosophie, Paris : P.U.F., 1951.
- 76 LAMB C., HALL D., KELVIN R., VAN BEINUM M. Working at the CAMHS/Adult Interface: Good practice guidance for the provision of psychiatric services to adolescents/young adults. The Royal College of Psychiatrists. 2008. 25p.
- 77 LAZOROVICI R., BOE E. Représentations mentales dans les indications d'hospitalisation des adolescents. L'information psychiatrique. 2004 ; 80 : 103-8.

- 78 LEBOVICI S., DIATKINE R., SOULE M., Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Classification des troubles mentaux. PUF : Paris, [1985], 2004
- 79 LEBOVICI S., DIATKINE R., SOULE M., Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Tome I (p 227). PUF : Paris, [1985], 2004
- 80 LE BRETON D. Les conduites à risque. PUF : Paris, 2002.
- 81 LEROUX I. La psychiatrie sectorisée. Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. DRESS. 2003 : 47-59.
- 82 LEVI-STRASS C. Race et histoire, Denoël, Folio/essais : Paris, [1952], 1987
- 83 LUBORSKY, L. Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: factors explaining the predictive success. In: Horvath, A.O, Grennberg, L.S. (Eds.), The Working alliance : Theory, Research, and Practise. Wiley and Sons, New York, 1994;38-50.
- 84 MAIN, M, GOLDWYN, R. Prédiction rejection of her infant from mother's representation of her own experiences: implication of the abused-abusing intergenerational cycle. Child Abuse and Neglect 1984, 8: 203-217.
- 85 MALDINEY H., Penser l'homme et la folie, Paris : Million, [1991], 1997.
- 86 MANZANO J., LAMUNIERE M.C., PECKOVA M. : L'enfant psychotique devenu adulte. Neuropsychiat. Enf. Ado., 1987 ; 35-10 : 429-443.
- 87 MARCELLI D. : Enfance et psychopathologie, 7^{ème} édition, Paris : Masson 2006
- 88 MARCELLI D. Adolescence et psychopathologie 6^{ème} édition, Paris : Masson, 2004
- 89 MARCELLI D. L'enfant, chef de la famille. L'autorité de l'infantile. Paris : Albin Michel, 2003.
- 90 MARCELLI D, BERTHAUT E. : Dépression et tentatives de suicide à l'adolescence. Masson, Paris, 2001.
- 91 MARTTUNEN M.J., ARO H., HENRIKSSON M., LONNQVIST J. K. Mental disorders in adolescent suicide. DSM-III-R axes I and II in suicides among 13 to 19 olds in Finland. Arch. Gen. Psychiatry. 1991; 48 : 834-839
- 92 MARYANN D., et al. Within-state availability of transition-to-adulthood services for youths with serious mental health conditions. Psychiatric services. 2006; 57-11: 1594-1599.

- 93 MASSOT BONNET M. Une institution se penche sur le devenir des enfants dont elle a pris soin. *ENFANT ET PSY.* 2008 ; 38 : 53-63.
- 94 MCMILLEN J.C, ZIMA B.T, SCOTT L.D, et al. The Prevalence of Psychiatric Disorders Among Older Youths in the Foster Care System. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 2005 ; 44: 88-95.
- 95 MINNIS H., EVERETT K., PELOSI AJ, et al. Children in foster care: Mental health, service use and costs, *EurChildAdolescPsychiatry.* 2006 ; 15(2): 63-70
- 96 MISES R. La référence structurale à la névrose de l'enfant dans les classifications. Les effets de sa disparition. *Psychiatrie française.* 2000 ; 31-3 : 39-49.
- 97 MISES R. GARRET-GLOANEC N., COINCON Y., Classification de l'autisme et des psychoses précoces, plaidoyer pour des convergences : *Psychoses : Evolution des concepts et des pratiques. L'information psychiatrique* 2010 ; 86-3 : 223-226.
- 98 MISES R., JEAMMET Ph., et al. La classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, *Psychiatr. Enfant.* 1988 ; 31-1 : 67-135
- 99 NIETZSCHE F. Vérité et mensonge au sens extra-moral. Gallimard, folio plus philosophie. 2009 (1873).
- 100 OLIVIER DE SARDAN J-P. La Rigueur du Qualitatif ; Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique. Louvain-la-Neuve : Academia-Bruylant. 2008 ; 365 p
- 101 OLIVIER DE SARDAN J-P. L'enquête socio-anthropologique de terrain : synthèse méthodologique et recommandations à usage des étudiants. *Laboratoire d'études et recherches sur les dynamiques sociales et le développement local.* 2003 ; 13 : 58p.
- 102 OPPENHEIM-GLUCKMAN H., LOISEL Y., CHAMBRY J. Comment les psychiatres de patients adultes avec des troubles psychiques chroniques prennent en compte les difficultés de leurs enfants mineurs: étude préliminaire. *Information psychiatrique.* 2009 ; 85-10 : 861-868
- 103 OTHMAN S., BAILLY D., BOUDEN A., RUFO M., HALAYEM M. B., Troubles bipolaires chez l'enfant et l'adolescent, Une étude clinique à partir de 50 cas. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique.* 2005 ; 163-2 : 138-146.
- 104 PATTON G.C. Mortality in eating disorders. *Psycho. Méd.* 1981; 18 : 947-951.
- 105 PERISSE D. La prescription de psychotropes chez l'adolescent hospitalisé. *L'information psychiatrique.* 2008 ; 84 : 645-650.

- 106 PILOWSKY D.J, WU L.T. Psychiatric symptoms and substance use disorders in a nationally representative sample of American adolescents involved with foster care, *journal of adolescent health*, 2006 ; 38, 351-358
- 107 POSTEL J. QUETEL J. Nouvelle histoire de la psychiatrie. Paris : Dunod ;1994, 647p
- 108 REMSCHMIDT HE., SCHULZ E., MARTIN M., WARNKE A., TROTT GE. Childhood onset schizophrenia: history of the concept and recent studies. *Schizophr Bull.* 1994 ; 20 : 727-745.
- 109 RICHARDS M., AND VOSTANIS P. Interprofessional perspectives on transitional mental health services for young people aged 16-19 years. *Journal of Interprofessional Care.* 2004 ; 18-2 : 15-128.
- 110 ROSSET C. *Le réel et son double*, Gallimard, 1976 : 100-101
- 110 ROUYER, M., DROUET, M., *L'enfant violenté*, Paris, Païdos, 1983.
- 111 RUTTER M, TIZART J, WHITMORE K. *Education, health and behavior.* London : Longmans;1970.
- 112 SCHLÖSSER C., KOVACS A., FERRERO F. Devenir à l'âge adulte du trouble déficit de l'attention/hyperactivité (ADHD) : aspects épidémiologiques et cliniques, *Schweizer archiv für neurologie und psychiatrie*, 2002 ; 153(1) : 29-36.
- 113 SCHURHOFF F., BELLIVIER F., JOUVENT R., MOUREN-SIMEONI MC., BOUVARD M., ALILAIRE JF, et al. Early and late onset bipolar disorders: tow different forms of manic depressive illness? *J Affect Disord.* 2000; 58 : 215-221.
- 114 SENAT rapport d'information : L'adolescence en crise. 2003, www.senat.fr/rap/r02-242/r02-2422.html.
- 115 SERRET S., MYQUELA M., RENAUDO A N., ARGAUD A E., ASKENAZY F. Syndrome d'Asperger et autisme de « haut niveau » : évaluation des effets d'une prise en charge de groupe sur la communication à partir d'un support vidéo. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence.* 2009 ; 57-4 : 260-266.
- 116 SINGER H-E, *Introduction à la médecine*, trad. fr. Paris : Payot, 1932.
- 117 SINGH S.P., EVANS N., SIRELING L., STUART H. Mind the gap: the interface between child and adult mental health services. *Psychiatric Bulletin.* 2005 ; 29 : 292-294.
- 118 SINGH S.P., PAUL M., FORD T., KRAMER T., WEAVER T., Transitions of care from child and adolescent mental health services to adult mental health services (TRACK

study): A study of protocols in Greater London. BMC Health service research. 2008; 8 : 135 : 1-7.

119 SOMMELET D. L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé. Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent. 2006; 681p

120 SOULE M., NOËL J. Le grand renfermement des enfants dits cas sociaux. La psychiatrie de l'enfant. 1971 ; 14 (2) ; 577-620.

121 SPERANZA M., LIDA-PULIK H. La prescription pharmacologique dans les institutions thérapeutiques, éducatives et pédagogiques. L'information psychiatrique. 2008 ; 84: 651-659.

122 STANBRIDGE R.I., BURBACH F.R., LUCAS A.S., CARTER K. A study of familie's satisfaction with a family interventions in psychosis service in Somerset. Journal Of Family Therapy, 2003: 25; 181-204.

123 STRANGER C., ACHENBACH TM, MCCONAGHY SH. Three-year course of behavioral/emotional problems in a national sample of 4- to 16 year olds:3. Predictors of signs of disturbance. J Consult Clin Psychol 1993;61:839-48.

124 TAIEB S., VENNIN P., CARPENTIER P., EBM et choix du patient (n°4) : pour quelle décision ? Médecine. 2006 : 36-7, 80-84.

125 THEANDER S. Outcome and prognosis in anorexia nervosa and bulimia: some results of previous investigations compared with those of a Swedish long term study. J. Psychiat. Res. 1985 ; 19 : 493-495.

126 THOMAS G., GENEST P., WALTER M. L'enfance des schizophrènes : revue de la littérature. Annales Médico-psychologiques. 2010 ; 168- 2 : 127-133.

127 TYRODE Y., BOURCET S. Dossier : L'application de la loi du 4 mars 2002. Spécificités psychiatriques de la loi du 4 mars 2002. Annales Médico Psychologiques. 2003 ; 161 : 410-413

128 VAN GUENNEP A., Les rites de passage, Paris, Picard, [1909], 1981.

129 VERHULST F, KOOT H. The epidemiology of child and adolescent psychopathology. Oxford: Oxford University Press ; 1995.

130 VOLTAIRE Dictionnaire philosophique, Paris : Garnier Flammarion, 1964 ; 374p

131 WELNIARZ B. MEDJDOUB H. L'hospitalisation temps plein en pédopsychiatrie infantile : un état des lieux. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 2007 ; 55 : 401-406

132 WERRY J. Child and adolescent (early onset) schizophrenia: a review in light of DSM-III-R. J Autism Dev Disord 1992 ; 22 : 601-624.

133 WINNICOTT Aggressivité, culpabilité et réparation.

134 WORLD HEALTH ORGANISATION. European Strategy for Child and Adolescent Health and Development. Copenhagen: WHO Publications. 2005.

Sites internet :

135 ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation : <http://www.atih.sante.fr/> Lien permettant de télécharger la correspondance CFTMEA CIM 10 : <http://www.atih.sante.fr/?id=0003500018FF>. Consulté en juillet 2010

Place de la justice dans la protection de l'enfance textes législatifs :

136 <http://www.justice.gouv.fr/justice-des-mineurs-10042/>
<http://www.justice.gouv.fr/justice-des-mineurs-10042/le-role-de-la-pjj-dans-la-protection-de-lenfance-19775.html>. Sites consultés en mai 2010.

137 Site de l'observatoire français des drogues et des toxicomanies : <http://www.ofdt.fr>

Définitions :

138 Centre national de ressources textuelles et lexicales : www.cnrtl.fr/
Le trésor de la langue française informatisé : <http://atilf.atilf.fr/tlf.htm>

12. Annexes :

12.1. Annexe 1 :

Abréviations :

ADI-R : Autism Diagnostic Interview - Revised

ADOS : Autism Diagnostic Observation Schedule

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ASH : Agent de Service Hospitalier

CAMSP : Centre d'Action Médico-Social Précoce

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CFTMEA : Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent

CFTMEA-R : Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent révisée

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CIM : Classification internationale des maladies

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CSI : Chambre de Soins Intensifs

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DSM : Diagnostic and Statistical Manual

EBM : Evidence Based Medecine.

ESPACE : Espace Soins Prévention Adultes jeunes en Crise

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IME : Institut Médico-Educatif

IMV : Intoxication médicamenteuse volontaire

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique

MDA : Maison Départementale des Adolescents

OCHS : Office Central d'Hygiène Sociale

OMS : Organisation mondiale de la santé

OPP : Ordonnance de Placement Provisoire

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

SHIP : Service d'Hospitalisation Intersectorielle de Pédopsychiatrie

TCA : Troubles du Comportement Alimentaire

TDAH : Trouble déficitaire de l'attention hyperactivité

TED : trouble envahissant du développement

USIP : Unité de soins intensifs psychiatriques

12.2. Annexe 2 :

CONTRAT DE SOIN
de Mademoiselle XXXX

XXXX 200X

Date d'entrée à la Chicotière : XXXX
Suivi médical: XXXX
Suivi éducatif : XXXX

Date de réalisation du contrat: XXX 200X

Ce contrat s'est élaboré conjointement durant la période d'évaluation de trois mois à l'issue de laquelle Mlle XXXX confirme sa demande de soin et d'accompagnement à temps plein au foyer la Chicotière.

Il est conclu pour six mois jusqu'en XXXX 200X.

Mademoiselle XXX met actuellement la priorité sur une nécessité de soin pour se construire: **sortir de l'adolescence, se responsabiliser et s'autonomiser vis-à-vis de sa famille.**

Elle exprime tout d'abord le besoin d'un espace d'accueil et de soin avant de pouvoir s'engager à la préparation **d'un projet de formation professionnelle ou de reprise d'études.**

LES OBJECTIFS ~

Mademoiselle XXXX souhaite travailler **durant ces 6 mois son hypersensibilité émotionnelle et relationnelle, la question des relations familiales et de la séparation :**

Mener une expérience de vie en dehors du domicile familial, ~

Reprendre un rythme de vie sociale,

Se dynamiser en participant à des activités, se tenir à un emploi du temps et le respecter

Soutenir la capacité à investir les projets et à ne pas les mettre en échec,

Respecter les cadres et repères de la vie quotidienne au foyer,

Sur le plan relationnel: être en situation de mise en lien avec les autres, restaurer des relations de confiance avec elle-même et pouvoir se situer par rapport aux autres dans une juste distance.

Sur le plan psychique: extérioriser et exprimer ce qui fait problème, tension ou conflit interne par la parole

LES MOYENS ~

- Rendez-vous réguliers avec le Docteur XXXX
- Rendez-vous réguliers avec XXXX Psychologue
- Rendez-vous familiaux avec Coté Famille
- Rendez-vous réguliers avec les référents

LES ACTIVITES

Lundi:	mise en forme/écriture
Mardi:	expression sophrologie
Mercredi:	mise en forme/journal/sorties SASVI
Jeudi:	improvis'action
Vendredi	journée libre avec l'objectif de « s'auto organiser» en se fixant un cadre.

LA VIE QUOTIDIENNE AU FOYER ~

L'inscription et la participation au foyer, dans le cadre des services et responsabilités de vie quotidienne contribueront à une reprise de rythme et de mise en relation avec d'autres personnes dans un espace de vie communautaire.

Dans les moments de fragilité et/ou de tension, solliciter l'aide des éducateurs.

ACCOMPAGNEMENTS SPECIFIQUES ~

A la demande de Mlle XXXX, accompagnement par les veilleurs à se lever les lundi et mercredi matin pour participer à la mise en forme.

Le Médecin-Référent,

les Educateurs référents,

La Patiente

12.3. Annexe 3 :

CONTRAT DE SOINS au X janvier 2010

→ **Appels téléphoniques :**

Moins de 39 kg : pas d'appel

Entre 39 et 40 kg : vous pouvez recevoir un appel

Entre 40 kg et 41 kg: vous pouvez donner et recevoir un appel par jour,

→ **Pesée :**

Contexte : dans votre chambre en sous-vêtements

Jusqu'à 42 kg : 2 fois par semaine le mardi et le vendredi, l'heure de la pesée est choisie par l'équipe

A partir de 42 kg : une fois par semaine.

→ **Visites :**

Elles seront revues avec votre psychiatre au-delà de 42 kg.

→ **Sortie :**

Elles seront réévaluées à plus long terme.

ATTENTION : ces consignes seront revues si poids inférieur ou égal à 39 kg

→ **Pesée :**

Contexte : dans votre chambre en sous-vêtements.

L'équipe décide du jour et de l'heure de la pesée

→ **Repas :**

Poids inférieur ou égale à 42 kg : dans la chambre, un plateau, durée 1h30

Au-delà de 42 kg : à table, en plateau repas au réfectoire

→ **Appels téléphoniques :**

Moins de 39 kg : pas d'appel

Entre 39 et 40 kg : vous pouvez recevoir un appel par jour → de façon alternée : les jours pairs votre mère, les jours impairs votre père.

Au-delà de 40 kg : vous pouvez donner et recevoir un appel par jour, toujours de façon alternée entre vos deux parents.

→ **Visites :** à partir de 42 kg.

→ **Permissions :** si poids égal ou supérieur à 47 kg maintenu depuis au moins une semaine.

→ **Sortie accompagnées dans le parc :** si poids égal ou supérieur à 44 kg : 10 mn de sortie.

→ **Activités :** Equithérapie et/ou ergo création quand l'état somatique le permet et à partir de 42 kg. Lecture : choix de livre accompagné

→ **Vêtements :** à gérer à l'hôpital.

→ **Sortie définitive :** possible si poids égal ou supérieur à 49 kg maintenu depuis au moins une semaine.

→ **Réadmission :** si poids inférieur ou égal à 47 kg

→ **Possibilité d'entretiens familiaux réguliers**

→ **Chambre de soins intensifs** si fugue, automutilation ou tentative de suicide.

→ **Entretien avec le psychiatre :** au moins deux fois par semaine.

ATTENTION : ces consignes seront revues si poids inférieur ou égal à 39 kg

Vos parents seront informés de ce contrat.

Titre de Thèse : Des soins institutionnels pédopsychiatriques aux soins institutionnels psychiatriques adultes, quelle transition ?

Réflexions issues de la situation en Loire Atlantique

La transition entre les soins pédopsychiatriques et psychiatriques adulte n'est pas organisée par les institutions psychiatriques françaises. Ce processus institutionnel pose des questions théoriques et éthiques qui influent sur les prises en charge et les parcours de vie des patients.

Ce travail s'appuie sur des données épidémiologiques, cliniques, une enquête auprès de professionnels, une analyse de la situation sur le secteur de Saint Nazaire et des protocoles existant à l'étranger. Les enjeux psychopathologiques et développementaux à l'œuvre, sont eux, réfléchis à l'aide de la notion de rite de passage.

Sont ainsi retrouvés une population à risque et des facteurs prédictifs de passage de relais. Les éléments jugés favorables aux passages de relais sont présentés et influencent nos propositions. Enfin, sont proposés un cadre et une organisation qui cherchent à rendre thérapeutique une nécessité institutionnelle. Le dispositif s'appuie sur un référent « passage de relais » et sur des rencontres entre les professionnels.

MOTS-CLES

**Transition – Passage de relais – Relais de soins – Articulation
Parcours de soins – Rite de passage – Prise en charge précoce – Epidémiologie
Institution – Prévention – Adolescence**