

[Lien vers le texte de Guillaume DUYCK et Nigar RIBAUT](#)

[Lien vers le compte-rendu 1](#)

[Lien vers le compte-rendu 2](#)

Ce sujet concerne des "accidents" :

- accident dans la vie d'un adolescent, une hospitalisation vient interrompre le cours de sa vie normale,
- accident dans la vie du Service car on sait combien ce type de prise en charge est difficile, sollicite le cadre et la cohérence de l'équipe.

Situons, à travers quelques chiffres, le problème. En 1998 un adolescent sur dix était hospitalisé dans l'année. Mais plus de 50% des hospitalisations étaient motivées par des traumatismes, des affections chirurgicales ou des maladies somatiques chroniques pour les garçons. Et plus de 50% par des problèmes gynéco-obstétricaux pour les jeunes filles.

Si l'on considère l'ensemble des urgences pour les adolescents :

- dans 10% des cas, il s'agit de tentatives de suicide hospitalisées pour :
40% en pédiatrie, 10% en psychiatrie, 50% dans les différentes spécialités.
- 5% concernent des pathologies étiquetées "problèmes psychiatriques" dont 40% sont soignés ailleurs qu'en psychiatrie.

DEFINITIONS :

Prise en charge des adolescents en service adulte

Écrit par Jean-Paul BOYER

Jeudi, 01 Mai 2003 01:00 - Mis à jour Vendredi, 28 Mai 2010 09:52

1) Le dictionnaire (Hachette) donne comme définition pour "adolescent" : "*âge compris entre la puberté et l'âge adulte*". Ceci dit, cette définition, dans sa simplicité, peut être utile.

On retiendra qu'il est souvent question des 12-18 ans et, dans d'autres publications des 13-19 ans.

Si l'on considère la puberté : elle a lieu de 8 à 13 ans pour les filles et 9 à 14 ans pour les garçons. On va relever que la puberté et l'adolescence sont deux phénomènes différents mais complémentaires. La puberté est précédée par des phénomènes biologiques qui vont entraîner des modifications du corps et des modifications sexuelles.

On peut considérer que la puberté interrompt le processus infantile et marque l'entrée dans l'adolescence. L'adolescent, confronté aux changements de son corps, va se découvrir comme étrange, voire étranger. L'adolescent est obligé de s'adapter (la puberté est un phénomène imposé, obligatoire).

La problématique de l'adolescent va être centrée sur le corps, sur son développement et sur son image.

Enfin, on évoquera les conduites toxicomaniaques en développement ces dernières années, que ce soit à travers des consommations massives de haschich ou des produits de synthèse type ecstasy.

On se permettra ainsi de citer Charles Melman dans son Introduction à la nouvelle économie psychique ("L'Homme sans gravité") "*nous passons d'une culture fondée sur le refoulement du désir et donc la névrose, à une autre qui commande la libre expression et prône la perversion. La "santé mentale" relève ainsi aujourd'hui d'une harmonie, non plus avec l'Idéal mais avec un objet de satisfaction. La tâche psychique s'en trouve grandement soulagée, et la responsabilité du sujet effacée par une régulation purement organique.*"

Certains prônent la reconnaissance d'une "clinique de l'adolescent", une clinique au sens d'un regroupement de symptômes et de syndromes mais clinique également au sens d'unité d'hospitalisation.

De toute façon, les prises en charge des adolescentts balaient toujours :

- la problématique du corps et le travail sur l'image (besoin à cette période de la vie de recherche de conseils)
- la crainte d'être différent des autres.

PRISES EN CHARGES

On peut ainsi retrouver quelques règles de bonne pratique.

L'équipe doit être disponible à l'autre, "tolérante sans être complaisante", traitant la dramatisation de certains passages à l'acte.

Elle doit être pluridisciplinaire et expérimentée dans son fonctionnement, pratiquant les temps de synthèse. Elle doit trouver un juste équilibre entre le maternage et l'autonomie et accepter de ne pas pouvoir tout donner. L'unité doit pouvoir respecter l'intimité de l'adolescent, voire accepter d'être le lieu d'un échange relationnel intense, de mécanismes de projection. L'unité doit s'appuyer sur un cadre, un règlement intérieur qui permet la symbolisation. Elle doit pouvoir entendre la recherche de l'autre, de l'égal. Il faut être ouvert au tissu relationnel, aux parents. Enfin, l'unité doit pouvoir offrir un lieu d'animation, voire d'occupation.

L'intérêt du service adulte dans ce type de démarche est de pouvoir se mobiliser à un moment pour permettre une prise en charge créative. Elle est certainement le moment particulier d'une rencontre entre un adolescent et l'équipe.

UN CAS CLINIQUE :

Emilie C. est hospitalisée trois fois, d'octobre à novembre 2001. Elle est née le 10 août 85 et a donc 16 ans. Elle est au foyer de l'enfance depuis 3 mois. Elle vient de rencontrer la pédopsychiatrie. Le même jour, elle arrive aux urgences : " *ça va pas, je suis pas bien dans ma tête, j'ai envie de me suicider, je m'accepte pas* ". Sa mère est décédée d'un cancer en février de cette année. Elle a un frère à Reims. Elle est venue avec son père, restaurateur sur la côte (avec une belle-mère) et elle ne s'entend pas avec lui. Auparavant, elle vivait avec sa mère. Elle a été hospitalisée au Mans, en pédopsychiatrie. On retrouvait des antécédents de tentative de suicide et la notion de toxicomanie et de prise de haschich, d'héroïne et de cocaïne.

Le lendemain de son entrée, elle évoque des histoires de " voix " qui ressemblent plus à un dialogue interne qu'à un épisode hallucinatoire (si ce n'est peut-être dernièrement, lors de la prise de LSD).

La biographie comporte des alternances de séjour chez le père et chez la mère. Elle a séjourné un moment avec son père à Madagascar (deux trimestres, il travaillait dans une entreprise de confection). Elle est retournée après auprès de sa mère, puis elle est repartie à nouveau chez son père au Maroc. Elle est revenue chez sa mère et elle a été hospitalisée. Elle se culpabilise que sa mère soit morte lorsqu'elle était hospitalisée. Après le décès de sa mère, elle est partie chez son père, puis l'été, elle a fugué. Elle est retournée dans la Sarthe où elle vivait dans un squat, avant de demander le placement en foyer.

On rencontre l'équipe du foyer. Ils parlent de chercher un foyer pour l'accueillir.

On va rencontrer le père. Il dit " *Emilie ne veut pas venir à la maison* ". Il ajoute : " *mésentent e avec mon épouse*

". Emilie exprime son souhait d'être émancipée par son père.

Après, en hospitalisation, elle flirte avec le petit ami d'une autre patiente. Dispute. Fugue du Service.

Finalement, après une nouvelle rencontre avec l'équipe du foyer, on repère qu'Emilie " *a du mal à répondre aux exigences entre le décès de sa mère et le "rejet" de son père*

". Un foyer sur Toulon est proposé.

Retour au foyer de l'enfance de Draguignan. Fugue.

Elle cherche à joindre le petit ami qu'elle avait rencontré en hospitalisation. Elle est ramenée dans le service pour une dizaine de jours. On maintient le projet de placement sur le foyer de Toulon.

Elle a un traitement avec un antidépresseur et un hypnotique. Elle doit aller visiter le foyer de Toulon. Elle fugue à nouveau la veille du jour où l'équipe du foyer doit venir la chercher.

Une quinzaine de jours après, elle est ré-hospitalisée via les Urgences par des amis qui l'avaient hébergée. En fait, elle n'a jamais visité le foyer de Toulon. Elle a fugué. " *Je suis partie chez des amis, des connaissances, j'étais à moitié inconsciente, j'avais besoin de me combler avec quelque chose*

".

Elle est alors plus plaintive, s'apitoie, évoque ses épisodes dissociatifs sous toxiques, ses problèmes de poids quand elle était plus jeune " *quand j'étais enfant, j'étais forte, après j'ai maigri. C'est ma belle-mère qui m'a fait faire le régime*

". Dans le service, lacérations (sur le ventre, la joue, les bras). Elle s'est coupé les cheveux.

Cette fois-ci l'hospitalisation dans le service est plus longue, comme si on était moins dans la construction de projets, acceptant sa présence, acceptant quelle reste (on n'a plus idée qu'elle est adolescente et qu'on doit faire vite). On est à la période de Noël, elle va le passer dans une famille avec une amie quelle a connue dans le service.

Un projet se construit pour une famille d'accueil, il va aboutir.

PREMIERE VIGNETTE CLINIQUE :

Sébastien, il est hospitalisé en juillet 2002. Il est né en septembre 1983, il a donc 19 ans. Ses

parents sont partis en vacances. Il arrive aux urgences avec un discours monotone, répétitif et interminable sur " *Dieu, le Sauveur, Satan...Je vous aime tous...N'ayez pas peur...du Seigneur, j'ai été l' élu* "

On a la notion de prise de cannabis d'une façon importante ces derniers temps. Les parents reviennent en catastrophe. En une semaine, le discours mystique disparaît. Il critique les éléments, on se questionne sur sa personnalité.

La famille insiste pour son départ (la mère est infirmière) et Sébastien a un emploi de brancardier pour l'été. Je le reverrai une fois au self. On ne l'a pas revu depuis.

Durant l'hospitalisation, il a inquiété suffisamment pour avoir un traitement avec un antipsychotique (Risperdal).

AUTRE VIGNETTE CLINIQUE :

Gaëlle : elle est hospitalisée de décembre 2000 à mai 2001. Elle a 18 ans à son arrivée (mars 1982). Parents divorcés : père antillais médecin. Elle vient de La Réunion, où sa mère est institutrice. Elle a connu plusieurs beaux-pères. Elle a été hospitalisée en Afrique du Sud, il est question d'électrochocs.

Après un échec scolaire à La Réunion (DEUG), elle s'est rapprochée de ses grands-parents qui habitent la région. Elle arrive avec un traitement normothymique (Tégretol 200 2 cps), antidépresseur (Deroxat 1/2 cp). Les grands-parents, en difficulté, viennent à la fois pour une prise en charge médicale et un projet de formation.

Elle décompense en décembre 2002 avec d'importantes tentatives de suicide (phlébotomie profonde). De son hospitalisation à La Réunion, elle dit " *j'ai l'impression que je ne comprends rien, j'imagine que je suis bête...je pensais que mes parents voulaient me tuer, une manière de se débarrasser de moi...J'avais peur qu'ils me mettent un truc dans mon verre...Parfois, je croyais vraiment qu'ils étaient en train de le faire. Je suis pas très adaptée, j'entends des paroles...Ils chantaient sur moi* "

". Elle parle de consommation de haschich.

L'hospitalisation n'améliore pas son état : " *j'ai peur de l'enfer, plus tard quand je mourrai...j'ai peur de ce qui va se passer après la mort...Une punition de ce qu'on a fait quand on était sur terre* ". Divers neuroleptiques sont utilisés.

Sa mère vient au début de l'année 2001. On a l'impression que sa tentative de suicide est un appel à sa mère pour qu'elle la ramène avec elle à La Réunion, mais la mère va repartir. La position devient de plus en plus régressive avec des ritualisations. L'état est amélioré par l'arrêt du traitement neuroleptique. Il reste difficile de construire un projet. Des permissions sont mises en place par retour au domicile des grands-parents mais ceux-ci sont peu sécurisés. La prise en charge prend fin après le retour au domicile des grands-parents.

Prise en charge des adolescents en service adulte

Écrit par Jean-Paul BOYER

Jeudi, 01 Mai 2003 01:00 - Mis à jour Vendredi, 28 Mai 2010 09:52

Ces cas cliniques illustrent en particulier :

- les difficultés de la prise en charge de ces adolescents ou grands adolescents dans le service.
- la difficulté à poser un diagnostic.
- l'importance des conduites toxicomaniaques-en ce sens on a l'impression que ces dernières années, la prise en charge des adolescents laisse apparaître de nouvelles cliniques.

Dr. Jean-Paul BOYER – Mai 2003