



HAL
open science

**Population prise en charge dans la structure
intersectorielle pour adolescents difficiles de Nice
(SIPAD) depuis son ouverture en 2000 : une étude
rétrospective**

Ludwig Deutsch

► **To cite this version:**

Ludwig Deutsch. Population prise en charge dans la structure intersectorielle pour adolescents difficiles de Nice (SIPAD) depuis son ouverture en 2000 : une étude rétrospective. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01924347

HAL Id: dumas-01924347

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01924347>

Submitted on 15 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Faculté de Médecine

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

**POPULATION PRISE EN CHARGE DANS LA STRUCTURE INTERSECTORIELLE POUR
ADOLESCENTS DIFFICILES DE NICE (SIPAD) DEPUIS SON OUVERTURE EN 2000 :
UNE ETUDE RETROSPECTIVE**

Présentée et soutenue publiquement le 26 juin 2018 à Nice

Par

DEUTSCH Ludwig

Né le 14/12/89 à METZ

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

JURY :

Présidente du Jury : Madame le Professeur Florence ASKENAZY

Assesseur : Monsieur le Professeur Michel BENOIT

Assesseur : Monsieur le Professeur Philippe ROBERT

Assesseur : Monsieur le Docteur Jean-Paul ORTH

Directrice : Madame le Docteur Emmanuelle DOR

Co-Directeur : Monsieur le Docteur Arnaud FERNANDEZ

Faculté de Médecine

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

**POPULATION PRISE EN CHARGE DANS LA STRUCTURE INTERSECTORIELLE POUR
ADOLESCENTS DIFFICILES DE NICE (SIPAD) DEPUIS SON OUVERTURE EN 2000 :
UNE ETUDE RETROSPECTIVE**

Présentée et soutenue publiquement le 26 juin 2018 à Nice

Par

DEUTSCH Ludwig

Né le 14/12/89 à METZ

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

JURY :

Présidente du Jury : Madame le Professeur Florence ASKENAZY

Assesseur : Monsieur le Professeur Michel BENOIT

Assesseur : Monsieur le Professeur Philippe ROBERT

Assesseur : Monsieur le Docteur Jean-Paul ORTH

Directrice : Madame le Docteur Emmanuelle DOR

Co-Directeur : Monsieur le Docteur Arnaud FERNANDEZ

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M DELLAMONICA Jean Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme AMSELLE Danièle
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc	M. GRELLIER Patrick
M. BALAS Daniel	M. GRIMAUD Dominique
M. BATT Michel	M. HARTER Michel
M. BLAIVE Bruno	M. INGLESAKIS Jean-André
M. BOQUET Patrice	M. JOURDAN Jacques
M. BOURGEON André	M. LALANNE Claude-Michel
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. LOUBIERE Robert
M. CHATEL Marcel	M. MARIANI Roger
M. COUSSEMENT Alain	M. MASSEYEFF René
Mme CRENESSE Dominique	M. MATTEI Mathieu
M. DARCOURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. DELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DEMARD François	M. PRINGUEY Dominique
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
M. FRANCO Alain	M. TOUBOL Jacques
M. FREYCHET Pierre	M. TRAN Dinh Khiem
M. GÉRARD Jean-Pierre	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. GILLET Jean-Yves	M. ZIEGLER Gérard

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54.02)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDEBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	HURST Samia	Thérapeutique (48.04)
M.	PAPA Michel	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale (53.03)
Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS :

Madame le Professeur Florence ASKENAZY,

Vous m'avez fait l'honneur de présider ce jury.

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez témoigné à mon travail et je vous suis reconnaissant d'avoir accepté que j'effectue mon dernier semestre d'internat en pédopsychiatrie à la SIPAD.

Merci aussi pour la transmission de votre savoir universitaire.

Veillez trouver, ici, l'assurance de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Michel BENOIT,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de participer à ce jury.

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez pu porter à mon travail et j'ai eu la chance d'apprendre à vos côtés quand vous étiez encore chef du service du MIB à Pasteur.

Merci aussi pour vos enseignements.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde admiration.

Monsieur le Professeur Philippe ROBERT,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Je vous remercie d'avoir accepté de porter votre regard sur ce travail, ainsi que pour le savoir que vous m'avez transmis durant mon stage d'interne dans votre service au Centre Mémoire de Ressources et de Recherche.

Pour cela, je tenais à vous exprimer ma profonde considération.

Monsieur le Docteur Jean-Paul ORTH,

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury.

Je vous remercie pour tout ce que vous m'avez transmis. C'est grâce à vous, que je suis arrivé là où j'en suis actuellement. C'est vous qui m'avez proposé ce poste qui était vacant et c'est vous qui avez tout fait pour que je puisse y rester ensuite en tant qu'interne, jusqu'à ma titularisation.

Enfin merci pour ce binôme médecin/médecin-chef qui s'est fait dans la collaboration, le respect mutuel et dans le dialogue.

Vous allez vers d'autres horizons et je vous souhaite une bonne continuation, je n'oublierai pas ces 2 années en votre compagnie et surtout la dernière.

Madame le Docteur Emmanuelle DOR,

Vous m'avez fait l'honneur de diriger ce travail. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon sujet de thèse et pour votre grande disponibilité et vos recommandations.

Ce fut un grand plaisir de travailler à vos côtés et de bénéficier de vos connaissances et de la finesse de votre analyse.

Nous aurons à collaborer ensemble, par la suite, dans l'intérêt du parcours de l'adolescent, et je me réjouis à cette idée.

Veillez recevoir l'assurance de ma reconnaissance.

Monsieur le Docteur Arnaud FERNANDEZ,

Tu me fais l'honneur de co-diriger ce travail de thèse. Je te remercie pour ton soutien indéfectible durant ces derniers mois et pour tes encouragements dans des moments qui m'ont été difficiles, même de dernière minute. Aussi, pour ta disponibilité malgré ton emploi du temps très chargé.

Ici, je peux te remercier, à nouveau, pour ton investissement dans mon mémoire.

De plus, nous travaillons ensemble depuis une bonne année, imprimant une collaboration efficiente Lenval-SIPAD, dans l'intérêt de l'adolescent, et c'est toujours un vrai plaisir de pouvoir échanger avec toi concernant des situations d'adolescents.

J'espère que notre collaboration sera pérenne et destinée à accroître les liens entre ces 2 établissements.

Pour tout cela, je te dis encore et vraiment : merci !

Remerciements

A Elodie, l'amour de ma vie. Tu es une femme exceptionnelle, tu as su être patiente, même très patiente durant ces 6 derniers mois. Tu m'as soutenu dans tous les moments difficiles. L'accouchement aura été difficile pour ma part, mais un autre se profile, et celui-là, magique pour nous, et destiné à fonder enfin notre famille. Elle pourra être fière de toi et de nous ! Ma seule envie désormais est de t'épouser et de vieillir avec toi. Je t'aime !

A toi, petite inconnue, qui m'écoutes, tu vas faire de moi un papa. Tu as déjà transformé ma vie par ta présence. Tu pourras lire ces quelques lignes dans quelques années. Je t'aime déjà !

A Orphée, cela fait peu de temps que tu es apparu dans ma vie, mais je me suis très rapidement attaché à toi. Tu me fais grandir, tout autant que toi. Continue comme cela, et grâce à ton année scolaire, tu peux désormais me lire. Je t'aime aussi !

A mes parents, Catherine et Frédéric, si j'en suis là actuellement, c'est grâce à vous. Merci pour votre exigence, votre soutien et votre amour, vous m'avez fait aller très loin. L'éloignement géographique fait que vous me manquez beaucoup et que j'ai hâte que vous soyez de retour en France. Je souhaite que nos relations en ressortent apaisées d'autant plus que vous allez être grands-parents. Je vous aime !

A ma grand-mère et mon arrière-grand-mère, d'où vous êtes, je sais que vous veillez sur moi. Merci d'être ma bonne étoile.

A Marie-Thérèse et Céline, vous avez suivi tout mon parcours, et voici la dernière étape. Merci pour votre disponibilité et votre porte qui est toujours restée ouverte. Je reviens très bientôt vous voir.

A ma toute ma belle-famille : Patrick, Mémé Marthe, Gabriel, Raphael, Chloé et Laure, je vous remercie de m'avoir adopté si rapidement. C'est un immense plaisir de partager cet aboutissement avec vous. Merci pour la chaleur et la joie qui règne dans votre famille que vous me communiquez chaque jour.

Aux amis de la team Virgin de Laxou, Jeremy, Alexandra, JB, et surtout à toi Alexandra, pour ton rôle de marraine spontanée, qui m'a fait chaud au cœur, et dont je n'oublierai pas le geste.

A Loris et Louis, merci à vous deux pour votre soutien indéfectible. Nous avons traversé l'internat, évité ses pièges et su s'entraider dans les moments difficiles. Je suis le dernier, maintenant c'est fait. Louis, tu pars vers d'autres horizons, tu vas me manquer mais je sais que tu vas aimer Paris et sa formation, pour peut-être mieux revenir ensuite. Pour toi Loris, nous allons expérimenter le rôle de papa et nos filles vont grandir à 6 mois d'écart. Et peut-être, va-t-elle pointer le bout de son nez le jour de ma soutenance. Félicitations à toi et Sonia !

A la team du pôle ouvert du CHSM : Kevin, Julia, Aude, Margaux, il m'a été difficile de retrouver les mêmes ambiances au déjeuner par la suite. Que de midis ovniesques !

A Mélanie, ce fut un honneur d'avoir été ton co-interne au M1B. On a survécu, surtout grâce à tes « fées clochettes » ! Et quel plaisir de travailler en collaboration avec toi pour la MAS. J'espère que tu continueras toujours à t'épanouir à Ste Marie et ne change rien à ce que tu es !

A Antony, mon premier co-interne, nous avons su nous débrouiller à Lenval. Tu as certainement permis que, de ce premier stage, je n'en garde que des bons souvenirs. Merci pour ton humour et ton calme, à côté de la pile électrique que j'étais. Je te souhaite plein de bonheur avec ta petite famille qui ne cesse de s'agrandir.

A Laura, tu es et restera ma première interne. Merci pour ton investissement dans le service, cela m'a permis de me dégager du temps sans me soucier de son bon fonctionnement. Et aussi, plein de bonheur à la future maman !

A Sonia, ma future voisine de quartier, et qui a su me rassurer, notamment dans ces moments de stress récents.

A tous les internes actuels, que j'ai pu côtoyé dans les différents terrains de stage, ce sera à vous bientôt (Adrien, Alexia, Ana-Maria, Anne-Laure, Anthony, Ariane, Brian, Camille, Caroline, Cécilia, Céline, Elsa, Éric, Etienne, Florian, Géraldine, Isabelle, Izza, Laura, Mariana, Marion, Maéva, Sacha, Vittoria)

A tous les nouveaux chefs que j'ai connu internes et qui ont pu m'apporter leur expérience (Ambre, Anna, Anne, Audrey, Camille, Claire, Guillaume, Laure, Léna, Louise-Emilie, Marie, Marianne, Nathalie, Nicolas, Robin, Romain, Sylvain, Vanessa)

A Mme DURAND et son équipe de direction, merci pour votre confiance et votre loyauté envers moi. Vous êtes restée disponible et avez su être bienveillants et me soutenir dans des moments récents difficiles, et pour cela, je vous en remercie.

A mon nouveau chef, Vittorio. Merci pour ta simplicité et ta bienveillance. Nous aurons de grands projets à poursuivre et créer pour ce nouveau pôle dont la SIPAD. Sois le bienvenu !

A Maxime, pour nos brainstormings au CSAPA à refaire le monde, avec badminton à la clé... ou pas. Et pas d'endives braisées à la SIPAD, les ados n'aiment pas ça.

A Christine, merci pour ton accompagnement durant ces 2 dernières années et ton écoute. Tes séances de méditation m'ont fait le plus grand bien.

A Maguelone, merci pour ces moments partagés aussi bien professionnels que personnels et encore merci pour ta bienveillance.

A Céline, ma secrétaire pendant 2 ans, quel que soit mon stage d'affectation et combien d'appels pour des comptes-rendus en retard. Merci pour ton soutien et bonne continuation.

A ceux partis de Sainte-Marie, Jean-François, Lylia, Cathy, Gilles, j'ai aimé pouvoir travailler avec vous tous et les relations professionnelles que nous avons pu tissées.

A Elisabeth, je vous remercie pour l'interface avec la PJJ dans le rayonnement de la SIPAD. Aussi, merci pour votre aide apportée à cette thèse par l'intermédiaire de vos documents personnels.

A Marina, merci d'être venue me chercher pour ajouter une corde à mon arc. Grâce à toi, cela fait 2 ans que je peux enseigner ma spécialité aux infirmières. Un vrai bonheur que de faire la transmission de savoirs. C'est un exercice savoureux.

Aux membres des laboratoires : Éric, Florence, Laure, Kristine, Sabine, Frédéric, merci pour ces nombreuses soirées et rencontres intéressantes que nous avons pu partager. J'espère qu'il y en aura d'autres et merci pour vos sourires et sympathies.

A Laura et Vincent, de ma voiture remplie d'affaires en provenance de Nancy, puis en tant que dernière occupante de ma future chambre, jusqu'à la rencontre avec Elodie, Laura tu as été essentielle et fais partie de ma vie niçoise. Merci pour ta présence et le lien du jeu et de la culture générale que nous cultivons en commun ainsi qu'avec Vincent au cours de soirées déjantées !

A tous mes ex-voisins de l'internat de l'Archet : Diane, Jean, Marine, Gwendo, Pierre, Cécile, Vincent... j'ai passé 6 mois voire 1 an d'insouciance dans ce magnifique lieu avec sa piscine. Que de souvenirs de toutes ces soirées communes !

A Benjamin et Lucile, merci beaucoup à vous deux, vous avez toujours répondu présents pour qu'on se retrouve. On s'est vu à de nombreux endroits en France et au Luxembourg, même en Suisse. Il faut renouveler cela très vite. Et maintenant, c'est à toi Ben, de faire comme moi et avec plaisir de lire ta future thèse.

A mes co-externes nancéens : Pierre, Jeremy, Antony, Hélène, Amélie, Noémie, Ann Cha, je n'oublierai jamais ces années de faculté passées ensemble jusqu'à l'ECN. Nos chemins se sont séparés mais j'espère que nos routes se croiseront à nouveau.

A mes premiers co-externes rencontrés en 2^{ème} année : Chichi, Sarah B, Maxime, Sarah L, Florent, Charlotte, Fabien, Cindy, merci pour toutes ces rencontres où je n'étais encore que mineur et tous ces très bons moments passés sur les bancs ou en dehors. Les vies nous ont éloignés, j'espère qu'on se reverra bientôt.

A Marie Elisabeth et Maher, l'équipe de choc « Néonat Nancy », merci pour ces fous rires ensemble et promis : je ferai attention aux « bébés »

Aux 2 Aurélias du lycée Jacques Marquette qui se reconnaîtront et à l'origine de mon premier surnom « Giwdul », représentatives de nos années « lycées ».

Aux différentes équipes soignantes que j'ai rencontrées lors de mes stages successifs :

Aux équipes de Lenval, du D4 et du CMP du Parc, aux médecins (Richard, Christine, Marie-Line, Nathalie, Valérie, Stéphane), aux équipes soignantes (Florian, Nelly, Marie ...), à la cadre Emmanuelle, à l'étage du 3^{ème} : Céline, Nicolas, Nicole, Sandrine et Babeth.

Aux équipes d'Antibes, aux médecins (Carole, Jean-Pierre, Jamila, Leslie, Khalid), aux équipes soignantes du B2 (Christian, Evelyne, Christine, Maria, ...), à Corinne, Martine, Laura.

Aux équipes du CMRR, aux médecins (Renaud, Georges, Aurélie), et à tout le personnel (Christelle, Valérie, Julie, Audrey, Cindy, Isabelle, Magali, Nadia, Justine, Alexandre, Anne)

Aux équipes du M1B de Pasteur, aux médecins (Laurent, Claire, Bruno, Nabil), aux équipes soignantes et à Sandra pour les moments en liaison !!

Aux équipes du CHSM, de Sainte Catherine, de Saint Christophe, et du CSAPA, que j'aime à retrouver aux détours des couloirs.

Aux équipes de la SIPAD, déjà plus d'un an que vous m'avez accueilli, il nous reste encore plein de choses à construire. Merci aussi à Jean-Baptiste pour son aide précieuse dans l'histoire de la structure ainsi que Julie et Delphine pour votre patience à répondre à mes nombreuses sollicitations à ce sujet.

Aux équipes de la MAS, Jean-Marc, Valérie, Mélanie, Céline, déjà un an aussi que je suis venu, incité d'abord puis volontaire désormais. Je me suis attaché à cette structure, et elle fait partie de mon équilibre professionnel.

A mes casteuses préférées, Valérie et Rose, mes mamans de TV. Vous m'avez mis le pied à l'étrier, et grâce à vous, j'ai pu accomplir un de mes rêves et pouvoir enchaîner tant d'autres émissions, par la suite. D'autant que notre relation n'est plus limitée à un rapport casteuse/candidat, elle s'est muée en une amitié forte où l'on est heureux de se revoir, à Paris ou à Nice, périodiquement, tous les ans. Déjà 5 ans et demi !

A toute l'équipe de l'émission « Des Chiffres et des Lettres », Isabelle, Elsa, Catherine ... mais aussi Patrice Laffont, une expérience inoubliable dans laquelle vous m'avez laissé la possibilité de parler de ma thèse à l'antenne et quels bons moments partagés au cours de diners à pouvoir échanger sur mon métier. La voici, la boucle est bouclée !

A François, tu m'as casté pour Slam, puis on s'est affrontés quelques temps plus tard, et tu m'as ravi la 1^{ère} place. C'est là qu'on a pu constater qu'on était deux fous et des encyclopédies de jeux TV. Depuis, on garde ce contact sur nos futurs jeux respectifs. Au plaisir de te revoir sur Paris.

Aux casteurs de l'émission des « Cerveaux », Carlotta, Maxime et Julien et Sébastien. Merci pour cette aventure inoubliable, qui m'a occupé pendant près de 6 mois et je n'oublierai jamais le tournage sur Nice avec une soirée plutôt avinée et pleine d'éclats de rire.

A tous les membres du club QPUC, merci pour votre bienveillance. Je serai désormais plus disponible. C'est toujours un bonheur de rivaliser avec vous. Vous avez encore beaucoup à m'apprendre.

A mes adversaires de Slam : Grégory, Joël, Joé, en tant que télé-ludophiles, je ne garde que des bons souvenirs avec vous ainsi que des matchs très disputés. Nous avons la chance de nous re-cotoyer sur d'autres plateaux et le lien continue hors-caméras en suivant nos parcours respectifs. Il me reste beaucoup de boulot pour arriver à vous égaler, vous grands champions !

A la team « Les Cerveaux » : Océane, Pierre et Maxence, quelle belle aventure que nous avons partagée. Un plaisir de passer ces 2 journées avec vous et de vous affronter. Depuis, on suit les parcours de chacun avec enchantement. En espérant se revoir, un jour, tous les quatre.

A tous les M's, association qui aura fait partie de ma vie durant un moment, j'y ai pu rencontrer des personnes atypiques. Peut-être, y ferai-je un retour un jour...

TABLE DES MATIERES

I / INTRODUCTION	26
II / DEFINITIONS ET REVUE DE LA LITTERATURE	28
2.1. Qu'est-ce qu'un « Adolescent difficile » ?	28
2.2. Définition de la catégorie nosographique : « trouble des conduites »	29
2.3. Etiologies des « troubles des conduites »	32
2.3.1. Facteurs biologiques :	32
2.3.2. Facteurs de risque neuro-cognitifs.	33
2.3.3. Facteurs de risques psycho-sociaux	34
2.4. Traitements pour les enfants et adolescents avec « trouble des conduites »	35
2.4.1. Prise en charge familiale et sociale.	35
2.4.2. Prise en charge médicamenteuse.	38
2.4.3. Prise en charge hospitalière	39
III / LA STRUCTURE SIPAD DE L'OUVERTURE JUSQU'A DECEMBRE 2017 :	41
3.1. Création et description de la SIPAD :	41
3.2. Projet médical initial de la SIPAD	41
3.2.1. Description	41
3.2.2. Les indications d'hospitalisation	42
3.2.3. La durée d'hospitalisation	42
3.2.4. La provenance d'hospitalisation.....	42
3.2.5. La capacité d'accueil et l'équipe soignante.....	43
3.2.6. Les soins proposés.....	43
3.3. Une période de crise institutionnelle : 2008 – 2012 :	44
3.4. Projet médical de la SIPAD en 2012	45
3.4.1. Description	45
3.4.2. Les indications d'hospitalisation	46
3.4.3. La durée d'hospitalisation	46
3.4.4. La provenance d'hospitalisation.....	46
3.4.5. La capacité d'accueil et l'équipe soignante.....	47
3.4.6. Les soins proposés.....	47
3.5. Evolution depuis 2012 et actuellement :	48

**IV / TRAVAIL DE RECHERCHE – ANALYSE DESCRIPTIVE RETROSPECTIVE
DEPUIS L'OUVERTURE DE LA STRUCTURE EN 2000 SUR 17 ANNEES..... 49**

4.1. Méthode.....	49
4.1.1. Déroulement de l'étude	49
4.1.1.1. La population.....	49
4.1.1.1.1. Critères d'inclusion	49
4.1.1.1.2. Critères de non-inclusion.	49
4.1.1.2. Relevé des données socio-démographiques et cliniques.....	49
4.1.1.3. Analyse des données.....	51
4.1.1.4. Durée de l'étude	51
4.1.2. Ethique	51
4.2. Description des résultats.....	52
4.2.1. Données sur 17 ans (2000-2017).....	52
4.2.1.1. Nombre de séjours et d'adolescents reçus.....	52
4.2.1.2. Primo-hospitalisations et ré-hospitalisations.....	52
4.2.1.3. Sex-ratio	53
4.2.1.4. Age	54
4.2.1.5. Modalités d'hospitalisation	55
4.2.1.6. Mesure éducative judiciaire pénale confiée à la PJJ	56
4.2.1.7. Le mode de sortie de l'hospitalisation.....	56
4.2.1.8. Origine géographique.....	57
4.2.1.9. Durée de séjour.....	58
4.2.1.10. Diagnostics	58
4.2.2. Données par années.....	59
4.2.2.1. Nombre de séjours.....	59
4.2.2.2. Primo-hospitalisation et ré-hospitalisation.....	59
4.2.2.3. Sex-ratio	61
4.2.2.4. Age	61
4.2.2.5. Modalités d' hospitalisation	63
4.2.2.6. Mesure éducative judiciaire pénale confiée à la PJJ	63
4.2.2.7. Mode de sortie d'hospitalisation par fugue	64
4.2.2.8. Provenance géographique	65
4.2.2.9. Durées de séjour	66
4.2.2.10. Diagnostics	68
4.2.3. Diagnostics (2008-2017).....	69
4.2.3.1. Données globales.....	69
4.2.3.2. Données année par année	72

V / DISCUSSIONS	75
5.1. Méthode.....	75
5.1.1. Déroulement de l'étude	75
5.1.1.2. Relevé des données	75
5.1.1.3. Analyse des données.....	75
5.1.2. Ethique	76
5.2. Résultats	76
5.2.1. Nombre de séjours et d'adolescents reçus.....	76
5.2.2. Primo-hospitalisation et ré-hospitalisation.....	76
5.2.3. Sex-ratio	77
5.2.4. Age	77
5.2.5. Modalités d'hospitalisation	77
5.2.6. Mesure éducative judiciaire pénale confiée à la PJJ	78
5.2.7. Modalités de sortie d'hospitalisation	79
5.2.8. Origine géographique	79
5.2.9. Durées de séjour	79
5.2.10. Diagnostics	80
VII / BIBLIOGRAPHIE	84
VIII / ABREVIATIONS.....	93
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	94

I / INTRODUCTION

Les troubles du comportement et les problèmes de violence chez les adolescents sont des domaines qui ont été largement étudiés et qui ont fait l'objet de nombreuses recherches (Stephan, 2006). Les manifestations « bruyantes », chez les adolescents interpellent leur famille, leur école, les structures médico-sociales et médico-éducatives qui les accueillent (Garcin, 2006). Il a pu être constaté que pour un adolescent en difficulté, la relation duelle est souvent « fragilisante voire possiblement insupportable » (Chartier, 1997). Elle peut être mise à l'épreuve et constituer un « mode de relation fragile » (Braconnier, 2005). De cette observation, il devrait alors découler un travail d'équipe destiné à ce que ces structures s'engagent ensemble, pour « tenir de façon fiable, tant en cohérence qu'en continuité » (Garcin, 2006). On retrouve justement cette collaboration pluri-professionnelle, à la croisée de ces différentes institutions, au sein d'une structure sanitaire à Nice prenant en charge des adolescents présentant des troubles du comportement et dénommée la SIPAD.

Durant mon internat de psychiatrie à Nice, cette structure était au cœur de nombreuses discussions dans les différents services où j'ai exercé. Lors de mon premier semestre d'internat à l'hôpital Lenval, on projetait par exemple d'y hospitaliser des adolescents et on se voyait parfois opposer un refus, que nous avons alors du mal à comprendre. Cette unité de soins soulevait plusieurs questionnements : sa place et son articulation au sein du paysage pédopsychiatrique, sa situation au sein du Centre Psychiatrique Hospitalier pour adultes, sa configuration fermée avec du grillage et des barreaux, ses liens avec la psychiatrie adulte, son turn-over fréquent de médecins et de cadres, son faible nombre de patients, ses missions. Malgré cela, de nombreux partenaires travaillant avec les adolescents connaissaient l'existence de cette structure et en sollicitaient ses services régulièrement. Toutes ces interrogations m'ont poussé à postuler en tant que médecin de cette structure afin d'en connaître davantage et de découvrir la prise en charge de ces adolescents.

A mon arrivée, j'ai pu, d'une part, constater la pluridisciplinarité de cette structure, mêlant le soin, le travail éducatif et la justice et d'autre part, expérimenter les hospitalisations sous contrainte judiciaire des adolescents. Aussi, des membres du personnel, présents depuis plus d'une dizaine d'années ont pu me relater les différents changements qui ont pu avoir lieu, au gré des médecins, des médecins-chef et des autorités de tutelle. J'ai alors souhaité me renseigner sur son passé pour chercher des explications à ces différents changements institutionnels ; s'ils étaient corrélés à une modification de la population accueillie et enfin si les missions confiées à cette structure avaient pu être remplies.

Ainsi, ce travail de thèse est une étude descriptive observationnelle rétrospective à partir des données sociodémographiques et cliniques relevées dans les archives des dossiers cliniques depuis l'ouverture de la SIPAD en 2000. Après une revue de la littérature sur « l'adolescent difficile » et le « trouble des conduites », nous aborderons la description de la structure, de son fonctionnement et de ses projets médicaux. Notre recherche a pour objectif principal de décrire les caractéristiques de la population prise en charge au sein de la structure intersectorielle pour adolescents difficiles (SIPAD) de Nice, ainsi que son évolution de son ouverture en 2000 au 31 décembre 2017.

II / DEFINITIONS ET REVUE DE LA LITTERATURE

Dans cette partie, nous décrirons ce qu'est un « adolescent difficile », puis la définition d'un « trouble des conduites », ses étiologies et son traitement.

2.1. Qu'est-ce qu'un « Adolescent difficile » ?

Dans l'acronyme SIPAD, le A et le D signifient « Adolescent Difficile » : il s'agit de la population spécifique qui est visée depuis la création de la structure.

Chacun peut avoir une représentation personnelle de ce que serait un adolescent difficile. Dans le rapport du député Zumkeller de 2009 portant sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes mineures, les adolescents dits « difficiles », pris en charge à la SIPAD sont décrits comme *« des adolescents ayant mis en échec les autres structures d'accueil dans lesquelles ils ont été accueillis antérieurement et présentant des troubles du comportement ou psychiatriques ou une souffrance psychique, dans un cadre qui n'est pas uniquement médical mais également pluridisciplinaire, en association avec la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ), l'Education Nationale et les services sociaux du conseil général des Alpes-Maritimes »*.

Une seconde définition est proposée par Mme Souiai en 2006, l'ex-chef de service à la SIPAD, qui y a officié à ses débuts. Pour elle, *« ce sont des adolescents « décrits comme « difficiles » par des adultes inquiets »*. Ce serait donc au travers du regard de l'adulte que cette appellation serait donnée.

Dans un article de 2009, Barreyre et Fiacre, sociologues, nous rappellent qu'un autre terme, plus trivial, a été utilisé vers la fin du XXème siècle ; celui d'« *adolescent incasable* », une « *population à la limite des institutions* ». Par conséquent, ces adolescents seraient dans des errances institutionnelles car ils nécessiteraient plusieurs modes de prise en charge (sanitaire, sociale, medico-sociale, voire judiciaire). Ce terme ne semble plus apparaître dans la littérature durant le XXIème siècle, lui préférant le terme de « difficile ».

Dans un autre article paru en 2010, Botbol et al. tentent de caractériser cette population. Tout d'abord, ces adolescents *seraient « difficiles » par « leurs conduites agies et leurs difficultés à tolérer les réponses institutionnelles qui leur sont apportées. »* Ensuite, les auteurs décrivent que « leurs troubles s'expriment surtout par les difficultés qu'ils font éprouver aux autres ».

Ainsi, « la répétition des troubles du comportement de ces adolescents, aussi bien que leurs réactions aux réponses qui leur sont données, laissent fréquemment désarmées les institutions qui en ont la charge ». Ces adolescents deviennent alors un « symptôme institutionnel », caractéristique centrale du trouble. Pour ces auteurs, cette dénomination « adolescents difficiles » apparaît particulièrement bien adaptée à cette clinique, car elle rend bien compte des mécanismes psychopathologiques à l'œuvre chez ces adolescents ; c'est-à-dire leur incapacité à contenir et élaborer dans leur espace interne ce qu'ils sont contraints d'exporter par leur agir dans leur environnement. Derrière la diversité de ces expressions agies, on peut donc considérer que leur trouble psychopathologique est de devoir se rendre difficiles pour ne pas éprouver leurs difficultés internes. De plus, Botbol et al. critiquent la dénomination « adolescents en difficulté » qui, sous couvert d'humanisme, éloignerait d'une authentique prise en compte de cette problématique centrale.

A notre connaissance, la revue de la littérature internationale est rendue complexe par les nuances de traduction. Les vocables de « difficile » ou « difficulté » se traduisant, tous deux en anglais par « difficult », nous n'avons pas trouvé de références internationales avec ce terme.

2.2. Définition de la catégorie nosographique : « trouble des conduites »

Le diagnostic de « trouble des conduites » est assez récent. Il a fait sa première apparition dans le DSM-III (APA, 1980). Dès son arrivée, cette dénomination a suscité un ensemble de critiques. En France, la publication d'un rapport d'expertise de l'INSERM (2005) a réactivé ces débats dans la communauté scientifique (Chudzik, 2010). Nous ferons une revue de littérature très détaillée afin d'explorer ces controverses, principalement nosographiques.

Sur le plan épidémiologique, il s'agit d'un diagnostic psychiatrique souvent représenté en population générale et particulièrement en population pédiatrique où sa prévalence s'avère plus élevée à l'adolescence (entre 3 et 9%) que pendant l'enfance (2%) (Gibello, 2006). Une différence entre les genres est également observée. Pour les garçons, la prévalence est de 1 à 2 % pendant l'enfance et de 5 à 9 % pendant l'adolescence ; pour les filles, elle est de 0 à 3 % pendant l'enfance et de 2 à 5 % pendant l'adolescence. La prévalence augmente jusqu'à l'âge de 15 ans environ quel que soit le genre, puis elle reste stable pour les garçons et diminue pour les filles (Gibello, 2006).

Actuellement, ce diagnostic est défini dans les différentes classifications nosographiques. Ainsi, dans la Classification Internationale des Maladies 10ème version (CIM-10, OMS, 1993), il s'agit d'un « ensemble de conduites répétitives et persistantes dans lesquelles sont bafoués soit les droits fondamentaux d'autrui, soit les normes et les règles sociales correspondant à l'âge du sujet ». Dans la CIM-10 (OMS, 1993), le « trouble des conduites » appartient à la catégorie « troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant durant l'enfance et l'adolescence »

Le DSM-5 (APA, 2013), lui, propose deux catégories distinctes : une première « Troubles neurodéveloppementaux » qui comprend le TDAH (ainsi que le troubles du spectre de l'autisme, les troubles de la communication, les troubles moteurs, les troubles des apprentissages, les troubles du développement intellectuel), et une seconde plus spécifique « Troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites » qui comprend le « trouble des conduites », mais aussi le trouble oppositionnel avec provocation, le trouble explosif intermittent, la personnalité antisociale, la pyromanie, la kleptomanie.

Dans ces deux classifications (APA, 2013 ; OMS, 1993), les troubles des conduites sont donc caractérisés par la répétition d'une conduite transgressive. La catégorie F91 de CIM-10 définit les troubles des conduites comme « un ensemble de conduites répétitives et persistantes dans lesquelles sont bafoués soit les droits fondamentaux d'autrui, soit les normes et les règles sociales correspondant à l'âge du sujet » sur une durée suffisante de 6 mois pour porter le diagnostic (Baldacci, 2010).

Précisément parmi ceux-ci (trois items depuis 12 mois dont un depuis six mois):

- Les conduites agressives
 - Brutalise, menace ou intimide souvent d'autres personnes
 - Commence souvent les bagarres
 - A utilisé une arme pouvant blesser sérieusement autrui
 - A fait preuve de cruauté physique envers des personnes
 - A fait preuve de cruauté physique envers des animaux
 - A commis un vol en affrontant la victime
 - A contraint quelqu'un d'avoir des relations sexuelles

- La destruction de biens matériels
 - A délibérément mis le feu avec l'intention de provoquer des dégâts importants
 - A délibérément détruit le bien d'autrui

- Des fraudes ou des vols
 - A pénétré par effraction dans un bâtiment ou une voiture
 - Ment souvent pour obtenir des biens ou faveurs ou échapper à des obligations
 - A volé des objets d'une certaine valeur sans affronter la victime.

- Des violations graves des règles établies
 - Reste dehors la nuit malgré des interdictions des parents, début avant 13 ans.
 - A fugué et passé la nuit dehors au moins à deux reprises alors qu'il vivait avec ses parents ou en placement familial.
 - Fait souvent l'école buissonnière, début avant 13 ans.

Cette classification fait débat, la question étant notamment de savoir si cette catégorie relève d'une maladie ou d'un trouble mental. Kendell et al., dans un article de 2003, critiquent en effet la tendance fréquente dans la littérature à assimiler implicitement à des maladies les catégories décrites par les classifications actuelles. Selon Bursztein et al. en 2003, la légitimité de les faire figurer dans une classification psychiatrique continue de faire l'objet de discussion dans la littérature psychiatrique anglaise et américaine. De plus, l'interrogation du clinicien comme du chercheur se pose devant la grande hétérogénéité de ce trouble allant, par exemple, de la déscolarisation à des actes criminels.

Enfin, le « trouble des conduites » est à distinguer du trouble oppositionnel avec provocation qui se caractérise, dans le DSM-5 (APA, 2013) par des comportements et des attitudes négatives, hostiles et de désobéissance envers des personnes en position d'autorité, présents depuis au moins 6 mois avec présence de symptômes dont l'irritabilité, la provocation et le mépris mais sans actes délictueux ni rapport avec la justice.

Aussi, la CFTMEA-R-2010, classification française dans sa version la plus récente, comporte une catégorie entière intitulée « Trouble des conduites et du comportement » regroupant :

- les troubles hyperkinétiques,
- les troubles des conduites alimentaires,
- les tentatives de suicides,
- les troubles liés à l'usage de toxiques,
- les troubles de l'angoisse de séparation,
- les troubles de l'identité sexuelles,

- les phobies scolaires,
- autres troubles caractérisés tels la pyromanie, la kleptomanie, la trichotillomanie, les fugues, la violence contre les personnes, les conduites à risque, l'errance.

Avec les correspondances CIM-10 du « trouble des conduites », on retrouve principalement cette occurrence dans le chapitre précédemment cité « trouble des conduites et du comportement », mais aussi dans le chapitre des « pathologies limites », notamment celles à « dominante comportementale » ou « des troubles de la personnalité ». (Misès, 2011).

Elle reste peu usitée, comparée aux deux autres classifications internationales, mais son utilité et sa validité ont été testées avec succès sur le terrain (Landman, 2017)

2.3. Etiologies des « troubles des conduites »

Il existe une grande variété de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux pouvant contribuer au développement et au maintien de ce trouble. Ceux-ci peuvent alors se chevaucher et complexifier leurs identifications.

2.3.1. Facteurs biologiques :

- Génétique

Selon une étude de Kim-Cohen en 2006, il existerait une possible vulnérabilité génétique. Le gène candidat serait celui du polymorphisme du promoteur de la monoamine-oxydase A, qui métaboliserait les neurotransmetteurs liés au comportement agressif en modérant le développement de la psychopathologie après l'exposition à la violence physique.

Cependant, cette donnée reste récente et les résultats restent très modestes et nécessitent des études complémentaires (Kim-Cohen, 2006)

- Déficits neurobiologiques

Selon la psychiatre Baker en 2016, des études de neuro-imagerie auraient suggéré qu'il existerait des anomalies fonctionnelles de certaines régions du cerveau. Il s'agirait du cortex pré-frontal, qui renvoie à la fonction exécutive et au jugement, ainsi que le système limbique (amygdale et hippocampe) qui renvoie à des réponses émotionnelles apprises, en particulier le conditionnement à la peur.

- Neurotransmetteurs

Des études ont pu être menées chez les enfants mais les résultats n'ont pas été cohérents (Hill, 2002). Par exemple, dans l'étude de McBurnett en 2004, les adolescents présentant des troubles des conduites ont montré une baisse du taux des catécholamines urinaires après exposition au stress, alors que les adolescents qui n'en présentent pas ont montré une hausse. Mais d'autres études n'ont pas réussi à trouver d'association entre les troubles des conduites et les mesures de catécholamines chez les enfants. Il convient de garder aussi à l'esprit que les neurotransmetteurs dans le cerveau ne peuvent être directement mesurés, d'où les difficultés d'exploration (Hill, 2002)

2.3.2. Facteurs de risque neuro-cognitifs.

- Déficits verbaux

Les adolescents ayant des « troubles des conduites » ont souvent montré un déficit dans les compétences verbales, dans les tests de QI, avec de faibles scores verbaux et de performance. (Nigg, 2003 ; Lynam, 2001). Cela serait dû au fait que des adolescents pouvant se rappeler d'instructions orales et sachant manier le langage seraient davantage capables de réfléchir aux conséquences de leurs actions et de participer au contrôle effectif de leurs actions. Les adolescents n'ayant pas ou peu ces capacités, pourraient avoir l'envie de prendre le contrôle des échanges sociaux en utilisant l'agressivité. (Dodge, 1993)

- Traitement de l'information et cognition sociale

En 1995, Dodge a émis l'hypothèse que les adolescents présentant des « troubles des conduites » et qui ont connu des maltraitances physiques répétées auraient tendance à encoder les aspects hostiles d'une situation donnée, à attribuer des intentions à des indices sociaux ambigus et ainsi d'y favoriser des réponses agressives. Une étude prospective a alors été réalisée et a montré que des maltraitances physiques documentées à la maternelle étaient fortement associées à des problèmes à l'école primaire (28% contre 6%).

Cela a confirmé l'hypothèse d'erreurs d'encodage avec attributions d'intentions hostiles, conduisant à promouvoir des réponses agressives. Cette étude prospective a donc fourni un certain soutien pour un modèle de cognition sociale.

- Dysfonction exécutive

Les enfants et les adolescents présentant des « troubles des conduites » ont montré, dans plusieurs études, avoir systématiquement des fonctions exécutives testées médiocres. Ceci ayant un lien avec des altérations du lobe frontal (Ishikawa, 2003 ; Hobson, 2011 ; Lynam, 2001)

2.3.3. Facteurs de risques psycho-sociaux

- Pauvreté

Des études ont montré qu'il existe une association entre la pauvreté socio-économique et l'apparition de « troubles des conduites ». Ce lien serait dû aux tensions découlant de l'écart entre les aspirations voulues et les difficultés réelles d'acquiescer un autre statut social. Il a aussi pu être constaté que ce processus est plutôt indirect, médié par des processus familiaux tels la discorde conjugale et les déficits parentaux (Murray, 2010 ; Maughan, 2001).

- Troubles de l'attachement parent-enfant

Concernant les troubles de l'attachement, il existe une association significative entre l'attachement désorganisé et les « troubles des conduites » (Van Ijzendoorn, 1999).

Aussi, Futh et al. en 2008, et Scott et al. en 2011, ont montré une association indépendante entre attachement « insecure » et « trouble des conduites » .

- Discipline et parentalité

Le comportement incohérent des parents et la parentalité punitive et coercitive augmentent la probabilité que les adolescents montrent un comportement oppositionnel ou agressif (Rutter, 1998). De plus, une étude jumelle longitudinale a examiné les effets de la parentalité des pères sur les jeunes enfants. Comme prévu, l'absence d'un père « pro-social » prédit une hausse de l'agressivité chez ses enfants. Mais en revanche, la présence d'un père « antisocial » prédit encore plus d'agressivité chez ses enfants, et son effet nocif est exacerbé. (Jaffee, 2003)

- Exposition aux conflits conjugaux des adultes et à la violence familiale

Il est probable que les processus familiaux autres que les compétences parentales et la qualité des relations parents-enfant aient un rôle.

De nombreuses études ont montré que les enfants exposés à la violence domestique entre adultes sont, par la suite, plus susceptibles de devenir eux-mêmes agressifs (Moffitt, 1998).

La discorde conjugale peut augmenter l'agressivité des enfants ; ces derniers sont alors susceptibles d'imiter un comportement agressif modélisé par leurs parents. (Bandura, 1977)

De plus, les enfants peuvent retenir de ces violences conjugales qu'il s'agit d'une normalité des relations familiales, que c'est un moyen efficace de contrôler les autres sans être sanctionné, ni puni (Osofsky, 1995)

- **Maltraitance**

Dans l'ensemble, les associations entre la violence physique et les « troubles de conduite » sont bien établies (Hill, 2002). Aussi, l'abus sexuel durant l'enfance prédit une augmentation des « troubles des conduites ». (Fergusson, 1996). Cependant, enquêter sur la relation entre la maltraitance des enfants et l'apparition de « troubles des conduites » est particulièrement difficile pour des raisons éthiques. Peu de choses sont alors connues sur cette relation (Hill, 2002).

- **Les pairs**

Selon une étude de Vitaro et al. en 2001, les enfants ayant des problèmes de comportement ont de moins bonnes relations avec leurs pairs que les autres enfants. En effet, ils ont alors tendance à s'associer avec des enfants ayant des comportements antisociaux, ont des interactions discordantes avec les autres enfants, et alors expérimentent le rejet par d'autres pairs (Vitaro, 2001 ; Coie, 2004). Ces autres adolescents aux comportements identiques renforcent alors les comportements antisociaux de ces pairs. (Boivin, 1995). Dans l'ensemble, il faut considérer la manière dynamique et réciproque des interactions qu'ont les enfants et adolescents entre eux car celles-ci pourront influencer ou majorer des « troubles des conduites ». (Vitaro, 2001)

2.4. Traitements pour les enfants et adolescents avec « trouble des conduites »

2.4.1. Prise en charge familiale et sociale.

Pour traiter le « trouble des conduites », le NICE (National Institute for Health and Care Excellence) et certains auteurs (Baker, 2016 ; Pilling, 2013) recommandent en première intention l'utilisation d'une approche non-médicamenteuse. Cette dernière peut intervenir dans un second temps mais seulement dans des contextes très spécifiques.

Trois axes bénéficiant d'un niveau de preuve satisfaisant sont communs aux interventions non-médicamenteuses, et doivent être mis en place le plus précocement possible et de manière durable (Baker, 2016) :

- Travail avec les parents et les familles
- Reconnaissance de l'importance du système social élargi
- Accent sur la prévention ou la réduction des problèmes existants

Il est tout d'abord nécessaire de former une bonne alliance avec la famille pour espérer améliorer le « trouble des conduites » (Prinz, 1994). En effet, selon Kazdin et al, 40 à 60% des prises en charge familiales avec des adolescents présentant des troubles des conduites sont interrompues, notamment par défaut de recherche d'alliance thérapeutique précoce et un manque d'identification de facteurs de risques d'interruption, tel un stress familial.

Ensuite, il faut sélectionner le type d'action à prodiguer et où la délivrer. Le principal milieu d'action doit être la famille, mais cela ne présage pas d'améliorations potentielles dans d'autres milieux comme l'école et pour lesquels il faut renouveler la démarche (Rutter and Stevenson, 1998). Aussi, identifier les points forts chez l'adolescent, comme l'encourager dans des activités pro-sociales ou d'accomplissement de soi, l'entraînera à se comporter de façon constructive plutôt que destructive.

Il faut, par la même, aussi traiter ses comorbidités comme la dépression, le TDAH, le stress post-traumatique, qui par leur curabilité, peut atténuer voire faire disparaître le trouble initial (Baker, 2016). Enfin, il faut promouvoir l'apprentissage social et scolaire avec notamment un dépistage des difficultés scolaires et les capacités sociales à encourager, et surtout traiter l'adolescent dans son environnement habituel (Baker, 2016).

Plus précisément, concernant les thérapeutiques non-médicamenteuses, il est rapporté des interventions spécifiques basées sur la famille, comme par exemple, la formation en gestion parentale, nécessaire car les troubles des conduites peuvent être entretenus par inadvertance à la maison par des interactions parents-enfants inadaptées. Cette formation semble la plus adaptée pour les moins de 12 ans, et fait référence à des enseignements dans lesquels les parents sont formés pour interagir différemment avec leurs enfants. Il s'agit d'enseigner aux parents, individuellement et en groupe, à prêter attention aux comportements souhaitables et à les renforcer, ainsi qu'à mettre en pratique des stratégies efficaces pour faire face à leurs potentielles réactions indésirables, à l'aide, notamment, de jeux de rôle ou de vidéos (Baker, 2016).

Concernant l'adolescent, il peut exister une thérapeutique à composante unique qui est la thérapie familiale fonctionnelle (Alexander, 2000) avec quatre phases de traitement : l'engagement, la motivation, le changement de comportement et sa généralisation. Cette thérapeutique utilise les principes de la théorie des systèmes et de la modification du comportement comme base pour modifier les interactions, la communication et la résolution de problèmes entre les membres de la famille. Cela suppose que le comportement problématique d'un adolescent remplisse une fonction nécessaire dans la famille. Ces fonctions incluent la régulation du soutien et de l'intimité ou la régulation de la distance entre les membres de la famille. Le traitement se concentre donc sur l'aspect interactionnel des processus familiaux ainsi que sur les dysfonctionnements comportementaux et cognitifs. Son but est la réalisation d'un changement dans les modèles d'interactions et de communication, afin de promouvoir le fonctionnement familial adaptatif. Les interactions familiales hautement conflictuelles sont une cible primaire de l'intervention. Son efficacité est désormais bien établie, avec plusieurs essais positifs, et un taux de récurrence inférieur d'environ 25% par rapport au groupe contrôle (Alexander, 2000). Cependant, l'administration efficace de ce traitement nécessite une formation et une supervision considérables. Cela peut expliquer pourquoi, malgré la manière relativement bien établie de cette approche de traitement, son utilisation est limitée.

Il existe aussi pour l'adolescent des interventions à composants multiples, dont la plus connue est la thérapie multi-systémique (Huey, 2000) qui comprend neuf principes de traitement, tous orientés dans différents systèmes afin de calmer le « trouble des conduites ». Cette approche reconnaît la nature multidimensionnelle du comportement antisocial grave. Elle s'appuie sur un large éventail de techniques pour résoudre les problèmes de relations individuelles, parentales, familiales et entre pairs. Elle utilise de multiples interventions dans des combinaisons dirigées par le tableau clinique. Les principales interventions de traitement comprennent la thérapie familiale systémique et structurale, la formation des parents, la thérapie conjugale et la psychothérapie de soutien liée aux problèmes interpersonnels. L'objectif principal de cette thérapie est de donner aux parents les compétences et les ressources nécessaires pour répondre à la difficulté d'élever des adolescents de manière autonome, tout en donnant aux jeunes les moyens de faire face à leurs problèmes familiaux et extra-familiaux. Celle-ci a une durée d'environ 3 mois. Des méta-analyses ont pu montrer sa grande efficacité et son effet durable, jusqu'à 14 ans plus tard avec un taux de récurrence de 50% contre environ 90 % en placebo (Littell, 2005).

Contrairement à ces types d'approche qui ont montré leur efficacité, certaines études (Benda, 2005 ; Cullen, 2005 ; Stinchcomb, 2005 ; Tyler, 2005) ont pu mettre en évidence ce qui paraissait inefficace, tels les « boot camps » - « entraînement commando militaires » -, ainsi que les visites des prisons en tant que procédé de dissuasion (Petrosino, 2003). Une légère amélioration avait néanmoins pu être constatée avec des programmes en pleine nature liée à une activité physique intense (Wilson, 2000).

2.4.2. Prise en charge médicamenteuse.

Du point de vue de la thérapeutique médicamenteuse, il n'existe aucune intervention pharmacologique qui ait été scientifiquement approuvée, bien qu'elle soit utilisée relativement fréquemment. En tout cas, elle ne doit pas être utilisée en routine (Steiner, 2003 ; Baker, 2016).

Les interventions pharmacologiques les mieux étudiées sont faites avec les psychostimulants, tel le méthylphénidate, qui doit être utilisé exclusivement chez des adolescents présentant une comorbidité TDAH. Dans ces circonstances, il existe des preuves que la réduction de l'hyperactivité / impulsivité entraînera également une réduction des troubles des conduites (Connor, 2002 ; Gerardin, 2002).

D'autres approches pharmacologiques ont été étudiées, tels que les stabilisateurs de l'humeur (Lithium et Carbamazépine) et qui ont montré, selon les études, des résultats contradictoires (Campbell, 1995 ; Klein, 1996 ; Malone, 2000 ; Rifkin, 1997). De plus, la polymédication est aussi corrélée aux risques d'effets secondaires accrus (Impicciatore, 2000).

Au cours de ces dernières années, l'utilisation d'antipsychotiques tels que la rispéridone, a pu montrer certains résultats, mais uniquement dans des contextes bien précis. Pour rappel, il s'agit uniquement de son utilisation en seconde intention, après l'échec d'interventions psychosociales, sur un court temps, pour des comportements très agressifs et concernant des adolescents ayant des troubles explosifs ou des grandes labilités émotionnelles. Ceci fut démontré dans deux études (Findling, 2000 et Aman, 2002), qui observaient une diminution de l'agressivité dans la plupart des cas versus placebo. De plus, une certaine tolérance du traitement était observée, avec une posologie de 1,5 à 3 mg/jour. A l'inverse, une autre étude plus récente montrait de nombreux effets secondaires de ces médicaments antipsychotiques comme un gain de poids et des dyskinésies tardives. Ils seraient donc à manier avec précaution (Reyes, 2016)

Dans le cadre du traitement de ces adolescents, les recommandations internationales citées précédemment privilégient les prises en charge ambulatoires et n'évoquent plus l'hospitalisation. Ces études ne restent cependant que préliminaires et nécessitent des explorations complémentaires, compte tenu de la taille des échantillons étudiés et de la durée de suivi (Baker, 2016 ; Pilling, 2013).

2.4.3. Prise en charge hospitalière

Certains auteurs rapportent que les adolescents sont souvent adressés en hospitalisation après avoir épuisé, ou s'être fait rejeter de bon nombre de structures. Aussi, dans un article de 2006, Perisse et al. relèvent « l'importance du travail institutionnel avec des enfants ou des adolescents ayant ce type de difficulté et qui serait souvent une étape importante pour ces jeunes, avant de pouvoir trouver un projet à plus long terme ». De plus, un autre article rédigé par Maes, en 2003, rapporte que le cadre institutionnel et sa fiabilité ont ici toute leur importance puisque celui-ci va rester fixe, fiable et contenant malgré les attaques. Il y a alors reprise systématique des débordements avec l'adolescent et parfois avec les parents. Aussi, le séjour institutionnel permet de travailler sur la séparation, la notion d'absence et présence qui est souvent une difficulté commune de ces adolescents.

Auparavant, un article de 1997 publié par Malone et al. soulignait ainsi la remarquable efficacité à court terme d'une hospitalisation. Dans cette étude clinique, près de la moitié (47,7 %) des 44 enfants et adolescents qui présentaient un « trouble des conduites » avaient répondu positivement aux aspects non-pharmacologiques d'une hospitalisation..

Un autre établissement, l'hôpital Sainte-Anne à Paris, accueille au sein d'une unité d'hospitalisation adulte des adolescents qui présentent ces troubles, où des lits leur sont réservés. Les jeunes patients bénéficient alors « du dispositif de soins contenant du service pour éviter qu'ils ne fugent dès leur arrivée sans qu'ils aient l'impression que cette contenance leur est spécifiquement destinée », eux qui ne vivent que « dans le cadre de l'errance et de la claustration ». (Baldacci, 2010). Selon ce médecin, l'hospitalisation est alors utile. Elle apparaît en effet comme un « outil d'apaisement de la crise, car une séparation physique des protagonistes peut être nécessaire devant l'exacerbation du trouble des conduites ». Elle a une fonction protectrice, permettant de faire « reposer » les partenaires et favorise aussi une évaluation clinique et thérapeutique attentive de troubles peu spécifiques à l'adolescence qui pourraient s'intégrer dans divers tableaux psychopathologiques.

Aussi, l'hospitalisation en milieu adulte, où des lits sont réservés aux adolescents et des soins dispensés par une équipe motivée et formée à la prise en charge des adolescents a alors toute sa pertinence, « en raison de sa capacité de contenance et du travail institutionnel original que favorise l'hétérogénéité des groupes ».

Outre l'hôpital Sainte-Anne à Paris, il est aussi à savoir qu'une autre structure a existé, en région parisienne : l'Etablissement de Placement Educatif et de Traitement de la Crise (EPETC) de Suresnes dans les Hauts-de-Seine (92). Elle avait un caractère interdisciplinaire et un double but d'évaluation et de soins. Il s'agissait donc d'un triple partenariat, unissant la direction départementale de la PJJ des Hauts-de-Seine, le centre hospitalier interdépartemental Théophile Roussel (secteur de pédopsychiatrie de Suresnes) et le conseil général des Hauts-de-Seine. Ceci a permis d'ouvrir cette structure en septembre 2006 qui réunissait notamment en son sein l'ensemble du personnel appartenant aux domaines du judiciaire, de l'éducatif, du sanitaire et du social, notamment des éducateurs, infirmiers, psychologues, psychiatres.

L'établissement pouvait recevoir six mineurs de plus de 13 ans et la période d'accueil était d'un mois maximum. L'équipe pluridisciplinaire était composée d'un directeur, d'un chef de service de 9 éducateurs, de 3 animateurs techniques et de 3 personnels chargés de l'entretien.

Au plan médical et paramédical, l'établissement disposait d'un psychiatre, de 2 psychologues à mi-temps et de 2 infirmiers financés par le conseil général et l'hôpital Théophile Roussel.

L'EPETC devait, avant tout, être un établissement éducatif avec renfort médico-psychologique. Il ne devait pas être confondu avec un lieu de soin.

Au bout de deux années, et notamment devant un taux d'occupation des lits inférieur à 50% dû à un manque de rayonnement de sa zone d'attractibilité (uniquement la Seine-Saint-Denis puis tardivement la région parisienne), le Conseil Général s'est retiré financièrement, puis au bout de quelques mois, la décision de fermeture de la structure a été prononcée.

Cependant, à l'époque, le directeur de la direction territoriale de la PJJ, M. Cabourdin, avait envisagé de recréer une structure quasiment identique mais avec d'office un rayonnement géographique beaucoup plus important. Dix années plus tard, il ne semble pas que cette idée ait fini par ré-aboutir (Zumkeller, 2009).

3.1. Création et description de la SIPAD :

A l'origine, la Structure Intersectorielle Pour Adolescents Difficiles (SIPAD) est issue d'un partenariat entre le Centre Hospitalier Sainte-Marie (CHSM) et diverses institutions (PJJ, Education Nationale, Conseil Général). Ce partenariat avait pour but de créer un lieu de soins capable de répondre aux problématiques de certains adolescents qui restaient au ban de toute prise en charge médico-éducative parce que leurs comportements étaient peu compatibles avec les possibilités d'accueil traditionnelles.

La SIPAD a ouvert en octobre 2000, en tant qu'unité expérimentale du fait de ce partenariat multiple et unique. Cette unité de lieu et de temps devait permettre de prendre l'adolescent en charge dans sa globalité, prenant la forme d'un soin médico-éducatif.

Concernant ses locaux, la structure est fermée et son accès n'est possible que par l'usage de clés électroniques sécurisées. Elle se présente sur 2 étages, avec des étages réservés chacun aux garçons ou aux filles. Les chambres sont individuelles et la structure possède une terrasse au sein du service. Elle dispose aussi d'une salle d'activité, d'une salle de classe et de plusieurs bureaux pour le personnel soignant.

3.2. Projet médical initial de la SIPAD

Les éléments ci-après sont issus des documents du projet médical avant l'ouverture.

3.2.1. Description

La SIPAD est une unité de soin qui appartient au Centre Hospitalier Sainte-Marie (CHSM) de Nice et qui est située en son sein.

C'est une unité intersectorielle d'accueil, d'observation, d'évaluation dans le but d'élaborer un projet fédérateur autour de l'adolescent. Celui-ci est à la fois thérapeutique et éducatif.

Il permet l'orientation et la mise en route des prises en charge personnalisées.

3.2.2. Les indications d'hospitalisation

A l'ouverture, il était question d'accueillir une population âgée de 12 à 19 ans, ne présentant pas forcément des troubles rattachables à une pathologie psychiatrique avérée sur le plan nosographique. Les adolescents et adolescentes hospitalisés correspondaient à l'appellation « adolescents difficiles ».

Cette population pouvait présenter les caractéristiques suivantes :

- Problèmes psychiatriques des adolescents
(drogue, suicide, problèmes nutritionnels, crise ...)
- Psychoses déficitaires
- Troubles du comportement et problèmes sociaux
 - Conduites hétéro-agressives verbales ou physiques
 - Conduites auto-agressives

Dans le document du projet médical initial, il était écrit que tous ces comportements s'exprimaient à travers une tendance à l'isolement ou à la participation en bande et que les troubles exprimant cette souffrance psychique pouvaient être l'expression de difficultés par rapport à la famille, le métier ou la société.

3.2.3. La durée d'hospitalisation

La durée d'hospitalisation devait être la plus brève possible : initialement pour 15 jours, tacitement reconductibles après synthèses entre l'équipe de la SIPAD et les partenaires extérieurs référents de l'adolescent.

3.2.4. La provenance d'hospitalisation

Le champ de provenance des adolescents s'étendait à la France entière jusqu'aux DOM-TOM.

3.2.5. La capacité d'accueil et l'équipe soignante

La capacité d'accueil de la structure correspondait à 12 lits mixtes d'hospitalisation.

L'équipe soignante était pluridisciplinaire et composée de la façon suivante :

Personnel	Equivalent Temps Plein (ETP)
Psychiatre	2
Cadre de Santé	1
Psychologue	0.8
Psychomotricien	0.5
Assistante Sociale	0.5
Infirmier	11
Aide-Soignant	4
Agent des Services Hospitaliers	2
Educateurs de la PJJ	2
Educateur spécialisé	2
Enseignant	0.5

3.2.6. Les soins proposés

Le temps d'hospitalisation permettait de répondre aux demandes des partenaires extérieurs d'effectuer un bilan médico-éducatif devant déboucher à la fois sur l'élaboration et la mise en route d'un projet thérapeutique, ainsi que sur un projet d'orientation socio-éducatif.

Les bilans étaient régulièrement effectués par séquences de 7 jours : bilan psychologique (quotient intellectuel, âge mental, personnalité), bilan infirmier, bilan de psychomotricité (évaluation de l'adresse gestuelle / posture / latéralité) et enfin bilan des données sociales et éducatives.

En parallèle, après 48 heures, d'autres évaluations étaient mises en route par le biais de l'intégration de l'adolescent au sein de différentes activités, à la vie en communauté et scolaire.

Aussi, toutes les semaines, des synthèses étaient organisées avec les partenaires extérieurs pour préparer la sortie de l'hospitalisation, notamment les adresseurs (tels la justice, les services d'hospitalisation, les établissements médico-sociaux, les travailleurs sociaux, ...).

3.3. Une période de crise institutionnelle : 2008 – 2012 :

L'été 2008 a été marqué par le début d'une grande période d'instabilité de l'institution.

Il y a eu de nombreux départs du personnel soignant, ce qui avait conduit le médecin référent de la structure à réduire la capacité d'accueil de moitié, à 6 lits, à compter de juillet 2008, afin de ne pas mettre l'équipe en difficulté.

Le 1^{er} octobre 2008, suite au départ du médecin-chef puis du médecin référent de la structure, et l'absence de successeur volontaire, la décision a été prise de fermer la SIPAD durant 2 mois. Le but était de recruter une nouvelle équipe de soignants et un médecin, de retravailler le projet de service et de redéfinir le cadre des prises en charge. Cette décision avait été validée par la direction de l'hôpital, dans un contexte de restructuration du pôle de psychiatrie légale auquel était rattaché cette structure.

A cette occasion et à la demande des autorités de tutelle, un comité scientifique a été créé ; constitué des partenaires de la SIPAD dont les chefs de service des 5 intersecteurs de pédopsychiatrie des Alpes-Maritimes, l'aide sociale à l'enfance, le foyer de l'enfance, des représentants de la justice, des représentants de la PJJ ainsi que le médecin des tutelles et des membres du personnel de la SIPAD. L'objectif était de faire un état des lieux de cette structure et d'évaluer sa place dans le maillage des soins pédopsychiatriques des Alpes-Maritimes.

Après la réouverture de la structure à la fin du mois de novembre 2008 et jusqu'à sa nouvelle fermeture à l'été 2012 pour une durée de 2 mois, la SIPAD souffrira d'un manque de médecin référent à temps plein, se soldant alors par un ralentissement de la dynamique de la structure.

C'est durant cette période que sera créée une chambre d'apaisement au sein de la SIPAD. Auparavant, les adolescents étaient transférés dans une unité pour adultes (UMAP : Unité pour Malades Agités et Perturbateurs)

Ce travail scientifique de plusieurs années aura permis d'instaurer du dialogue entre les différents partenaires et de réfléchir autour de cas cliniques communs pour le parcours de l'adolescent.

Leurs conclusions de travail seront pour la SIPAD :

- Rapprochement et intégration de l'unité dans le réseau de soins pédopsychiatriques.
- Orientation régionale de la structure contre nationale auparavant.
- Diminution du nombre de lits à 9 au lieu de 12 lits.
- Prise en charge s'éloignant d'adolescents présentant des troubles du comportement sans troubles psychiatriques francs.
- Durée d'hospitalisation rallongée avec du plus long terme
- Certificat médical d'un psychiatre ou pédopsychiatre et non d'un médecin sans cette spécialité
- Restriction d'âge de 13 à 18 ans, contre 12 à 19 ans précédemment.

Ainsi, cette crise aura eu des conséquences sur le fonctionnement de la structure affectant principalement le travail avec les partenaires extérieurs, dues notamment à l'absence de médecin psychiatre référent. Ce turn-over important de médecins mettra aussi à mal la continuité de la prise en charge des adolescents.

Cette période de crise institutionnelle, à partir du travail du comité scientifique, a permis une transition vers la réécriture d'un nouveau projet médical avec de nouvelles orientations, dans le cadre de la restructuration de son pôle de rattachement.

3.4. Projet médical de la SIPAD en 2012

Les éléments ci-après sont issus du document « Projet médical de la SIPAD en 2012 »

3.4.1. Description

Les missions de la SIPAD restent assez proches de celles en l'an 2000, c'est-à-dire l'accueil et l'évaluation pluridisciplinaire médicale, psychologique, scolaire et sociale, apportant toujours une lecture transdisciplinaire de la trajectoire de l'adolescent.

3.4.2. Les indications d'hospitalisation

La tranche d'âge a été resserrée : allant de 13 ans jusqu'à la majorité (18 ans).

Il s'agit d'adolescents en situation de crise, de violence ou en rupture avec son environnement. La crise se définit par : « *une manifestation violente et brusque d'un trouble du comportement laissant penser à un trouble de la personnalité ou une pathologie psychiatrique, engendrant des difficultés dans la prise en charge, se caractérisant par des passages à l'acte hétéro-agressif dans un contexte aigu ou subaigu* »

Il existe désormais des critères d'exclusion :

- L'urgence
- Le risque suicidaire avéré
- Les troubles des conduites alimentaires
- Les déficiences mentales
- Les troubles du spectre autistique

3.4.3. La durée d'hospitalisation

La durée d'hospitalisation est désormais de 21 jours, soit 3 semaines.

Auparavant, de 2008 à 2012, durant la période d'instabilité de la structure, les séjours pouvaient être plus longs.

3.4.4. La provenance d'hospitalisation

Suite au comité scientifique, le territoire géographique de provenance a été réduit à la région Provence-Alpes Côte d'Azur, Corse et Monaco,

3.4.5. La capacité d'accueil et l'équipe soignante

La capacité d'accueil de la structure correspond désormais à 9 lits mixtes d'hospitalisation.

L'équipe soignante est toujours pluridisciplinaire et est composée de la façon suivante :

Personnel	Equivalent Temps Plein (ETP)
Psychiatre	1
Cadre de Santé	1
Psychologue	1
Psychomotricien	0
Assistante Sociale	0
Infirmier	8
Aide-Soignant	4
Agent des Services Hospitaliers	4
Educateurs de la PJJ	2
Educateur spécialisé	2
Educateur sportif	1
Enseignante	0

3.4.6. Les soins proposés.

Le temps d'hospitalisation permet toujours de répondre aux demandes des partenaires extérieurs d'effectuer un bilan médico-éducatif, parfois avec la demande d'instauration d'un traitement médicamenteux.

Les bilans effectués restent les mêmes que dans le projet initial.

Aussi, une synthèse mi-parcours avec les partenaires extérieurs et une rencontre avec la famille ont été prévues pour préparer la sortie de l'hospitalisation, notamment avec ceux qui sont adresseurs de la demande (tels la justice, les services d'hospitalisation, les établissements médico-sociaux, les travailleurs sociaux, ...).

3.5. Evolution depuis 2012 et actuellement :

Dans le cadre d'une réorganisation de l'hôpital Sainte-Marie, en 2018, le projet de service de la SIPAD a notifié quelques changements. La durée d'hospitalisation avait été portée à 3 semaines en 2012 et est désormais de 4 semaines depuis 2017. Cette durée se décompose par une première semaine d'observation et d'évaluation suivie de 3 semaines d'élaboration du projet thérapeutique et/ou social dans le cadre d'activités et sorties thérapeutiques. Cette durée peut être exceptionnellement prolongée, uniquement pour raisons médicales.

Les bilans médicaux et psychologiques sont alors désormais effectués principalement la première semaine d'hospitalisation. En parallèle, les autres évaluations sont toujours mises en route par le biais de l'intégration de l'adolescent au sein de différentes activités, à la vie en communauté et scolaire et peuvent donc être extérieures à compter de la deuxième semaine.

Au total, ce projet de service est très proche de celui de 2012 dans ses grandes orientations médicales.

IV / TRAVAIL DE RECHERCHE – ANALYSE DESCRIPTIVE RETROSPECTIVE DEPUIS L’OUVERTURE DE LA STRUCTURE EN 2000 SUR 17 ANNEES.

Dans un premier temps, nous vous parlerons de la méthode utilisée en évoquant le déroulement de l'étude et le regard éthique, puis nous vous présenterons les résultats de cette étude, tout d'abord, de manière globale puis année par année.

4.1. Méthode

4.1.1. Déroulement de l'étude

4.1.1.1. La population

4.1.1.1.1. Critères d'inclusion

Il s'agit de tous les garçons et filles, hospitalisés à la SIPAD dans la période allant de son ouverture (octobre 2000) au 31 décembre 2017

4.1.1.1.2. Critères de non-inclusion.

Il n'existe pas de critères de non-inclusion.

4.1.1.2. Relevé des données socio-démographiques et cliniques

Les données sociodémographiques ont été relevées à partir de la liste d'admissions de tous les adolescents venus depuis l'ouverture de la SIPAD en 2000 jusque fin décembre 2017.

De cette liste d'admission, les données socio-démographiques ont été complétées par des archives papier conservées par les éducatrices PJJ de la SIPAD.

Ces données ont été croisées avec le logiciel informatique Cariatides de l'Hôpital Sainte-Marie, qui a ouvert en 2010 et qui constitue le dossier médical informatisé. Il a permis aussi de recueillir toutes les données cliniques.

Enfin pour les données cliniques manquantes, les dossiers médicaux papiers de ces adolescents ont été récupérés aux archives de l'Hôpital Sainte-Marie situées en son sein.

Les différentes catégories de données ci-jointes ont été recueillies année par année :

- Le sexe (masculin ou féminin)
- L'âge au moment de l'admission
- La modalité d'hospitalisation de l'adolescent ;

Les différentes occurrences étaient : l'autorité parentale ou par délégation (AP/DAP), l'ordonnance de placement provisoire (OPP) sous deux modes - OPP45 (délinquance) ou OPP375 (assistance éducative).

- L'absence ou la présence d'une mesure éducative judiciaire pénale confiée à la PJJ

Ces mesures peuvent se dérouler soit dans le cadre d'un placement judiciaire, soit en milieu ouvert faisant alors l'objet d'une mesure judiciaire demeurant au domicile familial.

La PJJ exerce alors une double mission : l'action éducative mais aussi la mise en œuvre des peines prononcées.

- Le mode de sortie de la structure

Il s'agissait soit d'une sortie programmée sur décision médicale, soit d'une fugue, où alors nous avons défini arbitrairement qu'il correspondrait à une fugue sans retour après une durée de 15 jours (durée maximale d'une OPP pour placement en structure psychiatrique).

- L'origine géographique du patient admis.

- Le nombre de séjour et leurs durées

Cette durée de séjour a été définie par 2 bornes : la date d'admission et la date de sortie.

Concernant la date de sortie, nous avons défini arbitrairement qu'elle coïncidait avec une décision médicale de sortie d'hospitalisation ou une fugue sans retour après une durée de 15 jours (durée maximale d'une OPP pour placement en structure psychiatrique). En dehors de ces deux situations, la durée du séjour n'était alors pas interrompue.

- La présence ou l'absence de diagnostics principaux dans le dossier pour chaque séjour

- Les diagnostics CIM-10 principaux

4.1.1.3. Analyse des données

Une fois récupérées, ces données ont été intégrées dans un fichier du logiciel Excel de Microsoft Office.

Cela a alors permis de faire des analyses statistiques, présentées la plupart du temps sous forme d'histogrammes ou de diagrammes. Certaines données quantitatives ont permis la réalisation de « diagrammes en boîte » et de calculs de moyennes.

Les résultats seront présentés de manière globale puis année par année.

4.1.1.4. Durée de l'étude

La durée de l'étude aura été de 9 mois (6 mois de recueil de données, 3 mois d'analyse de données).

4.1.2. Ethique

Il s'agit d'une étude non-interventionnelle qui consiste en la réutilisation secondaire de données rétrospectives. Elle est exclue du cadre de la loi Jardé car elles ne portent pas sur des personnes mais sur des données. Elle relève du seul avis de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), qui repose sur un avis préalable du Comité d'Expertise pour les Recherches, les Etudes et les Evaluations dans le domaine de la Santé (CEREES). (Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016)

Cette étude a donc fait l'objet d'une déclaration à la CNIL afin d'être conforme aux règles d'éthique en vigueur actuelles.

4.2. Description des résultats

4.2.1. Données sur 17 ans (2000-2017)

4.2.1.1. Nombre de séjours et d'adolescents reçus

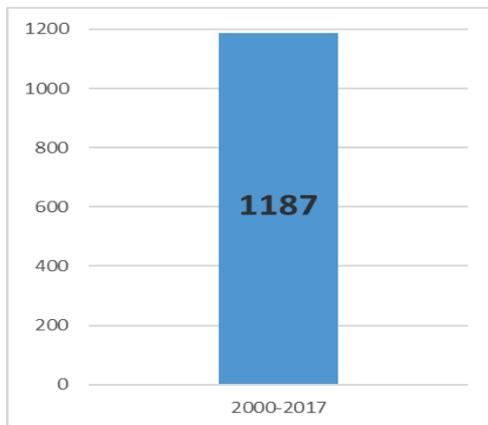


Figure 1 : Nombre total de séjours

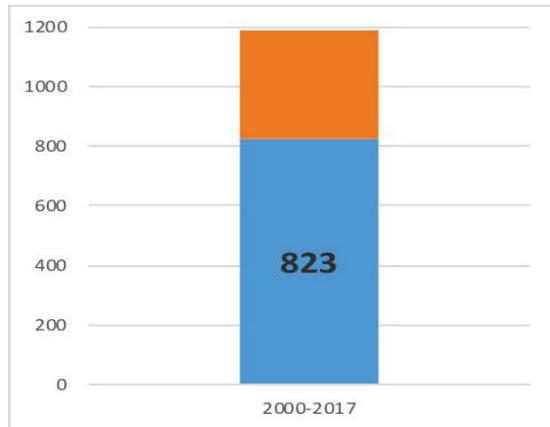


Figure 2 : Nombre d'adolescents reçus

D'octobre 2000, date de l'ouverture de la SIPAD, jusqu'en décembre 2017, il y a eu 1187 séjours (*Figure 1*).

Cela a représenté un total de 823/1187 adolescents uniques accueillis soit 69% sur le total des séjours (*Figure 2*).

4.2.1.2. Primo-hospitalisations et ré-hospitalisations

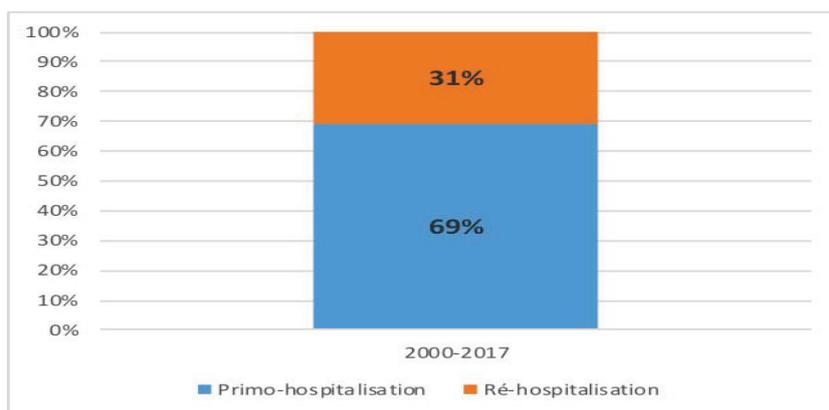


Figure 3 : Part de primo-hospitalisation et de ré-hospitalisation sur l'ensemble des séjours

Le ratio de primo-hospitalisation sur le total des séjours correspond au nombre d'adolescents accueillis dans la structure, décrit précédemment soit 823 adolescents (69%).

Ainsi 364 séjours (31%) ont été le fait de ré-hospitalisations (*Figure 3*).

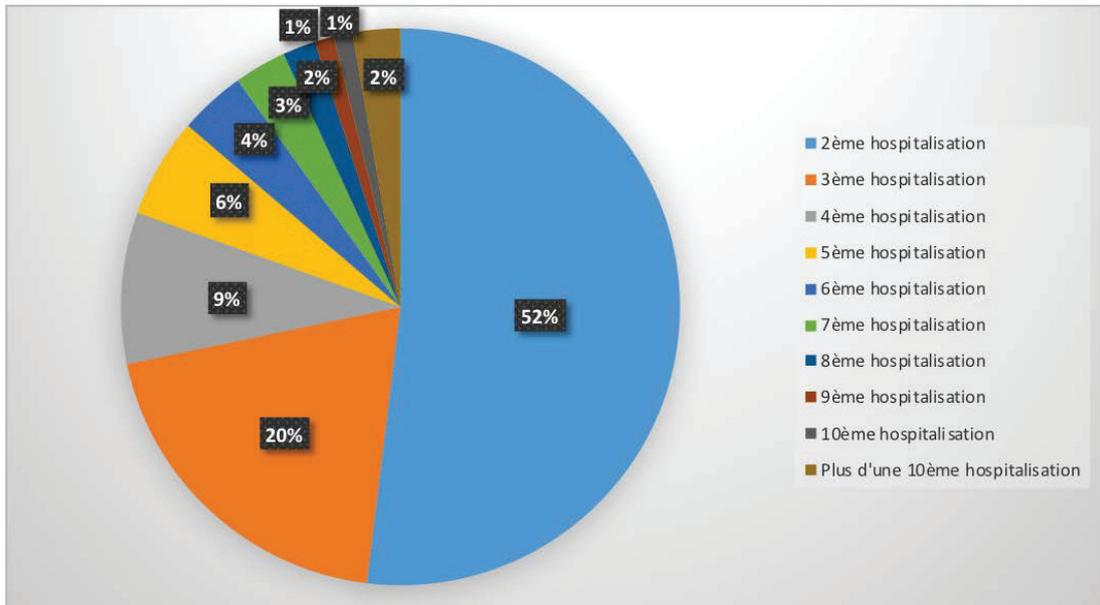


Figure 4 : Répartition du nombre d'itérations d'hospitalisations sur le total des ré-hospitalisations (n=364)

En explorant ces 364 séjours, on se rend compte qu'ils sont constitués à 52% de seconde hospitalisation (189), puis de troisième hospitalisation à 20% (72) et de quatrième hospitalisation à 9% (32). Ensuite, les pourcentages décroissent.

La proportion à relever est celle constituant des séjours dépassant la 10^{ème} hospitalisation, à 2% (10). (Figure 4).

4.2.1.3. Sex-ratio

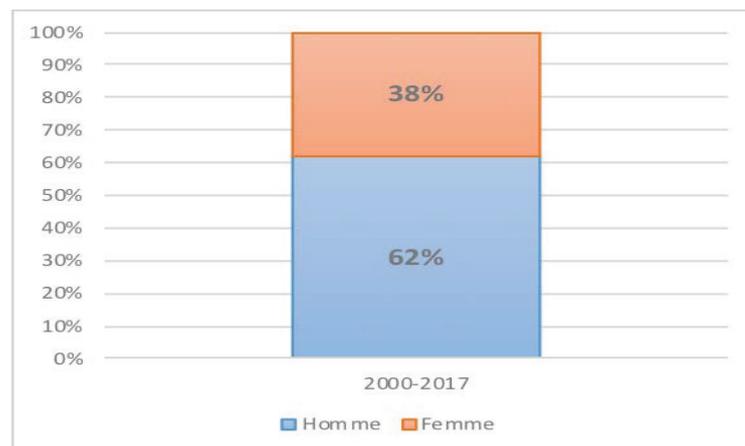


Figure 5 : Proportion d'hommes et de femmes sur tous les séjours d'adolescents

Concernant le sexe de tous les séjours d'adolescents ayant été accueillis, il est majoritaire du côté des garçons avec 62% (739) contre 38% pour les filles (448). Le sex-ratio est alors d'environ 1,65. (Figure 5).

4.2.1.4. Age

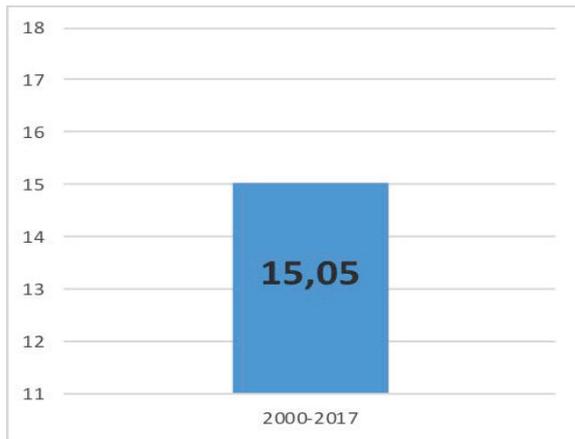


Figure 6 : Age moyen des adolescents (en années)

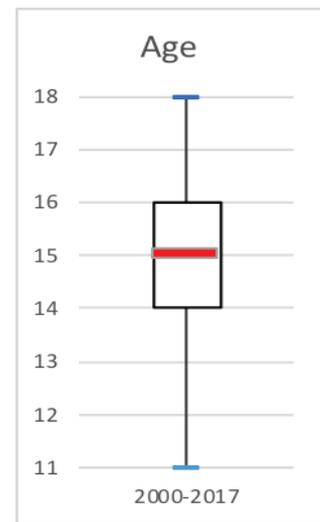


Figure 7 : Diagramme en boîte

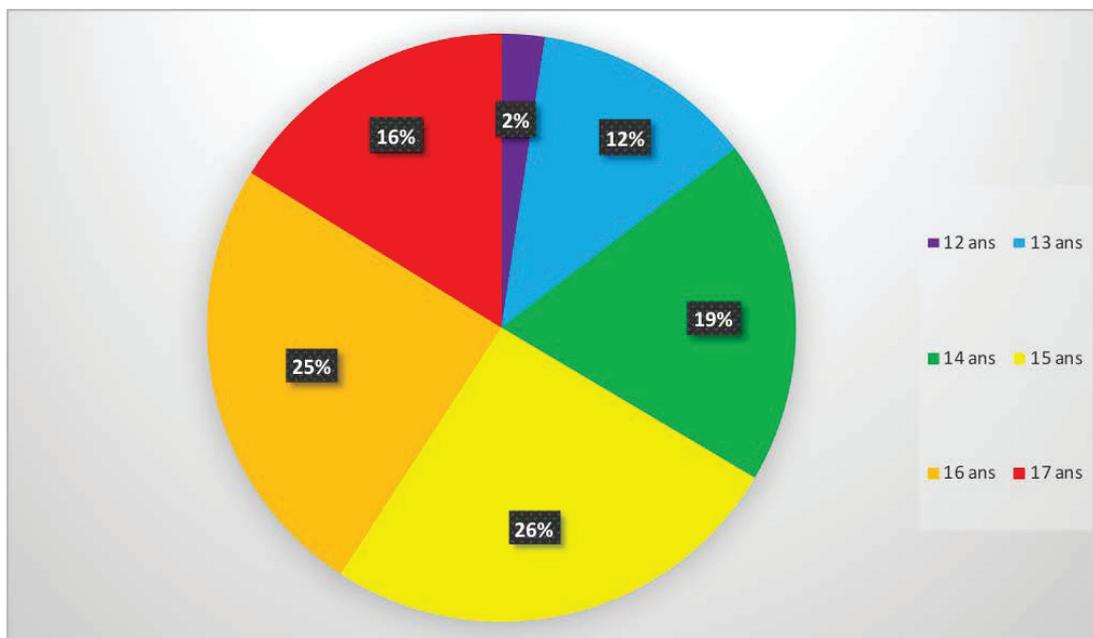


Figure 8 : Répartition des âges des adolescents sur tous les séjours

Sur la figure 6, l'âge moyen des adolescents est d'environ 15 ans (écart-type : 1,35)

Sur la figure 7, on note que la médiane d'âge est de 15 ans, presque identique à la moyenne. L'espace inter-quartile est de 2 années. L'âge minimal était de 11 ans (3 adolescents) et l'âge maximal était de 18 ans (3 adolescents).

Enfin sur la figure 8, après étude des âges des adolescents lors de l'admission, on remarque une certaine homogénéité des résultats tout en identifiant 3 groupes d'âges majoritaires : 26% ont 15 ans (303) et 25% ont 16 ans (291) puis 19% ont 14 ans (224), 16% ont 17 ans (191), 12% ont 13 ans (144) et enfin 2% ont 12 ans (28).

4.2.1.5. Modalités d'hospitalisation

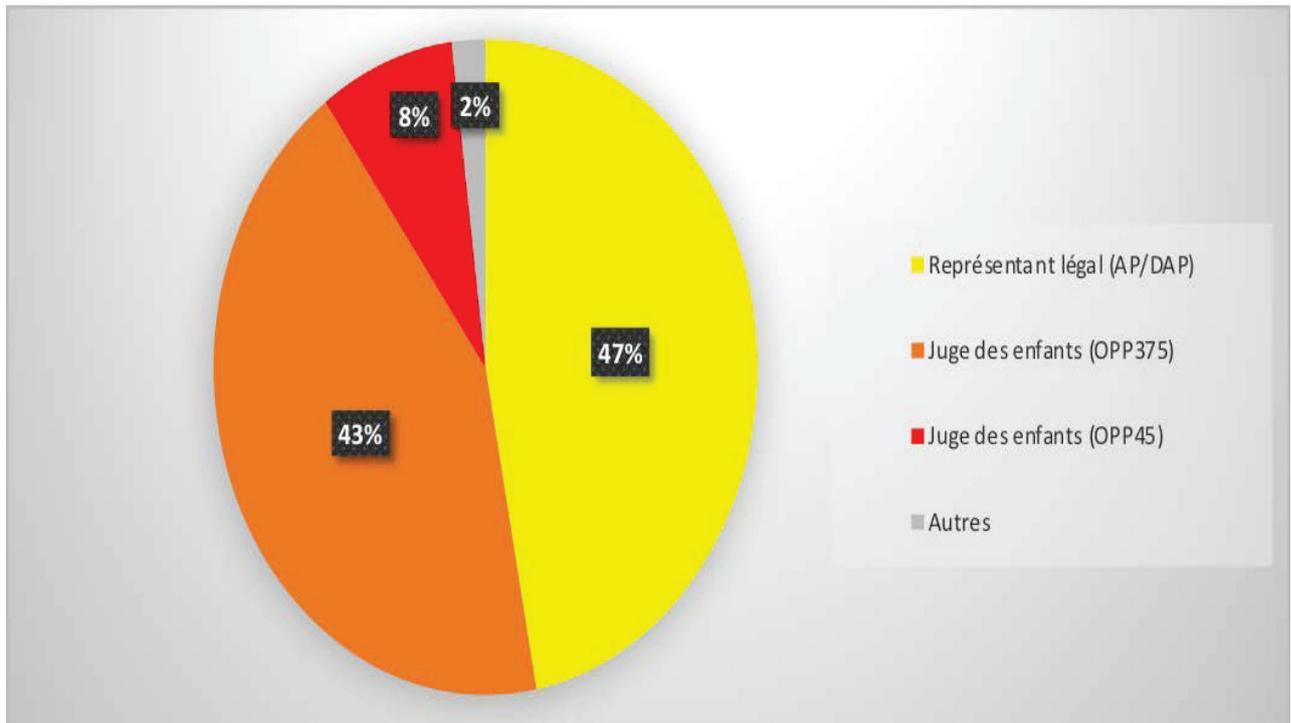


Figure 9 : Répartition des différentes modalités d'hospitalisation des différents séjours

Concernant les différentes modalités d'hospitalisation, on remarque deux tendances majoritaires : celles à la demande du responsable légal (autorité parentale ou délégation de l'autorité parentale) à 47% (553), et celles à la demande du juge des enfants (ordonnance de placement provisoire de type assistance éducative) à 43% (516).

Ensuite, apparaît l'ordonnance de placement provisoire de type délinquance (OPP45), à la demande du juge des enfants à 8% (93).

Il est à noter une catégorie « Autres » à 2% (25) qui comprend notamment des changements de mode de placement durant l'hospitalisation (14) et des placements sous hospitalisation d'office (7) (Figure 9).

4.2.1.6. Mesure éducative judiciaire pénale confiée à la PJJ

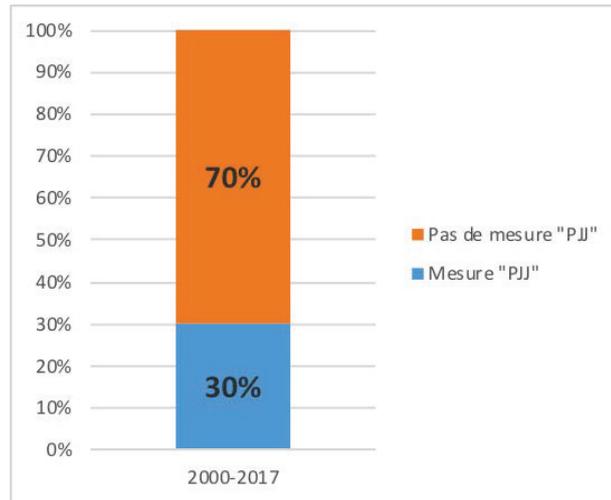


Figure 10 : Proportion d'adolescents ayant une mesure éducative judiciaire pénale (dite « mesure PJJ ») au moment de l'admission, sur l'ensemble des séjours.

La présence de cette mesure lors de l'admission, n'est retrouvée que dans 30% des séjours (360) contre 70% (827) qui n'en ont pas (Figure 10).

4.2.1.7. Le mode de sortie de l'hospitalisation



Figure 11 : Modes de sortie d'hospitalisation sur tous les séjours

Les sorties non programmées par fugue ne sont apparues que dans 3% des séjours (33). La grande majorité des séjours, 97% (1157), s'est terminée par décision médicale programmée. (Figure 11)

4.2.1.8. Origine géographique.

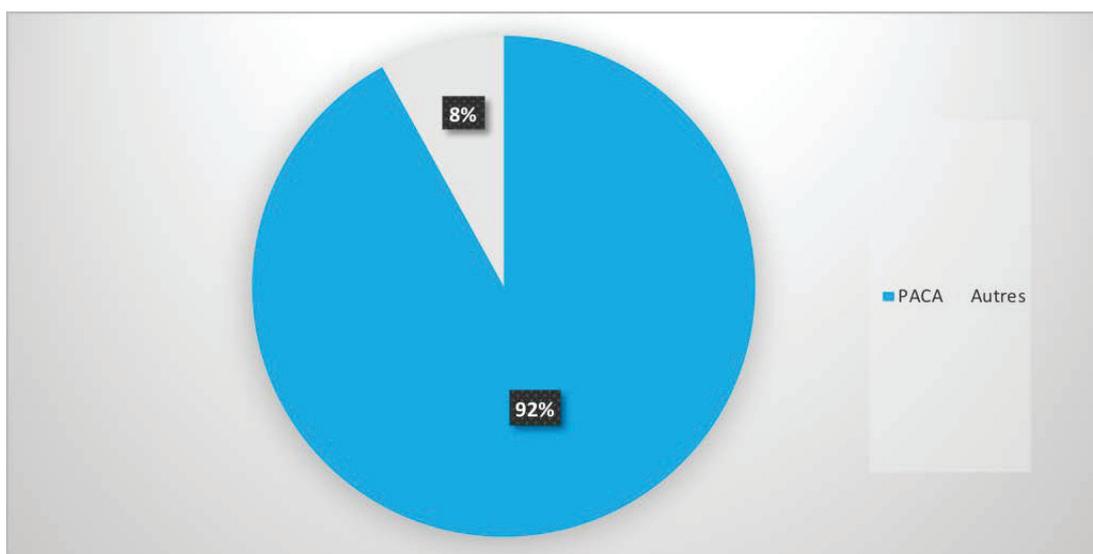


Figure 12 : Origine géographique des adolescents vis-à-vis de la région PACA

Nous avons pu constater que la très grande majorité des adolescents provenait de la région Provence Alpes Cote d'Azur à 92% (1089) contre 8% (98) pour toutes les autres régions ainsi que l'étranger. (Figure 12)

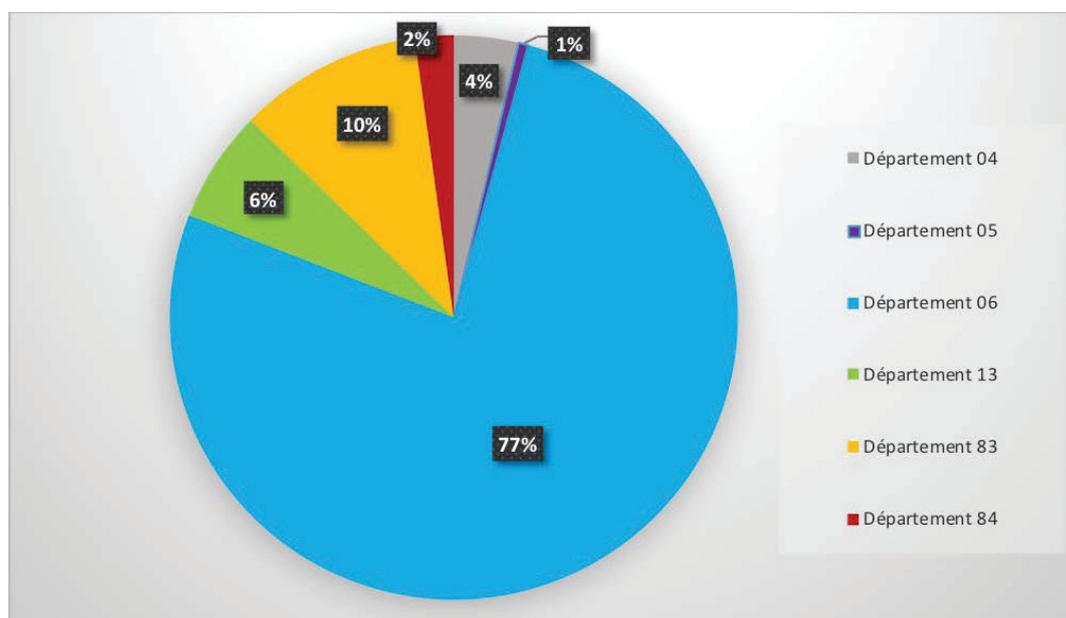


Figure 13 : Détail par département de la région PACA concernant l'origine géographique

En détaillant par département, on constate que la majorité des demandes d'admission provient des Alpes-Maritimes (77%, 835), puis du département du Var (10%, 114) et des Bouches-du-Rhône (6%, 70). Enfin, minoritairement, des Alpes-de-Haute-Provence (4%, 40), du Vaucluse (2%, 24) et des Hautes-Alpes (1%, 6) (Figure 13)

4.2.1.9. Durée de séjour

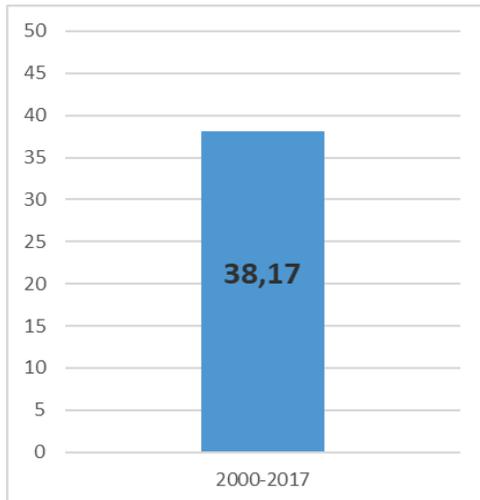


Figure 14 : Durée moyenne de séjour (en jours)

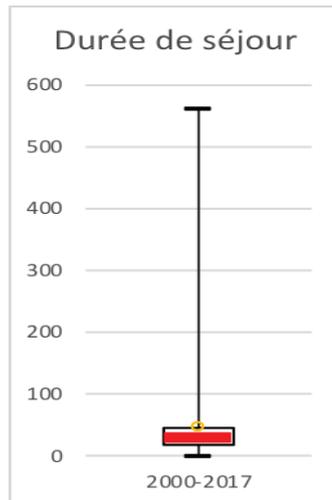


Figure 15 (en jours) Diagramme en boîte

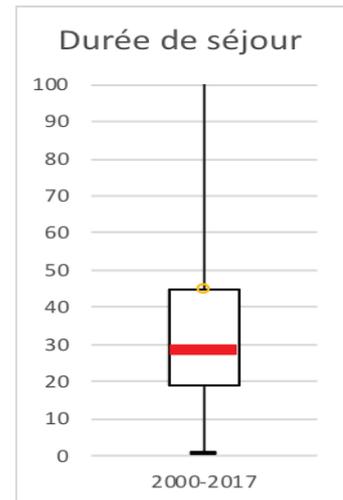


Figure 16 (en jours) Zoom de la figure 15

La durée moyenne de séjour (DMS) est de 38,17 jours (Ecart-type : 40,44) (Figure 14)

Sur la figure 15, on peut constater que le séjour le plus long a duré 561 jours (en 2016), et les plus courts 1 jour (en 2004 et 2013)

Enfin, en zoomant la figure 15 sur l'écart interquartile (Figure 16), on peut noter que le 1^{er} quartile est à 19 jours et le 3^{ème} quartile est à 45 jours.

De plus, la médiane est à 28 jours, inférieure à la moyenne.

4.2.1.10. Diagnostics

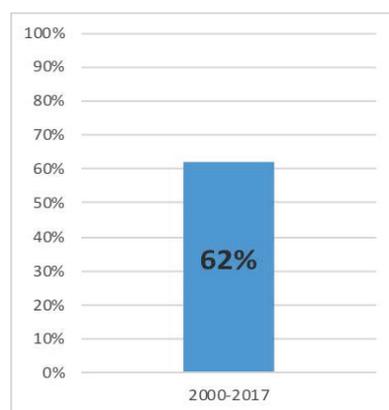


Figure 17 : Proportion de diagnostics présents parmi tous les dossiers

Après étude de tous les séjours, il est constaté qu'il est retrouvé le diagnostic principal CIM-10 de chaque séjour dans 62% des cas (735). (Figure 17)

4.2.2. Données par années

4.2.2.1. Nombre de séjours

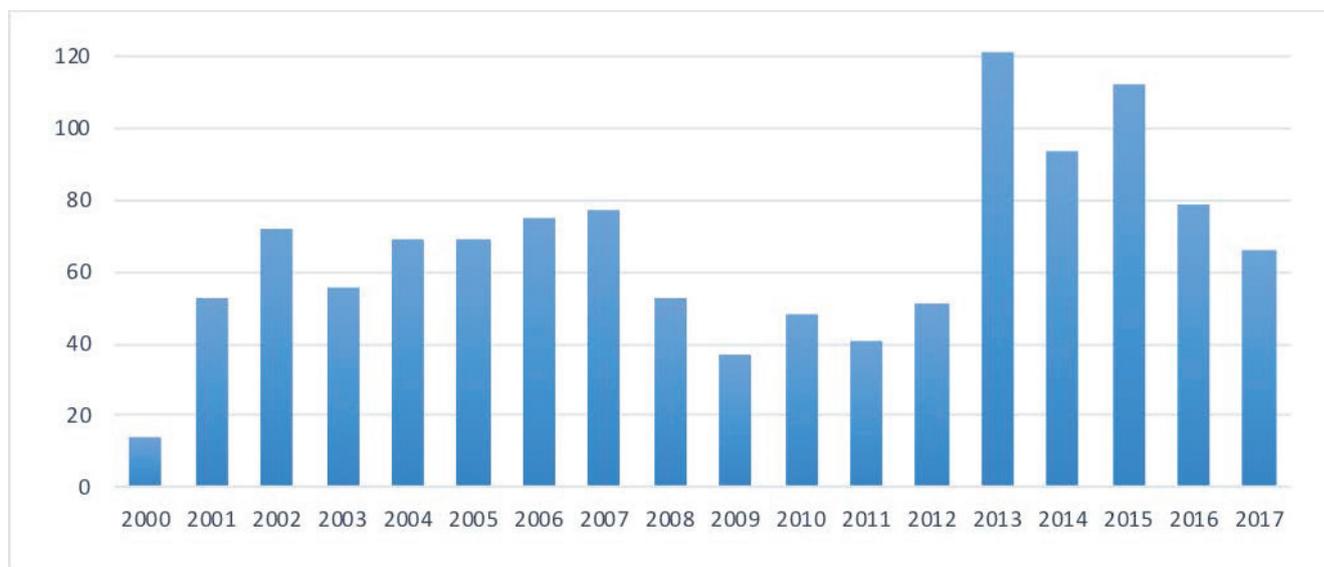


Figure 18 : Evolution du nombre de séjours par années

Hormis 2000, qui ne comporte que 3 mois, soit 14 séjours, on constate une certaine homogénéité des séjours de 2001 à 2007 puis une baisse de 2008 à 2012, et enfin, une forte hausse des séjours de 2013 à 2015 avec une amorce de diminution récente.

La variabilité va de 37 en 2009 jusqu'à 121 en 2013. (Figure 18)

4.2.2.2. Primo-hospitalisation et ré-hospitalisation

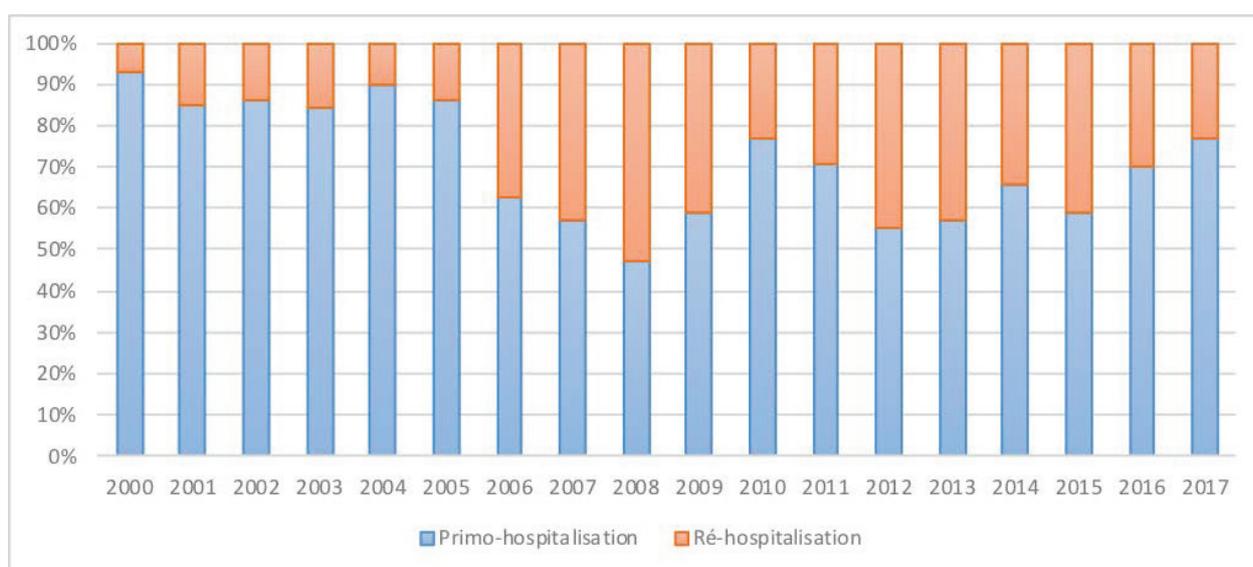


Figure 19 : Proportion de primo-hospitalisation et ré-hospitalisation par année

On note que le taux de ré-hospitalisation varie de 7% en 2000 à 53% en 2008 (seule année où le taux de ré-hospitalisation est plus élevé que celui de primo-hospitalisation).

On remarque un faible taux de ré-hospitalisation jusqu'en 2005, puis il s'accroît à compter de 2006, pour régresser ensuite dès 2016. (Figure 19)



Figure 20 : Nombre d'hospitalisations itératives en fonction des années (n=364)

On constate une majorité de ré-hospitalisations pour la seconde fois tout au long de la période 2000-2017, puis viennent les troisièmes fois. Aussi, il a pu exister des ré-hospitalisations jusqu'à la 17^{ème} fois, notamment en 2015.

Les ré-hospitalisations ont ensuite diminuées au niveau des n-ièmes hospitalisation, se partageant entre les deuxièmes hospitalisations et les troisièmes hospitalisations en 2017 (Figure 20)

4.2.2.3. Sex-ratio

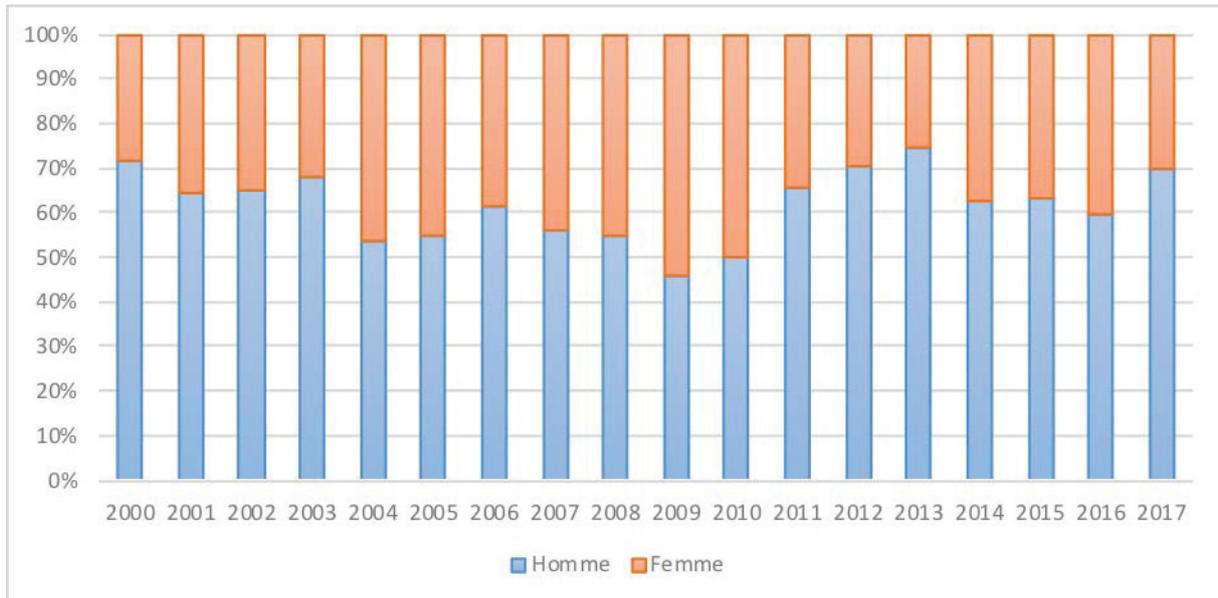


Figure 21 : Proportion d'hommes et de femmes par années

Cette figure (Figure 21) montre une certaine homogénéité des résultats avec un nombre d'adolescents masculins majoritaires par rapport aux adolescentes féminines, hormis en 2009, où il y a eu une inversion exceptionnelle (45% pour les hommes et 55% pour les femmes).

4.2.2.4. Age

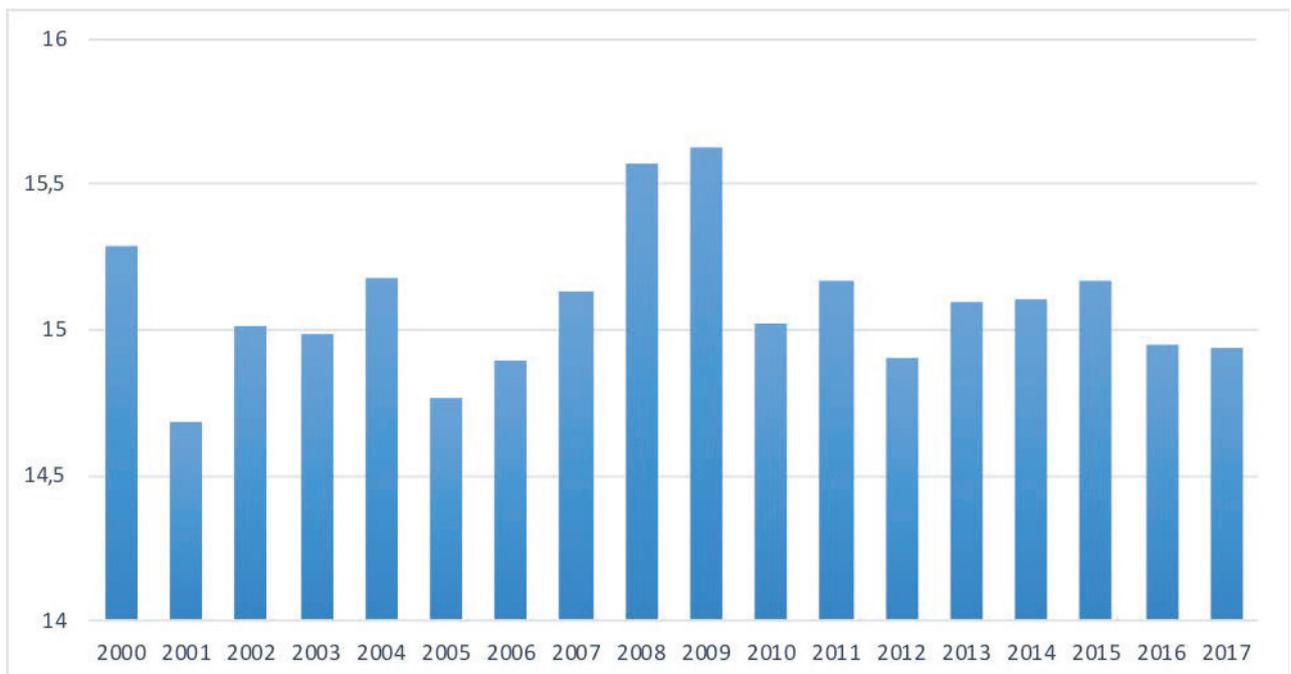


Figure 22 : Evolution de la moyenne des âges des adolescents par années (en années)

Année	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Moy	15,3	14,7	15	15	15,2	14,8	14,9	15,1	15,6	15,6	15	15,2	14,9	15,1	15,1	15,2	14,9	14,9
ET	1,68	1,25	1,33	1,53	1,38	1,54	1,32	1,42	1,31	1,16	1,19	1,41	1,20	1,31	1,33	1,35	1,35	1,32

Figure 23 : Moyenne des âges et leurs écarts-types, à travers les années

Sur la figure 22 et 23, on constate que les moyennes d'âges par années ont peu varié durant ces années, entre 14,7 années (2001) et 15,6 années (2008 et 2009). De plus, l'écart-type est resté assez constant, chaque année.

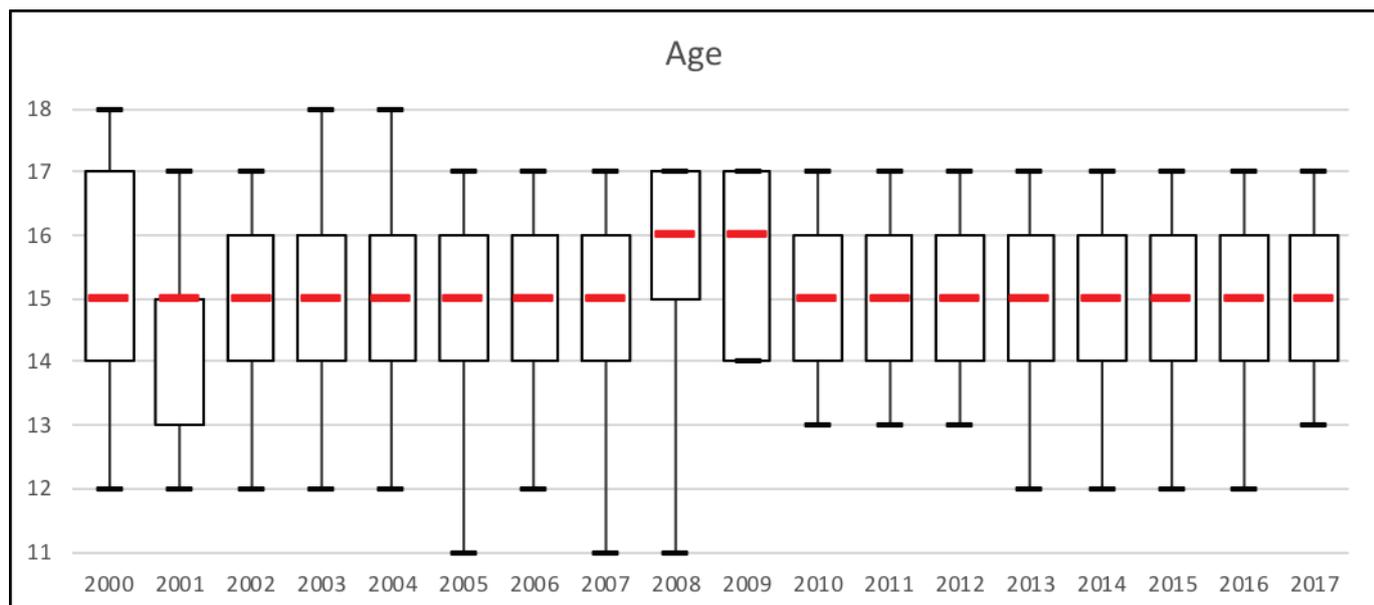


Figure 24 : Distribution des âges par des diagrammes en boîte par années (en années)

D'après ces résultats, la médiane a, elle aussi, peu varié durant ces 17 années, principalement située à 15 ans, sauf en 2008 et 2009 à 16 ans. Elle est alors presque semblable à la moyenne pour toutes les années. Les écarts inter-quartiles ont eux aussi peu varié : ils sont restés à 2 années, avec majoritairement le premier quartile à 14 ans, et le troisième quartile à 16 ans. (Figure 24).

4.2.2.5. Modalités d' hospitalisation

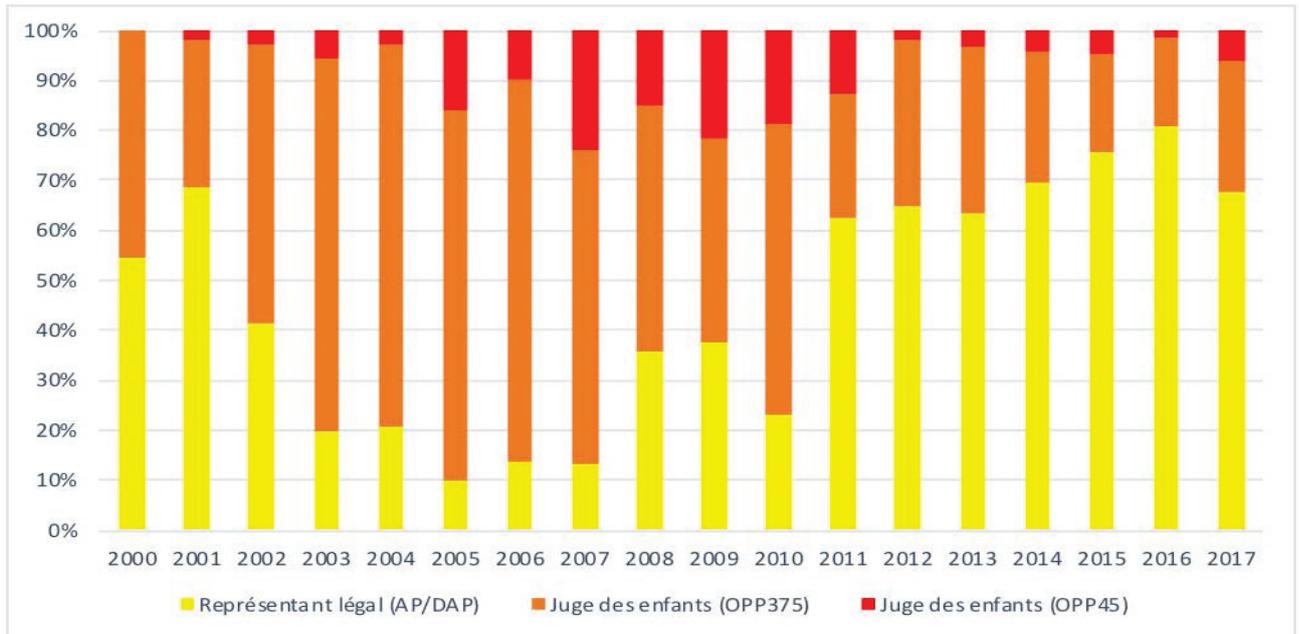


Figure 25 : Répartition des différentes modalités d'hospitalisation à travers les années

Concernant les hospitalisations à la demande des parents ou du représentant légal, elles sont majoritaires en 2000-2001 puis le redeviennent en 2011-2017.

Durant l'intervalle 2002-2010, on note une explosion des OPP375, et de 2005-2011, la forte augmentation des OPP45. (Figure 25)

4.2.2.6. Mesure éducative judiciaire pénale confiée à la PJJ

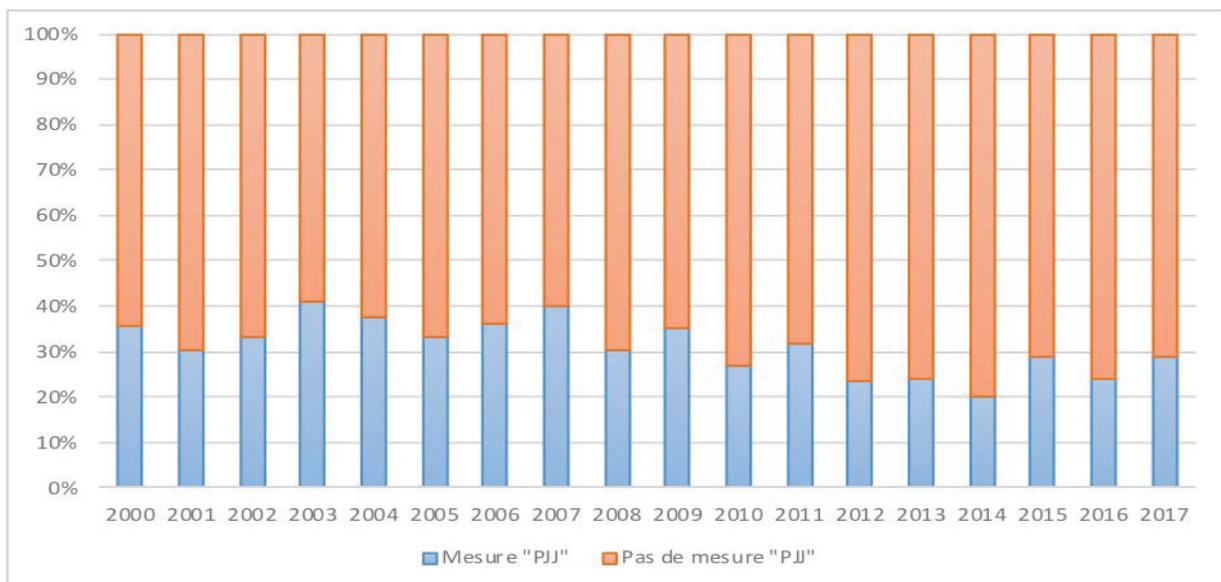


Figure 26 : Proportion d'adolescents ayant une mesure éducative judiciaire pénale (dite « mesure PJJ ») au moment de l'admission, à travers les années

Durant la période 2000-2017, le pourcentage de jeunes hospitalisés à la SIPAD faisant l'objet d'une mesure « dite PJJ » se situe entre 20% (2014) et 41% (2003). On note une stabilité de ce ratio, bien qu'une diminution s'est amorcée depuis environ 8 ans (< 30% depuis 2010 contre > 30% auparavant) (Figure 26)

4.2.2.7. Mode de sortie d'hospitalisation par fugue

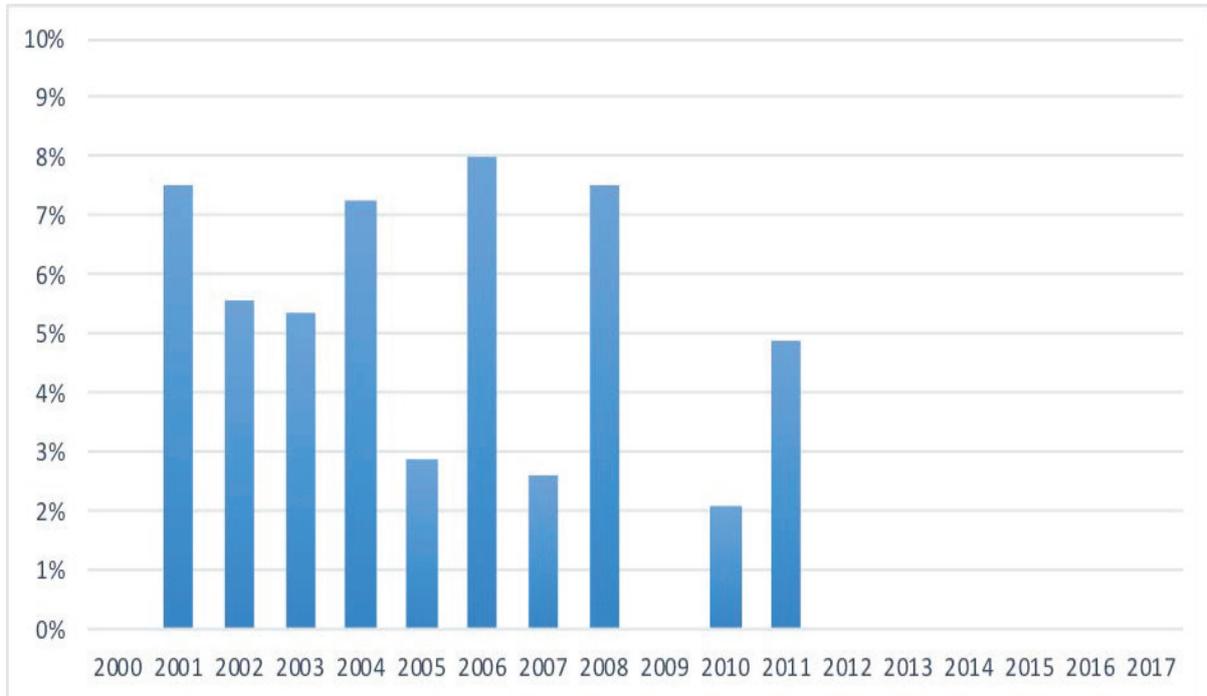


Figure 27 : Proportion par années du mode de sortie d'hospitalisation par fugue (ici fugue du service sans retour dans les 15 jours)

L'étude des résultats montre leur présence de 2000 à 2011, variant de 2 à 8% de l'ensemble des séjours de chaque année, puis on remarque une extinction de ces types de fin d'hospitalisation à compter de 2012. (Figure 27)

4.2.2.8. Provenance géographique

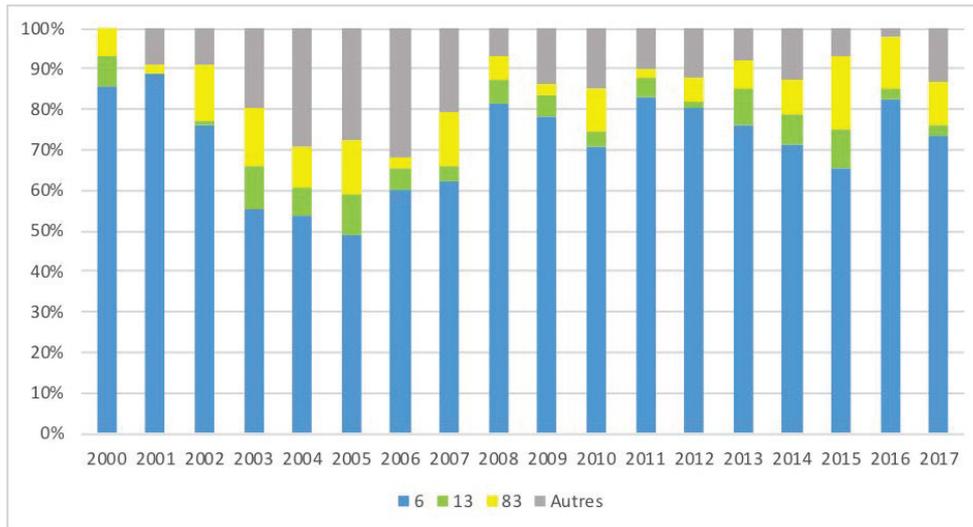


Figure 28 : Répartition des origines géographiques les plus représentées, par années

Par l'analyse de cette figure (Figure 28), il est confirmé que les Alpes-Maritimes sont le premier département d'où proviennent les adolescents, suivi par le Var et les Bouches-du-Rhône. La part d'« autres départements » était plus importante de 2003 à 2007.

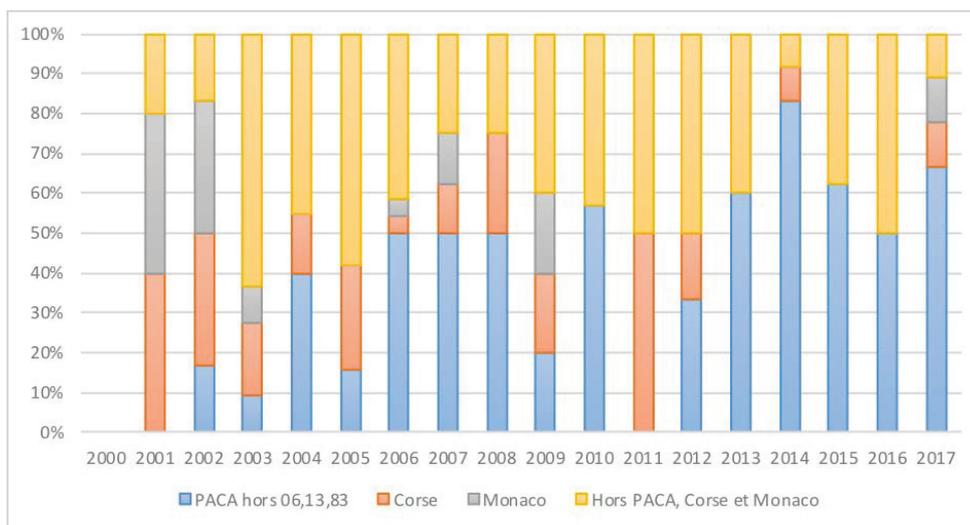


Figure 29 : Répartition des origines géographiques qualifiées « Autres » sur la figure 28

On remarque que dans les « autres départements », la majorité concerne le reste des départements de la région PACA.

Cependant, la proportion de provenance en dehors de la région PACA était fortement augmentée dans la période 2003-2007, avant de redevenir constante et minoritaire, à compter de 2008, et l'on peut identifier des demandes provenant notamment de la région Corse et de l'étranger, telle la Principauté de Monaco. (Figure 29)

4.2.2.9. Durées de séjour

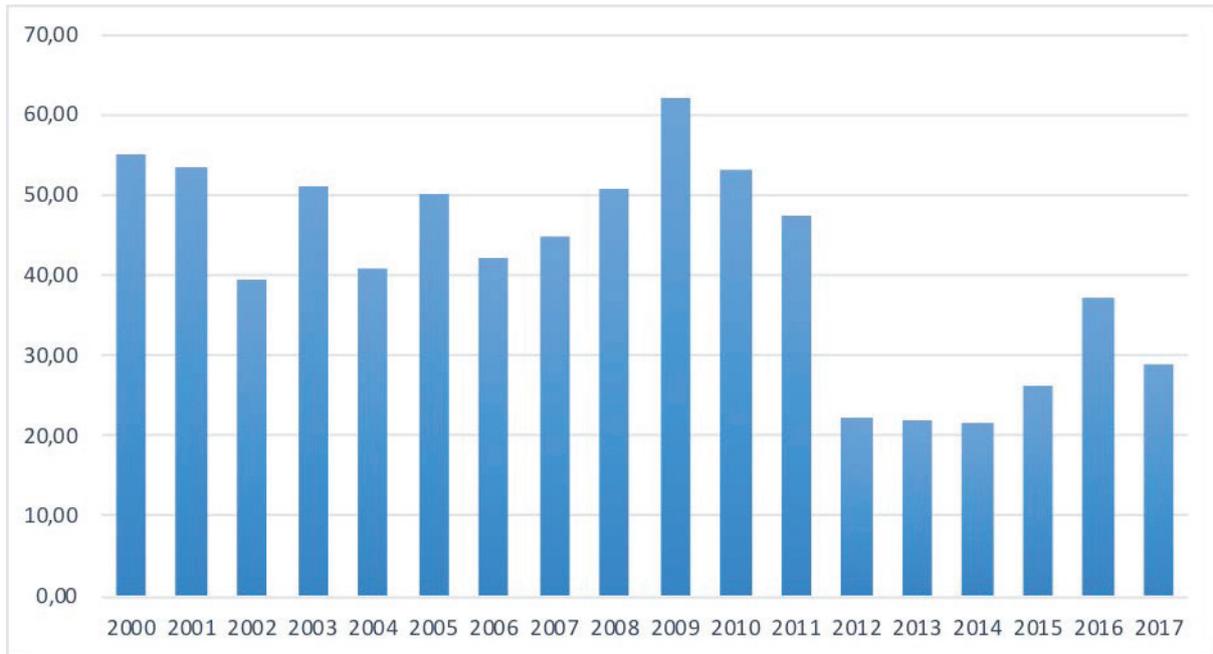


Figure 30 : Evolution des durées moyennes de séjours (DMS) à travers les années (jours)

Années	2000	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	2017
Moyenne	55	53	39	51	41	50	42	45	51	62	53	48	22	22	22	26	37	29
Ecart-type	36	51	25	38	32	31	34	28	40	62	64	43	18	31	13	22	79	22

Figure 31 : DMS et leurs écarts-types, à travers les années

Par l'analyse des résultats année par année, on remarque une variabilité des durées moyennes de séjour, avec une forte diminution à compter de 2012.

Cependant, on note une réaugmentation exceptionnelle pour l'année 2016 (Figure 30).

En revanche, les écarts-types sont très amples (Figure 31), signifiant que la dispersion des durées de séjour est très importante et donc la médiane est préférable à la moyenne.

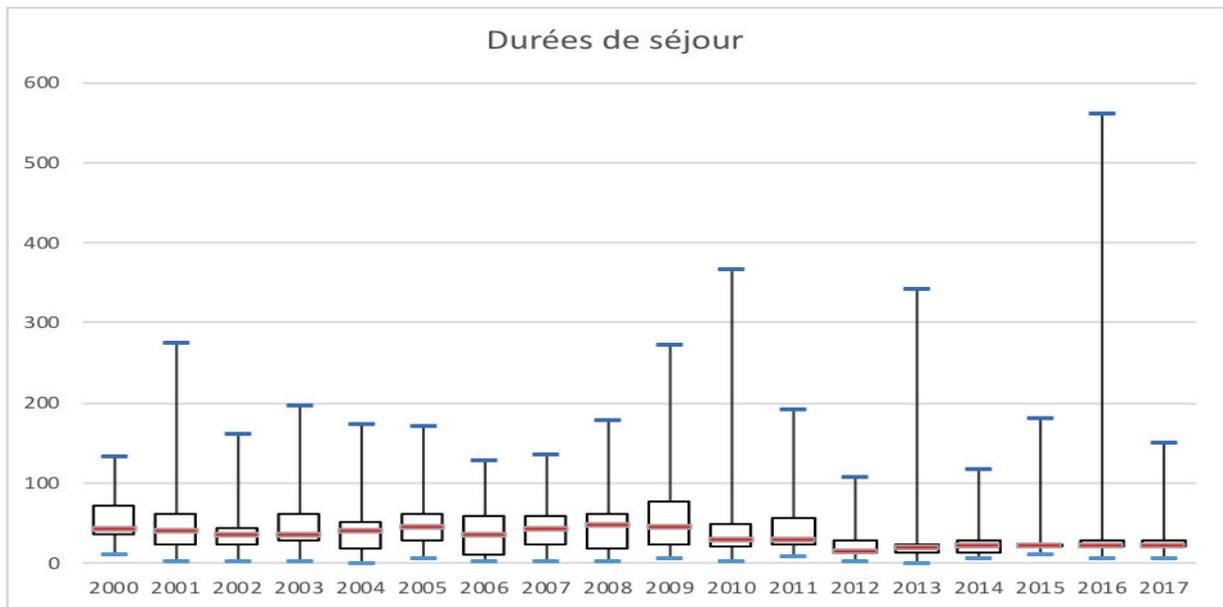


Figure 32 : Distribution des durées de séjour à travers des diagrammes en boîte (en jours)

Par l'étude des maximales, on note que la durée de séjour varie de 108 jours en 2012 à 561 jours en 2017. En revanche, les minimales sont très homogènes, variant de 1 à 10 jours (2015). (Figure 32),

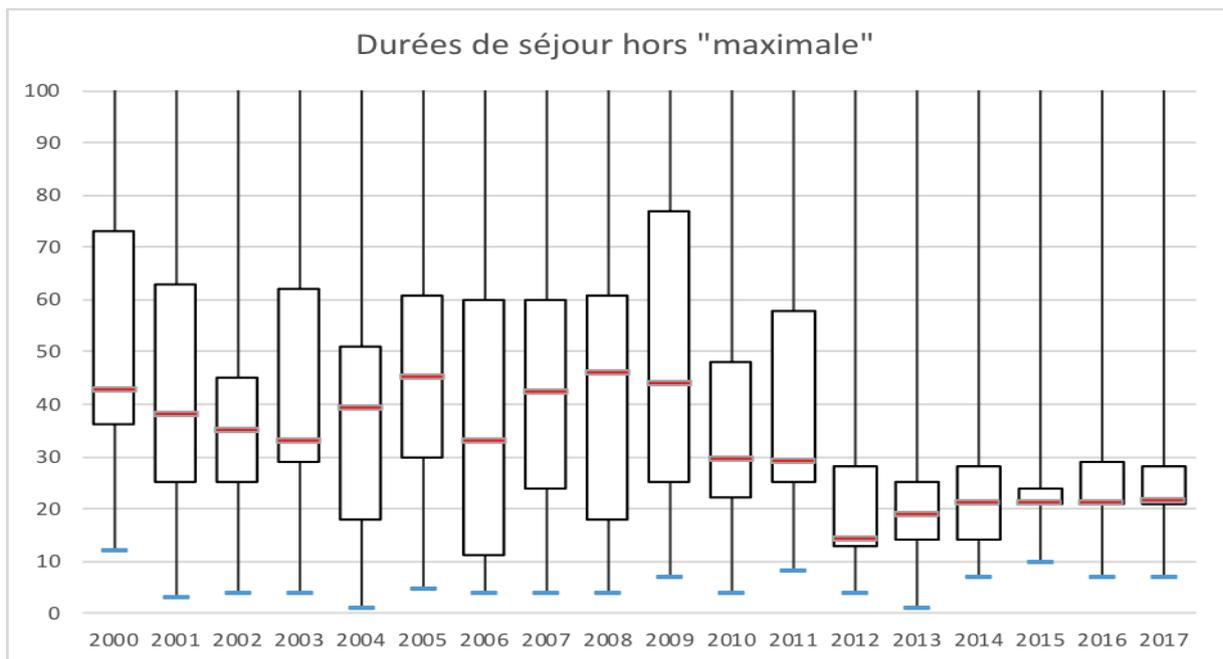


Figure 33 : Zoom de la figure 32 (en jours)

En zoomant sur les écarts interquartiles de la figure précédente, on observe les variations de ceux-ci, en constatant qu'à compter de 2012, ils sont alors très réduits.

De plus, la médiane a aussi chuté, à partir de 2012, pour demeurer stable par la suite. (Figure 33),

4.2.2.10. Diagnostics

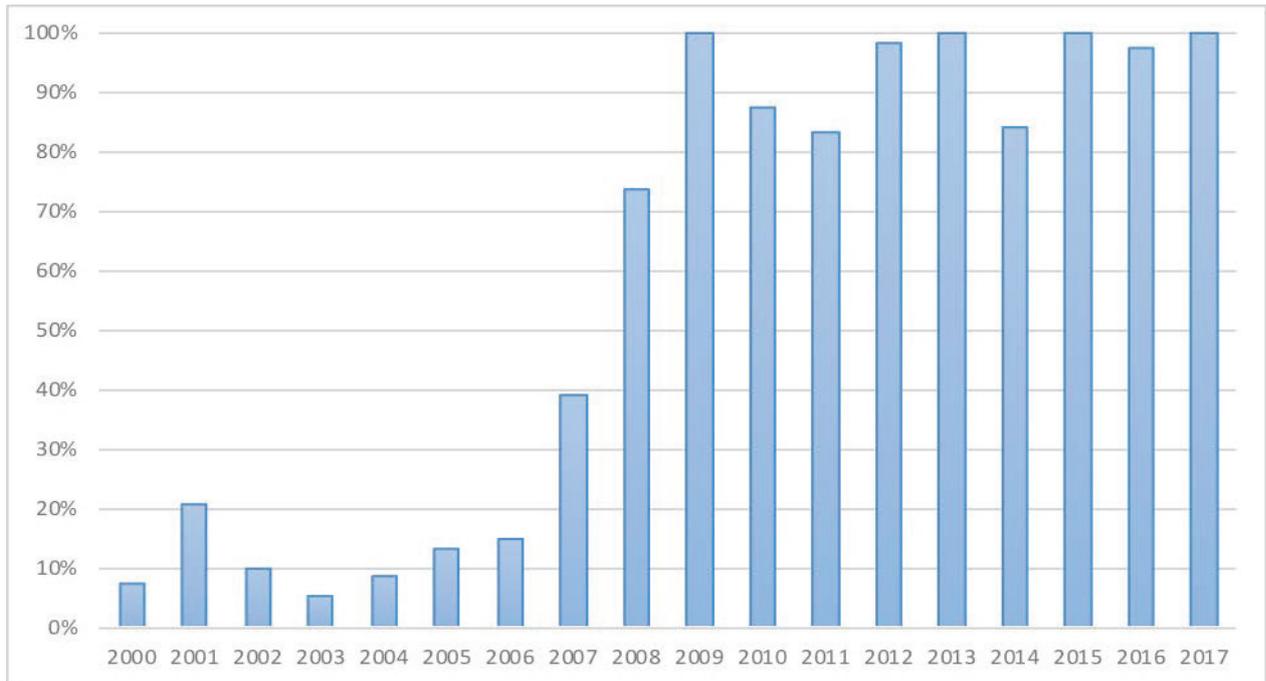


Figure 34 : Proportion de diagnostics retrouvés dans les différents séjours, par années

Après détail année par année (Figure 34), on se rend compte de la très faible proportion de diagnostics présents dans les dossiers pour les séjours avant 2007 (inférieures à 40%). A contrario, à partir de 2008, cette proportion dépasse les 70%.

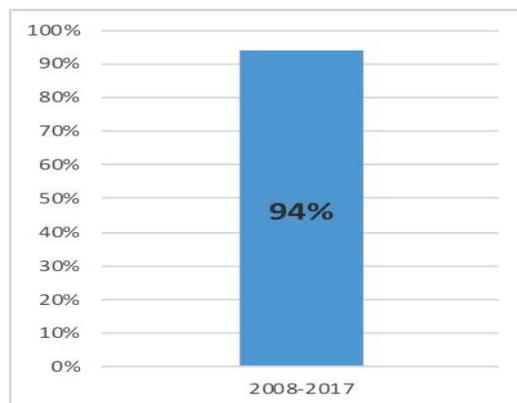


Figure 35 : Proportion de diagnostics retrouvés dans les séjours d'adolescents (2008-2017)

En zoomant sur la période 2008-2017 (nombre de séjours égal à 702), soit les dix dernières années, on se rend compte d'un taux très important de diagnostics présents qui est de 94% (659). (Figure 35),

C'est pourquoi pour le détail de l'étude des diagnostics et pour que cette étude ne manque pas de puissance, il a été décidé de s'intéresser aux 10 dernières années.

4.2.3. Diagnostics (2008-2017)

4.2.3.1. Données globales

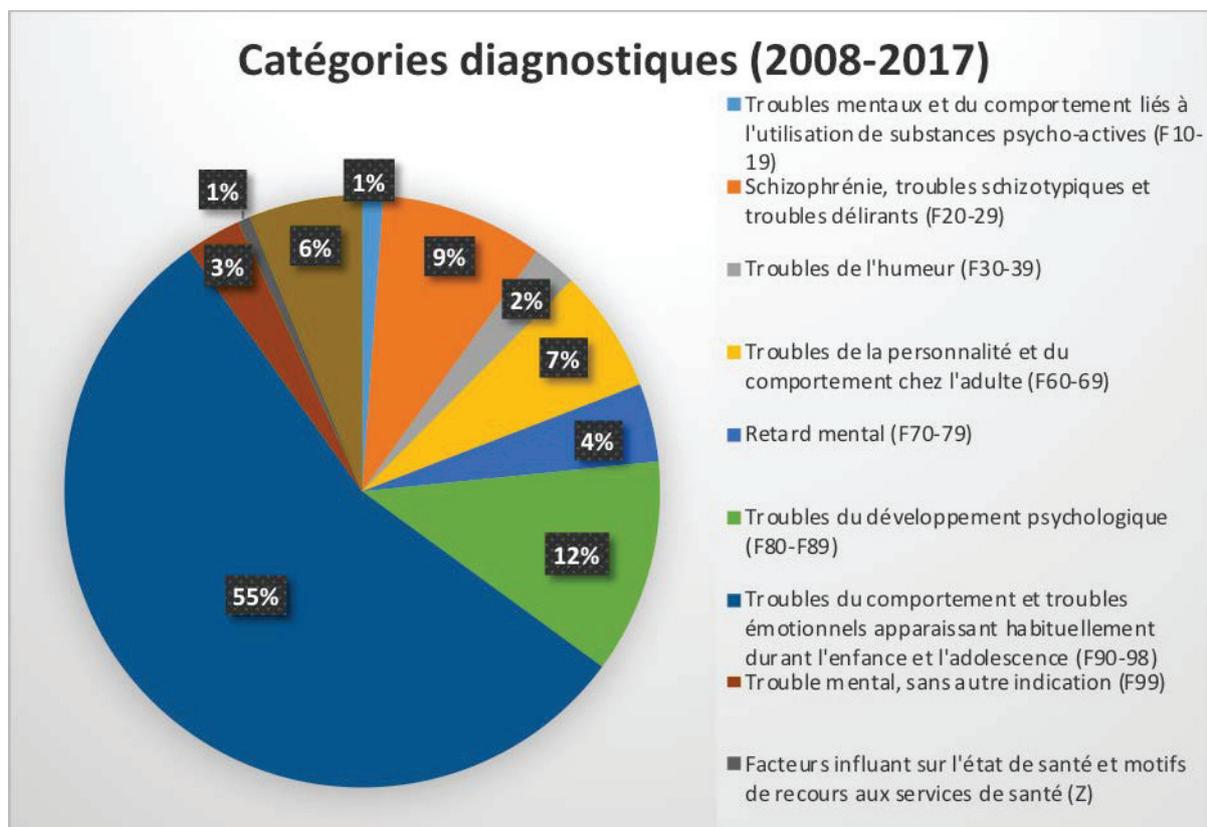


Figure 36 : Proportion des catégories diagnostiques retrouvées sur l'ensemble des séjours, de 2008 à 2017 (n=702)

D'après la figure 36, la catégorie CIM-10 diagnostique très majoritaire correspond à l'ensemble F90-F98 (Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence) avec 55% (383).

Ensuite, on trouve l'ensemble F80-F89 (Troubles du développement psychologique) avec 12% (82), puis l'ensemble F20-F29 (Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants) avec 9% (62) et l'ensemble F60-F69 (Trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte) avec 7% (47).

Les autres ensembles, tels que F10-F19, F30-39, F70-79, F99 et Z représentent chacun moins de 5% de ces séjours, tous regroupés dans une catégorie « Autres » à la figure 37.

Enfin, on retrouve la part de diagnostics absents qui correspond à 6% de l'ensemble des séjours (43)

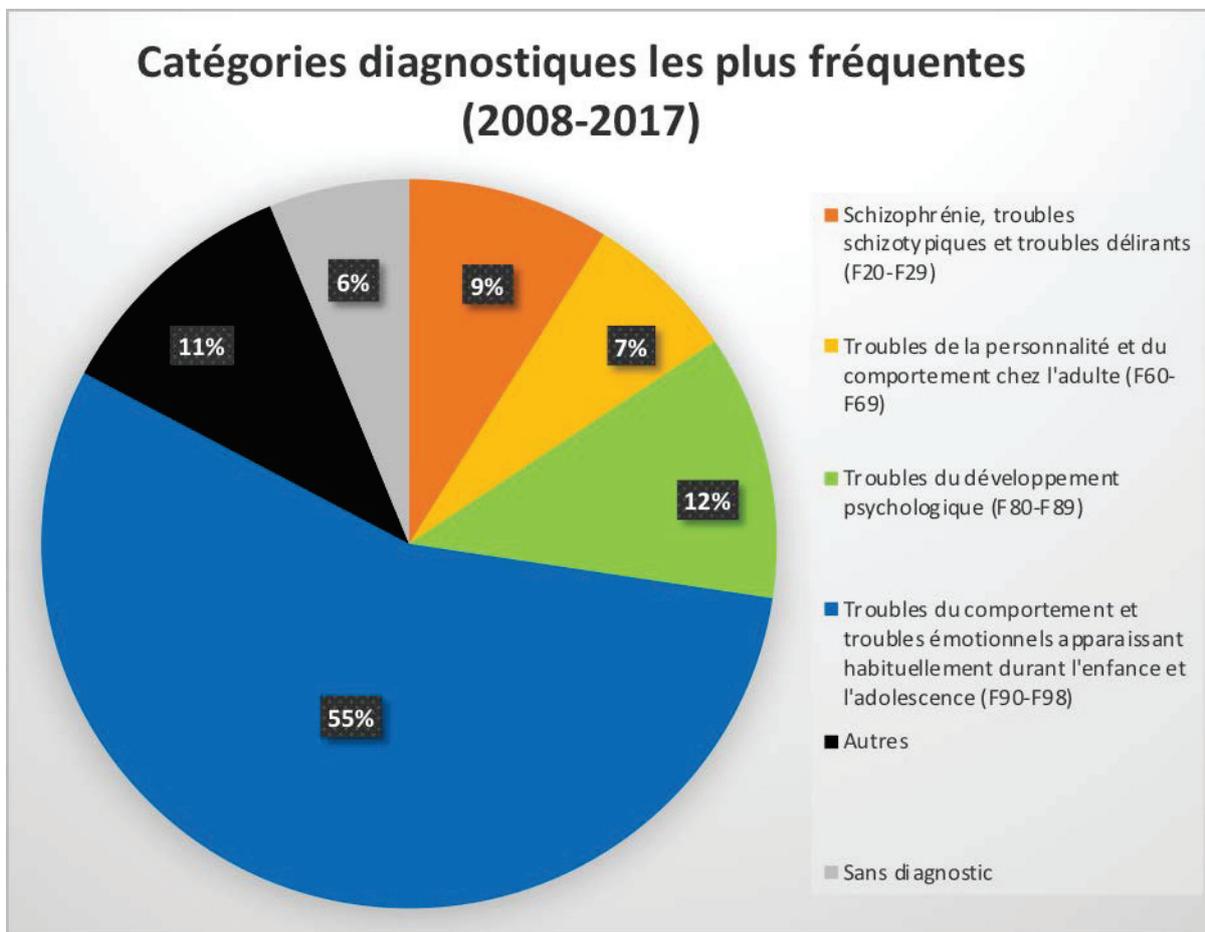


Figure 37 : Catégories diagnostiques retrouvées les plus fréquentes de 2008 à 2017 (n=702)

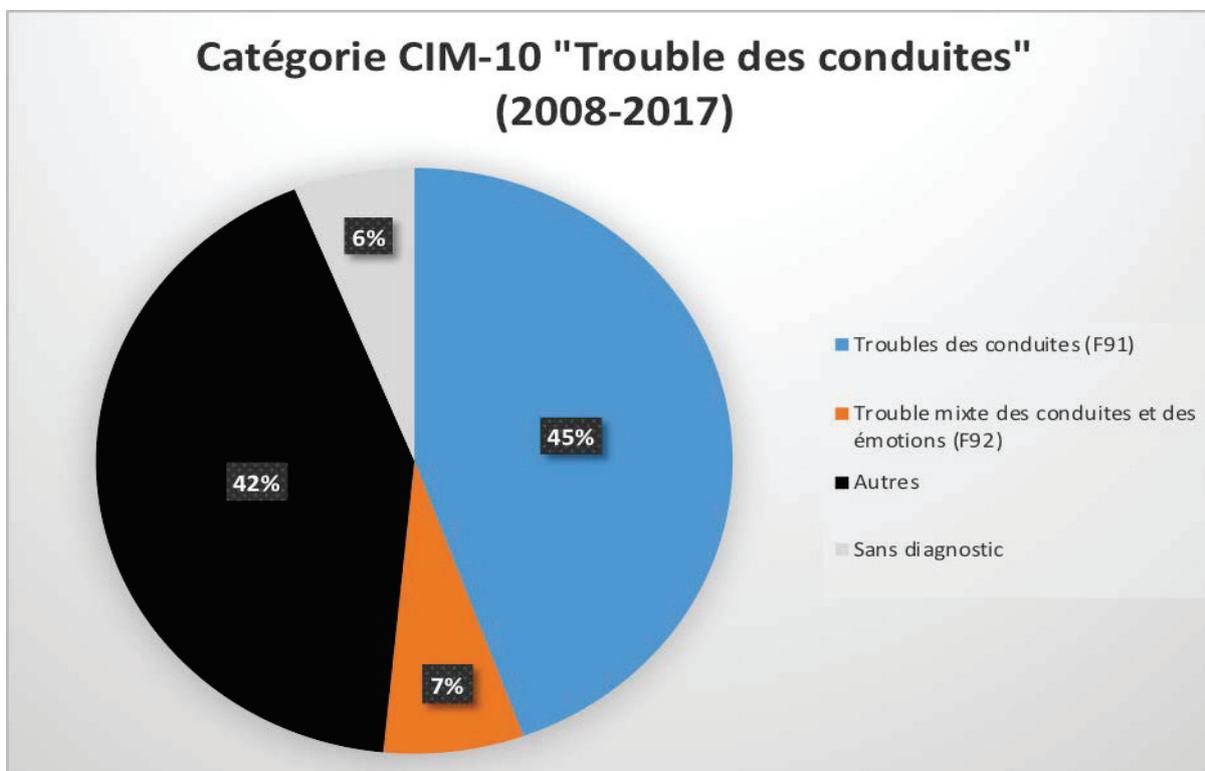


Figure 38 : Proportion des catégories diagnostiques retrouvées appartenant aux « Troubles des conduites » de 2008 à 2017 (n=702)

En s'intéressant aux troubles des conduites de la catégorie CIM-10 (Figure 38), on constate une majorité de diagnostics en F91 (Troubles des conduites) à 45% (312) contre 7% (50) pour les diagnostics en F92 (Trouble mixte des conduites et des émotions).

Toutes les autres catégories CIM-10 représentent 42% des séjours (297).

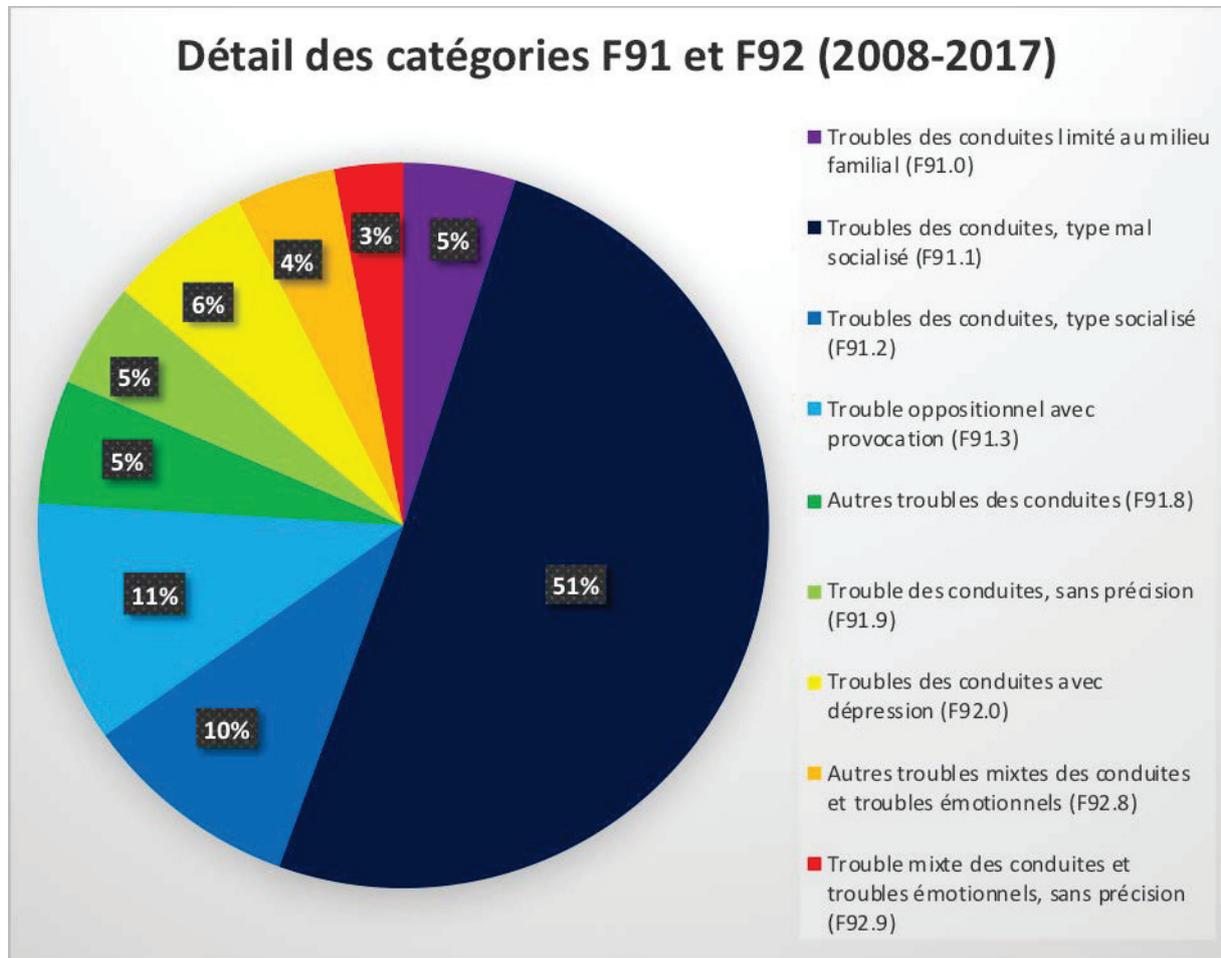


Figure 39 : Détail des catégories diagnostiques « Trouble des conduites » retrouvées (n=362)

Après avoir exclu les catégories « Autres » et « Sans diagnostics », la figure 39 présente la répartition précise des diagnostics exacts F91 et F92.

On remarque le diagnostic majoritaire qui est F91.1 (Troubles des conduites, type « mal socialisé ») à 51% (183) puis loin derrière, suit, le diagnostic F91.3 (Trouble oppositionnel avec provocation) à 11% (39) et le diagnostic F91.2 (Troubles des conduites, type « socialisé ») à 10% (35).

Les autres diagnostics de ces catégories sont représentés à moins de 6%.

4.2.3.2. Données année par année

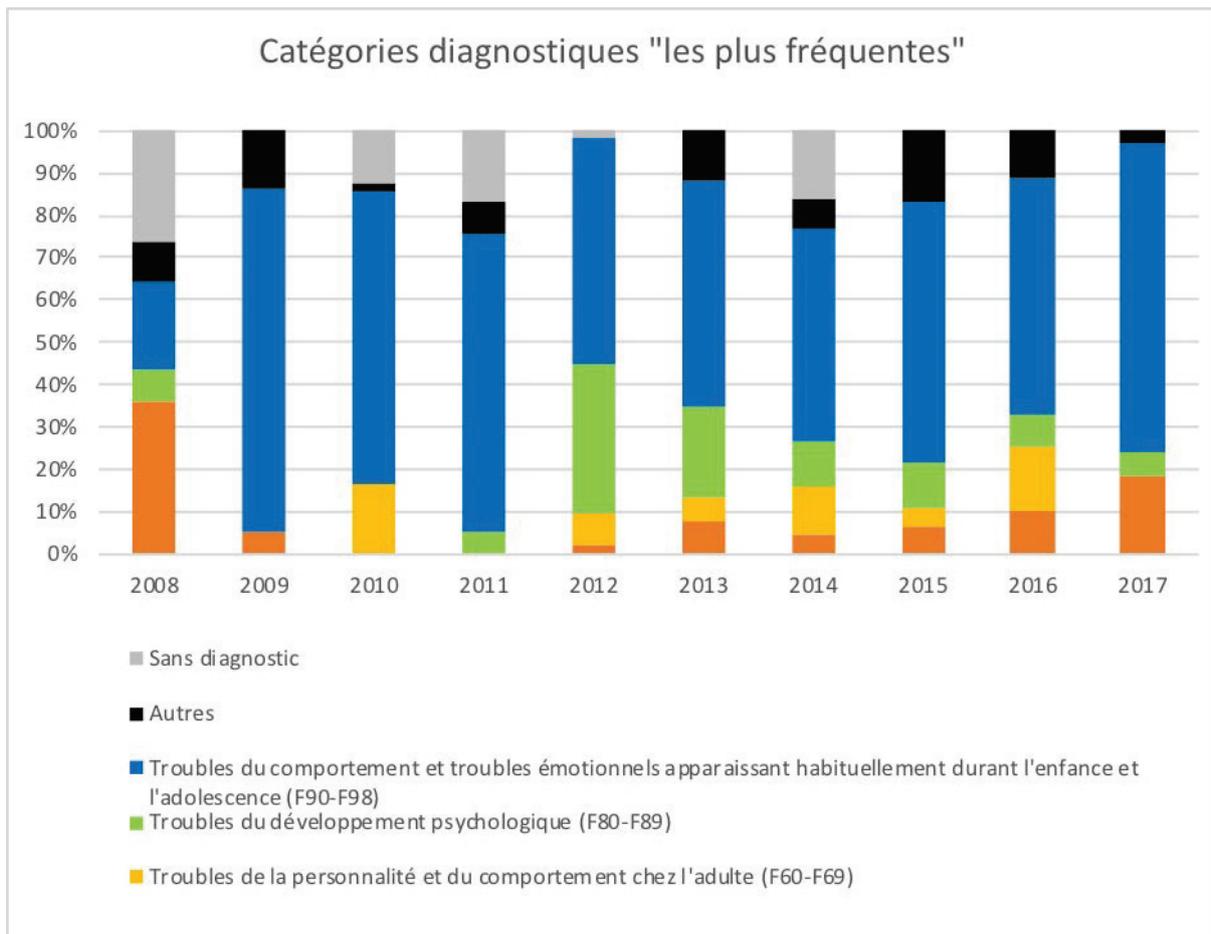


Figure 40 : Catégories diagnostiques « les plus fréquentes » années par années (n=702)

Sur la figure 40, on remarque l'homogénéité de proportion de la catégorie F90-98, hormis en 2008.

A compter de 2012, on constate la diminution de la catégorie F90-98 (Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence) et à contrario, l'augmentation de la catégorie F20-29 (Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants)

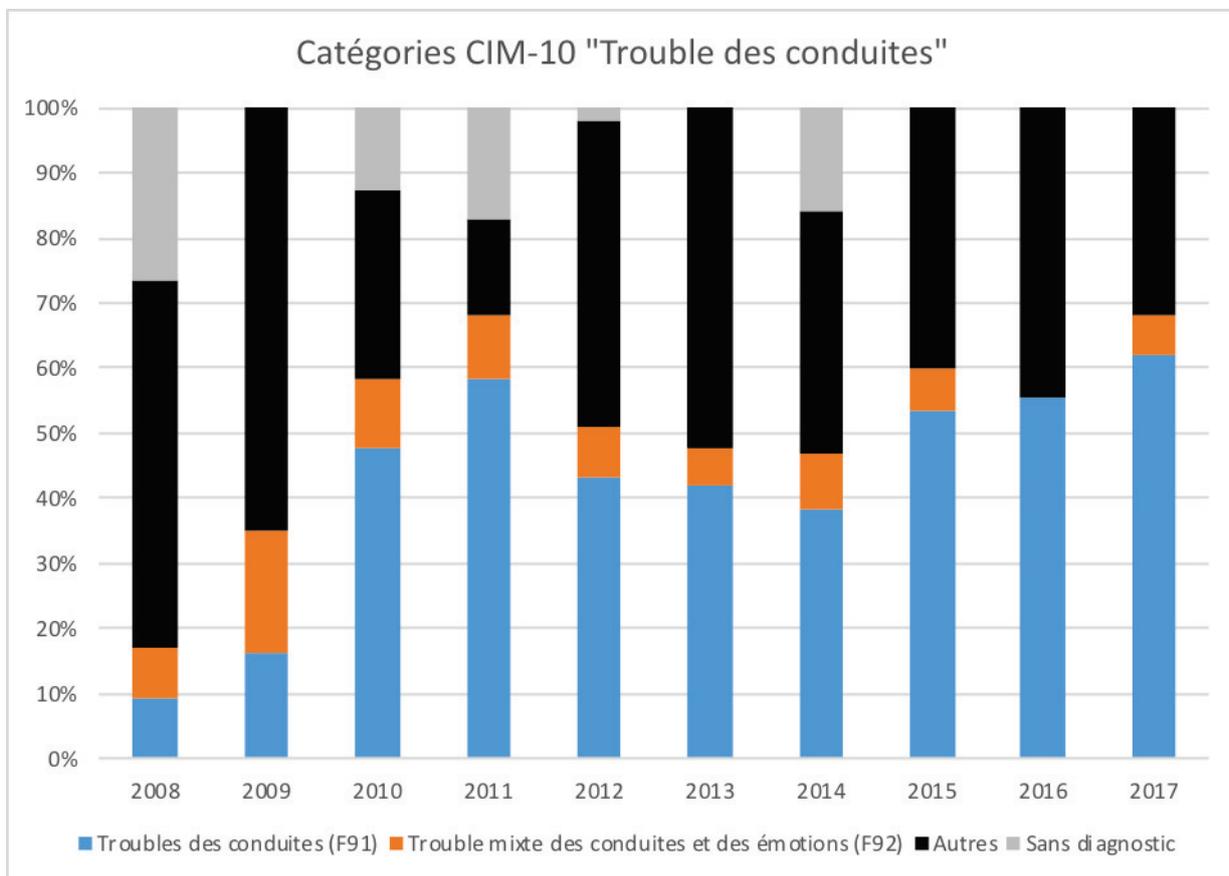


Figure 41 : Répartition des catégories diagnostiques retrouvées appartenant aux « Troubles des conduites », années par années (n=702)

Sur cette figure (Figure 41), on constate l'augmentation globale des 2 catégories F91 (Trouble des conduites) et F92 (Trouble mixte des conduites et des émotions), cependant, la catégorie F92 reste assez homogène, tandis que la catégorie F91 croît.

Aussi, la catégorie « Autres » et « Sans diagnostics » diminue au cours des dernières années, avec une présence totale de diagnostics dans les dossiers depuis 5 ans, hormis en 2014, avec notamment 16% d'absence de diagnostics principaux dans la liste des séjours.

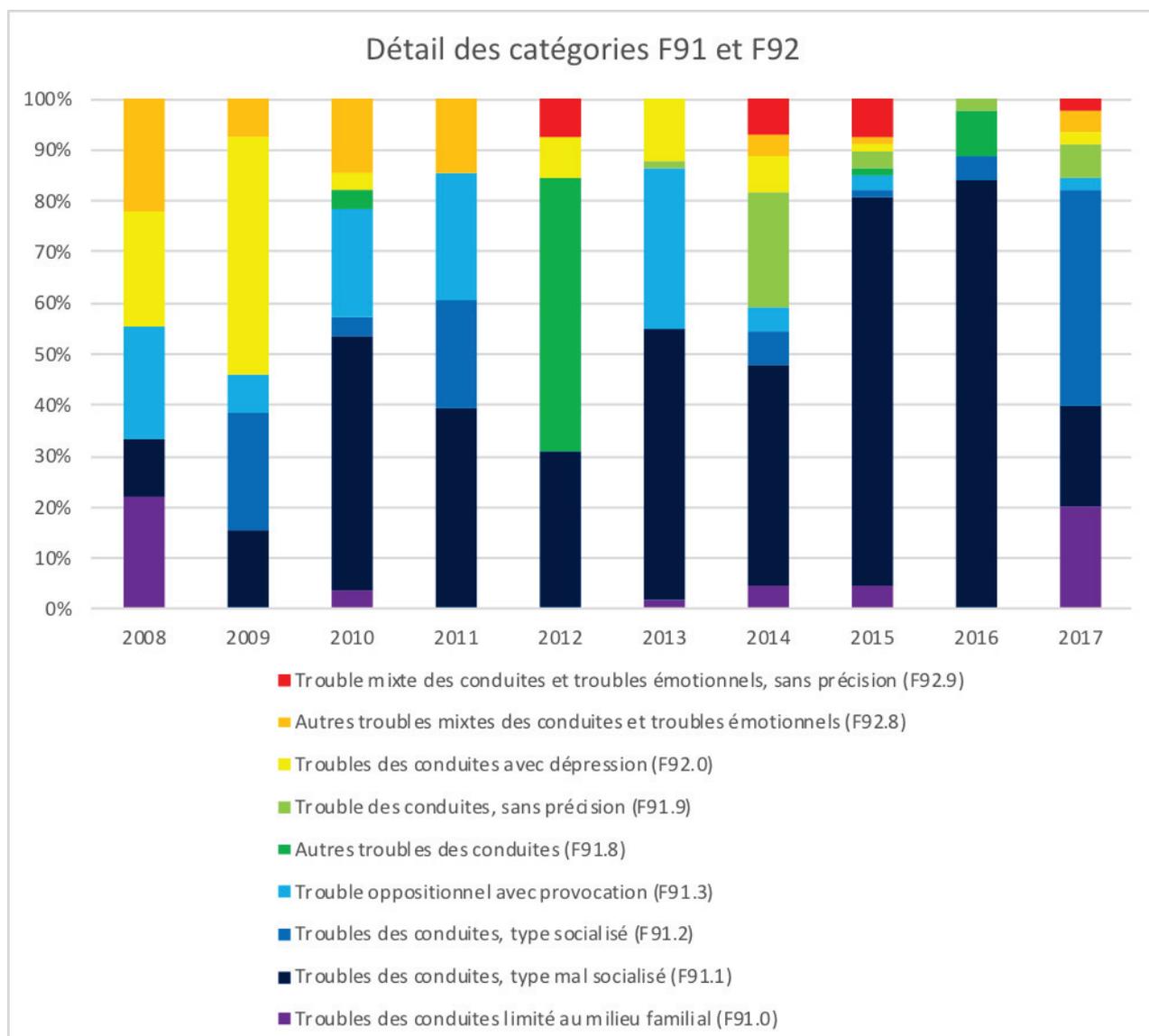


Figure 42 : Détail des catégories diagnostiques « Trouble des conduites » retrouvées (n=362)

A l'aide de la dernière figure (*Figure 42*), on constate la grande importance de diagnostics F91.1 (Troubles des conduites, type mal socialisé) au cours des dix dernières années, mais qui la dernière année (2017) semble en forte baisse avec l'apparition de diagnostics F91.2 (Trouble des conduites, type socialisé).

Le reste des diagnostics précis est très hétérogène ou variés selon les différentes années.

V / DISCUSSIONS

5.1. Méthode

5.1.1. Déroulement de l'étude

5.1.1.1. La population

Notre étude a pour intérêt d'avoir répertorié tous les séjours d'adolescents qui ont été admis à la SIPAD depuis son ouverture jusqu'à 2017, permettant ainsi de ne pas créer de biais de sélection. Il aurait pu être intéressant d'étudier les dossiers ayant été refusés, mais l'absence de leur traçabilité sur un temps aussi long rendait leur étude difficile.

5.1.1.2. Relevé des données

Cette étude est rétrospective sur une très longue période et a donc été conditionnée à la bonne tenue des informations et archives retrouvées. La force de l'étude a été la taille de l'échantillon (1187) et la bonne conservation de toutes les données avec l'absence de données manquantes pour toutes les autres catégories hormis celles concernant des diagnostics où elles étaient de 38% (454/1187), ramenées à 6% (43/702) en se limitant aux dix dernières années.

De plus, il a été nécessaire et voulu de croiser toutes ces données, via plusieurs supports dont le logiciel Cariatides, limitant, de fait, les erreurs, et un éventuel biais de mesure.

Nous aurions pu inclure d'autres données, notamment la structure dans laquelle se trouvait l'adolescent avant l'admission, mais il était difficile de le faire, compte tenu que souvent, plusieurs structures coexistaient, avec des temps inégaux de prise en charge.

5.1.1.3. Analyse des données

L'utilisation de toutes ces données a permis d'établir des statistiques globales ainsi que par année, principalement à type de pourcentages.

Concernant les durées de séjour et les âges, il a été décidé de procéder aux moyennes avec leurs écarts-type respectifs. Mais, il a aussi été choisi d'effectuer des « diagrammes en boîte » pour chacun de ces données quantitatives, permettant de relever la médiane, l'écart interquartile ainsi que les valeurs maximales et minimales, caractéristiques plus représentatives et précises que la moyenne, notamment en cas d'écart-type très élevé.

5.1.2. Ethique

Comme il s'agit d'une étude rétrospective, il n'a pas été possible d'avoir le consentement de tous les adolescents pour l'exploitation de leurs données dans le cadre de cette thèse.

5.2. Résultats

5.2.1. Nombre de séjours et d'adolescents reçus

Ce nombre (1187 séjours) permet de constater une moyenne d'environ 69 séjours par année (sans compter l'année 2000 et ses 14 séjours), soit l'équivalent d'environ 1,32 séjours par semaine.

En regardant les années (Figure 18) et en exceptant l'année 2000, marquée par un taux bas de séjours (puisque la structure n'a fonctionné que 3 mois cette année-là), on remarque une concordance des différents projets de service. De 2001 à 2007, la quantité de séjours a été constante, puis s'est réduite drastiquement de 2008 à 2012, suite à la période de crises institutionnelles ayant entraîné une diminution de moitié du nombre de lits et la fermeture à 2 reprises de la structure. La forte augmentation des séjours en 2013 était liée à une tendance à la ré-hospitalisation séquentielle courte (7 jours).

Enfin le nombre de séjours a diminué progressivement, favorisé par le départ de la structure de séjours longs et l'augmentation récente de la durée de séjour de 3 semaines à 4 semaines (depuis l'été 2017)

5.2.2. Primo-hospitalisation et ré-hospitalisation

Ce taux de ré-hospitalisation est un indicateur important concernant la structure, avec une majorité de primo-hospitalisation, démontrant alors toujours l'existence d'une demande à hospitaliser de nouveaux adolescents dits « difficiles ».

Sur les différentes années (Figure 19 et figure 20), on constate un fort accroissement des réhospitalisations de 2006 à 2016, avec en parallèle de nombreuses ré-hospitalisations, principalement séquentielles courtes qui font, par conséquent, augmenter le nombre d'hospitalisations pour un même adolescent. Ces hospitalisations séquentielles avaient probablement pour base de réflexion le fait d'éviter les écueils de rejet des différentes institutions et de chronicisation à l'hôpital.

Depuis 2017, cependant, il a été décidé de privilégier les primo-hospitalisations et de réduire le nombre de ré-hospitalisations afin d'éviter l'écueil de chronicisation d'adolescents avec possible institutionnalisation, ce que nous montrent ces chiffres.

5.2.3. Sex-ratio

On note une certaine constance dans le sex-ratio avec une prédominance masculine qui se rapproche d'environ deux garçons pour une fille.

Cela peut être rapproché du facteur de risque qu'est le sexe masculin dans le « trouble des conduites » (INSERM, 2005). Il est donc plus probable de retrouver cette prédominance masculine.

5.2.4. Age

Concernant l'âge, on remarque une certaine constance dans les profils d'adolescents.

De plus, ceux-ci semblent respecter les projets de service, puisque qu'il existe peu d'adolescents aux âges extrêmes. On peut aussi noter quelques dérogations d'âge ces dernières années.

5.2.5. Modalités d'hospitalisation

L'analyse globale des modalités d'hospitalisation nous renseigne sur la proportion relativement équitable entre l'Ordonnance de Placement Provisoire (OPP45 et OPP375) et l'Autorité Parentale (AP).

En détaillant par année (Figure 25), on constate une véritable bascule de ce ratio à compter de 2011. Initialement, la proportion d'OPP, à partir de 2002 a été fortement majoritaire, avec concomitamment, un accroissement des OPP45.

Il existe plusieurs explications à cela, notamment une certaine dérive du système ayant progressivement instauré la nécessité d'une OPP pour être hospitalisé à la SIPAD, de la part des médecins et des juges des enfants. Aussi, la prise d'une OPP par un magistrat permettait de forcer la structure à admettre un adolescent dont la SIPAD n'aurait pas souhaité la prise en charge.

Désormais, l'autorité parentale est la règle et l'OPP ne doit intervenir qu'en cas de défaillance de celle-ci. De ce fait, à compter de 2011, le taux d'autorité parentale a progressé pour devenir récemment de plus en plus majoritaire.

5.2.6. Mesure éducative judiciaire pénale confiée à la PJJ

On remarque que la proportion d'adolescents ayant cette mesure éducative judiciaire pénale dite « mesure PJJ » reste minoritaire et constante dans le temps. Cela signifie que la SIPAD n'accueille pas que les adolescents délinquants et on peut s'interroger sur le fait que pour certains jeunes, l'hospitalisation dans cette structure interviendrait précocement, avant la possible apparition d'actes de délinquance, ou pourrait les éviter.

Dans un article de 2007, Falissard et al. insistent sur le fait « qu'une prévention efficace ne saurait se réduire à des actions menées à court terme à partir de programmes très ciblés mais doit être fondée sur une pratique généraliste, installée dans le long terme, dans le cadre d'une politique continue en direction de la santé mentale des enfants et des adolescents ». De plus, les auteurs préviennent du risque de confusion entre prévention de la souffrance psychique dans la petite enfance et prévention de la délinquance. Pour eux, il n'est pas possible, à partir du présent d'un enfant ou adolescent, de déduire son avenir d'adulte.

Ainsi la question de la prévention de la délinquance reste en suspens vis-à-vis de la SIPAD.

5.2.7. Modalités de sortie d'hospitalisation.

On constate que depuis 2012, toutes les sorties d'hospitalisation ont été programmées sur décision médicale et qu'il n'y a pas eu de fugues sans que l'adolescent n'ait été retrouvé dans les 15 jours. On peut aussi s'interroger sur cette récente absence de modalité de sortie non programmée, corrélée à l'augmentation des hospitalisations faites par le représentant légal de l'autorité. Cependant, il aurait été intéressant de connaître le nombre total de fugues de la structure durant ces 17 ans, notamment par années, et de pouvoir connaître le ratio de fugues où l'adolescent a été retrouvé ou non. Il est à savoir que, suite à ces nombreuses fugues, la structure s'est entourée de hauts grillages en 2008, ce qui a pu aider à leur diminution.

Dans la littérature, Roche a tenté de décrire les adolescents fugueurs de l'institution et retient pour la majorité d'entre eux le diagnostic de pathologie limite, en insistant sur les carences majeures des étayages familiaux (Roche, 2007)

Une étude a aussi été réalisée en 2012 sur le terrain, au sujet des fugues d'adolescents dans un service de pédopsychiatrie de Reims. Les résultats de cette étude montrent que les fugues ne sont pas nombreuses (8 % par an), qu'elles se déroulent en général sans mettre en danger l'adolescent et sans interrompre la continuité des soins. Elles pourraient même être envisagées de façon positive en apparaissant comme un facteur de rencontre qui mobilise les soignants, la société et le plus souvent la famille autour de l'adolescent.

Cela peut nous faire réfléchir sur le thème de la fugue, qui devrait être travaillée et non stigmatisée. Cela interroge sur la nécessité d'une structure fermée, qui, par principe, limite les fugues, comportement et symptôme éventuel de l'adolescent (Bernard, 2012)

5.2.8. Origine géographique

De manière globale, on note une provenance majoritaire régionale (PACA) des adolescents hospitalisés à la SIPAD, et plus particulièrement, du lieu où elle se trouve : les Alpes-Maritimes à plus de 75%.

On constate aussi une certaine homogénéité de la répartition des provenances des demandes de la région PACA à travers les années. Cependant, la proportion de provenance en dehors de la région PACA était fortement augmentée dans la période 2003-2007, avant de redevenir constante et minoritaire, à compter de 2008, et l'on peut identifier des demandes provenant notamment de la région Corse et de l'étranger, tel Monaco. Il reste encore quelques demandes, qui sortent du projet de service. Cependant, au regard de leur nombre, elles restent presque anecdotiques et tendent à disparaître.

5.2.9. Durées de séjour

On peut constater que la moyenne globale des durées de séjour s'approche de 1 mois ce qui est cohérent avec la durée envisagée dans le projet de service. La médiane est de près de 10 jours de moins, aux alentours de 4 semaines.

En comparant année par année, on remarque qu'il y a toujours eu des séjours dits « longs », de plus de 100 jours, quasiment chaque année. Leur nombre semblant plus important jusqu'en 2011, ainsi que pour l'écart interquartile et la médiane. Cela corrobore avec les orientations de l'époque qui privilégiaient les séjours longs (2008-2012).

En revanche, à partir de 2012 et l'instauration du nouveau projet de service, on remarque une nette chute des écarts interquartiles et de la médiane de séjour, qui correspondent aux orientations durant cette période. Depuis cette date, les données semblent assez similaires et constantes, avec respect du projet de service pour des temps d'hospitalisation de 3 puis 4 semaines en 2017. La réunion du comité scientifique a participé à cette amélioration en permettant aux différents partenaires qui s'occupaient de ces adolescents de mieux se connaître. On peut donc faire l'hypothèse que les uns et les autres ont mieux compris la nécessité de respecter le cadre posé par la SIPAD lors de l'admission d'un jeune, dans le but de co-construire les projets de sortie des adolescents.

Concernant les séjours longs, les facteurs explicatifs sont les difficultés des partenaires adresseurs qui refusent de reprendre les adolescents hospitalisés. Cela est dû au manque de places dans les structures adaptées, tel les instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP), les familles d'accueil, les lieux de vie. Aussi, certains adolescents peuvent rendre la sortie du service difficile par leurs comportements, recherchant cette contenance psychique voire physique, anxieux par une sortie proche.

Il est à noter qu'il a été décidé d'attribuer la durée du séjour à l'année où l'adolescent a été admis. C'est pourquoi, on pourrait voir apparaître un biais de mesure, mais qui se nivelle avec les années qui suivent notamment quand la durée de séjour est inférieure à une année.

Dans le rapport parlementaire du député Monsieur Zumkeller, en 2009, il est précisé l'importance d'une certaine brièveté que doit être cette prise en charge pour plusieurs raisons : d'abord, limiter la tendance naturelle qui serait que le jeune s'installe dans la structure et que son foyer adresseur ne l'oublie, et aussi afin de maintenir un processus dynamique entre les deux équipes. Il aurait été montré que la durée optimale du séjour se situerait entre trois et quatre semaines. Au-delà de ce temps de prise en charge, il est constaté que l'adolescent ne pourrait plus partir, car la crise se refermerait alors et aucun changement fondamental ne serait plus possible. De plus, le fonctionnement antérieur à la crise reprendrait ses droits

5.2.10. Diagnostics

Au vu de la pauvreté de présence de diagnostics avant 2008, nous n'avons pas pu réaliser une comparaison de ces diagnostics depuis l'ouverture. Il aurait été intéressant, au vu du projet de service initial, de connaître quel diagnostic ces adolescents auraient reçu, ceux-ci qui ne devaient pas présenter de pathologies psychiatriques avérées, à leur admission.

Depuis 10 ans, on s'attendait à retrouver une majorité de diagnostics CIM-10 en F90-98 (Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence) et plus précisément en F91 (Trouble des conduites) et F92 (Trouble mixte des conduites et des émotions), correspondant aux troubles des conduites, ce qui a été confirmé. On remarque aussi la faible proportion de diagnostics qui finissent par « .9 » ou sans précision. De plus, les diagnostics en F91 sont très excédentaires vis-à-vis des diagnostics en F92. On pourrait se demander si cet écart n'est pas dû à une méconnaissance de cette dernière catégorie des praticiens de terrain.

Aussi, le diagnostic F91.1 est majoritaire, ce qui sous-entendrait que ce trouble est davantage « mal socialisé » que « socialisé » ou « intra-familial »

On peut alors discuter de l'intérêt de l'hospitalisation en unité pédopsychiatrique de ce type de trouble, hormis s'il présente des co-morbidités plus fréquentes que nous n'avons pas pu relever dans notre étude.

En parallèle, on remarque aussi une tendance à l'extinction des diagnostics en F80-89, qui correspondait le plus souvent à des diagnostics en F84 (Troubles envahissants du développement), qui est un critère d'exclusion depuis 2012, d'où sa décroissance.

En revanche, on relève un accroissement des diagnostics en F20-29 depuis les 5 dernières années, ce qui peut être analysé de 2 façons : soit que la population adolescente prise en charge à la SIPAD a évolué, soit que nous arrivons mieux à poser ces diagnostics difficiles.

Aussi, on peut s'interroger sur la prise de toxiques, qui serait peut-être de plus en plus fréquente et qui favoriserait alors ces troubles. Cette donnée est manquante dans notre étude et nécessiterait d'être explorée.

Ce relevé reste insuffisant et subjectif puisqu'il aurait été intéressant de relever aussi les diagnostics associés et secondaires, ce qui n'a pas été possible, par sa quasi-inexistence dans le relevé des données. De plus, le codage reste médecin-dépendant, et il aurait été préférable de reprendre tous les séjours et de les coter à nouveau selon la classification CIM-10.

L'interrogation se pose sur la cotation de ces adolescents en « trouble des conduites ».

Elle devrait, peut-être, rester un diagnostic d'exclusion et il serait à privilégier un autre diagnostic d'une autre catégorie qui pourrait devenir le diagnostic principal si ce trouble était sous-tendu par celui-ci.

VI / CONCLUSION ET PERSPECTIVES

La revue de la littérature montre une difficulté à prendre en charge les adolescents présentant des « troubles du comportement » en dépit de la mobilisation importante des différentes institutions. Notre travail de thèse se situe dans une réflexion sur la prise en charge particulière des adolescents adressés à la SIPAD, du fait de cette symptomatologie.

Nous avons effectué une étude rétrospective portant sur plusieurs données socio-démographiques et cliniques des séjours des adolescents pris en charge par cette structure sanitaire depuis son ouverture.

La population accueillie variait peu en termes socio-démographiques avec notamment une majorité masculine et hétérogène en termes d'âge. Mais elle a évolué concernant sa modalité d'hospitalisation, principalement sous autorité parentale désormais, et au niveau diagnostic, avec la grande part de « trouble des conduites » mais aussi l'émergence de troubles psychotiques, qui, parfois, les sous-tendent.

Concernant le traitement du « trouble des conduites », diagnostic principalement retrouvé dans notre étude, il faut retenir en première intention l'approche non-médicamenteuse avec principalement un suivi ambulatoire psychiatrique et une intervention sur le système familial. L'approche médicamenteuse doit en revanche être utilisée dans un second temps, après échec des interventions psychosociales, pour un temps bref et dans des indications très précises ou dans le cas d'une comorbidité dont le traitement est encadré par des règles de prescription strictes et des recommandations internationales (dépression, TDAH...). La SIPAD s'intègre donc dans une solution de 2^{ème} ou 3^{ème} intention à la lecture des recommandations internationales et devrait continuer à être un centre spécialisé dans l'évaluation diagnostique des adolescents présentant des « troubles du comportement ». Il apparaît également indispensable de rechercher activement les comorbidités psychiatriques, parfois moins bruyantes de ces adolescents avec diagnostic de « trouble des conduites », qui complexifient alors les prises en charge et qui se doivent d'être, le plus possible, personnalisées permettant ainsi d'améliorer le devenir de l'adolescent. Une fois le ou les diagnostic(s) posés, la prise en charge s'orientera alors également sur le traitement spécifique de ces comorbidités, avec des thérapies ciblées, basées sur une évaluation clinique et cognitive rigoureuse.

Notre étude étant rétrospective, il serait intéressant de réaliser une étude prospective avec des échelles diagnostiques standardisées de type Kiddie-Sads-PL, notamment concernant les comorbidités.

De plus, une étude comparative entre la population de la SIPAD et la population des unités adolescentes de pédopsychiatrie pourrait aussi être intéressante afin de confirmer ou infirmer leur différence socio-démographique ainsi qu'en termes de diagnostics.

Par ailleurs, on peut s'interroger sur le fait que si la SIPAD intervenait de manière plus précoce dans la vie d'un adolescent, serait-elle en mesure de limiter le passage dans la délinquance de ces adolescents ?

A titre de perspectives, il serait intéressant de développer de nombreuses études, comme des études prospectives médico-économiques afin d'évaluer le coût de la non-prise en charge de ces jeunes et de la suppression de la prévention.

Il reste également à réfléchir sur la création de centres experts de référence pour la prise en charge des cas dit « difficiles » neurodéveloppementaux, mettant actuellement en grande difficulté les différentes institutions qu'ils traversent. La SIPAD est parfois confrontée à ces profils de patients, bien que cela ne semble pas être une solution adaptée dans la durée du fait de la chronicité des troubles et de la lourdeur de la pathologie. Ceux-ci ont pu conduire la structure à remplir des missions autres que celles initiales, d'évaluation diagnostique et thérapeutique, majorées par l'absence de structures adaptées.

VII / BIBLIOGRAPHIE

Alexander, J., Pugh, C., Parsons, B., & Sexton, T. (2000). Family functional therapy. *DS Elliot (Series Ed.). Blueprints for violence prevention: Book three. Boulder, CO: Center for the Study and Prevention of Violence*, 445-453.

Aman, M. G., De Smedt, G., Derivan, A., Lyons, B., Findling, R. L., & Risperidone Disruptive Behavior Study Group. (2002). Double-blind, placebo-controlled study of risperidone for the treatment of disruptive behaviors in children with subaverage intelligence. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1337-1346.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III)*.

Baker, K. (2016). Conduct disorders in children and adolescents. *Paediatrics and Child Health*, 26(12), 534-539

Baldacci, C. (2010). Quel parcours de soins pour les adolescents présentant des troubles des conduites?. *L'Encéphale*, 36, S46-S53.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliff.

Barreyre, J.Y, Fiacre, P. (2009) « Parcours et situations de vie des jeunes dits « incasables » ». *Informations sociales n° 156*, 80-90.

Benda, B. B. (2005). Introduction: Boot camps revisited: Issues, problems, prospects. *Journal of Offender Rehabilitation*, 40(3-4), 1-25.

Bernard, C., Barbe, C., Delahaigue, C., & Rolland, A. C. (2012). Les fugues des adolescents hospitalisés en psychiatrie. Dimensions psychopathologiques. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 60(6), 441-445.

Boivin, M., Vitaro, F. R. A. N. K., & McCord, J. (1995). The impact of peer relationships on aggression in childhood: Inhibition through coercion or promotion through peer support. *Coercion and punishment in long-term perspectives*, 183-197.

Botbol, M., Choquet, L. H., & Grousset, J. (2010). Éduquer et soigner les adolescents difficiles: la place de l'aide judiciaire contrainte dans le traitement des troubles des conduites. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 58(4), 224-233

Braconnier, A. (2005). *L'adolescence aujourd'hui*. Erès.

Bursztejn, C. (2007). Les troubles des conduites: abord nosologique et épistémologique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55(8), 443-449.

Campbell, M., Adams, P. B., Small, A. M., Kafantaris, V., Silva, R. R., Shell, J., ... & Overall, J. E. (1995). Lithium in hospitalized aggressive children with conduct disorder: a double-blind and placebo-controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(4), 445-453.

Chartier, J. P., Riva, H., & Selosse, J. (1997). *Les adolescents difficiles: psychanalyse et éducation spécialisée*. Dunod

Chudzik, L. (2010). Analyse de six controverses autour du diagnostic de trouble des conduites. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 58(4), 195-200.

Coie, J. D. (2004). The impact of negative social experiences on the development of antisocial behavior. In J. B. Kupersmidt & K. A. Dodge (Eds.), *Decade of behavior. Children's peer relations: From development to intervention* (pp. 243-267). Washington, DC, US: American Psychological Association.

Connor, D. F., Glatt, S. J., Lopez, I. D., Jackson, D., & Melloni, R. H. (2002). Psychopharmacology and aggression. I: A meta-analysis of stimulant effects on overt/covert aggression-related behaviors in ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*(3), 253-261.

Cullen, F. T., Blevins, K. R., Trager, J. S., & Gendreau, P. (2005). The rise and fall of boot camps: A case study in common-sense corrections. *Journal of Offender Rehabilitation, 40*(3-4), 53-70.

Dodge, K. A. (1993). Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. *Annual review of psychology, 44*(1), 559-584.

Dodge, K. A., Pettit, G. S., Bates, J. E., & Valente, E. (1995). Social information-processing patterns partially mediate the effect of early physical abuse on later conduct problems. *Journal of abnormal psychology, 104*(4), 632.

Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Lynskey, M. T. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35*(10), 1365-1374.

Findling, R. L., McNAMARA, N. K., Branicky, L. A., Schluchter, M. D., Lemon, E., & Blumer, J. L. (2000). A double-blind pilot study of risperidone in the treatment of conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39*(4), 509-516.

Futh, A., O'connor, T. G., Matias, C., Green, J., & Scott, S. (2008). Attachment narratives and behavioral and emotional symptoms in an ethnically diverse, at-risk sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*(6), 709-718.

Garcin, V., Julie, M., Le Nouy, G., & Rouze, M. (2006). Troubles du comportement et adolescence. Problématiques d'accès aux soins et modalités de réponses nouvelles. *Pratiques psychologiques*, 12(4), 465-481

Gérardin, P., Cohen, D., Mazet, P., & Flament, M. F. (2002). Drug treatment of conduct disorder in young people. *European Neuropsychopharmacology*, 12(5), 361-370.

Gibello, B. (2006). INSERM-: Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent. Expertise collective. Étude critique. *Psychiatrie française*, 37(4), 7-33.

Gochman, P., Miller, R., & Rapoport, J. L. (2011). Childhood-onset schizophrenia: the challenge of diagnosis. *Current psychiatry reports*, 13(5), 321.

Hill, J. (2002). Biological, psychological and social processes in the conduct disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(1), 133-164.

Hobson, C. W., Scott, S., & Rubia, K. (2011). Investigation of cool and hot executive function in ODD/CD independently of ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(10), 1035-1043.

Huey Jr, S. J., Henggeler, S. W., Brondino, M. J., & Pickrel, S. G. (2000). Mechanisms of change in multisystemic therapy: Reducing delinquent behavior through therapist adherence and improved family and peer functioning. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(3), 451.

Impicciatore, P., Choonara, I., Clarkson, A., Provasi, D., Pandolfini, C., & Bonati, M. (2001). Incidence of adverse drug reactions in paediatric in/out-patients: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *British journal of clinical pharmacology*, 52(1), 77-83.

INSERM (2005). Expertise collective. Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent.

Ishikawa, S. S., & Raine, A. (2003). Prefrontal deficits and antisocial behavior: A causal model. In B. B. Lahey, T. E. Moffitt, & A. Caspi (Eds.), *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency* (pp. 277-304). New York, NY, US: Guilford Press

Jaffee, S. R., Moffitt, T. E., Caspi, A., & Taylor, A. (2003). Life with (or without) father: The benefits of living with two biological parents depend on the father's antisocial behavior. *Child development*, 74(1), 109-126.

Kazdin, A. E. (1996). Dropping out of child psychotherapy: Issues for research and implications for practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1(1), 133-156.

Kendell, R., & Jablensky, A. (2003). Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *American journal of psychiatry*, 160(1), 4-12.

Kim-Cohen, J., Caspi, A., Taylor, A., Williams, B., Newcombe, R., Craig, I. W., & Moffitt, T. E. (2006). MAOA, maltreatment, and gene–environment interaction predicting children's mental health: new evidence and a meta-analysis. *Molecular psychiatry*, 11(10), 903.

Klein, R. G. (1991, May). Preliminary results: lithium effects in conduct disorders. In *CME Syllabus and Proceedings Summary, 144th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, New Orleans* (pp. 119-120)

Landman, P., & Portelli, C. (2017, February). Pourquoi une classification française des troubles mentaux chez l'adulte (CFTMA)? In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 175, No. 2, pp. 163-164). Elsevier Masson

Littell, J. H. (2005). Lessons from a systematic review of effects of multisystemic therapy. *Children and youth services review*, 27(4), 445-463.

Lynam, D. R., Henry, V. (2001). The role of neuropsychological deficits in conduct disorders. In Hill, J., Maughan, B. (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence* (pp. 235-263). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Maes, S. (2003). Le passage à l'acte comme outil thérapeutique en milieu institutionnel. *Nervure*, 16 :23–5

Malone, R. P., Luebbert, J. F., Delaney, M. A., Biesecker, K. A., Blaney, B. L., Rowan, A. B., & Campbell, M. (1997). Nonpharmacological response in hospitalized children with conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(2), 242-247.

Malone, R. P., Delaney, M. A., Luebbert, J. F., Cater, J., & Campbell, M. (2000). A double-blind placebo-controlled study of lithium in hospitalized aggressive children and adolescents with conduct disorder. *Archives of general psychiatry*, 57(7), 649-654.

Maughan, B. (2001). Conduct disorder in context. *Conduct disorders in childhood and adolescence*, 169-201.

McBurnett, K., Raine, A., Stouthamer-Loeber, M., Loeber, R., Kumar, A. M., Kumar, M., & Lahey, B. B. (2005). Mood and hormone responses to psychological challenge in adolescent males with conduct problems. *Biological Psychiatry*, 57(10), 1109-1116.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ (2016). Décret numéro 2016-1537 du 16 novembre 2016 relatif aux recherches impliquant la personne humaine. *JO du 17 novembre 2016*

Misès, R., Bursztejn, C., Botbol, M., Garrabé, J., Gloanec, N. G., Golse, B., ... & Portelli, C. (2011, May). La CFTMEA R 2010, présentation des modifications de l'axe I. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 169, No. 4, pp. 248-255). Elsevier Masson

Moffitt, T. E., & Caspi, A. (1998). Annotation: Implications of violence between intimate partners for child psychologists and psychiatrists. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39(2), 137-144.

- Murray, J., & Farrington, D. P.** (2010). Risk factors for conduct disorder and delinquency: key findings from longitudinal studies. *The Canadian Journal of Psychiatry, 55*(10), 633-642.
- Nigg, J. T., & Huang-Pollock, C. L.** (2003). An early-onset model of the role of executive functions and intelligence in conduct disorder/delinquency. In B. B. Lahey, T. E. Moffitt, & A. Caspi (Eds.), *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency* (pp. 227-253). New York, NY, US: Guilford Press.
- OMS** (1993). CIM 10 – Classification Internationale des troubles Mentaux et des troubles du comportement: descriptions cliniques et directives pour le diagnostic
- Osofsky, J. D.** (1995). The effect of exposure to violence on young children. *American Psychologist, 50*(9), 782.
- Perisse, D., Gerardin, P., Cohen, D., Flament, M., & Mazet, P.** (2006). Le trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent: une revue des abords thérapeutiques. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 54*(8), 401-410.
- Petrosino, A., Turpin-Petrosino, C., & Buehler, J.** (2003). Scared Straight and other juvenile awareness programs for preventing juvenile delinquency: A systematic review of the randomized experimental evidence. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science, 589*(1), 41-62.
- Pilling, S., Gould, N., Whittington, C., Taylor, C., & Scott, S.** (2013). Recognition, intervention, and management of antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: summary of NICE-SCIE guidance. *BMJ: British Medical Journal (Online), 346*
- Prinz, R. J., & Miller, G. E.** (1994). Family-based treatment for childhood antisocial behavior: Experimental influences on dropout and engagement. *Journal of consulting and clinical psychology, 62*(3), 645.

Reyes, M., Buitelaar, J., Toren, P., Augustyns, I., & Eerdeken, M. (2006). A randomized, double-blind, placebo-controlled study of risperidone maintenance treatment in children and adolescents with disruptive behavior disorders. *American Journal of Psychiatry*, 163(3), 402-410.

Rifkin, A., Karajgi, B., Dicker, R., & Perl, E. (1997). Lithium treatment of conduct disorders in adolescents. *The American journal of psychiatry*, 154(4), 554

Roche, J. F. (2007). Être en fugue: des adolescents en attente de soin. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55(5-6), 287-290.

Rutter, M., Giller, H., & Hagell, A. (1998). *Antisocial behavior by young people: A major new review*. Cambridge University Press.

Rutter, M., & Stevenson, J. (2008). *Developments in child and adolescent psychiatry over the last 50 years* (pp. 1-17). Blackwell Publishing Ltd..

Schmit, G., & Falissard, B. (2007). Troubles des conduites: quelles pratiques en prévention?. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55(8), 475-480.

Scott, S., Briskman, J., Woolgar, M., Humayun, S., & O'Connor, T. G. (2011). Attachment in adolescence: Overlap with parenting and unique prediction of behavioural adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(10), 1052-1062.

Souiai, É. (2006). La SIPAD: un lieu de travail interdisciplinaire pour adolescents difficiles. *Les Cahiers Dynamiques*, (2), 69-71.

Steiner, H., Saxena, K., & Chang, K. (2003). Psychopharmacologic strategies for the treatment of aggression in juveniles. *CNS spectrums*, 8(4), 298-308.

Stéphan, P., Adamkiewicz, B., Bolognini, M., Plancherel, B., Page, M., Bernard, M., & Halfon, O. (2006). Caractéristiques psychosociales d'adolescents souffrant de troubles du comportement. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 54(3), 175-182.

Stinchcomb, J. B. (2005). From Optimistic Policies to Pessimistic Outcomes: Why Won't Boot Camps Either Succeed Pragmatically or Succumb Politically?. *Journal of Offender Rehabilitation*, 40(3-4), 27-52.

Tyler, J., Darville, R., & Stalnaker, K. (2001). Juvenile boot camps: A descriptive analysis of program diversity and effectiveness. *The Social Science Journal*, 38(3), 445-460.

Van Ijzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and psychopathology*, 11(2), 225-250.

Vitaro, F., Tremblay, R. E., & Bukowski, W. M. (2001). Friends, friendships and conduct disorders. *Conduct disorders in childhood and adolescence*, 346-378.

Wilson, S. J., & Lipsey, M. W. (2000). Wilderness challenge programs for delinquent youth: A meta-analysis of outcome evaluations. *Evaluation and program planning*, 23(1), 1-12.

Zumkeller, M. (2009). Rapport d'information sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes mineures par la Commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la république en conclusion des travaux d'une mission d'information présidée par Jean-Luc Warsmann. *Assemblée nationale*, (2130), 30

VIII / ABREVIATIONS

***CFTMEA** : Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent.

***CIM-10** : Classification internationale des maladies, 10ème édition.

***DSM-5** : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5ème édition

***INSERM** : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

***OPP** : Ordonnance de Placement Provisoire

***PJJ** : Protection Judiciaire de la Jeunesse

***SIPAD** : Structure Intersectorielle Pour Adolescents Difficiles

***TDAH** : Troubles du déficit de l'attention avec hyperactivité

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

POPULATION PRISE EN CHARGE DANS LA STRUCTURE INTERSECTORIELLE POUR ADOLESCENTS DIFFICILES DE NICE (SIPAD) DEPUIS SON OUVERTURE EN 2000 : UNE ETUDE RETROSPECTIVE

Introduction

Les troubles du comportement et les problèmes de violence chez les adolescents sont des domaines qui ont été largement étudiés et qui ont fait l'objet de nombreuses recherches. La « Structure Intersectorielle Pour Adolescents Difficiles » (SIPAD) est une structure de soins pédopsychiatriques fermée, issue d'un partenariat entre le Centre Hospitalier Sainte-Marie à Nice, où elle se situe, et diverses institutions (PJJ, Education Nationale, Conseil Général). Ce service de soins, créé en 2000, a pour but l'accueil, l'évaluation pluridisciplinaire médicale, psychologique, scolaire et sociale d'adolescents présentant des troubles du comportement ou « troubles des conduites ». Elle a connu de nombreux personnels soignants ainsi que différents projets de services, dont le dernier, est né à la suite d'une crise institutionnelle de 2008 à 2012, après formation d'un comité scientifique. L'objectif de cette étude est de décrire la population adolescente accueillie au sein de cette structure et son évolution au cours des différentes années.

Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective sur dossiers médicaux qui a consisté à recueillir plusieurs catégories de données de type socio-démographiques et cliniques sur tous les séjours d'adolescents ayant été accueillis à la SIPAD depuis son ouverture en octobre 2000 et jusqu'en décembre 2017.

Les données concernaient le nombre de séjours, le nombre d'adolescents accueillis, le sexe et l'âge de ces adolescents, la modalité d'hospitalisation, la présence d'une mesure éducative judiciaire pénale, l'origine géographique, la durée de séjour, les diagnostics principaux. Elles étaient étudiées de manière globale puis années par années.

Résultats

La SIPAD a accueilli un total de 823 adolescents pour un total de 1187 séjours, soit une majorité de premières hospitalisations (69%). Le sex ratio est de 1,65 (majorité masculine) et la médiane d'âge est de 15 ans, avec des valeurs s'étendant de 11 à 18 ans. Les modalités d'hospitalisation sont presque équivalentes, que ce soit à la demande du représentant légal (AP/DAP) à 47% (553), et celles à la demande du juge des enfants (OPP) à 51% (609) dont 8% sous OPP45. 30% des adolescents avaient une mesure éducative judiciaire pénale (360). 92% des hospitalisations provenaient de la région « Provence Alpes Cote d'Azur » (1089). La moyenne des durées de séjour était de 38,17 jours et la médiane à 28 jours avec des valeurs s'étendant de 1 à 561 jours. Enfin pour les diagnostics sur les dix dernières années (2008-2017) (n=702), 52% (362) avaient un diagnostic de « troubles des conduites » selon la CIM-10 dont 45% en F91 « trouble des conduites » (312) et 7% (50) en F92 « trouble mixte des conduites et des émotions ».

Conclusion

La population accueillie variait peu en termes socio-démographiques avec notamment une majorité masculine et hétérogène en termes d'âge. Mais elle a évolué, au cours des années, avec désormais, des modalités d'hospitalisation principalement sous autorité parentale, une durée moyenne de séjour réduite et au niveau diagnostique, l'émergence de troubles psychotiques. La SIPAD s'intègre donc dans une solution de 2^{ème} ou 3^{ème} intention à la lecture des recommandations internationales et devrait continuer à être un centre spécialisé dans l'évaluation diagnostique des adolescents présentant des troubles du comportement. Il apparaît également indispensable de rechercher activement les comorbidités psychiatriques, parfois moins bruyantes de ces adolescents dont le diagnostic est un « trouble des conduites ». A titre de perspectives, il serait intéressant de développer d'autres études, comme des études prospectives médico-économiques ou cliniques avec des échelles diagnostiques standardisées.

Mots clefs : Population, SIPAD, adolescent difficile, trouble du comportement, trouble des conduites, pédopsychiatrie, fermé