HAL open science

État des lieux de la santé mentale d'une population d'adolescents pris en charge par le dispositif soins adolescent à Valvert

Amina Debbah

▶ To cite this version:

Amina Debbah. État des lieux de la santé mentale d'une population d'adolescents pris en charge par le dispositif soins adolescent à Valvert. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03043576

HAL Id: dumas-03043576

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03043576v1

Submitted on 7 Dec 2020

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 des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

Etat des lieux de la santé mentale d'une population d'adolescents pris en charge par le dispositif soins adolescent à Valvert.

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 22 Octobre 2020

Par Madame Amina DEBBAH

Née le 7 août 1990 à Pontoise (95)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur POINSO François	**Président**
Monsieur le Docteur (MCU-PH) GUIVARCH Jokthan	**Assesseur**
Monsieur le Professeur DA FONSECA David	**Assesseur**
Madame le Docteur KROUCH Tiphaine	**Directeur**
Madame le Docteur LE TREUT Laure	**Co-Directeur**

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

Etat des lieux de la santé mentale d'une population d'adolescents pris en charge par le dispositif soins adolescent à Valvert.

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 22 Octobre 2020

Par Madame Amina DEBBAH

Née le 7 août 1990 à Pontoise (95)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur POINSO François	**Président**
Monsieur le Docteur (MCU-PH) GUIVARCH Jokthan	**Assesseur**
Monsieur le Professeur DA FONSECA David	**Assesseur**
Madame le Docteur KROUCH Tiphaine	**Directeur**
Madame le Docteur LE TREUT Laure	**Co-Directeur**

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	**:**	**Pr. Georges LEONETTI**
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

➢ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➢ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➢ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➢ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➢ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➢ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➢ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➢ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➢ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➢ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➢ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	**:**	**Pr. Jean-Michel VITON**

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

Cabinet du Doyen – 25.02. 2020 (GL/HB)

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1er cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2ème cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1er cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2ème cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERLAND Yvon
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHABOT Jean-Michel
CHAMLIAN Albert
CHARPIN Denis
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques

MM DUFOUR Michel
DUMON Henri
ENJALBERT Alain
FAVRE Roger
FIECHI Marius
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCES Yves
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Roger
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul
MICHOTEY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008		
M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011
2009		
M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012
2010		
M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
2011		
M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015
2012		
M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015
2013		
M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016
2014		
M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017
2015		
M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALBANESE Jacques
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel
BARLESI Fabrice
BARLIER-SETTI Anne
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERBIS Julie
BERDAH Stéphane
BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019
BEROUD Christophe
BERTUCCI François
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre
BOUBLI Léon Surnombre
BOUFI Mourad
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETELLE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
COLLART Frédéric
COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
COWEN Didier
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
CURVALE Georges Surnombre
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
DELPERO Jean-Robert Surnombre
DENIS Danièle
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc
DUSSOL Bertrand
EBBO Mikaël
EUSEBIO Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAUGERE Gérard Surnombre
FELICIAN Olvier
FENOLLAR Florence
FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GABORIT Bénédicte
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GRANEL/REY Brigitte
GRANVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GRIMAUD Jean-Charles
GROB Jean-Jacques
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOFFART Louis Disponibilité
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MATONTI Frédéric Disponibilité
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier Surnombre
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien Disponibilité
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RANQUE Stéphane
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES/PHILIP Nicole
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE *A MI-TEMPS*

ADNOT Sébastien
GUIDA Pierre

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah
ANGELAKIS Emmanouil (disponibilité)
ATLAN Catherine (disponibilité)
BARTHELEMY Pierre
BEGE Thierry
BELIARD Sophie
BENYAMINE Audrey
BERGE-LEFRANC Jean-Louis
BERTRAND Baptiste
BEYER-BERJOT Laura
BIRNBAUM David
BONINI Francesca
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BOUSSEN Salah Michel
BUFFAT Christophe
CAMILLERI Serge
CARRON Romain
CASSAGNE Carole
CERMOLACCE Michel
CHAUDET Hervé
CHRETIEN Anne-Sophie
COZE Carole
CUNY Thomas
DADOUN Frédéric (disponibilité)
DALES Jean-Philippe
DAUMAS Aurélie
DEGEORGES/VITTE Joëlle
DELLIAUX Stéphane
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVILLIER Raynier
DUBOURG Grégory
DUCONSEIL Pauline
DUFOUR Jean-Charles
ELDIN Carole
FABRE Alexandre
FAURE Alice
FOLETTI Jean- Marc
FOUILLOUX Virginie
FRANKEL Diane
FROMONOT Julien
GASTALDI Marguerite
GELSI/BOYER Véronique
GIUSIANO Bernard
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GONZALEZ Jean-Michel
GOURIET Frédérique
GRAILLON Thomas
GUERIN Carole
GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné
GUIDON Catherine
GUIVARCH Jokthan
HAUTIER/KRAHN Aurélie
HRAIECH Sami
KASPI-PEZZOLI Elise
L'OLLIVIER Coralie
LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGIER Aude (disponibilité)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MAAROUF Adil
MACAGNO Nicolas
MAUES DE PAULA André
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NGUYEN PHONG Karine
NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
OLLIVIER Matthieu
PAULMYER/LACROIX Odile
PESENTI Sébastien
RADULESCO Thomas
RESSEGUIER Noémie
ROBERT Philippe
ROMANET Pauline
SABATIER Renaud
SARI-MINODIER Irène
SAVEANU Alexandru
SECQ Véronique (disponibilité)
STELLMANN Jan-Patrick
SUCHON Pierre
TABOURET Emeline
TOGA Caroline
TOGA Isabelle
TOMASINI Pascale
TOSELLO Barthélémy
TROUSSE Delphine
TUCHTAN-TORRENTS Lucile
VELY Frédéric
VION-DURY Jean
ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND/BENHAIM Caroline
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise
BOYER Sylvie
COLSON Sébastien
DEGIOANNI/SALLE Anna
DESNUES Benoît
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte
POGGI Marjorie
POUGET Benoît
RUEL Jérôme
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie
VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier (nomination au 1/10/2019)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
REVIS Joana
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE *4201*

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES *4203*

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) disponibilité

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE *4801*

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS *11*

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5405*

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

ANTHROPOLOGIE *20*

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE *4501*

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE *4401*

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMONOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE *4403*

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE *4301*

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION *4604*

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE *5002*

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH) Surnombre
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE *4702*

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

CARDIOLOGIE *5102*

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE *5202*

BERDAH Stéphane (PU-PH)
DELPERO Jean-Robert (PU-PH) Surnombre
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU PH)

CHIRURGIE INFANTILE *5402*

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
FAURE Alice (MCU PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE *5503*

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE *5103*

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE *5104*

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE *4202*

LEPIDI Hubert (PU-PH)
LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE *5003*

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
LUCAS Guillaume (MAST)
MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
MELLINAS Marie (MAST)
ROMAN Christophe (MAST)
TRINQUET Laure (MAST)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5404*

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
CUNY Thomas (MCU PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE *5004*

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE *5201*

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH) retraite au 25/11/2019
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE *4704*

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5403*

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION *4601*

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
THIRION Xavier (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE *4703*

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES *4503*

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE *4805*

KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE *5301*

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)
EBBO Mikael (MCU-PH)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION *4701*

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE *4603*

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION *4905*

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL *4602*

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE *5303*

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

NUTRITION *4404*

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE *5502*

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
MATONTI Frédéric (PU-PH) Disponibilité

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE *5501*

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
MICHEL Justin (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE *5203*

BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stépahne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE *4902*

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE *4901*

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE *4904*

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE *4803*

BLIN Olivier (PU-PH)
FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE *4502*

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE *5401*

ANDRE Nicolas (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE *4903*

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE *4302*

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE *4802*

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

PHILOSPHIE *17*

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PHYSIOLOGIE *4402*

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
GABORIT Bénédicte (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE *5101*

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE *5001*

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE *4804*

AMBROSI Pierre (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE *5204*

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Liste des abréviations

CMP : Centre Médico Psychologique

CMPP : Centre Médico Psycho Pédagogique

DREES : Direction De la Recherche des Etudes de l'évaluation et des Statistiques

ADRS : Adolescent Depression Ratting Scale

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse

AEMO : Aide Educative en Milieu Ouvert

AED : Aide Educative au Domicile

AEA : Aide Educative administrative

MIJE : Mesure d'investigation judiciaire

MDA : Maison des adolescents

DSA : Dispositif Soins adolescent

CIM : Classification Internationale des maladies

DSM : Diagnostic and Statistiscal Manual of Mental Disorder

CASF : Code d'action sociale et des familles

ONPE : Observatoire National de la Protection de l'enfance

Remerciements

Aux membres du Jury

Au Pr Poinso, je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury.

Au Pr Da Fonseca, je vous remercie de me faire l'honneur de faire partie de ce jury.

Au Dr Guivarc'h pour s'être intéressé au travail effectué et pour avoir accepté de faire partie de ce jury.

Au Dr Krouch

Pour m'avoir dirigée dans ce travail. Merci pour ta disponibilité et pour ton soutien ainsi que pour tes conseils.

Au Dr LeTreut

Pour faire partie de ce jury, et dont la réflexion et la prise en charge d'autrui est un exemple.

A ma famille

Je remercie mes parents qui m'ont appris la valeur du travail et son mérite, merci pour votre soutien et votre patience durant ce parcours long et sinueux mais qui finalement finit par trouver son point de chute. A ma mère encore pour sa patience et son écoute en toute circonstance. A mon frère Nassim pour ses conseils bienveillants, pour son aide précieuse, pour son écoute également, son humour, son style, sa beauté et j'en passe !

A mes amis de Marseille

A Delphine, sans qui l'internat ne serait pas passé aussi vite ! Ces quelques lignes ne suffiront probablement pas à décrire cette période, non sans rebondissements !! Merci pour tes ondes positives, pour ton humour, pour ta gentillesse, pour ta générosité et ta disponibilité en toutes circonstances, merci d'être là.

A Emma et Garance amies et partenaires du premier et du dernier semestre, à nos débuts rocambolesques en psychiatrie à Edouard Toulouse !!Que le temps passe vite !!

A Barbara pour m'avoir accueillie chaleureusement et intégrée à la vie Marseillaise.

A Karine, Léa, Chloé, et Sonia ; merci pour tes encouragements.

A Charlotte pour avoir été une co interne géniale.

A Anais, pour ces instants en or partagés à l'internat de la Timone. Tu vois qu'on avance. Je te dirais bien de venir à Marseille avec nous mais je ne voudrais pas être responsable d'un éventuel et je dis bien éventuel changement d'avis…Merci pour tout.

A Charlotte Corbet pour l'écoute et le soutien dont tu as fait preuve notamment durant cette période de travail acharné.

A Pauline, pour sa bienveillance, peut être reprendra t on le sport ensemble ?

A mes amis de Paris

A Sallia, toujours présente, mon départ aura peut-être été l'occasion pour toi d'adopter Marseille comme ville de cœur et le théâtre de souvenirs gravés. Merci pour ta présence depuis des années, j'espère avoir à partager encore de belles choses avec toi.

A Antoine, pour tes valeurs et ton humanité, la paternité te va si bien, merci d'être un ami génial.

A la crème fraiche pour tous ces moments partagés pendant l'externat et pour tous ceux qui restent à venir

A Hanna&Léo parce que « vous êtes Hanna et Léo », toujours fidèles au poste. Pour votre loyauté, en amitié et dans la vie en général.

A Philou merci pour ton humour inégalable, et à Diane et à nos début en chirurgie plastique.

A Tino futur papa (poule ?), pour sa joie de vivre ses célèbres petits pas.

A Sidney pour son style et son énergie.

A Jeanne, pour sa sagesse, merci d'être tout le temps aussi buena honda.

A Marie ; merci pour les vacances en Grèce. Non, pour ta spontanéité et ta générosité. Merci d'être mon amie malgré la distance, merci pour ton soutien inconditionnel.

A Juliette, pour partager avec moi la passion de la psychiatrie.

A Ines pour être enfin venue me voir à Marseille et qui du coup gagne le droit de relire ma thèse.

Aux différents services où j'ai eu le plaisir de travailler :

Merci au Secteur 12 d'Edouard Toulouse qui a eu à me supporter pendant un an, à Audrey secrétaire opérationnelle, à toute l'équipe médicale et soignante. Ce fut une expérience plus qu'enrichissante sur le plan humain que professionnel.

Aux cadres et anciennes cadres de la PA d'Edouard Toulouse, Mina, Houria et Anissa. Quel plaisir de travailler avec vous. Merci pour votre aide et votre professionnalisme durant toutes ces gardes.

Merci à l'équipe de la liaison Timone Gaelle et Nicole pour ce semestre mouvementé !!

Merci à l'équipe médicale et soignante du DSA, notamment à Babette pour ta grande disponibilité en général et notamment ces derniers mois, merci pour ta bonne humeur. Merci au Dr Krouch de me laisser cette opportunité.

Merci à l'équipe du SMPR ; stage inoubliable ; au Dr Follet, au Dr Bagnis pour sa pédagogie et son humour au dr Chicco,et enfin au Dr Masseboeuf Amel, pour son humanité.

Table des matières

Introduction 1
I/ Première partie : Revue de la littérature. 2
1 Historique 3
1.1 Origine du concept d'adolescence 3
1.1.1 Etymologie 3
1.1.2 Les âges de la vie 4
1.2 Définition sociale : une réalité sociale à partir du XIXème siècle 4
1.3 Les institutions en charge des adolescents 5
1.3.1 L'administration pénitentiaire 5
1.3.2 L'école 6
1.3.3 Progrès au XIXème siècle avec l'ordonnance de Février 1945 7
1.4 Naissance de la clinique psychiatrique de l'enfance et de l'adolescence 8
1.4.1 Premières pathologies décrites 8
1.4.2 Mouvement de désinstitutionalisation et création de secteur 11
1.4.3 Création des centres médico-psycho-pédagogiques 13
1.4.4 Les MDA : Maisons des adolescents 13
2 Epidémiologie en santé mentale des adolescents 15
2.1 Aspect anatomique et biologique 15
2.1.1 Les modifications neurobiologiques 15
2.1.1.1 Modelage du cerveau de l' adolescent 15
2.1.1.2 Différence selon le sexe 16
2.1.2 Les modifications hormonales à l'adolescence 17
2.1.2.1 Le developpement des caractères sexuels primaires 17
2.1.2.2 Le développement des caractères sexuels secondaires 19
2.1.2.3 Croissance staturale et maturation osseuse 20
2.2 Aspect théorico clinique 21
2.2.1 Analytique 21
2.2.2 Attachementiste 22
2.2.2.1 Origines de la théorie de l'attachement 22
2.2.2.2 Différents types d'attachement 23
2.2.3 Attachement et troubles psychiatriques 23
2.3 Santé mentale et souffrance psychique à l'adolescence 24

2.3.1 Santé mentale à l'adolescence 24
2.3.2 Souffrance psychique à l'adolescence 25
2.4 Epidémiologie 26
2.4.1 Premières études 26
2.4.2 Enquêtes basées sur des auto-évaluation 27
2.4.3 Suicide et dépression 28
2.4.3.1 Suicide et tentative de suicide 28
2.4.3.2 Risque suicidaire et consommation de toxique 32
2.4.3.3 Dépression 33
2.4.4 Consommation de toxiques 34
2.4.5 Question de la schizophrénie à début précoce 35
2.4.6 Troubles anxieux et PTSD 36
2.4.7 Trouble de la personnalité border line 38
2.4.8 Données disponibles en France sur les caractéristiques des adolescents bénéficiant soins psychiatriques 38
2.4.9 Les enfants et les adolescents pris en charge dans les CMPP 39
2.5 Spécificité chez l'adolescent pris en charge par l'ASE 40
2.5.1 Les missions de l'ASE 40
2.5.2 Rappel du cadre légal de la Protection de l'enfance 41
2.5.3 Le dispositif de protection de l'enfance 42
2.5.4 Quelques chiffres 45
2.5.5 Sur le plan épidémiologique, études françaises 47
II/ Deuxième partie : Étude épidémiologique descriptive sur une population d'adolescents suivis au dispositif soins adolescents à l'hôpital Valvert 49
1 Description de l'étude 49
2 Matériel et méthodes 50
2.1.1 Description du dispositif soin adolescent 50
2.1.2 Recueil de données 51
2.1.3 Base médico administratives 51
2.1.4 Population étudiée 54
2.1.5 Outils statistiques 55
3 Résultats 56
3.1.1 Caractéristiques des adolescents suivis au DSA 56
3.1.2 Comparaison des résultats selon le sexe 60

3.1.3 Population d'adolescent ayant fait une tentative de suicide au moment de la prise en charge 63
3.1.4 Population d'adolescent récidivant, c'est-à-dire ayant déjà des antécédents de tentative de suicide 64
3.1.5 Population ayant fait l'objet d'un signalement ou ayant des mesures d'aides éducatives administratives ou judicaires 64
3.1.6 Focus sur les adolescents placés 65
3.1.7 Comparaison aux données de la littérature 67
4 Discussion 67
4.1.1 Réponse à la question principale 67
4.1.2 Cas des psychoses émergentes 68
4.1.3 Cas des adolescents dits « complexes » ou « incasables » 69
4.1.4 Transition vers l'âge adulte 70
5 Limites 71
5.1 Difficultés liées aux diagnostiques 71
5.2 Manque de données 71
6 Perspectives 72
III/ Troisième partie : Cas cliniques. 73
1 Cas clinique 1 : Mélissa seize ans 73
1.1 Antécédents et mode de vie 73
1.2 Histoire de la maladie 74
1.3 Démarche diagnostique 75
1.4 Démarche thérapeutique 75
1.5 Sur le plan social 76
2 Cas clinique 2 : Salima 13 ans 77
2.1 Antécédents et Mode de Vie 77
2.2 Histoire de la maladie 78
2.3 Démarche diagnostique 80
2.4 Démarche thérapeutique 83
IV/ Quatrième partie : Conclusion 85
V/ Cinquième partie : Bibliographie 86
VI/ Annexes 91

Introduction

L'adolescence est souvent identifiée comme une période de vulnérabilité psychique, un passage à risque dans un contexte de transition entre l'enfance et l'âge adulte. Sa définition tient compte de l'environnement social et culturel et donc de l'époque au cours de laquelle l'adolescent évolue. Les données culturelles en mouvement, avec notamment les nouvelles technologies, la prééminence de l'image ainsi que les nouveaux enjeux sociétaux (injonction de performance enjeux de normalisation) obligent les adolescents et leurs familles à se réinventer, non sans conflits et non sans risque d'évolution de la symptomatologie psychiatrique.

Qui sont les adolescents d'aujourd'hui ? Sont-ils si différents de ceux de la génération précédente ?

Beaucoup d'études récentes n'adoptent pas une approche globale des processus d'adolescence, mais davantage une approche centrée sur une modalité comportementale donnée (par exemple les addictions). Par ailleurs, les changements culturels, la multiplication des écrans, et l'avènement des réseaux sociaux nécessitent de se réinterroger régulièrement sur l'état de santé mentale des adolescents.

Au cours de ce travail, nous avons, après avoir tenté de redéfinir la notion d'adolescence et de recontextualiser le concept, fait un point sur les données épidémiologiques nationales, puis dans une seconde partie nous nous sommes intéressés à réaliser un état des lieux de la santé mentale des adolescents nouvellement suivis au cours de l'année deux mille dix-neuf sur le dispositif soins adolescents de l'hôpital psychiatrique de Valvert, afin de mieux cerner l'état actuel d'une consultation de secteur. Il ne s'agit donc pas d'une population générale mais d'une population ciblée, qui comprend les nouveaux cas pris en charge dans le service. Nous avons dans une dernière partie à l'aide de notre expérience d'interne, illustré notre propos en présentant deux cas cliniques.

I/ Première partie : Revue de la littérature.

Avant de nous intéresser à l'épidémiologie de la santé mentale chez les adolescents en France il apparait opportun de recontextualiser l'origine historique de l'intérêt pour la santé mentale des adolescents.

Puis nous nous sommes consacrés aux données épidémiologiques sur la santé mentale des adolescents en France

Nous avons effectué une revue de la littérature en utilisant les moteurs de recherche

- Pubmed

- Science Direct

- Google Scholar

- Plateforme de recherche de la bibliothèque universitaire d'Aix-Marseille

Une recherche globale a été réalisée avec les mots clés parmi lesquels

- « santé mentale des adolescents »

- « épidémiologie en santé mentale des adolescents »

- « adolescent mental health »

- «child welfare mental disorder »

Nous avons ensuite développé notre recherche par effet boule de neige.

1 Historique

1.1 Origine du concept d'adolescence

1.1.1 Etymologie

Étymologiquement, le terme latin « adulescens » signifie « celui qui est en train de croître » et ne se réfère à aucune catégorie d'âge en particulier. A Rome, seuls les jeunes hommes de 17 à 30 ans étaient ainsi dénommés. La citoyenneté leur était acquise à 17 ans et le droit de mariage à partir de la puberté. Les femmes quant à elles devenaient directement « uxor », épouse, c'est-à-dire sans adolescence. (1)

L'usage du terme disparaît ensuite, au Moyen Age, le jeune adulte se prend en charge à partir de 14ans environ, dans un contexte où l'espérance de vie est de l'ordre de 25 ans.

Le rapport à l'âge adulte a souvent été modifié en fonction des besoins de la société. Par exemple, en période de famine au Moyen Âge, l'âge adulte se voit repoussé, alors qu'en temps de guerre, cet âge est avancé.

Schématiquement, plus la société aspire au calme, plus la jeunesse est critiquée, voire dénigrée. Plus elle est en guerre ou en révolution, plus elle fait appel aux jeunes.

Le terme d'adolescence pour désigner une tranche d'âge spécifique ne réapparaît qu'à partir du milieu du XIXème siècle même si la notion de division de la vie en plusieurs étapes successives est pensée depuis la médecine de l'Antiquité et reste présente sans pour autant parler d'adolescence. En effet si la notion préexistait, celle-ci est entre le Moyen Age et le XIXème siècle confondue avec toute sortes de notions et surtout de groupe d'âge.

Le terme adolescence est défini à cette époque par le Larousse comme ce qui suit « l'adolescence est circonscrite entre deux limites précises, savoir d'une part la puberté, ou époque du complet développement des organes génitaux, d'autre part l'arrêt définitif de l'accroissement en hauteur qui continue après la première manifestation des facultés génératrices ». Les limites de cette tranche d'âge seraient définie entre 14 et 25 ans à cette époque.(2)

1.1.2 Les âges de la vie

Toute société définit des âges de la vie, étapes statutaires différentes pour le sujet. Trois nous intéressent particulièrement : l'enfance, l'adolescence, l'âge adulte.

Dans les sociétés modernes, la définition de la famille notamment dans les années 1960 avec un modèle familial classique est ébranlée dans ses fondements.

Le mariage décline tandis que, conjointement le célibat, la cohabitation, le nombre de divorces, le nombre de naissances hors mariage s'accroit, ce qui s'oppose à un modèle patriarcal traditionnel et asymétrique de la famille.

L'enfant a alors une nouvelle place avec un nouveau rapport à l'autorité paternelle. Les relations intra familiales et le cadre éducatif sont modifiés.(3)

Pour Marcel Gauchet, les âges de la vie sont redéfinis dans les sociétés modernes notamment.

La désinstitutionalisation de la famille est à situer dans ce cadre. Elle s'accompagne de la disparition des derniers vestiges de statuts d'âge. Du point de vue du fonctionnement social, il n'y aurait que des individus semblables, dont les différences générationnelles comptent à coup sûr dans le réel, mais n'interviennent pas dans ce qui relie les êtres et fait marcher la collectivité. Il y aurait une annulation des différences générationnelles.(4)

L'adolescence se resitue également dans un contexte social ; d'où une définition selon ce point de vue.

1.2 Définition sociale : une réalité sociale à partir du XIXème siècle

L'adolescence est donc un phénomène récent, propre aux sociétés occidentales, apparu au milieu du XIX siècle.

En effet, l'espérance de vie augmente à cette époque, ce qui est responsable d'un allongement de la période de transition entre l'enfance et l'âge adulte. Il n'y a pas de crise sociale ou sanitaire majeure en dehors des conquêtes napoléoniennes ce qui permet de ne pas mobiliser la jeunesse pour des tâches historiquement dédiées aux adultes.

Sur le plan social, le XIXème siècle est caractérisé par une consécration de la jeunesse notamment au sein des famille bourgeoises, avec notamment l'apparition de l'obligation de la scolarité introduite par la loi du 28 mars 1882. La jeunesse se retrouve promue et encadrée.

Dans le livre « Histoire de l'adolescence », Agnès Thiercé traque l'émergence en France de notre conception moderne de l'adolescence. Selon elle, celle-ci se construit à la fin du XIXe siècle, au moment où catholiques et laïcs se disputent l'encadrement de cette tranche d'âge, qui acquiert alors un statut plus scientifique grâce aux travaux de la psychologie(5)

1.3 Les institutions en charge des adolescents

Pendant longtemps les institutions qui ont géré les adolescents furent celles de la justice ; dans l'idée de parvenir à contenir des comportements dits délinquants, sans attention portées aux carences sociales et affectives.

1.3.1 L'administration pénitentiaire

Le modèle pénitentiaire du début du XIXe siècle tire sa légitimité d'une représentation de l'enfant comme un adulte. Les mineurs délinquants peuvent être emprisonnés avec les adultes. Ce modèle pénitentiaire domine dans la première moitié du XIXe siècle. Il faut punir les enfants coupables de délits, mais aussi les éduquer et les moraliser. Si l'enfant est reconnu coupable, il est condamné mais les peines sont généralement plus courtes que celle des adultes. Trois modes de prises en charge se dégagent. Parmi ceux-ci, il apparaît deux formes principales d'enfermement : les prisons ordinaires : les maisons centrales, les maisons d'arrêt ; les établissements spécifiques, comme les colonies agricoles et industrielles mais aussi les institutions religieuses et publiques d'éducation surveillée. Les milieux ouverts existent aussi avec la liberté surveillée.

Les Codes pénaux de 1791 et de 1810 n'engendrent pas de transformations fondamentales en matière de conceptions et de traitements de la délinquance juvénile. Les députés républicains, comme les jurisconsultes de l'Empire reformulent en fait trois principes plus ou moins stables de l'Ancien Régime. Premièrement, ils instituent une majorité pénale dont l'âge est fixé à seize ans. Secondement, ils font de la notion de discernement, avatar de la notion d'âge de raison, le critère de la "punissabilité" des moins de seize ans. Troisièmement, ils diminuent les quantum des peines applicables aux mineurs.

L’article 66 du Code pénal de 1810, qui reprend pour l’essentiel les dispositions du titre V du Code de 1791, met en forme le second principe : « Lorsque l’accusé aura moins de seize ans, s’il est décidé qu’il a agi sans discernement, il sera acquitté ; mais il sera, selon les circonstances, remis à ses parents, ou conduit dans une maison de correction pour y être élevé et détenu pendant tel nombre d’années que le jugement déterminera, et qui toutefois ne pourra excéder l’époque où il aura accompli sa vingtième année. »

Concrètement, cette disposition fabrique un curieux objet juridique : l’enfant virtuellement acquitté et pratiquement incarcéré. Il permet surtout d’envoyer en maison de correction pour de longues années un enfant auteur d’un délit que le Code sanctionne normalement de quelques mois de prison. (6)

Le XIXème siècle est une époque d’affrontement entre deux logiques institutionnelles celle de l’enfermement revendiquée par l’administration pénitentiaire et celle de l’éducation mise en avant par le ministère chargé de l’instruction publique. (7,8)

Le 28 mars 1882 est adoptée la loi Jule Ferry sur l’obligation scolaire.

1.3.2 L’école

La loi sur l'enseignement primaire obligatoire vise deux objectifs : rendre l'instruction obligatoire, bien sûr, mais aussi laïque. En ce qui concerne l'obligation, le texte ne fait que consacrer une série d'efforts qui ont déjà largement porté leurs fruits, même s'il reste encore, en 1878, environ 600 000 enfants non scolarisés. La loi vise les enfants des deux sexes, de six à treize ans. Elle encadre les possibilités d'absence et prévoit un système gradué de sanctions en cas de manquements répétés et injustifiés.

Enfin, elle ouvre la possibilité d'inscrire les enfants dans des établissements privés ou de leur faire donner une instruction à domicile. La scolarité est couronnée par un certificat d'études, ou validée par des examens annuels pour les enfants éduqués dans leur famille.

A partir de la seconde moitié du XIX siècle les débats sur la prise en charge de ce qui peut être qualifié de déviance par rapport à une norme sociale évoluent, avec l’introduction de l’idée que l’adolescent voire l’enfant n’est plus le coupable mais plutôt une victime. Ce qui permet à la notion de protection de l’enfance d’émerger.

1.3.3 Progrès au XIXème siècle avec l'ordonnance de Février 1945

La justice progresse au XXème siècle avec la parution de l'ordonnance de Février 1945.

Ce texte, dans la continuité de l'entre-deux-guerres, préconise la primauté de l'éducatif sur le répressif. Il s'agit d'en finir avec le souvenir des maisons de corrections et de la rédemption. L'Etat entend se donner les moyens de créer une justice des mineurs spécifique avec un magistrat spécialisé (le juge des enfants) et des professionnels éducatifs (les éducateurs et éducatrices).

Cette volonté politique rencontre un véritable consensus social malgré la hausse des faits de délinquance juvénile.

L'ordonnance 45-174 du 2 février 1945, relative à l'enfance délinquante, crée la fonction de juge des enfants, supprime la distinction entre mineurs de 13 ans et de 18 ans, abolit la notion de « discernement », et proclame la prééminence de l'éducatif sur le répressif. Elle a été complétée par l'ordonnance du 1er septembre 1945 qui précise l'organisation de l'éducation surveillée. Celle-ci a pour mission d'assurer la prise en charge des mineurs délinquants et la protection de ceux dont l'avenir apparaît gravement compromis en raison de carences éducatives et des risques qui en résultent pour leur formation ou pour leur santé physique

Le texte de 1945 consacre donc un certain nombre de principes novateurs, parmi lesquels

- L'institution du juge des enfants, figure emblématique de la justice des mineurs
- Le principe de la primauté de l'éducatif sur le répressif ;
- La mise en place d'un régime de mesures éducatives : milieu ouvert et placement et de sanctions pénales spécifiques
- Le principe de l'irresponsabilité en cas d'absence de discernement
- La mise en place d'un régime de détention particulier et restrictif ainsi que des règles de procédure assouplies.(9)

C'est aux Etats-Unis, à la fin du XIXe siècle que des éducateurs, des psychologues, des juristes et des médecins commencent à s'intéresser à la délinquance des jeunes. Ils ont incontestablement un rôle de pionniers, tel H. Emminghaus qui considère l'enfant délinquant plus comme victime d'une maladie, à soigner et à aider, que comme un pervers à châtier ; tel

Stanley Hall repéré tant dans le domaine des sciences humaines que celui de la psychologie, également repéré comme fondateur du « Paedagogical Seminary (10). Stanley Hall est le premier auteur dans l'ère moderne postrévolutionnaire à tenter de déchiffrer les tourments de l'adolescence. Il publie deux ouvrages massifs consacrés à l'adolescence dès 1904, en relation avec la psychologie, la physiologie, l'anthropologie, la sociologie, le sexe, le crime et la religion. Par ces deux volumes (Hall, 1904), il marque de son empreinte la conception psychiatrique et psychanalytique de l'adolescence à venir aux États-Unis. Le sujet adolescent est ainsi considéré comme être en croissance et en devenir, dominé par ses affects , la présence des conflit avec les parents est fréquente;(11) .

Il en résulte la mise en place d'une pensée médicale, plus précisément d'une façon « de percevoir les choses qui s'organise autour de la norme, c'est-à-dire qui essaie de partager ce qui est normal de ce qui est anormal, ce qui n'est pas tout à fait justement le licite et l'illicite : la pensée juridique distingue le licite de l'illicite, la pensée médicale distingue le normal de l'anormal (ou du pathologique): elle cherche aussi à se donner des moyens de correction qui ne sont pas exactement des moyens de punition, mais des moyens de transformation de l'individu, toute une technologie du comportement de l'être humain qui est liée à cela » . (12)

1.4 Naissance de la clinique psychiatrique de l'enfance et de l'adolescence

1.4.1 Premières pathologies décrites

La prise en charge des « enfants idiots » illustre les débuts de la pédopsychiatrie.

En dehors de cette catégorie, la maladie mentale est très rarement perçue à cette époque. Avant le XIXe siècle. Il prédomine des observations éparses d'états de déficience intellectuelle posant des problèmes d'ordre pratique vis-à-vis de ces individus dont le comportement troublait l'ordre public. Les allusions aux enfants sont rarissimes. Les observations du début du XIXème siècle concernent alors ce qui peut subvenir à la naissance, « l'idiotie » et l'épilepsie. La clinique infantile va donc se construire dans un premier temps autour de ces états. Il y a ce qui peut survenir ultérieurement dans l'enfance : différentes sortes de folie, d'aliénation, de maladies mentales somme toute applicables à celles des adultes. On devra attendre la fin du siècle pour que ce type de pathologie soit décrit de manières plus détaillées et spécifiques. Les aliénistes décriront donc progressivement, chez l'enfant, par une sorte de remontée de la clinique dans le temps de la vie, des maladies mentales jusque-là répertoriées seulement chez l'adulte, pour en

arriver aux années 1880, où des traités assez complets, consacrés spécialement à la psychiatrie des enfants, pourront voir le jour.(13)

Parmi les psychiatres qui s'intéressèrent au XIXe siècle à l'enfant le Dr Paule Meau De Tours écrit l'ouvrage « de la folie chez l'enfant » en 1888. (14)

En ce qui concerne les adolescents, la clinique psychiatrique est indistincte, au début du siècle, de celle des adultes. La puberté est en effet posée, par les premiers psychiatres comme le seuil à partir duquel on peut entrer ou basculer dans la « folie ». Hormis les cas d'idiotie ou d'épilepsie, il n'y a pas pour eux de folie à proprement parler dans l'enfance.

L'enfant prépubère, en dehors de ses maladies natives, est considéré à ce moment comme préservé de la pathologie mentale qui affecte les adultes. À partir de la puberté, on entre dans le même type de pathologie que celui qui touche l'adulte.

Une clinique descriptive concernant spécialement les adolescents va néanmoins se constituer, progressivement, de trois façons. La première correspond à la prise en compte, voire à l'appropriation, par la pensée psychiatrique, des aspects psychologiques de maladies somatiques par ailleurs bien repérées en médecine de l'adolescent, c'est le cas de la chlorose ou anémie essentielle des jeunes filles qui désignait une anémie ferriprive. La deuxième est, qu'on va repérer chez l'adolescent des formes précoces de maladies mentales déjà décrites chez l'adulte. On décrira ainsi des formes précoces de manie, de mélancolie, d'hystérie, de folie du doute, de psychose circulaire, de folie morale, et même de paralysie générale.
La troisième, plus tardive, sera aussi la plus spécifique : il sera identifié des maladies mentales particulières, se manifestant uniquement, ou de façon prévalente dans cet âge de la vie qu'est l'adolescence, c'est le cas de l'hébéphrénie, décrite par la psychiatrie allemande qui impose l'idée d'une forme de folie qui soit caractéristique de la jeunesse. L'idée de la prise en compte du déroulement de la vie, c'est-à-dire du développement intoduit l'idée d'une maladie qui évolue sur un temps suffisamment long et par phase. Ces idées progressent vite dans le reste de l'Europe à cette époque de le terme de « psychose de la puberté » fera rapidement référence à l'hébéphrénie. (13)

À la fin du XIXème siècle, Emil Kraepelin (1956-1926) rattache définitivement l'hébéphrénie à la démence précoce il désigne sous ce nom une maladie mentale juvénile, qui regroupe plusieurs tableaux symptomatiques typiques décrits par ses prédécesseurs (hébéphrénie, catatonie et démence paranoïde) et se termine par un état démentiel.

Freud a écrit Trois essais sur la théorie sexuelle qui, publié en 1905, est souvent considéré comme l'ouvrage le plus important de Freud après « l'interprétation des rêves ».

Il élargit la notion de sexualité au-delà des limites étroites dans lesquelles celle-ci était maintenue (différence entre sexualité génitale et infantile) par sa définition conventionnelle et fait remonter le début de la sexualité à la petite enfance, c'est-à-dire à une période beaucoup plus précoce qu'on ne l'avait pensé jusqu'alors. Il démontre ainsi que la sexualité ne commence pas à la puberté, mais dès l'enfance précoce, et qu'elle suit un développement par étapes successives pour aboutir à la sexualité adulte.(15)

Donald Winnicott écrit de la pédiatrie à la psychanalyse en 1969, ouvrage dans lequel il s'intéresse notamment à la symptomatologie dite antisociale et cela dès l'enfance. Il insiste sur le caractère normal de ces tendances anti sociales dans la croissance psychique de l'enfant. Il se réfère d'abord à son premier patient, un enfant délinquant suivi en dispensaire. Après que l'enfant ait mis à mal l'équilibre institutionnel, celui- ci a été placé en foyer éducatif ; Winnicott prend alors position en faveur d'une prise en charge des sujets souffrant de psychopathie par la société, dans une institution spécialisée davantage que dans le contexte d'une cure psychanalytique.(16)

De plus, dans la littérature française, les termes de « folie des adolescents », « folie de l'adolescent, » « psychose des adolescents » ne semblent apparaître que vers la fin du XIXème siècle.

L'enfant devient un objet d'intérêt en clinique psychologique et psychiatrique, et n'est désormais plus conçu seulement comme un être éduquer, à qui il faudrait inculquer les codes requis par la société.

Ses symptômes, s'il en présente, ne sont plus seulement l'expression d'une lésion ou d'un déficit fonctionnel, ils sont aussi la tentative de communication d'une angoisse ou d'une douleur psychique ainsi qu'un mode d'adaptation ou un mécanisme de défense.

Sur le plan institutionnel, des changements idéologiques sont à l'origine de modifications des modalités d'accueil et de soins des patients psychiatriques en général et avec notamment une remise en question du milieu asilaire.

1.4.2 Mouvement de désinstitutionalisation et création de secteur

La prise en charge en institution asilaire est peu à peu remise en question.

Une circulaire de 1960 définit le cadre législatif de la psychiatrie de secteur ; l'idée fondatrice est de déplacer le lieu du soin hors de l'hôpital. Il en résulte une convention entre département et un hôpital et doté de moyens techniques et financiers spécifiques. La politique de secteur instaure la notion de soins de proximité et axe la prise en charge sur les soins extra hospitaliers.

Ce dispositif permettra la création de nombreuses structures extrahospitalières très diverses telles que les hôpitaux de jours, centres de consultations, centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel. Tous ces dispositifs contribueront à sortir du caractère chronique et enfermant des soins psychiatriques asilaires.

Un processus de désinstitutionalisation s'est donc consécutivement engagé dès 1960, on assiste alors à la suppression des institutions traditionnelles et à la sortie progressive de ceux qui y étaient hospitalisés, le développement d'installations thérapeutiques au sein de la communauté, l'éviction de l'hospitalisation pour les éventuels candidats à l'institutionnalisation.

En ce qui concerne les enfants, les enfants dits « délinquants », « idiots ou arriérés » et « fous » sont internés ensemble. Parmi les premiers, Bourneville (1840–1909, fondateur de la Fondation Vallée) se préoccupe d'améliorer l'accueil des enfants hospitalisés.

Jusqu'au milieu du XXe siècle, les mineurs sont accueillis de manière indistincte en prison ou en hôpital psychiatrique, des « séjours d'isolement » restant autorisés par l'arrêté du 3 août 1950. Les soins psychiatriques pour enfants et adolescent se mettent en place sur le modèle de ceux pour adultes par la circulaire du 15 mars 1960.

La circulaire du 16 mars 1972 instaure un hôpital de rattachement pour chaque intersecteur.

Les critères d'âge sont fréquemment évoqués pour déterminer le lieu de soin d'un adolescent. La limite de 15 ans et trois mois ne correspond à aucune loi mais relève d'une circulaire interne de l'Assistance Publique pour délimiter la prise en charge en service de pédiatrie. La seconde limite évoquée, celle des 16 ans, est extraite d'un décret du 14 mars 1986, reprenant des éléments d'une circulaire du 13 septembre 1961. En effet celle-ci précise dans quels cas il est

possible d’envisager une prise en charge hospitalière psychiatrique des enfants de moins de seize ans dans les services de psychiatrie adulte, en définissant trois profils d’enfants : les enfants éducables ou semi éducables, les enfants arriérés profonds, et les enfants psychotiques. Pour ces derniers, une hospitalisation en service adulte peut être envisagée, à titre exceptionnel et de manière provisoire lorsque qu’aucune autre solution n’est possible et que « le maintien de l’enfant dans son milieu ferait courir un danger certain à son entourage »(17)

La circulaire du11 décembre 1992 précise que le décret du 14 mars 1986 «fixe à 16 ans la limite d’âge inférieure pour les personnes susceptibles de faire appel au secteur de psychiatrie générale mais ne délimite pas précisément la tranche d’âge des enfants et adolescents auxquels les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile , et insiste sur le fait « qu’il fait partie intégrante de leur mission de répondre aux besoins de santé mentale des adolescents, quel soit leur âge » (18)

La circulaire numéro 72-443 du 16 mars 1972 crée alors les inter secteurs de psychiatrie infanto--juvénile (qui correspondent à trois secteurs adultes officiellement). La délimitation d'un territoire géographique comme cadre du secteur répond à deux visées complémentaires : permettre d'une part à l'enfant ou à l'adolescent d'être pris en charge sans éloignement de son milieu familial, d'autre part favoriser l'action répétée et spécifiée de l'équipe sur des institutions diversifiées d'un territoire donné. Elle fait état des progrès de la discipline. Elle fixe de nouveaux objectifs, de la prévention, du dépistage précoce aux soins. Les moyens mis en œuvre correspondent essentiellement à la mise en place de dispensaires d’hygiène mentale (futurs cmp), de consultations externes dans les hôpitaux et de prises en charge en hôpital de jour.

Depuis, de nombreux textes et décrets confèrent de plus en plus de missions à la psychiatrie et à la pédopsychiatrie. Par exemple, la circulaire n° 93-00 du 14 mars 1993 insiste sur la nécessité de « promouvoir des unités plurisectorielles répondant à des besoins bien spécifiques auxquels une seule équipe de secteur ne saurait satisfaire parfaitement ». De nouvelles unités voient le jour : unités mère-enfant, unités d’addictologie, unités de précarité, unités pour adolescents.

1.4.3 Création des centres médico-psycho-pédagogiques

Les centres médico-psycho-pédagogiques participent à la mise en œuvre de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents, reconnue dans la circulaire de 1972 et précisée dans celle du 11 décembre 1992. Nés après la Seconde Guerre mondiale, ils sont généralement gérés par le médicosocial, ou parfois par des collectivités territoriales ou de grands organismes. S'ils peuvent voir l'ensemble des troubles chez les jeunes, l'accent est mis sur l'abord psychopédagogique dans le cadre de troubles des apprentissages

Les Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) sont des structures qui s'adressent aux enfants et aux adolescents présentant des difficultés d'apprentissage, des troubles psychiques, psychomoteurs ou du comportement. Ils ont pour fonction d'effectuer des bilans, de diagnostiquer d'éventuelles manifestations pathologiques et de mettre en œuvre une action thérapeutique ou rééducative sous la responsabilité d'un médecin. Leur activité est exclusivement ambulatoire et prend la forme de consultations, de séances de traitement au maximum quelques heures par semaine.

1.4.4 Les MDA : Maisons des adolescents

Ce terme serait né de l'équipe d'Alain Fuseau psychiatre au Havre qui fut le premier à ouvrir un tel lieu en 1999. Ces maisons ont pour principe de prendre en charge les adolescents dans toutes leurs dimensions, somatique, psychologique, scolaire, éducative, psychiatrique, de recevoir sans condition les adolescents qui ne sont pas encore suivis, tous seuls ou accompagnés de leurs parents, de leurs éducateurs ou de leurs professeurs par exemple accueillir chacun et tous, dans une hospitalité bienveillante et active, mais aussi de conseiller sur le plan juridique et ensuite d'orienter si besoin ou de prendre en charge l'adolescent et sa famille. Si, en effet, certaines maisons sont d'abord des réseaux qui n'ont ni toit, ni lieu propre, d'autres sont avant tout des unités de soins à partir desquelles s'est ensuite construit un réseau.

Le deuxième temps dans ces maisons peut être celui de la consultation individuelle ou familiale. Suivant les lieux, des spécificités se sont progressivement développées : il existe notamment des consultations pédiatriques, gynécologiques, diététiques, sociales, psychologiques ou psychiatriques mais aussi transculturelles pour les enfants de migrants, des consultations pour les mineurs étrangers isolés ou des « consultations adoption internationale » pour les enfants adoptés mais aussi des groupes de parole pour les parents, des groupes de frères et sœurs d'adolescents en souffrance.

En fonction des besoins familiaux ou autres, différentes formes de consultations sont développées.

Certaines MDA proposent par exemple la possibilité d'une hospitalisation à temps partiel et/ou de nuit.(19)

2 Epidémiologie en santé mentale des adolescents

Afin de mieux comprendre l'épidémiologie des troubles psychiatriques chez les adolescents, quelques définitions théoriques anatomiques, biologiques paraissent nécessaires à ce stade.

2.1 Aspect anatomique et biologique

2.1.1 Les modifications neurobiologiques

2.1.1.1 Modelage du cerveau de l'adolescent

Le développement du cerveau est un processus qui dure toute la vie. Le cerveau augmente de taille après la naissance, pour atteindre 90 % du volume adulte vers l'âge de 6 ans.

Les techniques d'imagerie notamment d'IRM (Imagerie par Résonnance Magnétique) et d'IRM fonctionnelle ont permis de mettre en évidence certaines modifications anatomiques pendant l'adolescence. L'imagerie par tenseur de diffusion (DTI) permet en outre d'étudier la substance grise mais surtout la macro et la microstructure de la substance blanche, notamment l'organisation et le trajet des fibres.

La croissance et la différenciation importantes du système nerveux, qui se déroulent avant la naissance et pendant les quelques mois qui la suivent, ne représentent en fait qu'une phase dans son élaboration et son modelage progressifs. Pendant la petite enfance et l'enfance, des changements développementaux du cerveau surviennent encore, même dans des régions antérieures du cerveau comme le cortex préfrontal, dont l'ontogenèse est relativement prolongée avec des remodelages significatifs pendant l'adolescence et à l'âge adulte.

La maturation cérébrale à l'adolescence est en rapport avec des modifications de la substance grise et la substance blanche.(20)

La substance blanche est composée essentiellement d'axones, de myéline et de glie. La myéline multiplie par cent la vitesse de transmission de l'influx nerveux. Elle facilite les opérations cognitives et l'intégration de multiples sources d'informations. Les connections entre l'amygdale, hippocampe et cortex frontal augmentent pendant l'adolescence. La myélinisation du cortex préfontal a lieu en dernier. La zone du corps calleux, qui comprend 180 millions d'axones myélinisés, et qui assure la transmission de l'information interhémisphérique suit aussi une vague de croissance.

Il y a donc une augmentation de la substance blanche en rapport avec une myélinisation accrue des connections interhémisphériques et cortico -sous-corticales.

En ce qui concerne la substance grise, qui est composée par les corps cellulaires des neurones et leur arborisation dendritique, une diminution est en rapport avec le phénomène de l'élagage synaptique. L'élagage synaptique est en lien avec un affinement, une spécialisation des fonctions neuronales, il est sensé clore une période critique du développement cérébral en arrêtant la configuration définitive d'une aire cérébrale. Seules les connections utilisées seraient conservées. (21)

L'élimination est plus prononcée dans le cortex préfrontal et dans d'autres régions néocorticales que dans les aires sous-corticales. Même au sein du cortex, l'élagage synaptique touche plutôt les circuits intrinsèques à une région corticale spécifique que les circuits associatifs qui connectent entre elles différentes régions corticales.

Le développement du néocortex pendant l'adolescence est en effet plus caractérisé par une perte des connexions synaptiques que par la création de nouvelles connections, avec presque 50 % de perte de connexions synaptiques entre les neurones dans certaines régions du cerveau de primates non humains à l'adolescence. Un déclin similaire de la densité synaptique est constaté dans le néocortex humain entre 7 et 16 ans, mais la restriction dans la quantité du matériel d'autopsie humain limite la définition plus précise d'une chronologie de ce déclin. (22) (23)

Cette diminution relative de la substance grise par rapport au volume total de certaines régions cérébrales peut probablement être attribuée en partie à la perte synaptique constatée dans ces régions au cours de l'adolescence mais aussi à l'augmentation de la substance blanche puisque le volume cérébral total reste à peu près le même après l'âge de cinq ans.(24)

2.1.1.2 Différence selon le sexe

Du fait que l'adolescence commence par la puberté, une différence entre les deux sexes portant sur les trajectoires de développement a été postulé, mais ce n'est que récemment qu'il a pu être objectivé par l'imagerie cérébrale dans une étude longitudinale portant sur 126 adolescents. Ainsi, le volume de substance blanche augmente plus chez les garçons que chez les filles, en

fonction du stade pubertaire de Tanner, et du niveau d'estradiol et de testostérone, indépendamment.(25)

2.1.2 Les modifications hormonales à l'adolescence

L'adolescence correspond à un moment de modifications physiologiques. Le développement des caractères sexuels primaires et secondaires induisent des modifications à prendre en compte dans le développement physiologique des adolescents, ce qui les rend en proie à une nouvelle construction identitaire.

2.1.2.1 Le developpement des caractères sexuels primaires

Le développement pubertaire résulte de l'activation successive de l'hypothalamus, de l'antéhypophyse, des gonades et des tissus périphériques. L'activité de l'axe gonadotrope est détectable durant l'enfance, mais reste de degré faible, et la puberté correspond plutôt à une augmentation nette des activités hormonales hypothalamiques et hypophysaires, responsable d'une production accrue par les gonades des stéroïdes sexuels qui vont entraîner les modifications physiques de la puberté.

L'hypothalamus

L'hypothalamus va sécréter le GnRH (Gonadotropin Releasing Hormone). La sécrétion pulsatile de GnRH hypothalamique est fonctionnelle dès la vie fœtale, et est particulièrement active en période néonatale, puis entre en quiescence pendant l'enfance pour être réactivée à la période pubertaire. En réalité, la production pulsatile de GnRH n'est pas un phénomène en « tout ou rien » : la phase de quiescence de l'enfance n'est pas complète, une production pulsatile de GnRH est détectable à cette période, la réactivation gonadotrope correspond plutôt à une augmentation de la pulsatilité et de l'amplitude des pics de GnRH, repérable plusieurs années avant les manifestations physiques de la puberté. Le GnRH est sécrété au niveau de l'éminence médiane dans le système porte hypophysaire jusqu'aux cellules gonadotropes antéhypophysaires.

L'hypophyse

La GnrH va se fixer sur ses récepteurs à sept domaine transmembranaires des cellules gonadotropes et induire la biosynthèse et la sécrétion pulsatile des sous unités alpha et bêta

des gonadotrophines hypophysaires : la LH (Luteinizing Hormone) et la FSH (Follicle Stimulating Hormone). Les pics de LH et FSH peuvent être détectés dans la circulation, environ 2 à 4 ans avant les manifestations physiques de puberté. C'est d'abord durant la nuit que les pics de gonadotrophines deviennent plus amples. Alors que la puberté progresse, la fréquence et l'amplitude des pics de LH augmentent également pendant la journée. L'amplitude des pics de LH, gonadotrophine prédominante à partir de la puberté, est multipliée par 20–30.

Les gonades

Les gonadotrophines hypophysaires libérées dans la circulation générale se fixent sur leurs récepteurs respectifs, récepteur LH et récepteur FSH, appartenant également à la famille des récepteurs à sept domaines transmembranaires couplés aux protéines G.

Chez le garçon, dans les testicules, les cellules de Leydig, en réponse à l'activation du récepteur LH, produisent essentiellement la testostérone. C'est la dihydrotestostérone (DHT), qui provient de la réduction de la testostérone par la 5 alpha réductase dans les tissus cibles, qui est principalement responsable des modifications physiques de la puberté (allongement de la verge, développement de la pilosité) car l'affinité de la DHT pour le récepteur aux androgènes est environ dix fois plus forte que celle de la testostérone. Les cellules de Sertoli produisent principalement l'inhibine B et l'hormone antimüllerienne (AMH). L'inhibine B augmente durant la puberté : sa production est stimulée par la FSH, et l'inhibine B exerce elle-même un rétrocontrôle négatif sur la sécrétion de FSH. L'AMH est produite de manière abondante durant la période embryonnaire et fœtale, et durant l'enfance. À partir de la puberté, ses taux s'effondrent, en raison d'un rétrocontrôle négatif de la testostérone sur sa sécrétion. En dehors de sa fonction essentielle à la période embryonnaire et fœtale, entraîner la régression de structures mülleriennes, son rôle postnatal est mal connu. La maturation des tubules du testicule et des cellules germinales, qui rendent compte de l'augmentation du volume testiculaire, s'effectue en réponse à l'augmentation des taux de testostérone intratesticulaire, produite par les cellules de Leydig en réponse à la LH, et à l'action de la FSH sur la cellule de Sertoli.

Chez la fille, dans l'ovaire, les cellules interstitielles de la thèque, en réponse à l'activation du récepteur LH, produisent des androgènes, essentiellement l'androstènedione. Les androgènes sont aromatisés en œstrogènes dans les cellules de la granulosa, sous l'effet stimulant de la FSH, également responsable de la maturation folliculaire. (26) , (27).

2.1.2.2 Le développement des caractères sexuels secondaires

Chez la fille, l'âge de début de la puberté est en moyenne de 10, 5 ans. C'est l'apparition des seins qui marque le début de la puberté.

Les étapes du développement pubertaires normal chez la fille sont :

- Le développement du bourgeon mammaire.
- Le développement de la pilosité pubienne puis de la pilosité axillaire.
- La modification des organes génitaux externes avec l'horizontalisation de la vulve et l'augmentation du volume des lèvres.
- La survenue des premières règles (ménarche), environ deux ans après l'apparition du bourgeon mammaire.

On considère comme physiologique un début de développement mammaire entre les âges de huit et treize ans et une survenue des premières règles entre dix et quinze ans.

Chez le garçon, l'âge de début de la puberté est en moyenne de douze ans. C'est l'augmentation du volume des testicules qui marque le début de la puberté.

Les étapes du développement pubertaire normal chez le garçon sont

- L'augmentation du volume testiculaire. Le volume testiculaire devient égal ou supérieur à 4 ml ou si l'on mesure la plus grande longueur, celle-ci atteint ou dépasse 2,5 cm.
- Le développement de la pilosité pubienne puis de la pilosité axillaire.
- La modification des organes génitaux externe avec augmentation de la taille de la verge (supérieure ou égale à 6cm).
- La modification de la voix, à 14-15 ans.

Il peut fréquemment apparaître une gynécomastie transitoire modérée.

On considère comme physiologique un début d'augmentation du volume testiculaire entre les âges de 9, 5 et 14 ans. (26), (27).

C’est la classification de Tanner qui évalue l’acquisition des caractères sexuels secondaires

Les paramètres mesurés de cette classification sont : le développement mammaire chez la fille, le développement des organes génitaux externes chez le garçon et la pilosité pubienne. Les différents stades du développement pubertaire sont côté de 1 (stade prépubère) à 5 (stade adulte) permettant d’évaluer le niveau pubertaire lors de l’examen physique.(27)

2.1.2.3 Croissance staturale et maturation osseuse

L’accélération de la vitesse de croissance staturale débute avec les premiers signes pubertaires chez la fille et de façon décalée chez le garçon.

Chez la fille, la vitesse de croissance s’élève de 5 à 8 cm/an permettant une croissance staturale pubertaire de 23-25 cm. La taille finale moyenne atteinte à l’âge de 18 ans est en France de 165cm.

Chez le garçon, la vitesse de croissance, s’élève de 5 à 10cm/an, permettant une croissance staturale pubertaire totale de 25-28 cm. La taille finale moyenne atteinte à l’âge de 18 ans est en France de 178cm.

On peut noter le décalage de développement entre les garçons et les filles, les garçons étant sujet à des modifications moins visibles par l’entourage que les filles. En effet le premier signe de développement pubertaire chez le garçon est l’augmentation du volume testiculaire et alors que chez les filles le développement des glandes mammaires fait partie des premières manifestations pubertaires. On parle de différence de « timing pubertaire ». (28)

La maturation osseuse est évaluée par l’âge osseux. En pratique, cet examen n’est indiqué qu’en cas de puberté pathologique, de retard ou d’accélération de la croissance. Une radiographie de la main gauche de face est habituellement prescrite. L’apparition du sésamoïde du pouce est contemporaine du démarrage pubertaire, à un âge osseux de 11 ans chez la fille et de 13 ans chez le garçon. Les cartilages de conjugaison sont soudés lorsque l’âge osseux est à 15 ans chez la fille et 17 ans chez le garçon. (29)

En dehors des différences entre les deux sexes, il existe une grande variabilité interindividuelle du rythme de maturation pubertaire. Ainsi les adolescents qui se développent plus tardivement

ou plus lentement vivent une expérience totalement différente de ceux qui se développent de manière rapide.

L'expérience de la puberté est irreprésentable pour l'adolescent car elle n'est comparable avec aucune expérience antérieure. Ces transformations physiques sont vécues comme venues de l'extérieur et imposées à l'adolescent. La question d'être dans la norme devient alors centrale. (30)

Après avoir redéfinit des notions anatomiques et physiologique, nous rappelons les différentes théories qui ont tenté de définir l'adolescence sur le plan psychologique et psychiatrique.

2.2 Aspect théorico clinique

2.2.1 Analytique

D'un point de vue analytique, l'adolescence est définie comme une seconde phase du processus de séparation individuation.

En effet l'enfant est inexorablement en pleine croissance, du moment même où il est né. Il va alors devoir se séparer et s'individuer vis à vis de ces objets primaires et partiels (9).

Il entre alors dans ce qu'il est appelé la première étape du processus de séparation-individuation. Plus tard, au cours de ce qui correspond à la deuxième étape du processus de séparation individuation, l'adolescent devient comme étranger à lui-même du fait des enjeux inhérents à la puberté. Il va alors partir en quête de ce passage du connu à l'inconnu, de l'enfance à l'âge adulte, poussé par cette transformation physique étrange, et pour cela il va devoir expérimenter, inventer, se confronter à l'autre. (31)

Peter Blos, quand il se penche sur l'adolescence, reprend l'essentiel des théorisations de Margaret Mahler pour en proposer un second temps, selon lequel l'éclatement « de la membrane symbiotique » qui aurait permis à l'enfant d'acquérir une certaine individuation, permettrait l'adolescent de se séparer de sa famille et de conquérir son autonomie.

L'adolescence et la petite enfance auraient donc en commun d'être des périodes de restructuration et de renégociation du lien à l'objet, bien que ce soit de façon inversée. Là où la petite enfance sépare l'enfant de la mère réelle grâce à l'internalisation de celle-ci,

l'adolescence sépare au contraire l'enfant des objets internalisés pour l'amener à rencontrer un nouvel objet réel. Mais si le déplacement d'un premier objet vers un autre est la grande tâche qu'accomplit l'adolescence, il faut néanmoins noter qu'il s'agit d'une tâche difficile pour l'adolescent. (32)

L'adolescence et la nécessité d'abandonner définitivement les objets d'amour parentaux va entraîner l'adolescent vers un conflit ouvert avec ses parents. La révolte adolescente se fait notamment contre l'autorité parentale, mais aussi contre les symboles qu'elle investit. L'émancipation sera d'autant plus bruyante, et d'autant plus spectaculaire, que l'enfant avait été plus fortement fixé à ses parents et que leur image aura été plus contraignante.

Cette lutte engagée contre les anciens investissements peut aboutir soit au rejet total des parents, ou orienter l'adolescent vers un mode de vie totalement différent du leur, soit au rétablissement d'un équilibre dans une tolérance réciproque et dans l'affection partagée

La notion de remaniement physique et psychique est prépondérante quelle que soit le type de définition.

2.2.2 Attachementiste

2.2.2.1 Origines de la théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement, mise au point par Bowlby en 1944, est née de l'observation des séparations mère - enfant, et repose sur plusieurs constats

Un enfant naît social, avec toutes les compétences pour entrer en relation avec le monde, et il va s'attacher à des figures significatives de son entourage, qu'on appelle figures d'attachements. L'enfant peut construire et développer plusieurs relations d'attachement avec des adultes différents

L'attachement se définit comme la recherche de proximité puis de sécurité par le bébé auprès d'une personne spécifique, lorsqu'il est en situation de détresse ou d'alarme. Le système de l'attachement participe à la régulation de la peur et du stress. Lorsque le système d'attachement est fortement activé, sa désactivation devient une tâche prioritaire pour le sujet. Le système motivationnel du « caregiving » est le système qui déclenche la dimension de soins parentaux

et qui répond aux besoins d'attachement. Il pousse le parent à répondre en donnait la proximité la protection et le réconfort à son bébé en détresse ou en proie à l'alarme. (33)

Le système semble constamment activé, et ajusté en fonction d'une éventuelle menace de stress de l'environnement.

2.2.2.2 Différents types d'attachement

L'attachement sécure : l'enfant arrive à mobiliser son système d'attachement quand il se retrouve dans une situation de stress. Il favorise la capacité d'exploration, mais aussi celle de faire appel en cas de besoin

L'attachement insécure évitant : l'enfant gère son sentiment d'insécurité en inhibant son système d'attachement et en détournant son attention des figures d'attachement. L'enfant essaie de garder le contrôle de la situation en réduisant les signaux de détresse.

L'attachement insécure résistant : l'enfant n'a pas confiance en la L'attachement résistant : l'enfant n'a pas confiance en la disponibilité des réponses de sa figure d'attachement et a, en conséquence, tendance à hyper-activer son système d'attachement en réagissant vivement à des indices mineurs d'insécurité. Il manifeste de la détresse lors de la séparation, des difficultés à être réconforté.

- L'attachement désorganisé : l'enfant présente des comportements désorganisés et/ou désorientés, même en présence de la figure d'attachement, tels que le fait de rester immobile, ou d'avoir des comportements contradictoires d'approche ou de fuite. Type d'attachement que l'on peut retrouver dans les cas de maltraitance, les figures d'attachements étant elle-même terrifiantes pour l'enfant.(34,35)

2.2.3 Attachement et troubles psychiatriques

Lorsque l'attachement est désorganisé, l'enfant n'a plus aucune stratégie pour s'adapter aux situations de stress. Ce style d'attachement est, quant à lui plus fortement corrélé avec la psychopathologie et justifie de développer des interventions thérapeutiques centrées sur cette problématique.

D'après Guedeney, « si l'insécurité de l'attachement ne peut, à elle seule, conduire à un trouble psychopathologique, certaines formes d'insécurité sont plus souvent associées à des formes

spécifiques de troubles psychiatriques, en particulier les troubles des conduites, les troubles addictifs, les troubles anxiodépressifs et les troubles de la personnalité type borderline. Un attachement sécure pendant les premières années, à au moins une personne, joue probablement un rôle de protection, surtout dans les environnements à risque. En revanche, l'attachement désorganisé est un facteur de vulnérabilité pour des problèmes ultérieurs d'adaptation », à l'origine de difficultés de gestion du stress, de troubles du comportement, d'un développement émotionnel de mauvaise qualité, et de dissociation

La question de l'attachement devient cruciale à l'adolescence notamment dans les situations de placement.

Les transformations subies à l'adolescence imposent un remaniement des figures d'attachement primaire pour aboutir à la création de nouvelles figures d'attachement.

L'adolescence est donc une période où le rôle du système comportemental d'exploration est au premier plan. Dans cette perspective, il est clair qu'un attachement sécure favorisera l'exploration et donc le développement de l'autonomie, tandis qu'un attachement insécure sera susceptible de l'entraver.

2.3 Santé mentale et souffrance psychique à l'adolescence

2.3.1 Santé mentale à l'adolescence

La santé mentale est une composante essentielle de la santé humaine.

Une proportion non négligeable d'enfants et d'adolescents (environ 12 % en France) souffrent de troubles mentaux, c'est-à-dire de troubles de certaines de leurs activités mentales, qui interfèrent avec leur développement, freinent leurs apprentissages scolaires et compromettent leur devenir par une répercussion sur la qualité de vie au quotidien. (36)

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé, les troubles mentaux devraient augmenter de 50 % en 2020, devenant sur le plan international l'une des cinq principales causes de morbidité chez l'enfant. Cet accroissement est évoqué comme la crise du XXIe siècle.

L'adolescence (entre 10 et 19 ans) est une période de la vie unique et formatrice. Les multiples changements physiques, émotionnels et sociaux, y compris l'exposition à la pauvreté, à la maltraitance ou à la violence, peuvent rendre les adolescents vulnérables aux problèmes de

santé mentale. La promotion du bien-être psychologique et la protection des adolescents contre les expériences néfastes et les facteurs de risque susceptibles d'avoir un impact sur leur potentiel d'épanouissement sont essentielles non seulement pour leur bien-être à l'adolescence, mais aussi pour leur santé physique et mentale à l'âge adulte.

Plusieurs questions de santé publique concernent donc les adolescents notamment la question du suicide et des tentatives de suicide ainsi que de la consommation de produit il est également impératif de repérer dès cet âge des décompensations ou des risques d'entrée dans des pathologies ou troubles plus graves d'un point de vue pronostic.

2.3.2 Souffrance psychique à l'adolescence

Le rapport du haut comité de la santé publique paru en Février 2000 sur la souffrance psychique des adolescents se penche sur l'évolution des conduites violentes, les violences subies, les troubles psychiques associés à la précarité, les tentatives de suicide et les conduites addictives , l'organisation actuelle et l'évolution souhaitable de la prévention et de la prise en charge de la souffrance psychique dans cette population et enfin sur le rôle actuel et les évolutions souhaitables des modalités d'intervention des différents professionnels : médecins généralistes, psychiatres, professionnels paramédicaux, travailleurs sociaux, professionnels de l'éducation.

L'étude du haut comité de la santé publique porte sur les jeunes de 12 à 25 ans : Un état des lieux est réalisé afin de comprendre la spécificité du comportement des adolescents et adultes jeunes dans le contexte social, à partir des données de la mortalité, la morbidité, les violences, les trajectoires pathologiques ou délinquantes. Les données rassemblées dans cet état des lieux sont issues de différentes études qui, depuis plusieurs années, visent à établir un panorama de plus en plus précis de l'état de santé des adolescents français. L'étude s'intéresse en particulier aux états dépressifs, aux accidents, aux conduites suicidaire, conduites addictives ainsi qu'aux conduites violentes. (37)

2.4 Epidémiologie

2.4.1 Premières études

De manière large, l'épidémiologie en psychiatrie de l'enfant a commencé avec les études menées dans l'ile de Wight, en Angleterre, au milieu des années soixante et dont les avancées méthodologiques ont été reprises dans les études ultérieures.

L'étude de prévalence des troubles mentaux régulièrement considérée comme la première d'importance y a été réalisée en 1964-65 sur cette petite île au sud de l'Angleterre, peuplée d'une centaine de milliers d'habitants. Cette étude a été menée par Michael Rutter (Rutter et al, 1976) auprès des 2193 enfants de 9 à 11ans vivant sur l'île afin d'établir les prévalences de certains troubles mentaux de l'enfant.

Eric Fombonne propose en 2005 une étude de l'épidémiologie troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent. Cette étude permet de donner les estimations des taux de prévalence, les tendances liées à l'âge et au sexe, et, lorsqu'ils sont disponibles, les taux d'incidence. Une revue des enquêtes qui donnent une estimation de la morbidité globale liée aux troubles psychiatriques est effectuée puis sont résumés les résultats des enquêtes épidémiologiques pour des troubles spécifiques comprenant : l'autisme et les troubles envahissants du développement, le trouble déficitaire de l'attention, les troubles anxieux et obsessif compulsif, les troubles affectifs comportant la dépression majeure et la dysthymie, les troubles des conduites alimentaires, la schizophrénie et le trouble bipolaire. Des estimations du nombre d'enfants affectés en France aujourd'hui par chacun de ces troubles sont calculées. Il est estimé de manière conservatrice qu'un enfant sur huit souffre d'un trouble psychiatrique à n'importe quel moment. Les taux de prévalence générale des troubles mentaux en France chez les enfants et adolescents varient de 5 à 35%, mais leur analyse nécessite beaucoup d'attention et de détails pour pouvoir comparer les résultats d'un pays à un autre ou d'une situation à une autre : tranches d'âge, périodes rétrospectives de mesure, personnes interviewées ou examinées.(38). Le tableau 1 donne une estimation du nombre d'enfants et d'adolescents atteints d'un trouble psychiatrique.

Expertise de l'Inserm

Une large revue de la littérature en 2003 réalisée par l'expertise collective de l'Inserm sur les troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent rapporte des taux de prévalence globale autour de 12%. Ce travail s'appuie sur les données scientifiques disponibles en date du dernier semestre 2001.(36)

La Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et de Statistiques (DRESS) en 2004 fait le point sur l'état de santé des adolescents scolarisés, dont l'état de santé psychique.

Les adolescents concernés sont ceux d'un groupe, les 12-17 ans. Ce groupe d'âge apparaît relativement homogène, car ces jeunes sont majoritairement scolarisés dans le second degré (plus de 90 % d'entre eux sont au collège ou au lycée) et vivent au foyer familial (plus de 90 % vivent avec leurs parents, ensemble ou séparés).

L'étude met en évidence qu'en ce qui concerne les suivis psychiatriques, les adolescents pris en charge sont de plus en plus nombreux, particulièrement les filles à partir de 15 ans pour des troubles dits névrotiques dans cette étude. Enfin, le taux de mortalité des garçons de 15 à 19 ans est beaucoup plus élevé que celui des filles, essentiellement du fait des suicides et des accidents de la circulation. (39)

2.4.2 Enquêtes basées sur des auto-évaluation

En 2005 est créé le baromètre « Bien être Adolescent » par la fondation Pfizer. Chaque année, depuis sa création il donne un aperçu du niveau de bien-être des adolescents.

Les résultats révèlent le maintien d'un bien-être global chez les adolescents depuis dix ans, selon le rapport « Adolescence et risques » de 2014. Le but étant de repérer certains profils vulnérables où à risque de pathologie mentale afin d'élaborer des stratégies de dépistage et de prévention

Le rapport de l'Observatoire de la jeunesse « Inégalités entre jeunes sur fond de crise » en 2012 rapporte de nombreuses études et livre des données qui permettent l'adaptation des stratégies de prévention : les jeunes interrogés se perçoivent très majoritairement en bonne santé), les filles ayant davantage recours aux consultations de prévention que les garçons, même si elles se soignent globalement moins qu'eux

Quand ils réussissent scolairement, ils accrochent davantage aux messages de prévention quels qu'ils soient par contre, les inégalités sociales, l'échec scolaire, semblent creuser les différences, puisqu'il existe, par exemple, une association entre gradient social et usage de drogue licite et illicite, les garçons étant plus vulnérables que les filles. Il semble aussi exister un gradient territorial, certains lieux (environnement social, quartier etc.) influençant négativement les comportements de santé des adolescents. (40)

L'enquête « Portrait d'adolescents » est une enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire, qui a proposé un autoquestionnaire en 2013 à un échantillon de 15235 jeunes, situés dans trois régions géographiques contrastées (Hautes Alpes, Val de Marne, Poitou Charentes). Utilisant une méthodologie de recherche mixte, quantitative et qualitative, elle a permis d'avoir un échantillon de visibilité sur la complexité des problématiques adolescentes d'aujourd'hui.

Si la majorité des adolescents d'aujourd'hui vont globalement bien, une petite partie semble mal vivre son adolescence : 9,2 % se font du mal assez ou très souvent, surtout les filles ; à peu près autant jouent à des jeux dangereux, surtout les garçons. Certains jeunes cumulent les réponses inquiétantes : ainsi 27, 1% de ceux qui se sentent tristes et 11, 4% de ceux qui doutent d'eux même se font du mal assez ou très souvent.(41)

2.4.3 Suicide et dépression

La question du suicide et de la dépression chez l'adolescent sont les questions les plus étudiées dans la littérature.

2.4.3.1 Suicide et tentative de suicide

En effet, une tentative de suicide chez l'adolescent n'est jamais anodine, elle ne doit pas être banalisée, si minime soit-elle dans sa dangerosité immédiate. Une tentative de suicide n'est pas nécessairement sous tendue par un désir de mort, elle peut traduire un dépassement des capacités d'ajustement de l'adolescent face à une situation sur laquelle il n'a plus prise.

Les conduites suicidaires sont un terme qui regroupe les idées suicidaires et les tentatives de suicide. Les tentatives de suicide se définissent comme des actes autoinfligés motivés par une intention de mort implicite ou explicite sans que l'issue n'ait été fatale. Les idées suicidaires correspondent aux pensées concernant le désir et la méthode de se donner la mort. Quand ces idées sont exprimées en suggérant que le passage à l'acte est imminent, on parle de menace suicidaire. La crise suicidaire se définit comme une crise réversible et temporaire au cours de laquelle les idées et les intentions suicidaires se majorent rapidement ; le risque majeur est la tentative de suicide .(42)

Le mode de suicide (tous âges) le plus fréquent est la pendaison (37 %), suivi de l'arme à feu

Parmi les 15-24 ans, la pendaison reste le premier moyen (36 %), mais l'arme à feu occupe une place plus importante (31 %), suivies de loin par l'intoxication (10 %) et la noyade (2 %).

Les garçons de 15-24 ans, comme les hommes en général, utilisent plus volontiers des moyens violents (74 % se suicident par la pendaison ou l'arme à feu), alors que les filles du même âge ont recouru à des modes plus diversifiés (27 % par pendaison, 25 % par intoxication, 19 % par précipitation dans le vide, 15 % par arme à feu).

Les tentatives de suicide sont faites à l'aide de médicaments dans 90 % des cas, dont 50 % par les tranquillisants. Ceci pose le problème de la responsabilité médicale, surtout parmi les jeunes où le risque de tentatives de suicide semble nettement augmenter en cas de prescription

Quant au motif, la majorité des jeunes évoquent un fait précis comme un conflit avec les parents, des problèmes à l'école (surtout évoqués par les plus jeunes), une dispute ou rupture avec le(la) petit(e) ami(e) (surtout évoquées par les plus âgés). Moins de 10 % des sujets évoquent un malaise plus global. (43)

L'étude épidémiologique de l'Inserm « Portraits d'adolescents » a permis de calculer un score de dépression Grace à l'Adolescent Depression Rating Scale, échelle validée chez l'adolescent.

Le score de dépression pour l'échelle de dépression propre aux adolescents (ADRS) a été

calculé selon les recommandations de l'auteur.

Il permet de distinguer trois états en lien avec la dépression :

- Absence de dépression (ND): score < 3
- État sub-syndromique (SD) : score supérieur compris entre 3 et 5
- Dépression avérée (D) : score _ 6/10

Parmi les adolescents interrogés, 27,8 % présentent un état sub-dépressif, et 12,1% présentent une dépression avérée selon l'échelle ADRS 7,8% déclarent avoir déjà effectué une tentative de suicide au cours de leur vie. Pourtant, 89,9% s'estiment plutôt ou très satisfaits de leur état de santé, y compris parmi les adolescents primés (état plutôt satisfaisant (54,6%) voire très satisfaisant (18,5%)). (41)

Le bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) de 2010 sur le suicide et les tentatives de suicide en France dresse un état des lieux sur une période rétrospective de 12 mois

La prévalence des tentatives de suicide au cours des douze derniers mois c'est-à-dire de l'année en question varie en fonction de l'âge.

Elle est plus élevée entre 20 et 25 ans chez les hommes (0,6%) et entre 15 et 19 ans chez les femmes (2,0%). Le taux de tentative de suicide au cours des douze derniers mois tend ensuite à diminuer avec l'âge.(44)

- <u>Le Baromètre de la santé 1997-1998</u>

le Baromètre santé jeunes est une enquête téléphonique menée en 1997-1998 par Arènes et al.7 auprès de 4 115 jeunes de 12 à 19 ans (taux de réponse 73 %)en France. Le questionnaire comportant 150 items qui vise à évaluer la santé perçue.

Résultats concernant les pensées suicidaire :

Le suicide : 10,5 % des 15-19 ans ont pensé au suicide au cours des douze derniers mois (7,5 % de garçons et 13,7 % de filles). Il s'agit plus souvent de jeunes ne vivant pas avec leurs parents de naissance (ou d'adoption) et ils se considèrent moins que les autres écoutés par ceux-ci. Les jeunes ayant des idées suicidaires ont des comportements de consommation de substances psychoactives plus marqués (tabac, alcool, substances illicites), ont plus souvent été l'objet de violence (y compris sexuelle) et ont pris plus fréquemment « un risque » par plaisir ou par défi dans le dernier mois. L'idéation suicidaire est enfin très corrélée avec les troubles

alimentaires. Près de la moitié (45,1 %) de ces jeunes ont parlé de leurs difficultés avec quelqu'un.

Par ailleurs, 1,3 % des 15-19 ans ont fait, au cours de l'année, un projet précis pour se suicider. Les suicidants au cours de la vie : 3,7 % des 15 ans et plus ont fait une tentative de suicide (2,1 % de garçons et 5,4 % de filles). Il s'agit le plus souvent de jeunes au chômage, issus de familles monoparentales ou re -composées et ayant redoublé au moins une fois.

On retrouve aussi un profil d'intérêt pour la consommation d'alcool, de tabac ou de cannabis et un taux de violence subie élevé comme chez les jeunes ayant pensé au suicide.70,3 % des « suicidants » ont effectué une tentative, 19,7 % deux et 10,0 % trois ou plus.

Les deux tiers des tentatives ont eu lieu dans les trois dernières années.

À la suite de la dernière tentative, 32,8 % ont été hospitalisés, 36,5 % ont été suivi par un médecin ou un professionnel de l'aide psychologique et 59,1 % en ont parlé à une autre personne (45)

- Les études menées par M. Choquet avec l'unité 472 de l'Inserm portent sur les adolescents de la population générale.

En 1999, des jeunes de la Protection Judiciaire de la jeunesse ont répondu à une enquête du même type. L'objectif était de réaliser une enquête épidémiologique auprès d'un échantillon d'adolescents allant de 14 à 21 ans pris en charge par la Protection Judiciaire de la Jeunesse. Un auto questionnaire anonyme d'environ 270 questions était proposé aux adolescents. Un total de 917 jeunes a répondu à l'enquête avec un taux de réponse variable selon le sexe.

Les résultats concernant la perception d'un trouble psychologique sont les suivants : 51% des filles et 28% des garçons pensent avoir un trouble psychologique personnel.

Concernant la symptomatologie dépressive

La symptomatologie dépressive est très prononcée. Plus de la moitié des filles répondent positivement à chacun des items qui constituent l'échelle d'humeur anxio-dépressive : troubles du sommeil, inquiétude, nervosité, manque d'énergie, sentiment d'être déprimé, d'être désespéré en pensant à l'avenir. Le calcul d'un score de dépressivité (entre 6 et 18) montre que la moyenne est plus élevée chez les filles (m = 14,7 3,1) que chez les garçons (m = 11,2 3,3) et que 33,9 % d'entre elles contre 7,5% des garçons atteignent un score de 17 ou 18.

Concernant les idées suicidaires

18% des garçons et 53 % des filles ont pensé au suicide durant les douze derniers mois, 7 % des garçons et 28 % des filles. Parmi ceux qui pensent au suicide, près de la moitié y a pensé souvent. Parmi les 14-15 ans, 10 % pensent souvent au suicide, parmi les 18-20 ans, ils sont 16%.

Concernant les tentatives de suicide

12 % des garçons et 49 % des filles ont déjà fait une tentative de suicidedurant la vie, respectivement 3 % et 24 %, en ont fait plusieurs. Ainsi, un garçon sur quatre et une fille sur deux ont récidivé. Notons que 50 % des suicidants, garçons comme filles, ont été hospitalisés pour leur tentative de suicide et que 42 % des suicidants et 51 % des suicidantes ont fait une tentative de suicide durant les douze derniers mois.(46)

2.4.3.2 Risque suicidaire et consommation de toxique

Concernant la mesure du risque de tentative de suicide ; l'enquête ESCAPAD réalisée en 2014, regroupe 26 351 adolescents de nationalité française qui ont répondu à un questionnaire auto-administre, anonyme à propos de leur santé physique et mentale et de leurs consommations de substances psychoactives. Le risque suicidaire a été évalué´ au travers d'un indicateur synthétique en quatre niveaux

(1. Pas de dépression – mesuré par l'Adolescent Depression Rating Scale [ADRS] ; 2. Dépression sans pensées suicidaires ni tentative ;3. Dépression avec pensé mais sans tentative ; 4. Dépression, pensées et tentative

En 2014, un peu moins de 3%des jeunes de 17 ans présentaient un cadre de dépression sévère (1,8%des garçons, 3,7%des filles)

Un jeune sur dix déclarait avoir pensé au moins une fois au suicide au cours des 12 mois précédant l'enquête, et près de 3 % avaient déjà` fait, au cours de leur vie, une tentative de suicide ayant nécessité une hospitalisation. Les résultats soulignent un lien fort, sous forme de gradient, entre risque suicidaire et usages quotidien de tabac et régulier de cannabis. L'association est plus tenue concernant les usages d'alcool.(47)

2.4.3.3 Dépression

Depuis que la dépression de l'adolescent est officiellement reconnue, (quatrième congrès de l'Union Européenne des pédopsychiatres à Stockholm en 1971), sa prévalence est en augmentation. Ceci serait associé à une meilleure connaissance du trouble selon certains, ou à une augmentation de l'exposition au stress durant l'enfance pour d'autres.(48)

La dépression de l'adolescent peut se révéler par de l'irritabilité, ou même des troubles externalisés

Une étude de prévalence mesurant la prévalence des troubles dépressif à été effectuée en 2003–2004 en France. Les troubles dépressifs ont été évalués selon la classification du DSM-IV, à l'aide d'un auto-questionnaire issu d'un outil standardisé, le Composite International Diagnosis Interview–Short Form (CIDI–SF)

L'échantillon national comprenait 7110 élèves âgés de 15,1 ans en moyenne. Parmi les adolescents interrogés, 9,6 % (IC 95 % : 8,6–10,6) ont déclaré des symptômes compatibles avec au moins un épisode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois. Trois facteurs étaient indépendamment associés à une probabilité plus importante de survenue d'un épisode dépressif majeur dans les 12 derniers mois : être de sexe féminin (*odds ratio* ajusté = 3,0 ; IC 95 % : 2,4–3,8), avoir un âge supérieur ou égal à 16 ans (ORa = 2,2 ; IC 95 % : 1,0–5,0) et vivre avec sa

mère seule (ORa = 1,7 ; IC 95 % : 1,3–2,4) ou avec sa mère et le conjoint de cette dernière (ORa = 1,4 ; IC 95 % : 1,0–2,1).

2.4.4 Consommation de toxiques

Depuis 1999, l'enquête quadriennale ESPAD menée auprès des adolescents scolarisés âgés de 16 ans dans la plupart des pays d'Europe inclut les élèves français et permet de comparer leurs usages de produits psychoactifs, en premier lieu d'alcool, de tabac ou de cannabis. En France, l'enquête a été élargie depuis 2011 à l'ensemble des adolescents scolarisés de la seconde à la terminale, offrant ainsi l'occasion d'observer la diffusion de l'usage des produits psychoactifs chez les adolescents au fil de leur parcours scolaire.

Ainsi, d'après l'enquête européenne ESPAD en 2011 la France se place au-dessous de la moyenne des pays européens pour ce qui est du pourcentage de jeunes ayant consommé au moins 10 fois une boisson alcoolisée au cours du dernier mois, avec un taux de 7 % chez les jeunes de 15-16 ans.(49)

Les premiers résultats pour la métropole font globalement état d'un recul sensible des consommations de tabac et d'alcool chez les lycéens depuis 2011, avec une baisse de l'usage quotidien de tabac de plus de 24 % et de la consommation régulière d'alcool de plus de 30 %. En revanche, l'usage régulier de cannabis (7,7 %) n'a pas évolué entre 2011 et 2015, malgré une légère baisse de l'expérimentation (au moins un usage). Des écarts de consommation parfois importants apparaissent entre les filières, les élèves de l'enseignement professionnel se révélant, par exemple, plus souvent consommateurs de cigarettes (33,4 % vs 23,2 % en moyenne).

En 2014 , l'enquête ESCAPAD menée régulièrement par l'observatoire français des drogues et des toxicomanies, permet depuis quinze ans de décrire les comportements de consommation de produits psychoactifs des jeunes français de 17 ans. L'enquête, réalisée lors de la journée défense et citoyenneté, concerne les adolescents présents dans tous les centres du service national en métropole ainsi que dans les DOM (Martinique, Guadeloupe et La Réunion). Elle offre donc, compte tenu de la taille de son échantillon, une représentativité tant nationale que régionale.Comme pour chaque exercice de l'enquête, les 23 201 adolescents de nationalité française qui ont répondu du 17 au 21 mars 2014 au questionnaire auto-administré anonyme à propos de leur santé et de leurs usages de produits psychoactifs ont en effet précisé leur département de résidence, ce qui autorise une analyse statistique rigoureuse des données à

l'échelle régionale En ce qui concerne le cannabis par expemple,en métropole, la distribution régionale des consommations régulières de cannabis met en relief deux groupes de régions dont les niveaux de consommation s'écartent du niveau moyen. Le premier comprend les régions Nord-Pas-de-Calais, Haute-Normandie, Picardie et Île-de-France, avec des niveaux compris entre 6 % et 8%. Le second, situé dans le sud du pays, regroupe les régions PACA (12 %), Languedoc-Roussillon (13 %) et Midi-Pyrénées (12 %), qui présentent un usage régulier de cannabis supérieur à la moyenne nationale (50).

La France se distingue par des niveaux d'usages de cannabis singulièrement élevés dès 15 à 16 ans, âge auquel un adolescent sur quatre a consommé du cannabis au moins une fois dans le dernier moi (24%). Cette forte prévalence place la France en tête du tableau européen, loin devant la République Tchèque et les Pays Bas, où les niveaux d'usage à 15 ans ne dépassent pas 15%.

Les données épidémiologiques les plus récentes confirment que la diffusion du cannabis commence à l'arrivée au collège, s'accélèrent à partir de la cinquième pour s'élargir ensuite progressivement à la fin du collège où un adolescent sur quatre à expérimenté ce produit.

En effet, 2,2 % des élèves en sont déjà usagers réguliers (3, 4% des garçons et 0,9% des filles) ; à la fin de l'adolescence 9, 2 % des jeunes français sont engagés dans une consommation régulière de cannabis.(51)

Nous avons choisi de nous concentrer sur les troubles psychiatriques suivants.

2.4.5 Question de la schizophrénie à début précoce

La schizophrénie à début précoce concerne les patients pour lesquels la pathologie débute avant l'âge de 18 ans, et la schizophrénie très précoce ceux pour lesquels elle débute avant l'âge de 13 ans. Si la prévalence globale est de la schizophrénie est légèrement inférieure à 1%, elle se déclarerait avant 19 ans dans 20% des cas. La création de sous-groupes homogènes et son individualisation par rapport aux troubles envahissant du développement a permis d'obtenir des données plus fiables sur sa prévalence, estimée à 0, 03% de manières globale.

Sa prévalence et celle du trouble bipolaire est estimée en France dans l'étude Fombonne à 1/1000 pour les adolescents de 13 et 14 ans et de 0,5% à partir de l'âge de 15 ans

Cliniquement trois formes peuvent être distinguées à l'adolescence, les formes apparaissant chez un sujet au fonctionnement pré morbide allant de peu à pas altéré, les formes évolutives relevant d'un trouble du spectre de l'autisme et enfin les formes organiques ou à suspicion d'organicité.

En ce qui concerne la première catégorie, ses caractéristiques ne diffèrent pas fondamentalement de la description syndromique de la pathologie adulte pour la classification de la CIM 10 et du DSM IV, bien que les tableaux cliniques soient variés. Dans le DSMV les critères de la schizophrénie adultes sont peu modifiés, sans création d'item spécifiques pour la schizophrénie à début précoce. La question du diagnostic posé à la tranche d'âge à laquelle nous nous intéressons et de son évolutivité entre en jeu dans l'estimation de la prévalence de cette maladie sur une durée de temps limité.(52)

2.4.6 Troubles anxieux et PTSD

La notion de troubles anxieux revoie au phénomène émotionnel primaire qu'est la peur ressentie dans des situations spécifiques qui se répètent. Dans les classifications comme celle de la cinquième édition du manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux, les notions d'anxiété et d'angoisses renvoient à ces mêmes éléments émotionnels qui sont accompagnés de sensation corporelle, (maux de ventres, tremblements, sueurs) et éventuellement de cognitions. Le terme phobie désigne également l'émotion qu'est la peur mais qui se déclenche de façon intense et prévisible dans des situations spécifiques qui se répètent. Ces situations ne sont pas considérées comme dangereuses dans la réalité mais le patient ressent tout de même une peur intense au point de mettre en place une stratégie pour les évités. Les troubles anxieux restent sous-estimés chez l'enfant alors que leur prévalence 8 à 30 % en fait le diagnostic pédopsychiatrique le plus fréquent entre 6 et 16 ans. (53)

La prévalence est estimée à 5% en France.

Parmi les troubles anxieux nous pouvons évoquer l'anxiété sociale qui connait un pic de fréquence à l'adolescence.(54)

Elle correspond à une peur persistante (durée supérieure à 6 mois) et intense vis-à-vis d'une ou plusieurs situations sociales dans lesquelles l'enfant ou l'adolescent craint d'être ridicule, de rougir, de bafouiller etc. Le DSM-5 distingue plusieurs thèmes : la peur de parler ou de se produire en public, de manger ou d'écrire devant autrui, ou de devoir interagir avec des

personnes d'autorité. Ce trouble se distingue de la timidité par son intensité, ses répercussions sur la vie familiale et sociale et la détresse ressentie.

Parmi les facteurs de risque de l'anxiété sociale à l'adolescence, sont compris la présence dans l'enfance d'un tempérament inhibé, d'évènements de vie négatifs (divorce des parents, conflits familiaux, antécédents d'abus sexuels).

Le trouble panique est un trouble qui apparaît entre la fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte, dont le pic se situe entre 15 et 19 ans. Pour rappel, une attaque de panique se définit par la survenue soudaine d'une anxiété, d'un malaise intense, en dehors de tout danger réel, qui atteint son acmé en quelques minutes et ne dure qu'un temps limité (moins de 20 minutes). Les symptômes incluent au moins quatre des éléments suivants : palpitations, transpiration, tremblements, sensation de souffle coupé ou d'étranglement, douleur ou inconfort thoracique ou abdominal, nausées, sensation de vertige, déréalisation ou dépersonnalisation, peur de perdre le contrôle ou de devenir fou, peur de mourir, sensation d'engourdissement ou de picotement, frissons et bouffées de chaleur. Le trouble de panique est définit par la récurrence d'attaques de panique et de préoccupations anxieuses concernant la survenue d'une attaque. Le DSM V exige pour le diagnostic la survenue d'au moins quatre attaques de panique en quatre semaines ou d'au moins une attaque suivie d'une période d'au moins un mois marquée par la crainte persistante de subir une nouvelle attaque. L'adolescent reste par la suite dans la crainte d'un nouvel accès et à l'affût de symptômes physique pouvant être le signe du début d'une attaque de panique. La dépression et les tentatives de suicide sont fréquentes, notamment à l'adolescence ; 20 % des sujets avec attaque de panique en population générale ont déjà fait une tentative de suicide.(55)

Le refus scolaire anxieux désigne les situations de patients dont l'anxiété est trop envahissante et difficile à dépasser pour se rendre à l'école. Il n'est pas identifié comme une entité spécifique par les classifications internationales. Il est souvent lié à un autre trouble anxieux sous jacent

En ce qui concerne l'état de stress post traumatique, il est définit par des changements majeurs du comportement, des émotions et des cognitions après un évènement traumatique auquel l'enfant a été exposé. Après un délai variable, l'évènement traumatique est vécu sous forme de rêves, cauchemars, reviviscences, flashs. L'anxiété se déclenche lors de l'apparition des stimuli évoquant l'évènement traumatique et des évitements se mettent en place. Pour être

diagnostiqué, le trouble doit durer plus d'un mois et entraîner une souffrance significative et ou une altération du fonctionnement.

Pas de données françaises disponibles, données internationales uniquement

2.4.7 Trouble de la personnalité border line

La prévalence du trouble de la personnalité borderline est importante, estimée à environ 2% de la population générale et aux alentours de 10% de la population générale des adolescents.(56)

La prévalence du trouble en population générale est de 3 % pour les troubles de la personnalité limite sévères, avec un taux égal chez les garçons et chez les filles de 11 à 21 ans

En population clinique, ces chiffres montent à 11 % des adolescents suivis en ambulatoire et 53 % des patients hospitalisés *(*Si l'on ne retrouve pas de différence significative de prévalence concernant le sexe dans la population générale. En population clinique, le trouble de la personnalité limite est plus souvent observé chez les filles (31 à 61 %) . (57) (58)

Des études telles que celle de Auffret &al se sont intéressés à mieux décrire la clinique du trouble à l'adolescence en identifiant parmi leurs patients des profils clinique plus homogène en fonction de leur psychopathologie en partant de l'hypothèse que le diagnostic serait sous côté l'adolescence du fait de l'hétérogénéité des symptômes et des nombreuses comorbidités.(59)

2.4.8 Données disponibles en France sur les caractéristiques des adolescents bénéficiant soins psychiatriques

Une revue de la littérature faite par Chatagner et al en 2013 a mis en évidence une surreprésentation des adolescents suivis par l'ASE dans la population d'adolescents consultant aux urgences. En ce qui concerne les diagnostics, les plus posés sont les troubles de l'humeur, les troubles des conduites et le trouble oppositionnel avec provocation. (60)

Les caractéristiques des adolescents consultants en urgences et les adolescents utilisant les consultations classiques programmées ont été étudiées par Chatagner et al en 2015. Il s'agit d'

une étude descriptive, nationale multicentriques en deux temps. La première comparaison comprend deux bras qui ne diffèrent que par le mode de consultation (urgence ou ambulatoire) et, dans un second temps, juste les adolescents qui consultent en urgence, dans l'hypothèse d'une sur représentation par les services de l'ASE.

Les résultats retrouvent parmi les adolescents consultant aux urgences une surreprésentation des suivis par les services de la protection de l'enfance(61)

2.4.9 Les enfants et les adolescents pris en charge dans les CMPP

Une enquête nationale est réalisée en 2003 sur les enfants et les adolescents suivis en psychiatrie dans les CMPP.

Celle-ci permet de mieux connaître les caractéristiques des jeunes patients pris en charge dans ces structures. Une grande partie des troubles étant repérés à l'école, il s'agit pour moitié d'enfants âgés de 5 à 9 ans, qui sont majoritairement des garçons. Les troubles les plus fréquemment diagnostiqués sont les troubles dits névrotiques et ceux dit du développement et des fonctions instrumentales, avec des différences selon le sexe et l'âge des enfants ou adolescents suivis. Ces pathologies sont parfois associées par les équipes de soins à un contexte socio familial particulier et, pour 25 % des jeunes patients, à des troubles mentaux ou des perturbations psychologiques avérés dans la famille Au sein de la population d'enfants suivis : 73 % des enfants suivis bénéficient d'au moins une consultation par semaine et neuf sur dix poursuivent une scolarité ordinaire.

Près de 40% des enfants et adolescents suivis dans les CMPP souffrent de troubles névrotiques

Enfin, les psychoses concernent 3 % des enfants et les déficiences mentales 2 %

Une étude de descriptive de cohorte d'adolescent de moins de 15 ans et 3 mois incluant 517 adolescents hospitalisés aux urgences pédiatriques à Marseille pour tentative de suicide entre le 1er octobre 2002 et le 31 octobre 2010, soit au total sur une durée de 8 ans et trois mois. à permis de décrire les caractéristiques de la population, la modalité du geste et la période post hospitalière. La modalité de tentative de suicide la plus fréquent est l'intoxication médicamenteuse volontaire à 83, 9%(62).

Spécificité chez l'adolescent pris en charge par l'ASE

2.4.10 Les missions de l'ASE

Les missions de l'Aide Sociale à l'Enfance sont définies à l'article 221-1 du Code d'action sociale et des Familles :

« 1° Apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique tant aux mineurs et à leur famille ou à tout détenteur de l'autorité parentale, confrontés à des difficultés risquant de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité de ces mineurs ou de compromettre gravement leur éducation ou leur développement physique, affectif, intellectuel et social.

2° Organiser des actions collectives, (...) notamment des actions de prévention spécialisée

3° Mener en urgence des actions de protection en faveur des mineurs mentionnés au 1° (...)

4° Pourvoir à l'ensemble des besoins des mineurs confiés au service et veiller à leur orientation, en collaboration avec leur famille ou leur représentant légal (...)

7° Veiller à la stabilité du parcours de l'enfant confié et à l'adaptation de son statut sur le long terme

8° Veiller à ce que les liens d'attachement noués par l'enfant avec ses frères et soeurs soient maintenus, dans l'intérêt de l'enfant. »

Le pouvoir décisionnel et l'organisation de ces missions sont déléguées aux Inspecteurs de l'Enfance.

2.4.11 Rappel du cadre légal de la Protection de l'enfance

L'évolution de la protection de l'enfance entre 1945 et 2000 a été marquée par une décentralisation de l'aide sociale à l'enfance et par un renouveau des pratiques qui cherche à donner plus de place aux parents et à assurer une prise en charge plus adaptée aux besoins de chaque enfant. Au début des années 2000, de nombreuses réflexions issues de travaux professionnels, de rapports administratifs et parlementaires ont établi la nécessité de réforme législative de la protection de l'enfance.

Loi du 5 Mars 2007

Les principes novateurs qui constituent le cadre d'action des départements dont l'action de :

De clarifier la mission de protection de l'enfance afin d'anticiper des difficultés et d'agir le plus en amont possible avec notamment le développement d'action de prévention avec la mise en place de dépistages. Par exemple, elle instaure pour tous les enfants, en plus de la visite médicale prévue au cours de leur sixième année, une série de rendez-vous médicaux lors de leur 9ème, 12ème et 15ème année au cours desquels doit être réalisé un bilan de leur santé non seulement physique mais aussi psychologique. Il s'agira de détecter le plus précocement possible les souffrances psychiques ou des comportements à risque pour mettre en place des prises en charge adaptées.

De renforcer le dispositif d'alerte et d'évaluation des risques de danger et à une meilleure articulation entre la protection sociale et judiciaire avec la création d'une cellule départementale de recueil , de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes (art L226-3 du CASF) a pour objectif de clarifier l'entrée dans le dispositif et d'éviter l'engorgement des parquets qui en pratique pouvaient être saisis dès qu'une inquiétude existait pour un enfant sans qu'une évaluation première n'ait été menée. Il s'agit de centraliser le recueil des informations préoccupantes et d'organiser un circuit unique, facilement repérable, en ne laissant plus à chaque professionnel ou citoyen la responsabilité du choix de l'autorité à saisir

De diversifier les modes d'intervention auprès des enfants afin d'assurer une réponse à chaque situation individuelle

Loi du 14 Mars 2016

S'inscrit dans la continuité de la loi du 5 Mars 2007, réformant la protection de l'enfance. Longue d'une cinquantaine d'article, elle conjugue modifications symboliques et aménagements plus importants. Son but est de renforcer la prise en compte de l'intérêt de l'enfant ce qui était déjà le cas de la loi du 5 Mars 2007. Dans les grandes lignes ses objectifs sont

- Améliorer la gouvernance nationale et locale de la protection de l'enfance
- Sécuriser le parcours de l'enfant en protection de l'enfance
- Adapter le statut de l'enfant placé sur le long terme. (63)

2.4.12 Le dispositif de protection de l'enfance

Le dispositif de protection de l'enfance est organisé en deux domaines : la protection sociale ou administrative, mise en œuvre par les conseils départementaux et la protection judiciaire, relevant de l'état.

La protection administrative :

Le département remplit cette mission avec l'aide du secteur associatif. Elle est d'un ensemble de prestations et d'intervention individuelles ou collectif à caractère essentiellement préventif. Elle repose sur la notion de soutien à la famille pour des enfants qui peuvent être en risque de danger en matière de santé, de sécurité, ou d'éducation.

L'accord de ses bénéficiaires est nécessaire.

Les mesures de protection administratives :

En pratique, les mesures de protection administratives proposées peuvent être :

- Les aides au domicile :

- Action Éducative à Domicile (AED) : un éducateur spécialisé ou éducateur de jeunes enfants intervient auprès de l'enfant au domicile.

- Aide au foyer : les Techniciennes d'Intervention Sociale et Familiale (TISF)

interviennent pour aider ou suppléer les parents dans les activités de la vie quotidienne et la fonction parentale, elles ont un rôle socio-éducatif marqué.

Les Auxiliaires de Vie Sociale (AVS) interviennent pour aider aux activités de la vie quotidienne.

- Aides financières, exceptionnelles ou mensuelles.
- Placement hors du domicile : l'Accueil Provisoire (AP)

- A la journée : chez des Assistants Maternelles agréés par le Conseil Départemental ou en crèche.

- Jour et nuit : chez des Assistants familiaux agréés par le Conseil Départemental.

D'autres dispositifs existent, témoins de la diversité des initiatives au sein de chaque département.

Le choix de la mesure se fait lors de commissions départementales, sous la responsabilité de l'Inspecteur de l'ASE. Les mesures sont ensuite proposées aux parents, et un contrat est signé, engageant les parents et le Conseil Départemental au respect de la mesure. Plusieurs aides peuvent être proposées en même temps.

La protection judiciaire

Elle est mise en œuvre par l'Etat, avec l'aide des départements et du secteur associatif. Elle est financée par les conseils départementaux sauf pour certaines actions (notamment relatives aux mineurs délinquants) qui sont financées par la protection judiciaire de la jeunesse.

Son fondement est une décision de justice et non le consentement des bénéficiaires.

- L'assistance éducative

Les mesures sont mises en oeuvre par les Tribunaux de Grande Instance (TGI), composés du parquet des mineurs et du tribunal pour enfants, dont dépendent les JE. D'après l'article375-1 du Code Civil, le JE est compétent « *pour tout ce qui concerne l'assistance éducative* ».

Un placement est prononcé pour deux ans maximum, mais peut être réévalué à tout moment par le Juge des enfants en organisant une nouvelle audience. L'article 375 du Code Civil permet au Juge des Enfants de prononcer des mesures à plus long terme lorsque la situation parentale paraît ne pas pouvoir être améliorée, afin de permettre à l'enfant de bénéficier d'une continuité relationnelle et affective, mais un rapport annuel doit tout de même être réalisé.

Les parents, ou l'enfant seul, peuvent faire appel de la décision du JE dans les 15 jours. Lorsque le juge des enfants estime qu'il existe une confusion ou opposition entre les intérêts de l'enfant et de ses parents, il peut nommer un administrateur ad hoc, chargé de représenter l'enfant le temps de la procédure judiciaire. Par ailleurs, l'enfant peut bénéficier d'un avocat, choisi par ses parents, par lui-même, ou nommé par le JE.

- Mesures judiciaires

En pratique, les solutions proposées par l'autorité judiciaire peuvent être de 2 types :

Les aides au domicile :

- Action Éducative en Milieu Ouvert (AEMO)

- Action Éducative Intensive à Domicile (AEID) pour les enfants de moins de 6 ans

Le placement hors du domicile :

-- Dans la famille : chez des parents jusqu'au 4ème degré.

-- En institution, chez des Assistants Familiaux, ou dans d'autres lieux de vie agréés. En cas de mesures judiciaire, c'est le juge des enfants qui décide du lieu de placement.

La santé des enfants accueillis par l'Aide Sociale à l'enfance est un sujet récurrent de questionnements mais les études dans ce domaine sont peu nombreuses. Il existe peu de données nationales sur la santé notamment mentale de ces enfants.

2.4.13 Quelques chiffres

Selon l'ONPE (observatoire national de la protection de l'enfance)308 400 mineurs et 20 600 jeunes majeurs bénéficient d'au moins une mesure de protection de l'enfance au 31.12.2017, ce qui représente 21 mineurs et 8,7 jeunes majeurs pour 1 000 jeunes des mêmes groupes d'âges en France entière hors Mayotte (64)

Cette estimation inclut les sanctions éducatives et les mesures de placement sur décision administrative ou judiciaire au titre de l'enfance en danger) mises en œuvre par les services de l'ASE (dans le tableau ci-dessous lignes1 et 2) ou la Protection judiciaire de la jeunesse (tableau ci-dessous, lignes 3 et 4). Elle applique par ailleurs le taux de double compte constaté dans les décisions en assistance éducative à l'ensemble de mesures comptabilisées en direction des mineurs à partir de l'enquête sur les bénéficiaires de l'ASE réalisée par la DREES et celles comptabilisées par la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse dans ses services et établissement (11 % des mineurs en danger peuvent faire l'objet de plusieurs mesures selon le dernier annuaire du ministère de la justice2). Elle n'inclut pas les jeunes placés ou incarcérés au titre de l'ordonnance de 1945 malgré l'inscription historique de l'ordonnance de 1945 dans les politiques de protection de l'enfance

Si on exclut les mesures de milieu ouvert, on compte à cette même date, au 31.12.2017, 178 429 enfants ou jeunes de moins de 21 ans en placement à l'aide sociale à l'enfance sur décision administrative (33 663 mineurs ou jeunes majeurs), au titre de l'assistance éducative (143 583 mineurs) des mineurs délinquants (1 153 mineurs en établissement de la PJJ ou incarcérés) ou de la protection jeune majeur (30 jeunes majeurs) mise en œuvre par la protection judiciaire de la jeunesse.

Tableau 2 : Mesures au 31.12.17 au titre de la protection de l'enfance définie au sens large

		Accueil provisoire		Action éducative	
		0-17 ans	18-20 ans	0-17 ans	18-20 ans
1	Suite à décision administrative de l'ASE (unité : mesure)	15 968	17 695	49 378	2 774
2	Mise en œuvre par l'ASE suite à une décision judiciaire au titre de l'article 375 CC* (unité : mesure)	143 570		143 570	
3	Mise en œuvre par la PJJ suite à une décision judiciaire au titre de l'article 375 CC* (unité : mineur)	13	30	400	87
4	Mise en œuvre par la PJJ suite à une décision judiciaire au titre de l'ordonnance 1945 (unité : mineur)	370		2200	
5	Décision judiciaire d'incarcération de mineurs	783			
		160 704	17 725	195 548	2 861
	Ensemble	178 429		198 409	

1. Source : DREES, Bénéficiaires de l'Aide sociale à l'enfance au 31.12.2017 (mesures "Accueils provisoires mineurs", "Pupilles", "Accueils provisoires jeunes majeurs")

2. Source : DREES, Bénéficiaires de l'Aide sociale à l'enfance au 31.12.2017 (mesures "Placement confié à l'ASE par le juge", "Placements directs par le juge auprès d'un particulier ou d'un établissement"; "Tutelle", "Délégation de l'exercice de l'autorité parentale", "Retrait partiel" de l'exercice de l'autorité parentale)

3. Source : Références statistiques Justice - Année 2017 (Justice des mineurs, "mineurs suivis par la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) au 31 décembre 2017, page 97)

4. Source : DPJJ, Direction de la protection judiciaire de la jeunesse, tableau transmis par l'ONPE

5. Source : Références statistiques Justice - Année 2017 (Les mineurs incarcérés, "mineurs incarcérés au 1er janvier 2018, page 98)

2.4.14 Sur le plan épidémiologique, études françaises

En Loire atlantique une étude sur l'état de santé globale des enfants placés, dont l'état de santé mentale est une approche par autoévaluation auprès des enfants de deux établissements significatifs, deux MECS (Bethleem : Mecs, établissement mixte, accueillant 72 enfants placés par l'ASE ou la PJJ et Maison d'enfants Saint Vincent de Paul : Mecs située au cœur de Nantes, dont les données de présentation ci-dessous sont extraites du site même de la Mecs.)

La santé psychique des enfants a été appréciée à partir des troubles qu'ils pouvaient manifester dans la vie quotidienne. Les résultats sont les suivants : 21,7% présentent des troubles du sommeil, 19,9% des troubles de l'attachement, 17,7% des troubles de l'agressivité, 16,1% des troubles de l'attention, 15,8% des difficultés de compréhension, 13% des conduites de victimisation, 11,8% des conduites à risque (48)

Cette étude ne repose pas sur des critères diagnostique de la CIM10 ou du DSM

Une étude a été réalisée dans le Maine et Loire sur des enfants confiés à l'ASE. Il s'agit d'une étude transversale c'est-à-dire, d'un échantillon constitué à un moment donné dans 7 circonscriptions (sur les 13 qu'en compte le département). Les informations ont été collectées avec 7 questionnaires adaptés aux interlocuteurs interrogés et à l'âge des enfants. Le recueil s'est étalé durant 6 mois entre octobre 2008 et avril 2009. L'approche est quantitative, avec la réalisation d'entretiens individuels et collectifs pour compléter les données recueillies.

Les résultats montrent que 54,0% d'enfants présentent un trouble du comportement sans différence significative selon l'âge, le sexe ou le type d'accueil. Les problèmes diagnostiqués concernent principalement des troubles de l'instabilité (31,1%) ou d'agressivité, impulsivité (34,8%). 11,2% souffrent repli ou de mutisme35,4% sont diagnostiqués avec un trouble du comportement surtout les 6-10 ans (44,3%),14,9% avec un trouble neuropsychique et 16,1% avec une déficience intellectuelle 31,7% sont diagnostiqués avec un trouble du développement psychomoteur dont un tiers présente des troubles qualifiés d'importants et les deux autres tiers, plus modérés. Les principaux troubles sont les difficultés de compréhension, les troubles et retards du langage.

Ils sont plus prévalents chez les 6-10 ans (38,6%) et plus repérés pour les enfants en famille d'accueil (38,8%) avec aussi moins d'incertitude (4,3% de "ne sais pas") qu'en établissement

(11,8% de "ne sais pas" en établissement).

Concernant les troubles de conduite alimentaire, il y a une certaine incertitude puisque

14,9% des médecins n'ont pas pu répondre aux différentes questions sur ce thème. 5,0%des enfants sont connus avec des troubles de la conduite alimentaire plutôt de type boulimique, 2,5% plutôt de type anorexique et 3,7%, pour un autre trouble.,(66)

Les questionnaires sont donc remplis par les médecins, l'étude est non spécifique des adolescents puisqu'elle inclut des classes d'âge inférieur à l'adolescence.

L'étude de G.Bronsard dans les Bouches du Rhône. a permis une estimation de la prévalence de certains troubles mentaux chez les adolescents hébergés dans des foyers sociaux dans le département des Bouches-du-Rhône.

L'étude a porté sur les adolescents de 13 à 17 ans (inclus) vivant en foyers sociaux en juin 2005 pour la ville de Marseille et en juin 2006 pour le reste des Bouches-du-Rhône. Ces adolescents étaient répartis dans 42 foyers du département.

Les diagnostics ont été portés selon le DSM III. L'étude a pu mettre en évidence que 48,6% des adolescents enquêtés présentent au moins un trouble mental , dont 18, 6 % présentent des symptômes psychotiques , le taux de prévalence de la dépression est de 14, 8 %, des troubles anxieux de 28, 4% , du trouble des conduites de 15, 3% et de de l'hyperactivité avec déficit de l'attention de 3, 8%.(67)

Au total, de nombreuses données sont disponibles sur le suicide et la dépression chez l'adolescent ainsi que sur les consommations de toxiques en France.

Peu d'études de prévalences sont retrouvées dans la littérature ainsi que d'études utilisant le DSM ou la CIM 10.

II/ <u>Deuxième partie :</u> Étude épidémiologique descriptive sur une population d'adolescents suivis au dispositif soins adolescents à l'hôpital Valvert

1 Description de l'étude

L'objectif de cette étude est de réaliser un état des lieux des différentes pathologies mentales rencontrées chez une population d'adolescents à sur un secteur donné ainsi que de recueillir des données épidémiologiques pour rendre compte d'une population clinique à un moment donné. La population d'intérêt est celle des nouveaux cas pris en charge dans le service au cours de l'année deux mille dix-neuf, entre le premier janvier et le trente et un décembre. Cet état des lieux permettra de en effet de pouvoir effectuer une comparaison avec les nouveaux cas admis en deux mille vingt afin d'étudier les conséquences du covid19 sur l'état de santé mentale des adolescents susceptible d'avoir recours à des soins psychiatriques au sein de notre structure.

En effet la littérature montre que parmi les études s'intéressant à l'état de santé mentale des adolescents menées en France, peu utilisent la Classification Internationale des Maladies ou le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale monocentrique, dont l'objectif principal est descriptif.

La question de la santé mentale des jeunes bénéficiant d'une prise en charge par l'aide sociale à l'enfance est secondairement exploitable.

Quels sont les troubles les plus représentés au sein de cette population d'adolescent, en comparaison avec les données de la littérature.

Les données de prévalence retrouvées chez les adolescents pris en charge par l'aide sociale à l'enfance suivent elles celles présente dans la littérature.

2 Matériel et méthodes

2.1.1 Description du dispositif soin adolescent

Il s'agit d'une structure ambulatoire composée de trois pédopsychiatres à temps partiels, une équipe soignante comprenant infirmiers, psychologues, éducateurs assistante sociale. Cette structure est rattachée au CH psychiatrique de Valvert. Il n'y pas de service d'hospitalisation à temps plein de pédopsychiatrie.

La structure accueille des adolescents de 12 à 18 ans.

Le territoire concerné est celui des inter-secteurs de l'hôpital Valvert, ce qui correspond aux communes suivantes, Marseille 10, 11, 12, Allauch, Plan de cuques, Aubagne, Auriol, Belcodène, Cadolive, Gémenos, Gréasque, La Bouilladisse, La Destrousse, Peypin, Roquevaire et Saint-Savournin ainsi que : Carnoux en Provence, Cassis, Cuges Les Pins, La Ciotat, Roquefort La Bédoule.

Le DSA est une unité intersectorielle, qui prend en charge les adolescents les plus complexes des différents secteurs de l'Hôpital.

Le service comprend une équipe de liaison consacrée aux avis pédopsychiatriques en service de pédiatrie à l'hôpital d'Aubagne.

Cette unité s'organise en soins ambulatoires par des consultations et des activités thérapeutiques à temps partiels.

Les missions de travail de la structure sont les suivantes

- Assurer des consultations ambulatoires : ce dispositif vient en complément des soins déjà mis en place sur les centres médico psychologiques. L'équipe est pluridisciplinaire, elle étudie les demandes et peut proposer par la suite un entretien d'accueil permettant d'établir un premier contact avec l'adolescent et/ou sa famille. Cet entretien conduit à l'élaboration d'un projet de soins individualisé.

- Assurer des activités thérapeutiques à temps partiels : il s'agit d'une prise en charge groupale d'adolescents par le biais d'une médiation thérapeutique. Les activités sont adaptées aux problématiques rencontrées. Chaque groupe est géré par un binôme de professionnels.
- Assurer une activité de liaison : l'équipe intervient auprès d'enfants et d'adolescents hospitalisés en service de pédiatrie à l'hôpital général Edmond Garcin à Aubagne. Des consultations ont également lieu à l'hôpital de La Ciotat. Le travail de liaison peut s'effectuer également avec les différentes unités de l'hôpital de Valvert.

2.1.2 Recueil de données

Les informations concernant les patients sont recueillies dans le dossier médical informatisé, à l'aide du logiciel Cariatide. Pour chaque patient, des données ont été recueillies à partir de leur dossier médical, comprenant les observations cliniques les courriers médicaux et le diagnostic posé et codé. Les différentes situations cliniques sont évoquées en réunion pluridisciplinaires, comprenant pédopsychiatres, infirmiers, psychologues, éducateurs spécialisés et assistante sociale, et le diagnostic est posé par le pédopsychiatre qui suit le patient.

Une population de 175 enfants dont la prise en charge a débuté dans le service entre janvier 2019 et décembre 2019 est sélectionnée (fichier excel) ; a été inclue rétrospectivement. Il s'agit donc de la population de nouveaux cas pris en charge dans le service depuis le premier janvier 2019, au trente et un décembre 2019.

Il s'agit des enfants pris en charge via un premier accueil ; pouvant être adressés par le médecin scolaire par exemple. La demande peut émaner des parents, des adolescents eux même, ou du foyer pour les jeunes bénéficiant d'une mesure de placement.

Sont inclus dans cette population également les patients pris en charge en service de pédiatrie par l'équipe de liaison.

Les secteurs d'habitations des enfants concernés sont ceux cités ci-dessus.

2.1.3 Base médico administratives

Dans le cadre de l'étude les variables socio-démographiques des patients prises en charges ont été prélevées, notamment l'âge, le sexe et le secteur psychiatrique de rattachement.

Les diagnostics sont entrés selon la classification internationale 10ème édition(CIM 10).

La Classification internationale des maladies (CIM) est une classification médicale codifiée classifiant les maladies et une très vaste variété de signes, symptômes, lésions traumatiques, empoisonnements, circonstances sociales et causes externes de blessures ou de maladies.

Le diagnostic retenu est le diagnostic principal donné par le pédopsychiatre suivant le patient.

Les diagnostics sont posés au dispositifs soins adolescents lors de réunions pluridisciplinaire en utilisant la CIM 10 et le DSM V. Dans cette étude c'est la CIM 10 qui est utilisée, le logiciel cariatide étant configuré selon le codage de cette classification.

Les éléments recueillis sont donc

- Socio démographiques : âge, sexe, secteur psychiatrique de rattachement
- Cliniques :

Le diagnostic principal porté, les diagnostics associés, si présents de la CIM 10

Les diagnostics principaux retenus ont été les suivants

F209 : Schizophrénie

F603 : Trouble de la personnalité border line

F320 : Trouble dépressif

F9380 : Anxiété généralisée de l'enfant

F931 : Trouble anxieux phobique de l'enfance

F932 : Anxiété sociale de l'enfance

F642 : Trouble de l'identité sexuelle de l'enfance

F50 : Trouble de l'alimentation

F900 : Perturbation de l'activité et de l'attention (troubles hyperkinétiques)

F989 : troubles du comportement

R463 : Précocité intellectuelle

X64 : Intoxication médicamenteuse volontaire

Z 638 : autres difficultés précisée liées à un entourage immédiat

Les diagnostics secondaires qui ont pu être relevés sont le F410 (trouble panique) associé à un trouble anxieux sous-jacent + pica

Le diagnostic X64 correspondant à l'intoxication médicamenteuse volontaire a été codé pour des patients pris en charge par l'équipe mobile de liaison après une tentative de suicide par IMV sans qu'un diagnostic n'ait été posé. Nous avons relevé les tentative de suicide et les antécédents de tentative de suicide afin de pouvoir étudier de plus près ces variables, par conséquent le codage du diagnostic systématiquement associés (Z915) n'a pas été pris en considération

Le codage Z 638 « autres difficultés précisées liées à un entourage immédiat a été utilisé pour des situations sociales aigue complexes aigues telle que des situations de maltraitances ayant dû être prises en charge, la plupart du temps par l'équipe mobile de liaison

La présence d'une tentative de suicide au moment de la prise en charge, ainsi que la présence ou non d'antécédent de tentative de suicide

Le passage par un service de l'hôpital général, c'est à une hospitalisation en service de pédiatrie ou passage aux urgences pédiatriques

La présence de comorbidités addictives : seules les addictions à l'alcool au cannabis et à la cocaïne ont été prise en compte.

Les hospitalisations en service de pédopsychiatrie à l'hôpital publique ou en clinique privée ont également été relevées.

Concernant l'organisation du suivi, orientation vers le secteur de dépendance ou vers un psychiatre libéral dans un second temps de la prise en charge.

La présence d'un absentéisme scolaire.

La date de début de prise en charge par le DSA et éventuellement de fin si celle-ci s'est avérée se terminer au cours de l'année. La durée moyenne de prise en charge a ainsi pu être calculée.

La présence d'un signalement effectué au début ou au cours de la prise en charge. Les adolescents dont la situation sociale et familiale ayant déjà fait l'objet d'un signalement avant la prise en charge au DSA ont également été inclus.

La mise en place d'une mesure de protection administrative ou judiciaire au décours a été relevée. Si une mesure existe il est précisé le type de mesure : si celle-ci s'exerce en milieu ouvert ou existence d'un placement.

2.1.4 Population étudiée

Critère d'inclusion

Age > 12 ans et <18 ans

Début de suivi à partir de janvier 2019

Pris en charge initiale ambulatoire ou via équipe mobile de liaison en pédiatrie

Au total 138 patients sur les 175 ont pu être inclus

Critère de non inclusion

Age <12 ans ou > à 18 ans

Absence majeure de données dans le dossier médical

Patients dont la prise en charge a débuté avant 2019

Les patients qui n'entraient pas dans le critère d'âge (concerne les patients trop jeunes notamment pris en charge en service de pédiatrie par l'équipe de liaison très jeune à la liaison) n'ont pu être inclus. Vingt-quatre patients n'entraient pas dans la limite d'âge, trop jeunes ou trop âgés. Les dossiers de treize patients n'ont pas permis de recueillir assez d'informations médicales afin de pouvoir être inclus.

Aspect règlementaire

Dans un souci de confidentialité les données analysées ne comportent aucun renseignement nominatif.

2.1.5 Outils statistiques

Des analyses descriptives ont synthétisé l'ensemble des données recueillies en global, puis en fonction du sexe, des TS, récidives, placements et signalements, ainsi qu'un focus sur les diagnostics T989. Les variables continues ont été décrites selon leurs médianes et interquartiles et les variables qualitatives (oui/non, catégorielles) suivant leurs effectifs (pourcentages). Des tests statistiques de Mann-Whitney ont été effectués pour comparer les variables continues entre groupes et pour les variables qualitatives par un test de Chi2 de Pearson (avec 20000 simulations de Monte-Carlo si au moins un effectif était inférieur à 5).

Le seuil de significativité a été fixé à 5%. Les analyses statistiques et graphiques ont été programmés sous R (version 3.6.1).

3 Résultats

3.1.1 Caractéristiques des adolescents suivis au DSA

L'âge des adolescents au début de la prise en charge est compris entre 13 et 15 ans.

La population d'adolescents comprend 97 filles et 41 garçons.

Tableau 1 : caractéristiques socio démographiques des adolescents pris en charge au DSA

Variable	Total (N=138)
Age à la PEC, moyenne ±ec	13.99 ±2.17*,
Age à la PEC, médiane (min;max) [1er-3e quartiles	14 (0 ; 18) [13 - 15],
Sexe, n/N (%)	
- F	97/138 (70.29%)
- M	41/138 (29.71%)

Tableau 2 : Donnés cliniques des adolescents inclus

Variable	Total (N=138)
Comorbidités addictives, n/N (%)	26/134 (19.40%)
TS, n/N (%)	38/133 (28.57%)
Récidives TS, n/N (%)	19/121 (15.70%)
Absentéisme scolaire, n/N (%)	60/133 (45.11%)
Hospitalisation en pédiatrie/urgences, n/N (%)	(N=129)
Signalement au cours de la PEC, n/N (%)	52/132 (39.39%)
Hospitalisation documentée en pédopsychiatrie, n/N (%)	17/134 (12.69%)

Le tableau 2 met en évidence que 19,40% des jeunes ont une addiction, soit au cannabis, soit à l'alcool soit à la cocaine,

28, 7 % ont fait une tentative de suicide au moment de la prise en charge en 2019

15, 70% ont déjà fait une tentative de suicide et récidivent.

Il y a 45, 11% d'absentéisme scolaire.

52 adolescents soit 39, 39% des adolescents ont fait l'objet d'un signalement.

Le nombre d'hospitalisation en pédiatrie s'élève à 129 sur 138 adolescents soit 93% des adolescents. Seuls 12,69% sont hospitalisés en pédopsychiatrie.

Tableau 3 : Principaux diagnostics retrouvés au sein de la population d'adolescents pris en charge entre le premier janvier 2019 et le trente un décembre 2019

Diagnostic primaire, n/N (%)	(N=122)
- F209	10/122 (8.20%)
- F319	1/122 (0.82%)
- F32	11/122 (9.02%)
- F431	8/122 (6.56%)
- F50	5/122 (4.10%)
- F603	17/122 (13.93%)
- F642	2/122 (1.64%)
- F819	4/122 (3.28%)
- F900	4/122 (3.28%)
- F989	11/122 (9.02%)
- F931	15/122 (12.30%)
- F932	9/122 (7.38%)
- F9380	16/122 (13.11%)
- R463	2/122 (1.64%)
- X64	3/122 (2.46%)
- Z638	4/122 (3.28%)

Le diagnostic le plus représenté est le trouble de la personnalité border line avec une prévalence de 13, 93%. Vient ensuite le trouble anxiété généralisée de l'enfance avec une prévalence de 13, 11%. Les diagnostic F932 F931 F9380 correspondant une des catégories de troubles anxieux, la proportion réunie fait du trouble anxieux le diagnostic le plus représenté, devant le trouble de la personnalité border line avec une prévalence de 32 %.

9, 02 % des patients sont pris en charge pour un épisode dépressif caractérisé

La proportion de trouble psychotique représenté par la schizophrénie ici est fréquente avec une prévalence de 8,20%.

L'état de stress post traumatique représente 6, 56% des diagnostics retrouvés au sein de cette population

Les troubles du comportement alimentaire englobant anorexie mentale et boulimie sont moins fréquent (4, 10%)

Le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité est moins représenté avec une prévalence de 3,28 %

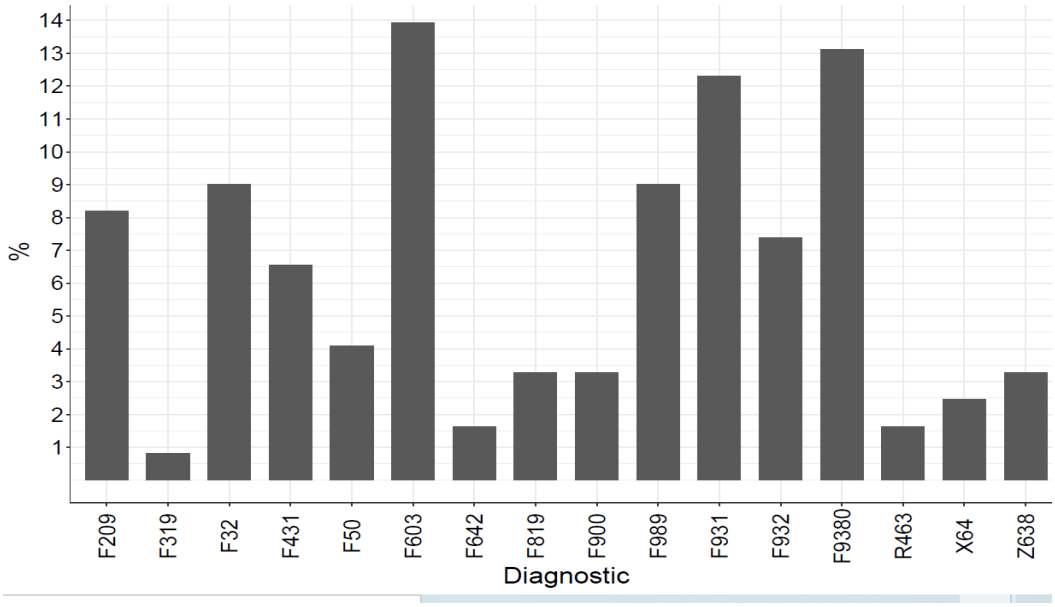
Le code F989 (9, 02%) a été attribué aux patients présentant des troubles du comportement comme symptomatologie prédominante.

Des diagnostics secondaires ont pu être attribué à 7 patients, ce qui a permis de recenser la présence d'un trouble panique (F410) associé à un terrain anxieux sous-jacent. Cette proportion s'élève à 71,43%. Le second trouble secondaire associé au trouble du comportement alimentaire correspond au diagnostic de syndrome de PICA(F983) présent chez deux patientes présentant un TCA.

Tableau 4 : diagnostics secondaires

Diagnostic secondaire, n/N (%)	7/122 (5.74%)
Diagnostic secondaire (code), n/N (%)	(N=7)
- F410	5/7 (71.43%)
- F983	2/7 (28.57%)

Histogramme 1 : Prévalence des différents diagnostics retrouvés au sein de la population d'adolescents suivis en 2019



3.1.2 Comparaison des résultats selon le sexe

Nous avons comparé la prévalence de chaque diagnostique en fonction du sexe afin de mettre en évidence ou non une différence significative. Nous avons recherché une différence également entre les comorbidités addictives, la prévalence des tentatives de suicides et de leur récidive, ainsi que le passage en service d'hospitalisation à l'hôpital général.

Tableau 5 : Données cliniques comparées selon le sexe

Variable	F (N=97)	M (N=41)	p-value	Test
Comorbidités addictives, n/N (%)	17/94 (18.09%)	9/40 (22.50%)	0.724	(a)
TS, n/N (%)	30/94 (31.91%)	8/39 (20.51%)	0.265	(a)
Récidives TS, n/N (%)	13/88 (14.77%)	6/33 (18.18%)	0.858	(a)
Absentéisme, n/N (%)	43/94 (45.74%)	17/39 (43.59%	0.971	(a)
Pédiatrie/Urgences, n/N (%)	(N=92,)	(N=37,)	0.142	(a)
Signalement au cours de la PEC, n/N	35/94 (37.23%)	17/38 (44.74%	0.547	(a)
Hospitalisation documentée, n/N (%	13/94 (13.83%)	4/40 (10.00%)	0.589	(a)

(a) Pearson's Chi-square (b) Mann-Whitney test

Il n'apparaît pas de différence significative entre les sexes concernant les données cliniques recueillies autre que les diagnostics.

Tableau 6 : comparaison des diagnostics selon le sexe

	F	G	
Diagnostic primaire , n/N (%)	(N=88,)	(N=34)	0.002 (a)
- F209	7/88 (7.95%)	3/34 (8.82%)	
- F319	1/88 (1.14%)	0/34 (0.00%)	
- F32	9/88 (10.23%)	2/34 (5.88%)	
- F431	7/88 (7.95%)	1/34 (2.94%)	
- F50	5/88 (5.68%)	0/34 (0.00%)	
- F603	13/88 (14.77%)	4/34 (11.76%)	
- F642	2/88 (2.27%)	0/34 (0.00%)	
- F819	2/88 (2.27%)	2/34 (5.88%)	
- F900	0/88 (0.00%)	4/34 (11.76%)	
- F989	3/88 (3.41%)	8/34 (23.53%)	
- F931	10/88 (11.36%)	5/34 (14.71%)	
- F932	7/88 (7.95%)	2/34 (5.88%)	
- F9380	15/88 (17.05%)	1/34 (2.94%)	
- R463	2/88 (2.27%)	0/34 (0.00%)	
- X64	3/88 (3.41%)	0/34 (0.00%)	
- Z638	2/88 (2.27%)	2/34 (5.88%)	

Il existe une différence significative de diagnostique entre les filles et les garçons ($p<0,05$)

Il apparait une prévalence plus importante de trouble psychotique dont la schizophrénie chez les garçons pris en charge avec une prévalence de 8, 82 %.

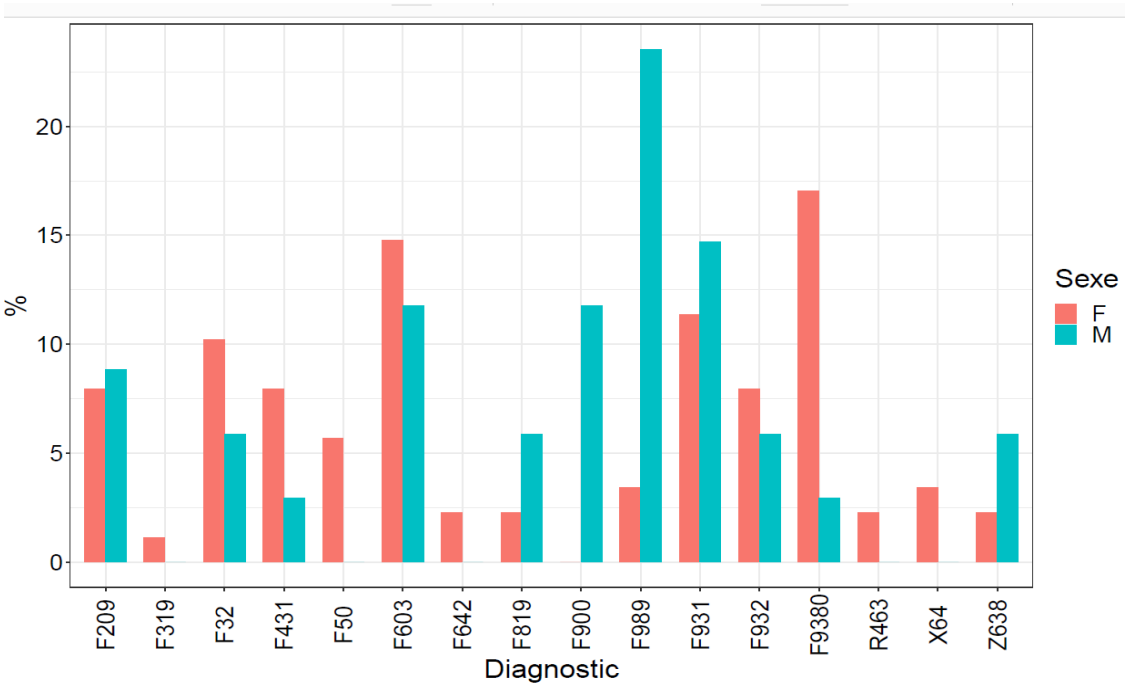
Les épisodes dépressifs caractérisés sont plus représentés chez les filles avec une prévalence de 10, 23%, de même pour les états de stress post traumatique (7, 95%).

Les troubles anxieux sont également prédominants chez les filles, avec 17, 05 % d'anxiété généralisée.

Il n'apparait pas de différence significative concernant les addictions, la prévalence des tentatives de suicide et de leur récidive ainsi que la fréquence des hospitalisations.

L'absentéisme scolaire n'apparaît pas significativement plus fréquent/important selon le sexe, ainsi que le nombre d'adolescents ayant fait l'objet d'un signalement.

Histogramme 2 : prévalence des différents diagnostic en fonction du sexe



3.1.3 Population d'adolescent ayant fait une tentative de suicide au moment de la prise en charge

Nous nous sommes intéressés de plus près à la population d'adolescents ayant fait une tentative de suicide au moment de la prise en charge par le service.

Les diagnostics les plus représentés avec seuil de significativité p<0, 013 sont l'état de stress post traumatique à 11, 64 %, l'épisode dépressif caractérisé à 11, 64% également et surtout le trouble de la personnalité border line à 26, 47%. Les troubles anxieux représente 8,82% des diagnostics des patients ayant fait une tentative de suicide.

Il n’y pas plus de tentative de suicides chez les enfants ayant des comorbidités addictives.

Les passages à l’hôpital général sont plus nombreux de manières significative chez les patients ayant fait une tentative de suicide , avec un taux d’hospitalisation en service de pédiatrie, notamment au CH d’Aubagne Edmond Garcin s’élevant à 64,10% que chez les patients n’ayant pas fait de TS (43, 82%) p<0, 001.

Le nombre d’hospitalisation en service de pédopsychiatrie est significativement plus important chez les adolescents ayant fait une TS, il concerne 25 % des adolescents contre 8, 42% des adolescents n’ayant pas fait de TS, p<0, 05.

Il n’apparait pas de différence significative concernant le signalement et l’absentéisme scolaire,

3.1.4 Population d’adolescent récidivant, c’est-à-dire ayant déjà des antécédents de tentative de suicide

Les résultats sont à la limite au-dessus de la significativité concernant les différents diagnostics portés en ce qui concerne les patients en situation de récidive de TS, c’est-à-dire ayant des antécédents de TS documentés dans le dossier médical

Il y a comme attendu plus de passage en service de pédiatrie chez ces adolescents et un nombre d’hospitalisation en service de pédopsychiatrie plus important (33%) que les adolescents non concernés par la situation de récidive (11%).

Il n’y a pas de différence relevée pour les addictions, l’absentéisme scolaire, le signalement.

Comme précisé au moment de l’analyse des éléments clinique en fonction du sexe, il y’a pas de surreprésentation d’un sexe à l’autre.

3.1.5 Population ayant fait l’objet d’un signalement ou ayant des mesures d’aides éducatives administratives ou judicaires

Le nombre d’adolescents ayant fait l’objet d’un signalement au cours de la prise en charge a été relevé ; si une mesure éducative a été instaurée suite au signalement, le type de mesure est précisé, quand l’information est disponible.

Des adolescents ont déjà une mesure éducative en place au début de la prise en charge dans le service, celle-ci a également été relève

Le nombre de signalement s'élève à 52 (39, 39%).

Ces adolescents ne passent pas plus par les services de pédiatrie ou d'urgences pédiatriques, ils ne sont pas plus sujet aux tentatives de suicide et à leur récidive et ne présentent pas plus d'addictions. Les résultats ne montrent pas de différence significative en ce que concerne les diagnostics portés entre les deux groupes.

En ce qui concernent les différentes mesures éducatives mises en place

En ce qui concerne les mesures dit en milieu ouvert elles concernent 38 patients.

Pour la répartition des mesures :

19, 2% des signalement ont abouti à la mise en place d'une Aide Educative à Domicile soit un pourcentage de 7,2% des patients inclus dans l'étude.

15, 38% ont abouti à la mise en place d'une Aide Educative en Milieu Ouvert soit 5,8% des patients inclus dans l'étude.

3, 8 % à ont une Aide Educative Administrative soit 1, 44% des patients inclus dans l'étude.

En ce qui concerne le placement : 36,5% des enfants signalés sont placés.

Dans 3, 8 des cas l'information préoccupante est qualifiée mais la mesure n'est pas encore instaurée.

Dans 3, 8 % des cas, l'IP n'est pas qualifiée.

3.1.6 Focus sur les adolescents placés

Au sein de la population d'enfants placés :

Les diagnostics les plus représentés sont la schizophrénie, le trouble de la personnalité border line et les adolescents vus dans des contexte de troubles du comportements (codage F989).

Ils ne sont pas plus sujets aux tentatives de suicide au moment de la prise en charge mais ont plus d'antécédents de manière significative.

Les comorbidités addictives sont plus importantes au sein de cette population mais il n'en ressort pas plus d'absentéisme scolaire.

Ils ne sont pas hospitalisés en pédopsychiatrie mais passent plus par les urgences ou un service de pédiatrie dans une proportion de résultats à la limite de la significativité.

Tableau 6 : comparaison des diagnostics en fonction du placement

Placement :	**non**	**oui**	**p value**
- F989	1/34 (2.94%)	5/17 (29.41%)	0.009
- F209	2/34 (5.88%)	3/17 (17.65%)	
- F319	0/34 (0.00%)	0/17 (0.00%)	
- F32	5/34 (14.71%)	1/17 (5.88%)	
- F431	2/34 (5.88%)	1/17 (5.88%)	
- F50	3/34 (8.82%)	0/17 (0.00%)	
- F603	3/34 (8.82%)	6/17 (35.29%)	
- F642	0/34 (0.00%)	0/17 (0.00%)	
- F819	2/34 (5.88%)	0/17 (0.00%)	
- F900	2/34 (5.88%)	0/17 (0.00%)	
- F989	2/34 (5.88%)	5/17 (29.41%)	
- F931	5/34 (14.71%)	0/17 (0.00%)	
- F932	2/34 (5.88%)	0/17 (0.00%)	
- F9380	5/34 (14.71%)	1/17 (5.88%)	
TS, n/N (%)	8/35 (22.86%)	8/19 (42.11%)	0.243 (a)
Récidives TS, n/N (%)	2/34 (5.88%)	6/17 (35.29%),	0.012 (a)
Absentéisme, n/N (%)	14/37 (37.84%)	10/17 (58.82%)	0.252 (a)
Pédiatrie/Urgences, n/N (%)	(N=36,)	(N=18)	0.041 (a)
Hospitalisation documentée, n/N (%)	5/36 (13.89%)	3/17 (17.65%)	1.000 (a)

3.1.7 Comparaison aux données de la littérature

A l'aide des données dont nous disposons ;

Le taux généralement retenu pour les troubles schizophréniques et pour toute psychose avérée est de 0,5% à l'adolescence (Fombonne, 2005) , pour une prévalence de 8, 2% dans notre étude soit multiplié par un facteur dix sept.

En ce qui concerne les troubles anxieux :

Différentes revues de la littérature permettent des estimations autour de 5% (INSERM, 2002, Fombonne 2005.Ici ils sont totalisé à 32% soit multiplié par un facteur 6,5 Il existe plus de troubles anxieux dans notre échantillon

A propos du TDAH, le taux communément retenu est inférieur à 2% à l'adolescence (Fombonne, 2005) ici à 3, 28% soit légèrement plus élevé.

En ce qui concerne la dépression il est retenu le taux de 3%., soit trois fois moins élevé que dans notre étude.

Concernant les troubles du comportement alimentaire il est admis 0,2% pour l'anorexie mentale, nous retrouvons une prévalence de 4,1% soit multiplié par un facteur 20.

4 Discussion

4.1.1 Réponse à la question principale

Nous avons réalisé un état des lieux de la santé mentale des adolescents nouvellement pris en charge dans le service sur l'année deux mille dix-neuf, entre le premier janvier et le trente et un décembre deux mille dix neuf afin de connaître la prévalence des pathologies mentales rencontrées au sein de cette population au cours de cette période donnée.

Il en ressort une proportion importante de troubles anxieux et de troubles de la personnalité. La schizophrénie reste une pathologie également très représentée dans cet échantillon par rapport à sa prévalence en population générale. D'autres pathologie que comme le trouble de l'humeur sont moins représentés dans cette population.

Certaines pathologies sont sujettes à plus de passage à l'acte auto agressif comme le trouble de la personnalité border line, le trouble dépressif mais aussi, dans ce cas une surreprésentation des états de stress post traumatique.

Ces adolescents passent d'avantages par les services de pédiatrie générale, ce qui permet une première prise en charge et un premier contact avec l'équipe de pédopsychiatrie

Nous nous sommes intéressés au profil des adolescents suivis et avons estimé la prévalence des pathologies mentale rencontrés selon ce profil, en prenant en compte notamment le contexte de prise en charge par l'aide sociale à l'enfance, afin d'estimer d'éventuelles prédominance de diagnostics. La schizophrénie semble la pathologie la plus représentée notamment chez les adolescents qui font l'objet d'une mesure de placement. Les addictions sont également plus présentes chez ces jeunes, ce qui peut amener à considérer ces jeunes comme présentant un facteur de risque soit d'apparition soit d'aggravation de la pathologie mentale et conduit par conséquent à une prise en charge plus complexe au sein de l'unité.

4.1.2 Cas des psychoses émergentes

Les psychoses débutantes sont définies par le tableau clinique allant de la phase prodromique (4 à 5 ans en moyenne) jusqu'au premier épisode psychotique et sa rémission, et dont le pic d'incidence se situe entre 15 et 25 ans.

On sait peu de chose des symptômes prodromiques qui précèdent le début de la schizophrénie. Les individus en phase prodromique ne présentent pas de symptômes psychotiques florides mais sont caractérisés par un certain nombre de changements comportementaux non spécifiques et par des éléments psychotiques spécifiques atténués. L'apparition des premiers changements est souvent imperceptible ainsi que la transition graduelle entre symptômes non psychotiques et symptômes franchement psychotiques.

D'après les études sur les premiers épisodes, les éléments prodromiques les plus fréquemment décrits sont des symptômes non spécifiques comme l'anxiété, des idées hypocondriaques, des syndromes dépressifs, des changements affectifs comme l'anhédonie l'apathie, l'irritabilité, le retrait, la suspicion, le manque d'initiative, des troubles du sommeil, des modifications dans le vécu, la perception, la volition et les fonctions motrices

Des outils sont disponibles pour détecter les sujets à risque de décompensation psychotique comme le Comprehensive Assessment of At Risk en Mental States (CAARMS) ou le Structure Interview For Prodomal Symptoms.

L'élaboration d'un projet de mise en place une d'unité d'évaluation et de soins ambulatoires des psychoses débutantes, s'adressant à des sujets entre 15 et 25 ans, est en cours ce qui permettrait la prise en charge précoce et adaptée de ce type de patient..(68) (69)

4.1.3 Cas des adolescents dits « complexes » ou « incasables »

Les adolescents incasables peuvent être définis comme étant ceux qui relèvent de fait de trois secteurs : protection de l'enfance, justice des mineurs et pédopsychiatrie, et au sujet desquels chaque champ professionnel considère que cet adolescent relève des deux autres champs que le sien. Les enfants placés sont largement représentés et lorsqu'ils ne sont pas d'emblée confiés à l'Aide sociale à l'enfance (ase), leur « incasabilité » les y amène.

Ceux qui sont « placés » en MECS en raison de carences ou de difficultés socio-familiales importantes présentent très souvent des signes de souffrance psychique, mais ils ne sont pas nécessairement bruyants – il s'agit souvent de manifestations dépressives à expression larvée, somatique et cognitive notamment. Mais pour certains d'entre eux la violence est au premier plan, et elle engendre fréquemment, surtout au moment de l'adolescence, des interactions heurtées entre les institutions et ces adolescents à expression antisociale prévalente qui aboutissent souvent à l'inscription de ces derniers dans la catégorie des adolescents difficiles ou dans un statut d'incasables ayant ruiné toutes leurs chances d'admission après avoir épuisé un nombre parfois impressionnant d'institutions aux quatre coins de la France.(70)

Ce qui est sous-entendu dans cette appellation c'est avant tout l'importance des manifestations comportementales (violence, agressivité) présentent ces adolescents, mais tout autant la difficulté des institutions qui sont sensées les accueillir et les canaliser..

L'état de placement est associé à une morbidité médico-psychiatrique élevée, à laquelle on peut s'attendre. En effet, le motif principal du placement est la mise en danger de l'enfant, incluant voire recouvrant la mise en danger de son développement. Le dysfonctionnement familial sévère et durable (et non la faiblesse socio-économique), en particulier associé à l'exposition aux traumatismes relationnels précoces, est indiscutablement reconnu comme un facteur de risque de développement de la plupart des troubles mentaux : trouble du comportement,

dysrégulation émotionnelle, diminution des performances cognitives). Finalement, les raisons qui conduisent au placement sont les mêmes que celles qui conduisent au développement de la plupart des troubles psychopathologiques de l'enfant et de l'adolescent.

Cependant, très peu d'études épidémiologiques de prévalence pédopsychiatriques sont publiées à leur sujet. Une dizaine environ. Elles rapportent toutes une prévalence globale autour de cinq fois supérieure à celle rencontrée en population générale.(67) (71)

Dans notre étude, , nous avons pu mettre évidence au sein de la population d'adolescents placés une surreprésentation d'adolescents pris en charge dans des contextes de troubles du comportements, alors qu'au sein de la population plus large ayant fait l'objet d'un signalement ceci n'est pas retrouvé de manière significative,, ce qui illustre le caractère complexe de la prise en charge de ce type de patient.

4.1.4 Transition vers l'âge adulte

Dans la littérature, différentes études ont cherché à caractériser l'évolution des troubles psychiatriques de l'enfance à l'âge adulte; Elles ont montré que ces évolutions étaient hétérogènes et pouvaient se figurer en trois grandes modalités d'évolution :

- Un pourcentage de troubles apparait et disparait avec l'adolescence.
- Une autre partie des troubles débute à l'adolescence et se poursuit à l'âge adulte.
- Enfin, une partie débute dans l'enfance et se poursuit au long cours, à l'adolescence et à l'âge adulte.(72,73)

Selon les cas, une transition vers la psychiatrie adulte peut être nécessaire. Des difficultés peuvent surgir dans lors de cette étape. Les professionnels des services adolescents, les adolescents et leurs parents peuvent percevoir l'orientation vers la psychiatrie adulte comme l'annonce d'une chronicisation. Les changements d'équipe soignante peuvent être redoutés par les patients et par leur famille Des questionnement quant aux modalités de prise en charge peuvent être présents du coté des équipes soignantes également notamment sur la question de l'autonomie du patient et de la place des parents dans la prise en charge par la psychiatrie adulte.

Quelle que soit la suite du parcours du patient, un effort reste à faire pour suivre l'évolution des troubles psychiatriques mis en évidence au cours de la prise en charge. (74)

5 Limites

5.1 Difficultés liées aux diagnostiques

La variabilité clinique de la symptomatologie à un âge de transition tel que l'adolescence laisse place à une incertitude diagnostique. La présentation de certaines pathologies peut être la même que celle de l'adulte ou comporter des spécificités, ou même laisser place à plusieurs possibilités de diagnostics

La question du l'évolutivité de la symptomatologie à l'adolescence constitue alors une limite quant aux diagnostique posés. La majorité des auteurs s'accordent sur les difficultés diagnostiques rencontrées malgré la CIM 10 et le DSMV, notamment à cause de la variabilité du diagnostic sur le moyen long terme. Dans cette étude nous nous sommes intéressés au diagnostic principal porté et codé à l'aide de la CIM 10 mais il est évident que plusieurs diagnostiques peuvent être intriqués.

Il manque une étude du suivi de ces adolescents pour confirmer ou infirmer ces hypothèses diagnostiques formulées

5.2 Manque de données

Il existe une hétérogénéité dans le recueil des données notamment, à cause du support informatique qui propose une présentation des informations médicales pouvant varier d'un dossier à l'autre dans la façon de remplir les données qui n'est pas encore standardisée.

De plus la multiplicité des supports due à l'existence d'un autre support qui constitue le dossier médical du patient peut être un facteur de perte d'information, notamment dans le cadre de la pédopsychiatrie de liaison qui s'effectue en lien avec un autre centre hospitalier. Les dossiers n'étant pas encore informatisés, il a été impossible de rechercher des informations concernant certains cas. Ces situations sont en cours d'amélioration puisqu'un lien informatique a été fait entre les différents centres hospitaliers pour que le dossier informatisé puisse être en lien avec celui de Valvert.

Concernant le dossier social du patient, il est tenu en partie par l'assistante sociale du service qui travaille à mi temps seulement en lien avec les partenaires des service sociaux, mais la disponibilité et l'accessibilité à ces informations peut se trouver compromise du fait de la temporalité du traitement des dossiers par ces services.

6 Perspectives

Des données de comparaisons sur l'année suivante (2020) pourraient être intéressantes afin de mesurer l'incidence de certains troubles au sein du secteur concerné, notamment en prenant en compte le contexte, notamment en prenant en compte le contexte actuel que représente la crise du COVID 19.

En effet, il serait opportun d'étudier les conséquences psychiatriques de la période de confinement sur la santé mentale des adolescents du secteur, pris en charge sur l'année 2020.

III/ Troisième partie : Cas cliniques.

1 Cas clinique 1 : Mélissa seize ans

Je rencontre Mélissa dans le service pour un premier accueil en binôme avec l'assistante sociale du service. Elle est accompagnée par ses parents et une cousine. Elle est âgée de seize ans.

Elle consulte dans un contexte de déscolarisation complète, angoisses massives avec refus de sortir du domicile.
Adressée par la maison de la solidarité où la maman a été reçue par une assistante sociale.

1.1 Antécédents et mode de vie

Mélissa vit avec ses parents et est 2ème d'une fratrie de sept enfants, d'origine algérienne.

Aucun n'antécédent médical ni chirurgical n'est rapporté à part de l'eczéma depuis la toute petite enfance.
La grossesse de la maman a été marquée par une cholécystite, ayant nécessité une hospitalisation pendant un mois et demi. L'accouchement a eu lieu à trente-sept semaines d'aménorrhée, pas de contexte de réanimation néonatale. Il n'y pas de notion de séparation mère-enfant précoce. Mélissa a été allaitée pendant huit mois. La maman la décrit comme un bébé qui pleurait beaucoup.
La marche a été acquise à douze mois.
La propreté diurne aurait été acquise au moment de rentrer à l'école maternelle.
A noter une énurésie nocturne jusqu'à six ans.
Il n'y a pas d'antécédent de retard de langage
Mélissa a été gardée par sa maman avant l'entrée en maternelle, n'a pas été gardée en crèche, ni par une assistante maternelle.
Les parents ne rapportent pas d'anxiété de séparation à l'entrée en maternelle, mais plutôt des difficultés d'adaptation dès la petite section.

Son parcours scolaire comprend des prises en charges en classe spécialisées

Mélissa a donc été scolarisée en classe ULIS à partir du CP puis a ensuite intégré le collège classe SEGPA. Elle bénéficie d'un dossier MDPH.

En ce qui concerne ses antécédents psychiatriques
Elle a été suivie en centre médico psychologique d'un autre secteur pendant quelques années avant que la famille ne déménage en 2011. A partir de cette date, tout suivi est interrompu
Mélissa ne voulait plus s'y rendre
Il résulte donc que jusqu'en 2018 il n'y a plus eu de prise en charge psychologique ni psychiatrique pour elle. La mère aurait repris contact avec le centre médico psychologique, où elle aurait été reçue avec Mélissa et repris un suivi psychologique à raison de trois ou quatre séances.
Elle a ensuite consulté à l'Espace Santé Jeunes à Aubagne où elle aurait également été reçue par une psychologue sur 4 ou 5 séances mais il y a ensuite eu un arrêt.

1.2 Histoire de la maladie

La mère rapporte que des troubles du comportement seraient apparus à partir de la classe de 4éme. Mélissa aurait commencé à ce moment à fuir ses camarades masculins, à s'habiller très large avec plusieurs épaisseurs sur elle. Elle aurait développé une sorte de méfiance envers tous ses camarades (ne voulait pas leur prêter ses stylos par exemple car disait ne pas leur faire confiance ; ne voulait plus se rendre à la piscine également. Puis, elle s'est mise à se bander la poitrine avec du tissu jusqu'à se faire des marques sur la peau.
La déscolarisation s'en est suivie de manière progressive en classe de troisième jusqu'à ne plus se rendre au collège et à s'isoler au domicile.
La mère rapporte également des comportements parfois inadaptés comme par exemple le fait de se couper les cils. Malgré cela, l'été qui a suivi se serait déroulé correctement. La famille est partie en Ardèche ou Mélissa aurait retrouvé des comportements adaptés de socialisation plutôt correcte avec les jeunes de son âge.

Suite à ces vacances, le repli se serait accentué au retour au domicile avec apparition d'une incurie et un sentiment de persécution centré sur les hommes.

Des comportements étranges se seraient accentués quelques semaines avant la consultation, elle peut parfois se montrer agressive avec la famille

1.3 Démarche diagnostique

Premier entretien

Notre patiente se présente avec un contact particulier, avec une certaine bizarrerie, la présentation est négligée. Elle accepte de répondre aux questions posées, en rationnalisant les modifications comportementales constatées, en expliquant mieux se sentir chez elle qu'à l'extérieur. Elle peut rapporter une anxiété exacerbée dans les lieux publics.
Il est rapporté par la famille des troubles du sommeil avec des réveils nocturnes fréquents et des comportements de déambulation la nuit, avec la nécessité de garder la lumière allumée.
Il n'y a pas de barrage, ni de troubles du cours de la pensée, elle ne décrit pas d'hallucinations mais il y a des attitudes d'écoute qui sont constatées en entretien.
Il n'y a pas d'idées noires ni de velléités de passage à l'acte suicidaire mise en évidence au cours de cet entretien, mais on peut constater une absence de projection vers l'avenir.
Sur le plan alimentaire, une prise de poids de dix kilos est constatée
Mélissa se montre réticente à débuter des soins en psychiatrie, voire hostile.

Le diagnostic de schizophrénie est donc évoqué selon les critères du DSM V au vu de la symptomatologie retrouvée dans les propos de la famille ainsi qu'au décours de l'entretien clinique.
Un rendez-vous de consultation rapproché est donné à la patiente afin de préciser notre analyse clinique et faire un point sur l'évolution de la symptomatologie.

1.4 Démarche thérapeutique

- En aigu

Un traitement anxiolytique à base de Tercian 25 mg en comprimé à la posologie d'un demi comprimé le matin et un demi comprimé le soir est prescrit
Un suivi hebdomadaire est instauré afin d'introduire un traitement antipsychotique rapidement.

Le bilan pré thérapeutique est à réaliser en ambulatoire avec la prescription d'une IRM, d'un ECG, et d'un bilan sanguin comprenant NFS, plaquettes, TSH, Bilan hépatique complet et bilan rénal qui reviennent sans anomalies.

Mélissa revient en consultation. Le traitement par Tercian est correctement pris mais rappelle son incompréhension et sa réticence aux soins, elle n'en comprend pas la nécessité. Des explications lui sont données et un traitement par Abilify 5 mg est introduit. Des infirmières libérales passeront à domicile pour contribution à l'observance de ce traitement.

Une indication de prise en charge en hospitalisation en service de pédopsychiatrie est également posée.

- Prise en charge au long cours

Un suivi psychologique individuel est mis en place en parallèle du suivi psychiatrique auquel Mélissa se rend de manière régulière.

Le traitement antipsychotique par Abilify est poursuivi à la posologie de 10mg par jour avec observance ce qui permet un amendement de la symptomatologie avec une nette diminution de l'anxiété et de la symptomatologie hallucinatoire. L'hospitalisation a en effet permis de travailler une adhésion

Une prise en charge en groupe thérapeutique avec un enseignant de l'éducation nationale est également proposée à la patiente et sa famille.

1.5 Sur le plan social

La famille est reçue par l'assistance sociale de notre service et également par l'assistance sociale de la MDS, pour échanger sur la situation. Une aide éducative à domicile est proposée à la famille pour les soutenir dans leur quotidien. Les démarches sont effectuées en ce sens. Des entretiens réguliers avec l'assistante sociale sont également proposé afin de faire un point sur l'évolution de la situation.

Au total, l'abord de ce cas clinique permet d'illustrer une situation de décompensation de schizophrénie chez cette patiente de seize ans aux antécédents de suivi psychiatrique irréguliers, au sein d'une famille se trouvant dans une situation complexe sur le plan social. La survenue

de la décompensation a permis de mettre en exergue les besoins d'aide de la famille dans le domaine éducatif.

2 Cas clinique 2 : Salima 13 ans

Je rencontre Salima, 13 ans en service de pédiatrie du CH d'Aubagne dans le cadre de la prise en charge par l'équipe de psychiatrie de liaison. Elle est hospitalisée après une tentative de suicide par défenestration au foyer.

2.1 Antécédents et Mode de Vie

Elle est la 6ème d'une fratrie, a grandi avec son père et des belles mères qui se sont succédée dans le quartier de la Castellane dans le 15ème arrondissement de Marseille.

La grossesse s'est correctement déroulée, il n'y a pas de notion de souffrance fœtale retrouvée dans l'histoire de la grossesse. L'accouchement a eu lieu à terme. Elle n'a pas été allaitée.

La marche a été acquise à environ un an, la propreté diurne à l'âge de trois ans

Il n'y a pas de retard de langage retrouvé.

Le décès de la mère de Salima a eu lieu lorsque qu'elle avait deux ans, si bien qu'elle n'en n'a pas de souvenirs. Elle grandit avec son père et ses différentes compagnes qui se succèdent.ainsi qu'avec ses frères et sœurs. Elle n'a pas été gardée en crèche. L'entrée à l'école maternelle a été marquée par une séparation difficile avec sa belle-mère de l'époque, avec des manifestations d'anxiété ; des pleurs au moment de la séparation.

Aucun antécédent médical ni chirurgical particulier n'a été retrouvé.

Elle est d'origine comorienne du côté de son père et dit ne pas connaître les origines de sa mère.

Elle est scolarisée en classe de 5ème au collège Jean Moulin et accumule les difficultés. Il existe un absentéisme depuis l'entrée en sixième. Des difficultés de concentrations sont constatée par l'équipe enseignante, et elle peut dire elle-même ne pas réussir à rester concentrée tout le cours.

Dernièrement, elle vit avec son père sa belle-mère et ses deux filles de 7 et 13 ans à la Castellane.

2.2 Histoire de la maladie

Il s'agit d'un premier contact avec la psychiatrie. Nous ne retrouvons pas d'antécédents de suivi psychologique ou psychiatrique dans l'enfance de Salima.

Elle est admise en service de pédiatrie après un passage aux urgences où elle est amenée par les pompiers, après une tentative de suicide par défenestration au foyer d'urgence où elle est placée depuis trois semaines suite à des violences de la part du père. Elle n'a pas sauté, et a été prise en charge par l'équipe du foyer.

Le placement est effectif depuis trois semaines en foyer d'urgence suite à des violences physiques de la part du père ayant lieu depuis plusieurs années.

Cliniquement :

- Premier entretien

Nous rencontrons Salima et réalisons un premier entretien avec l'infirmière de liaison afin d'établir un premier contact.

Le contact est réticent, fermé, la thymie est basse sans réelle velléité de passage à l'acte suicidaire.

Il n'apparaît, pas de syndrome délirant ni de désorganisation.
Elle parvient à décrire un sentiment de mal être et peut faire part de plusieurs revendications, n'accepte pas le placement en foyer qui se trouve en situation de sureffectif. Lorsque nous revenons sur le passage à l'acte, elle le justifie par une volonté de fuguer du foyer, ce qui semble arriver fréquemment d'après les dires de la directrice lorsque nous nous entretenons avec elle. Salima admet avoir quitté le foyer à plusieurs reprises pour tenter de rejoindre le domicile familial, et notamment d'entrer en contact avec sa belle-mère, dernière compagne du père depuis six mois, à qui elle s'est particulièrement attachée.

Elle semble vivre également l'hospitalisation comme une punition.

Une anxiété sous-jacente qui n'est pas verbalisée est palpable en entretien. Elle rapporte avoir eu des idées noires à plusieurs reprise au cours de l'année, mais sans scénario de passage à l'acte.

Aucun antécédent de passage à l'acte auto agressif, de scarifications mis en évidence n'est retrouvé en entretien.

Il n'y a pas de comorbidité addictive retrouvées ni aucun antécédent de traitement médicamenteux.

- Au foyer

Au foyer, des troubles du comportement sont rapportés, à type de violentes crises clastiques, de bagarres avec les autres jeunes, la plupart du temps dans des contextes de frustration.

En effet la vie en collectivité constitue une nouveauté pour cette jeune fille qui intègre difficilement le cadre de vie du foyer. La relation avec d'autres jeunes de son âge peut facilement devenir conflictuelle et être le point de départ de débordements.

Le sommeil et l'appétit sont conservés.

Concernant la scolarité, l'absentéisme s'est accentué depuis ces trois semaines, mais était préexistant au placement. Elle dit aimer l'école mais ne plus arriver à suivre.

- En pédiatrie

Au sein du service de pédiatrie, le lien avec l'équipe est difficile à s'établir. Elle est décrite comme dispersée, et déambulant beaucoup dans le service. La surveillance du comportement doit se faire de manière rapprochée, avec la crainte de la part de l'équipe qu'elle ne fugue.

Plusieurs entretiens de réévaluation par l'équipe de liaison sont réalisés, au cours desquels nous obtenons finalement peu d'informations de la part de la patiente elle-même sur son histoire personnelle, mais l'amendement des idées suicidaires et l'absence de troubles du comportement ont permis un retour au foyer sans indication d'hospitalisation en pédopsychiatrie et sans nécessité de prolonger l'hospitalisation en service de pédiatrie.

Un entretien avec un éducateur du foyer d'urgence a permis qu'une mise en lien s'effectue entre le foyer et le service et un rendez-vous consultation ambulatoire est fixé avec l'accord de Salima.

2.3 Démarche diagnostique

Salima se présente alors quelques semaines après en consultation accompagnée comme à celles qui vont suivre d'un éducateur, a priori l'éducateur référent.

Il est réalisé une première partie de l'entretien avec l'éducateur avec l'accord de la patiente pour donner des éléments du déroulement de la vie au foyer. Puis un entretien a lieu avec Salima seule.

Le contact devient de moins en moins réticent. Elle rapporte créer de liens au foyer, avec ses éducateurs, mais aussi avec d'autres jeunes, surtout des filles, pas de garçons. Il persiste des fugues, notamment pour aller à la plage avec des jeunes filles de son âges mais qui ne perdurent pas. Au quotidien elle rapporte des troubles du sommeil avec parfois des réveils très précoces et un sommeil fractionné. Elle décrit la présence de cauchemars dont le contenu semble lié à des évènements traumatiques. Il n'existe pas d'état d'hypervigilance mais exprime ne pas supporter les cris surtout venant d'une figure masculine. Elle ne décrit pas de réelles reviviscences. Le contenu de ces cauchemars n'est pas toujours détaillé. En entretien, elle peut se saisir spontanément de feutres et dessiner. Les dessins peuvent prendre un caractère inquiétant, on peut identifier des motifs qui feraient penser à des tâches de sang. De là lui est soumise l'idée d'intégrer un groupe d'expression artistique avec d'autres adolescents suivis dans le service, après avoir rencontré l'équipe qui le dirige.

A propos de la qualité du sommeil, lui est évoqué un traitement médicamenteux anxiolytique par Atarax si les cauchemars venaient à prendre une dimension invalidante.

Le discours à propos du foyer est teinté d'ambivalence, tout se passe bien mais elle n'aime pas le foyer. Est venue à travailler assez rapidement la question de la séparation puisque Salima a été placée en foyer d'urgence et qu'il a rapidement été question d'un placement en foyer de vie. On note un investissement affectif envers son éducateur référent, ce qui a également une fonction contenante puisque les crises clastiques ont grandement diminué depuis le début du suivi. Il n'y a pas de troubles majeurs du comportement rapportés après la sortie

d'hospitalisation en pédiatrie. La séparation est cependant difficile à vivre pour Salima c'est ici que le suivi ambulatoire occupe une place prépondérante. L'adaptation au nouveau foyer se déroule correctement et le suivi peut se poursuivre de manière assidue. Une recrudescence de troubles du comportement fait suite avec des crises clastiques qui ont souvent lieu dans des contexte des conflits avec les jeunes du foyer, notamment un garçon en particulier. Ces crises peuvent survenir dans des moments de frustrations. On peut noter le caractère impulsif des passages à l'acte.

En ce qui concerne les appels à sa belle-mère ou aux ex compagnes de son père, elle peut par phase tenter de joindre l'une ou l'autre. Les contacts avec son père sont interdits par le cadre légal.

Concernant la scolarité, du soutien scolaire est organisé au foyer durant l'été, Salima est volontaire, et rapidement en demande de pouvoir reprendre l'école, dès la rentrée scolaire de septembre.

Au cours des entretiens, ressort progressivement une immaturité affective

La symptomatologie anxieuse n'apparait pas au premier plan. On note peu d'affect positifs, sans syndrome dépressif réel avec des difficultés de séparation. Les réactions émotionnelles peuvent être exacerbées dans des contextes de frustrations.

L'hypothèse diagnostique du trouble des conduite définit selon le DSM V peut être ici discutée. En effet, la caractéristique essentielle du trouble des conduites est « un ensemble de conduites répétitives et persistantes, dans lequel sont bafoués les droits fondamentaux d'autrui ou les normes et règles sociales correspondant à l'âge du sujet (critère A) »
On peut classer ces conduites en quatre catégories principales : conduites agressives où des personnes ou des animaux sont blessés ou menacés dans leur intégrité physique (critères A1-A7), conduites où des biens matériels sont endommagés ou détruits, sans agression physique (critères A8-A9), fraudes ou vols (critères A10-A12), et violations graves de règles établies (critères A13-A15). Trois comportements caractéristiques (ou plus) doivent avoir été présents au cours des 12 derniers mois, et au moins un au cours des 6 derniers mois. La perturbation du comportement entraîne une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel (critère B).
Notre patiente a pu avoir des comportements de violation grave des règles établies puisqu'elle a pu fuguer du foyer de vie à plusieurs reprises, cependant le DSMV précise que ces absences doivent avoir lieu la nuit ou pendant une longue période ce qui n'a pas été le cas puisque qu'elle

regagne toujours le lieu de vie. Nous avons pu également constater un absentéisme scolaire qui semble avoir débuté avant l'âge de treize ans, ce qui réunit deux critères au cours des douze derniers mois. Ces conduites n'ont pas persisté dans le temps, puisque l'ont a assisté à un amendement de la symptomatologie dès le début de la prise en charge. Les règles de vie en collectivité au foyer sont respectées au quotidien. Notre patiente n'est pas à l'initiative des bagarres qui ont pu avoir lieu avec les autres jeunes et n'a pas eu des conduites de menaces ou d'intimidation envers autrui. (A1-A7) S'il y a eu quelques crises clastiques, ce n'est pas dans l'intention délibérée de destruction du matériel (critères A8à A9). L'hypothèse du trouble des conduites n'est alors pas retenue.

Nous pouvons évoquer un trouble de déficit et de l'attention, qui selon le DSMV se définit par la caractéristique essentielle suivante

Le TDAH est un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement. L'inattention se manifeste sur le plan comportemental dans le TDAH par une distractibilité, un manque de persévérance, du mal à soutenir son attention et le fait d'être désorganisé et n'est pas due à une attitude de déni à un manque de compréhension. Les difficultés scolaires et la distractibilité potentielle rapportée en classe auraient pu être des éléments qui nous auraient orientés vers ce diagnostic mais le nombre de critères correspondant au crières A1 (inattention) qui doivent être au total de six ne sont pas réunis. En effet l'observation au cours de la prise en charge groupale et les entretiens avec les éducateurs référents n'ont pas permis de décrire des moments d'inattentions de de distractibilité persistante.

L'hyperactivité correspond à une activité motrice excessive. Il n'a pas été constaté une hyperactivité motrice chez notre patiente, même si la présence d'une impulsivité, d'une irritabilité, et d'une intolérance à la frustration peuvent être associées aux caractéristiques diagnostiques et sont présentes chez notre patiente, le nombre de critère n'est pas réuni pour poser le diagnostic de TDAH ;

Après avoir discuté des hypothèses diagnostiques en réunion d'équipe pluridisciplinaire, nous évoquons plutôt un trouble de la personnalité border line qui selon le DSM V, nécessite les critères suivants : la présence d'effort effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés, une impulsivité, une instabilité affective due à une réactivité marquée et surtout ici des colères intenses et inappropriées avec des difficultés à contrôler la colère. La répétition des tentatives de suicides et des menaces suicidaires est également présente pour pouvoir contribuer à poser

ce diagnostic,ce qui réunit cinq manifestations nécessaires selon le DSM V pour poser ce diagnostic.

Il convient de rappeler que les éléments traumatiques du parcours de vie de Salima contribuent à ce tableau clinique sans éléments pour un état de stress post traumatique.

2.4 Démarche thérapeutique

- En aigu, en pédiatrie

Il apparait indiqué de prolonger la prise en charge en service de pédiatrie en suivant les recommandations.

Une anxiolyse par Tercian 20 gouttes est prescrite en si besoin, en cas de recrudescence anxieuse.

Une réévaluation clinique par le Dispositif Soins Adolescents est prévue deux jours après.

La directrice du foyer est contactée par nos soins pour entretien et plus d'information sur sa situation sociale

- Sur le DSA en ambulatoire

Le dispositif de prise en charge actuel comprend une prise en charge groupale et individuelle.

Salima participe à un groupe thérapeutique mené par une des psychologues du service et une éducatrice. Il s'agit d'un groupe centré sur l'expression par l'art. L'accroche est immédiate et l'investissement réel, tant envers le personnel soignant que dans l'activité proposée.

En ce qui concerne les thérapeutiques médicamenteuses ; il n y'a pas d'indication à un traitement antidépresseur ou anxiolytique

La psychothérapie individuelle sera évoquée dans un second temps

Sur le plan social :

Le placement a lieu en foyer de vie, le père a interdiction de rentrer en contact avec elle. Peu à peu, elle reprend contact avec le reste de la famille, frère et sœurs qui ne sont pas dans la région. Ces échanges semblent plutôt étayant.

Au total, nous avons pu mettre en évidence :

La situation de placement en foyer d'urgence, notamment avec les nombreux changements de personnels qui deviennent une figure d'attachement, pour notre patiente témoigne de l'instabilité dans laquelle ces jeunes se retrouvent. La place de l'équipe de soins est alors de leur apporter une continuité, un espace contenant, sécure et bienveillant afin de l'aider à faire diminuer la symptomatologie bruyante.

IV/ Quatrième partie : Conclusion

Nous avons pu décrire une population d'adolescents suivie au dispositif soins adolescents au cours de l'année deux mille dix-neuf.

Outre son intérêt épidémiologique, cette étude souligne les particularités de cette population en termes de santé mentale.
L'adolescence reste une période de vulnérabilité psychique qui doit être prise en considération. L'intérêt pour la santé mentale qu'a constitué ce travail permet de rendre compte des besoins nécessaires pour prendre en charge certaines situations cliniques qui peuvent s'avérer complexe face à une population d'adolescent vieillissante, ainsi que de mieux caractériser les profils d'adolescents suivis afin d'adapter les différents types et modalités de prise en charge proposées.

V/ Cinquième partie : Bibliographie

1. Huerre P. L'histoire de l'adolescence : rôles et fonctions d'un artifice. J Fr Psychiatr. 2001;14(3):6.

2. Huerre P, Pagan-Reymond M, Reymond J-M. L'adolescence n'existe pas: histoire des tribulations d'un artifice. Paris: Odile Jacob; 1997.

3. Lazartigues A. Nouvelles familles, nouveaux enfants, nouvelles pathologies. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. sept 2007;55(5-6):304-20.

4. Gauchet M. La redéfinition des âges de la vie. Le Debat. 2004;n° 132(5):27-44.

5. Rogers R. THIERCÉ (Agnès). – Histoire de l'adolescence (1850-1914). Paris : Belin, 1999. – 334 p. Hist L'éducation. 1 janv 2001;(89):157-9.

6. Yvorel J-J. L'enfermement des mineurs de justice au XIXème siècle, d'après le compte général de la justice criminelle. Rev D'histoire L'enfance « Irrégul » Temps Hist. 15 nov 2005;(Numéro 7):77-109.

7. Shadili G. Adolescents et jeunes adultes. Inf Psychiatr. 18 févr 2014;Volume 90(1):11-9.

8. Seys C, Shadili G. Le traitement pénal de la délinquance des mineurs : évolution, bilan et perspectives. Inf Psychiatr. 2010;Volume 86(10):869-75.

9. Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante. | Legifrance [Internet]. [cité 7 juill 2020]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006069158

10. Claes M, Lannegrand-Willems L, éditeurs. La psychologie de l'adolescence [Internet]. Presses de l'Université de Montréal; 2014 [cité 10 juill 2020]. Disponible sur: http://books.openedition.org/pum/5160

11. Houssier F. S. G. Hall (1844-1924) : un pionnier dans la découverte de l'adolescence. ses liens avec les premiers psychanalystes de l'adolescent. Psychiatr Enfant. 2003;Vol. 46(2):655-68.

12. Foucault.M. Le pouvoir, une bête magnifique 1977. In : Dits et Ecrits, Volume III, n◦ 212, Paris, Gallimard &çç'.

13. Arveiller J. Adolescence, médecine et psychiatrie au XIXe siècle. LÉvolution Psychiatr. avr 2006;71(2):195-221.

14. Moreau P (1844-1908) A du texte. De la folie chez les enfants / par le Dr Paul Moreau (de Tours),... [Internet]. 1888 [cité 9 juill 2020]. Disponible sur: https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k76858c

15. Feud S. Trois essais sur la théorie sexuelle », 1905. In : OEuvres Complètes. Psychanalyse, Tome VI. Paris, PUF, 1e édition 2006.(traduction sous la direction de J. Laplanche).).

16. Houssier F. DONALD WOODS WINNICOTT, « La tendance antisociale » (1956), in De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot, 1969, 145-158 [Internet]. 45 commentaires de textes en psychopathologie psychanalytique. Dunod; 2012 [cité 18 août 2020]. Disponible sur: https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/quarante-cinq-commentaires-de-textes-en-psychopath--9782100578146-page-197.htm

17. Circulaire_13septembre1961.pdf [Internet]. [cité 10 sept 2020]. Disponible sur: https://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Circulaire_13septembre1961.pdf

18. Richard Y, Saint-Andre S, Lazartigues A. Caractéristiques d'une cohorte d'enfants et d'adolescents de la liste d'attente de consultation d'un service universitaire sectorisé de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du CHU de Brest. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. nov 2008;56(7):430-8.

19. Moro MR. Les maisons des adolescents, un nouveau concept ? Adolescence. 23 juill 2012;T. 30 n°2(2):287-95.

20. Holzer L, Halfon O, Thoua V. La maturation cérébrale à l'adolescence. Arch Pédiatrie. mai 2011;18(5):579-88.

21. Spear L. Le développement du cerveau et les patterns de conduites typiques pendant l'adolescence (1re partie). PSN. août 2008;6(3):149-54.

22. Rakic P, Bourgeois J-P, Goldman-Rakic PS. Synaptic development of the cerebral cortex: implications for learning, memory, and mental illness. In: Progress in Brain Research. Elsevier; 1994. p. 227-43.

23. Bourgeois J-P, Goldman-Rakic PS, Rakic P. Synaptogenesis in the Prefrontal Cortex of Rhesus Monkeys. Cereb Cortex. 1994;4(1):78-96.

24. Giedd JN, Snell JW, Lange N, Rajapakse JC, Casey BJ, Kozuch PL, et al. Quantitative Magnetic Resonance Imaging of Human Brain Development: Ages 4–18. Cereb Cortex. 1996;6(4):551-9.

25. Herting MM, Gautam P, Spielberg JM, Kan E, Dahl RE, Sowell ER. The role of testosterone and estradiol in brain volume changes across adolescence: A longitudinal structural MRI study: Pubertal Hormones and Brain Volume. Hum Brain Mapp. nov 2014;35(11):5633-45.

26. Marcelli D, Braconnier A, Tandonnet L. Adolescence et psychopathologie [Internet]. 2108 [cité 2 juill 2020]. Disponible sur: https://www.sciencedirect.com/science/book/9782294754272

27. Bourrillon A, Benoist G, Delacourt C, Audry G, Lechevallier J, Collège national des pédiatres universitaires (France), et al. Pédiatrie. 2017.

28. Claes M, Lannegrand-Willems L, éditeurs. La psychologie de l'adolescence [Internet]. Presses de l'Université de Montréal; 2014 [cité 25 sept 2020]. Disponible sur: http://books.openedition.org/pum/5160

29. Marquant E, Plotton I, Reynaud R. Puberté normale. Pédiatrie - Mal Infect.

30. Alvin P. Puberté normale et pathologique : aspects médicaux et psychologiques. EMC - Gynécologie. janv 2006;1(2):1-11.

31. Klein M, Sausse SK, Derrida M. Psychanalyse d'enfants. 2005. (Paris: Payot;).

32. Bernateau I. La séparation, un concept pour penser les relations précoces et leur réaménagement à l'adolescence. Psychiatr Enfant. 2008;51(2):425.

33. Guédeney N, Tereno S, Tissier J, Guédeney A, Greacen T, Saïas T, et al. Transmission du traumatisme. La question de l'attachement désorganisé : de la théorie à la pratique. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. juill 2012;60(5):362-6.

34. Dugravier R, Faure-Fillastre O, Barbey-Mintz A-S. Théorie de l'attachement: de la dépendance à l'autonomie. Toulouse: Editions Erès; 2015.

35. Guedeney N, Guedeney A. L'attachement: approche théorique : du bébé à la personne âgée. 2016.

36. médicale (Inserm) I national de la santé et de la recherche. Troubles mentaux : Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent [Internet]. Les éditions Inserm; 2002 [cité 20 juill 2020]. Disponible sur: http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/165

37. France, Haut Comité de la santé publique, France, Ministère de l'emploi et de la solidarité. La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes. Rennes: Ecole nationale de la santé publique; 2000.

38. Fombonne E. Épidémiologie des troubles psychiatriques en pédopsychiatrie. EMC - Psychiatr. août 2005;2(3):169-94.

39. Drees I, Inserm I. La santé des adolescents. 2004;12.

40. Lionel Francou, « Francine Labadie (dir.),. Inégalités entre jeunes sur fond de crise. Rapport de l'Observatoire de la jeunesse. 2012;

41. JOUSSELME Catherine, COSQUER Mireille, HASSLER Christine. Portraits d'adolescents, enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013. Inserm; 2013.

42. Périsse D. Conduites suicidaires à l'adolescence. EMC - Traité Médecine AKOS. janv 2009;4(1):1-5.

43. Suicide et adolescence : acquis épidémiologiques [Internet]. [cité 23 juin 2020]. Disponible sur: http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/choquet.html

44. Beck F. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. :24.

45. Arènes J, Janvrin M-P, Baudier F, Kouchner B. Baromètre santé 97/98 jeunes. Vanves: Éditions CFES; 1999.

46. Choquet M, Ledoux S, Hassler C, Paré C, Dru A, Cazier D, et al. Adolescents (14-21 ans) de la protection judiciaire de la jeunesse et santé, 1998. 1998;133.

47. Janssen E, Spilka S, Beck F. Suicide, santé mentale et usages de substances psychoactives chez les adolescents français en 2014. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. nov 2017;65(6):409-17.

48. Tandonnet L, Braconnier A, Marcelli D. Dépressions à l'adolescence. 2020;13.

49. Enquête ESPAD (European School Survey on Alcohol and Others Drugs) - OFDT [Internet]. [cité 30 août 2020]. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/espad/

50. Les drogues à 17 ans : analyse régionale d'ESCAPAD 2014 - Tendances 102 - juillet 2015 - OFDT [Internet]. [cité 30 août 2020]. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/les-drogues-17-ans-analyse-regionale-descapad-2014-tendances-102-juillet-2015/

51. Beck F. Usages de drogues illicites chez les15-30ans, Baromètres Santéjeunes. INPES. 2013;

52. Dumas N, Bonnot O. Schizophrénies à début précoce. 2020;6.

53. Costello EJ, Egger HL, Angold A. The Developmental Epidemiology of Anxiety Disorders: Phenomenology, Prevalence, and Comorbidity. 18 août 2011 [cité 22 août 2020]; Disponible sur: https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/422039/resultatrecherche/1

54. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 1 juin 2005;62(6):593.

55. Weissman MM, Klerman GL, Markowitz JS, Ouellette R. Suicidal Ideation and Suicide Attempts in Panic Disorder and Attacks [Internet]. http://dx.doi.org/10.1056/NEJM198911023211801. Massachusetts Medical Society; 2010 [cité 22 août 2020]. Disponible sur: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJM198911023211801?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed

56. Corcos M, Pham-Scottez A, Speranza M, Jeammet P. Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence. 2013.

57. Knafo A, Greenfield B, Guilé J-M. Le trouble de personnalité limite de l'adolescence à l'âge adulte : quelle stabilité diagnostique ? Neuropsychiatr Enfance Adolesc. janv 2014;62(1):3-9.

58. Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. Am J Psychiatry. 1 août 1993;150(8):1237-43.

59. Auffret A, Lenoir P, Gauvreau C, Brunault P. Trouble de personnalité limite à l'adolescence : quelle réalité clinique ? Neuropsychiatr Enfance Adolesc. oct 2017;65(6):368-80.

60. Chatagner A, Raynaud J-P. Adolescents et urgences pédopsychiatriques : revue de la littérature et réflexion clinique. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. janv 2013;61(1):8-16.

61. Chatagner A, Olliac B, Choquet L-H, Botbol M, Raynaud J-P. Adolescents reçus en urgence en psychiatrie infanto-juvénile. Qui sont-ils ? Quel est leur parcours ? Quel suivi social et/ou judiciaire ? Neuropsychiatr Enfance Adolesc. mars 2015;63(2):124-32.

62. Giraud P, Fortanier C, Fabre G, Ghariani J, Guillermain Y, Rouviere N, et al. Tentatives de suicide : étude descriptive d'une cohorte de 517 adolescents de moins de 15 ans et 3 mois. Arch Pédiatrie. juin 2013;20(6):608-15.

63. Derville G, Rabin-Costy G, Lebrun P-B. La protection de l'enfance. 2020.

64. 1 ONPE, Treizième rapport annuel remis au gouvernement et au parlement, Paris, avril 2019, 66p.

65. Bacro F, Rambaud A, Sellenet C et al. La santé des enfants accueillis en établissements de Protection de l'enfance. L'exemple de la Loire-Atlantique. onp.

66. Charrel M, Beauvais M-C, Da Silva E. Étude sur les enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance de Maine-et-Loire. Conseil Départemental du Maine-et-Loire; p. 72. Rapport No.: 615. 2009.

67. Bronsard G, Alessandrini M, Fond G, Loundou A, Auquier P, Tordjman S, et al. The Prevalence of Mental Disorders Among Children and Adolescents in the Child Welfare System. Medicine (Baltimore) [Internet]. 18 févr 2016 [cité 21 mai 2020];95(7). Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4998603/

68. Botbol M, Jardri R, Barrère Y, Speranza M. Psychoses à l'adolescence. 2020;12.

69. Wyatt RJ, Damiani LM, Henter ID. First-episode schizophrenia. Early intervention and medication discontinuation in the context of course and treatment. Br J Psychiatry Suppl. 1998;172(33):77-83.

70. Bourcier G, Griffond A. À propos des adolescents difficiles. Rev Enfance Adolesc. 21 déc 2015;n° 92(2):55-76.

71. Bronsard G, Bruneau N. Grandir « retiré » de sa famille : quelques enjeux cliniques et institutionnels concernant les enfants et les adolescents placés. Rev Enfance Adolesc. 1 juin 2016;n° 93(1):75-85.

72. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. Arch Gen Psychiatry. 1 août 2003;60(8):837.

73. Rutter M, Kim-Cohen J, Maughan B. Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. J Child Psychol Psychiatry. mars 2006;47(3-4):276-95.

74. Benoit J-P, Lechner É. La transition de l'adolescence à l'âge adulte, maillon faible des parcours de soin en psychiatrie ? Nouv Rev Enfance Adolesc. 6 mars 2020;N° 2(1):105-23.

VI/ Annexes

Annexe 1

Mesures au 31.12.17 au titre de la protection de l'enfance définie au sens large

		Accueil provisoire		Action éducative	
		0-17 ans	18-20 ans	0-17 ans	18-20 ans
1	Suite à décision administrative de l'ASE (unité : mesure)	15 968	17 695	49 378	2 774
2	Mise en œuvre par l'ASE suite à une décision judiciaire au titre de l'article 375 CC* (unité : mesure)	143 570		143 570	
3	Mise en œuvre par la PJJ suite à une décision judiciaire au titre de l'article 375 CC* (unité : mineur)	13	30	400	87
4	Mise en œuvre par la PJJ suite à une décision judiciaire au titre de l'ordonnance 1945 (unité : mineur)	370		2200	
5	Décision judiciaire d'incarcération de mineurs	783			
Ensemble		160 704	17 725	195 548	2 861
		178 429		198 409	

1. Source : DREES, Bénéficiaires de l'Aide sociale à l'enfance au 31.12.2017 (mesures "Accueils provisoires mineurs", "Pupilles", "Accueils provisoires jeunes majeurs")

2. Source : DREES, Bénéficiaires de l'Aide sociale à l'enfance au 31.12.2017 (mesures "Placement confié à l'ASE par le juge", "Placements directs par le juge auprès d'un particulier ou d'un établissement"; "Tutelle", "Délégation de l'exercice de l'autorité parentale", "Retrait partiel" de l'exercice de l'autorité parentale)

3. Source : Références statistiques Justice - Année 2017 (Justice des mineurs, "mineurs suivis par la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) au 31 décembre 2017, page 97)

4. Source : DPJJ, Direction de la protection judiciaire de la jeunesse, tableau transmis par l'ONPE

5. Source : Références statistiques Justice - Année 2017 (Les mineurs incarcérés, "mineurs incarcérés au 1er janvier 2018, page 98)

Annexe 2

Principaux diagnostics retrouvés au sein de la population d'adolescents pris en charge entre le premier janvier 2019 et le trente un décembre 2019

Diagnostic primaire, n/N (%)	(N=122)
- F209	10/122 (8.20%)
- F319	1/122 (0.82%)
- F32	11/122 (9.02%)
- F431	8/122 (6.56%)
- F50	5/122 (4.10%)
- F603	17/122 (13.93%)
- F642	2/122 (1.64%)
- F819	4/122 (3.28%)
- F900	4/122 (3.28%)
- F989	11/122 (9.02%)
- F931	15/122 (12.30%)
- F932	9/122 (7.38%)
- F9380	16/122 (13.11%)
- R463	2/122 (1.64%)
- X64	3/122 (2.46%)
- Z638	4/122 (3.28%)

Serment d'Hippocrate

"Au moment d'être admis(e) 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(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j'y manque."