



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**La prise en charge psychiatrique des jeunes adultes dans le  
secteur public français : focus sur les unités d'hospitalisation  
spécifiques**

Présentée et soutenue publiquement le 20 octobre 2020 à 9h30  
au Pôle Formation salle de thèse n°4  
**par Jordan BRUNNER**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN**

**Monsieur le Professeur Renaud JARDRI**

**Directeur de thèse :**

**Madame le Docteur Stéphanie VERZAUX**

---



## Liste des abréviations

18FDG 18Fluoro-Désoxy-Glucose

AEP Association Européenne de Psychiatrie

AJA Adolescents et Jeunes Adultes

ANAES Agence Nationale d'Accréditation et Évaluation en Santé

APHP Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

ARS Agence Régionale de Santé

CATTP Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel

CGLPL Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté

CHU Centre Hospitalier Universitaire

C'JAAD Centre d'évaluation pour Jeunes Adultes et Adolescents

CMP Centre Médico Psychologique

COVID19 COronaVirus Disease 2019

CSP Code de Santé Publique

DGOS Direction Générale de l'Offre de Soins

DMS Durée Moyenne de Séjour

DREES Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des  
Statistiques

EPSM Établissement Publique de Santé Mentale

ESCAP European Society for Child and Adolescent Psychiatry

F2RSM Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale

GO-AJA Groupe d'Oncologie pour Adolescents et Jeunes Adultes

HAS Haute Autorité de Santé

INSEE Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRMf Imagerie par Résonance Magnétique fonctionnelle

JIPEJAAD Journées Internationales de Pathologies Emergentes du Jeune Adulte  
et de l'ADolescent

MDA Maison Des Adolescents

NEET Neither in Education, Employment or Training

OCDE Organisation de Coopération et de Développement Economique

OMS Organisation Mondiale de la Santé

SAMSAH Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

TOC Trouble Obsessionnel Compulsif

TRAM Transition Readiness and Appropriateness Measure

TROM Transition Related Outcome Measure

UHR Ultra High Risk

# Table des matières

<b>Liste des abréviations.....</b>	<b>3</b>
<b>Table des matières.....</b>	<b>5</b>
<b>I/ Introduction.....</b>	<b>7</b>
<b>II/ Une période de vulnérabilité intrinsèque .....</b>	<b>9</b>
<b>II.1/ D'un point de vue développemental.....</b>	<b>9</b>
II.1.1/ Émergence des troubles psychiatriques.....	9
II.1.2/ Le point de vue neurobiologique .....	11
II.1.2.1/ Un cerveau immature.....	11
II.1.2.2/ Rôle des déterminants et de l'environnement.....	15
<b>II.2/ D'un point de vue systémique .....</b>	<b>18</b>
II.2.1/ Le « leaving home ».....	18
II.2.2/ Les facteurs familiaux de vulnérabilité.....	19
<b>II.3/ D'un point de vue sociologique .....</b>	<b>22</b>
II.3.1/ Une période de construction identitaire.....	23
II.3.2/ Des obstacles à la construction.....	25
<b>III/ État de l'offre de soin spécifique à cette période.....</b>	<b>29</b>
<b>III.1/ Organisation des soins.....</b>	<b>29</b>
III.1.1/ Concept des AJA.....	29
III.1.2/ Cadre légal des soins psychiatriques pour les AJA en France.....	31
III.1.3/ Modèle des soins pour AJA dans d'autres contextes .....	34
<b>III.2/ Changement de paradigme entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte.....</b>	<b>36</b>
III.2.1/ Historique.....	36
III.2.2/ Des pratiques différentes.....	38

III.2.3/ Enjeu du relais : un lien difficile à faire.....	41
<b>III.3/ Etat des recommandations .....</b>	<b>44</b>
III.3.1/ Recommandations en France .....	44
III.3.2/ Comparaison avec le modèle australien .....	50
<b>IV/ Les unités d'hospitalisation pour adolescents et jeunes adultes dans le secteur public français. ....</b>	<b>55</b>
<b>IV.1/ Introduction .....</b>	<b>55</b>
<b>IV.2/ Méthode .....</b>	<b>56</b>
<b>IV.3/ Questionnaire .....</b>	<b>58</b>
<b>IV.4/ Résultats .....</b>	<b>61</b>
IV.4.1/ Caractéristiques de la structure .....	61
IV.4.2/ Caractéristiques des usagers.....	63
IV.4.3/ Modalités d'admission .....	67
IV.4.4/ Cadre et organisation des soins proposés.....	69
IV.4.5/ Pour aller plus loin .....	72
<b>V/ Discussion .....</b>	<b>75</b>
<b>V.1/ Données principales .....</b>	<b>75</b>
<b>V.2/ Compliance aux recommandations.....</b>	<b>82</b>
<b>V.3/ Limites .....</b>	<b>84</b>
<b>VI/ Conclusion.....</b>	<b>87</b>
<b>VII/ Bibliographie .....</b>	<b>91</b>
<b>VIII/ Annexes .....</b>	<b>101</b>
<b>VIII.1/ Annexe 1 : répertoire d'unités spécifiques pour AJA.....</b>	<b>101</b>

## I/ Introduction

La psychiatrie se donne pour mission de prévenir, traiter et favoriser le rétablissement des troubles mentaux. Il s'agit de la seule spécialité médicale dans laquelle la distinction entre les surspécialités se fait selon l'âge. Certains auteurs évoquent que cette distinction ne permet pas de prendre en charge l'individu dans son ensemble et que les professionnels de par leur formation centrée sur l'âge changent leur axe d'étude et d'intervention selon que le patient soit en pédopsychiatrie, psychiatrie générale ou gérontopsychiatrie. En différenciant les surspécialités selon ces critères, se pose la question de l'âge limite et du relais en fonction de l'avancée en âge. Les différents âges de la vie se définissent cependant les uns en fonction des autres et il n'existe parfois pas de critères objectifs permettant de les différencier d'où la difficulté à juger du bienfondé de la prise en charge par l'une ou l'autre des surspécialités. Les AJA (Adolescents et Jeunes Adultes) incarnent parfaitement cette problématique en France d'autant plus qu'ils présenteraient une vulnérabilité psychique dans la mesure où 75% des troubles psychiatriques débuteraient avant 25 ans.

Dans son interview dans *Le Monde* en juin 2020 la sociologue Anne LAMBERT <sup>1</sup> évoque le fait que le confinement de mars à juin 2020 en France ait agi comme un révélateur des indicateurs de souffrance des jeunes adultes qui « sont au rouge chez les jeunes depuis longtemps, sans qu'il existe de réponse systémique à cet égard » en précisant que « les jeunes restent les oubliés des politiques publiques et passent entre les mailles de nombreux filets de protection sociale ». En effet, la question de la santé mentale des jeunes adultes est une

problématique majeure de santé publique dans la mesure où la présence de troubles dans cette tranche d'âge va se répercuter sur la population active future.

Dans notre propos, nous tenterons, dans un premier temps d'expliquer en quoi la tranche d'âge AJA pourrait présenter une période de vulnérabilité. Dans un deuxième temps nous tenterons de décrire le système de soin psychiatrique français ainsi que les recommandations concernant les AJA afin de voir si ceux-ci sont véritablement les « oubliés de la politique publique »<sup>1</sup>. Par la suite nous présenterons une étude que nous avons réalisée auprès d'unités d'hospitalisation spécifiques pour AJA et appartenant au secteur public français. Les objectifs de cette étude sont multiples. Il s'agit dans un premier temps de faire un recueil d'unités sur le secteur français. Dans un deuxième temps, il s'agit de faire un état des lieux de leurs cadres et de leurs pratiques afin de voir si ceux-ci sont homogènes ou non et en adéquation avec les recommandations que nous aurons trouvées si elles existent.

## **II/ Une période de vulnérabilité intrinsèque**

### **II.1/ D'un point de vue développemental**

#### **II.1.1/ Émergence des troubles psychiatriques**

D'un point de vue épidémiologique, les adolescents et jeunes adultes représentent une tranche d'âge clé dans l'émergence des troubles psychiatriques. En effet, 10 à 20% des jeunes de 15 à 25 ans souffriraient de troubles psychiatriques <sup>2</sup>. L'incidence de ces troubles se ferait principalement avant 25 ans selon une estimation publiée par l'INSERM en collaboration avec le Pr Marie-Odile KREBS (APHP) <sup>2</sup>. Ainsi, les troubles schizophréniques débuteraient pour 80% <sup>3</sup> des cas entre 15 et 25 ans avec une prévalence estimée à 1% de la population générale et une incidence de 100 000 cas par an en France <sup>4</sup>. L'âge de début des troubles paniques <sup>5</sup> se situerait entre 20 et 30 ans et 65 % des patients adultes présentant des TOC décriraient l'apparition des symptômes avant 25 ans<sup>5</sup>. Entre 84 et 87% des anorexies mentales débuteraient entre 15 et 25 ans <sup>5</sup>.

Selon le baromètre santé 2017 <sup>6</sup>, la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé présenterait une augmentation chez les 18-24 ans (11,7% en 2017) par rapport aux individus plus jeunes puis décroirait par la suite à partir de la 4ème décennie. Malgré une diminution du nombre de tentatives de suicide depuis 2014, les 15-24 ans présentent un taux de suicidant plus élevé que la population générale <sup>6</sup> (30% de la population des 15-19 ans étudiée) et le suicide représente la deuxième cause de mortalité dans cette tranche d'âge.

Sur le plan addictologique <sup>5</sup>, la période de l'adolescence et de l'entrée dans l'âge adulte est également une période à risque, car celle des premières

consommations. La première consommation importante d'alcool conduisant à l'ivresse a lieu en moyenne à 15 ans en population française <sup>5</sup>.

A 17 ans, <sup>7</sup> près de 39% de la population française déclare avoir déjà expérimenté le cannabis et 6,8% des adolescents métropolitains déclarent avoir consommé au moins une fois au cours de leur vie une substance illicite autre que le cannabis.

## II.1.2/ Le point de vue neurobiologique

Le cerveau du jeune adulte est soumis à de nombreux processus biologiques de réorganisation. Une multitude de facteurs vont intervenir dans ce processus et leur interaction peuvent favoriser une évolution vers la pathologie psychiatrique.

### II.1.2.1/ Un cerveau immature

Le développement cérébral est un processus long qui débute in utero et se prolonge tout au long de la vie. L'essor des techniques d'imagerie a permis de mieux comprendre le développement cérébral au cours de la vie que ce soit d'un point de vue anatomique par l'Imagerie par Résonance Magnétique fonctionnelle (IRMf)<sup>8</sup> ou métabolique grâce à la Tomographie par émission de positons utilisant le 18 Fluorodésoxyglucose (18FDG)<sup>9</sup> comme traceur radioactif. L'utilisation plus récente de l'IRM en tenseur de diffusion<sup>9 10</sup> a permis d'étudier plus précisément les réseaux de substances blanches et ainsi de retracer les faisceaux neuronaux et d'observer les connexions cérébrales.

Le développement cérébral est marqué par différentes phases de migration, de multiplication, de différenciation cellulaire associées à des mécanismes de mort cellulaire programmée, de myélinisation qui ont majoritairement lieu in utero et pendant l'enfance.

Les protocoles de recherche sur le développement cérébral de l'enfance à l'âge adulte en passant par l'adolescence sont nombreux et d'autres sont encore en cours.

Les mesures au repos du métabolisme cérébral montreraient que la maturation se poursuit jusqu'à l'âge adulte<sup>9</sup>, mais pas de manière linéaire ni homogène et avec des décalages de maturation entre les différentes zones cérébrales <sup>11</sup>. Il existerait en effet des différences majeures entre les profils d'activation du cerveau de l'enfant, de l'adulte et de la période de transition entre ces deux tranches d'âge <sup>12</sup>.

Pour ce qui est de la substance grise, le volume global suivrait un modèle en U inversé c'est-à-dire qu'il augmenterait à partir de la naissance (ce qui correspond à la synaptogénèse) jusqu'à atteindre un pic entre l'enfance et le début de l'adolescence, atteindrait un plateau à la fin de l'adolescence puis entamerait une décroissance <sup>11</sup>. D'autres études montrent en effet une diminution statistique de la substance grise entre la post-adolescence et l'âge adulte notamment pour ce qui est des noyaux gris centraux et des régions dorsales, médianes et latérales du cortex frontal <sup>9</sup>. Selon Dow-Edwards et al. cette diminution de volume serait due en majorité à une diminution de l'épaisseur du cortex cérébral qui correspondrait à un élagage synaptique (rétraction des axones et des dendrites avec élimination des certaines connexions synaptiques et réorganisation d'autres connexions) à la faveur des réseaux neuronaux les plus utilisés ce qui conduirait à une augmentation de l'efficacité des fonctions associées <sup>11</sup>. Cet élagage permet une involution des autres réseaux neuronaux moins utilisés selon le modèle du « use

it or loose it » permettant une amélioration des capacités cognitives sur le plan de la vitesse de traitement et des capacités intellectuelles (pensée abstraite, planification, décision) qui deviennent alors comparable à celle de l'adulte. Cette diminution de substance grise correspondrait donc à une phase de spécialisation et renforcement des fonctions cérébrales déjà présentes et majoritairement utilisées <sup>12</sup>. Les adultes jeunes représentent donc une période de remaniement final, « période critique » pour le cerveau dont la capacité de plasticité diminuerait fortement après cet âge.

Lorsque nous étudions chaque zone corticale ou sous corticale séparément, nous observons que toutes les zones suivraient ce modèle en U inversé (sauf pour ce qui est du lobe occipital dans certaines études) mais avec un décalage et une vitesse de maturation différente <sup>8 13 14</sup>. Dans les régions frontales, le volume de matière grise augmenterait pendant la période pré-pubère avec un pic survenant vers 12 ans pour les hommes et 11 ans pour les femmes puis la diminution du volume de matière grise serait plus prononcée entre l'adolescence et l'âge adulte <sup>15</sup>. Le cortex pré-frontal atteindrait son pic vers 15 ans et son volume diminuerait pour atteindre sa taille adulte vers 20-25 ans <sup>16</sup>. Pour ce qui est des régions temporales, le pic surviendrait vers l'âge de 17 ans. Les différents âges auxquels surviennent les pics pour une même zone sont différents selon les études mais l'évidence d'un décalage de maturation est reproductible selon les études.

Des études IRM de cartographie dynamique de la maturation cérébrale mettent ainsi en évidence que ce phénomène débiterait dans la partie dorsale du cortex pariétal puis s'étendrait vers le cortex frontal, occipital et pariétal pour finir par le cortex temporal <sup>14</sup>.

Selon Dow-Edwards et al. <sup>11</sup>, cette différence de maturation entre les différentes régions cérébrales serait à l'origine de certaines caractéristiques comportementales retrouvées à l'adolescence et chez le jeune adulte. En effet, une maturation plus lente des parties frontales (responsable de l'inhibition des comportements, de la régulation émotionnelle, de la planification et de l'organisation des conduites) et pré-frontales (responsable de la balance entre action et inhibition ainsi que des fonctions cognitives de contrôle) par rapport au système limbique notamment le complexe amygdalien (intensité émotionnelle) et le striatum (système de récompense) pourrait expliquer le défaut d'inhibition, l'augmentation des comportements à risque et le risque accru de dépendance aux substances toxiques dans cette tranche d'âge.

Pour ce qui est de la substance blanche, son volume et sa densité augmenterait au cours du temps de manière linéaire chez l'adolescent et le jeune adulte qu'elle que soit la zone du cerveau et ne commencerait à décroître qu'à partir de 40 ans <sup>8</sup>. Cette augmentation serait l'expression d'un accroissement de la connectivité entre les différentes zones cérébrales ainsi que d'un processus de myélinisation progressive et d'une modification de la structure des axones pour aboutir à une augmentation de l'efficacité des fonctions associées <sup>15</sup>. Selon Dayan et Guillery-Girard, plus cette myélinisation se fait précocement et de manière efficace et plus la dégénérescence de la substance blanche se fera tardivement et lentement <sup>17</sup>.

Les mécanismes qui sous-tendent ces phénomènes complexes de maturation cérébrale ne sont pas encore compris mais plusieurs éléments explicatifs sont explorés à partir des différences inter-individus observées <sup>18</sup>.

#### II.1.2.2/ Rôle des déterminants et de l'environnement

Pour ce qui est du genre, nous observons des différences de maturation qui seraient liées au profil hormonal <sup>11</sup>. En effet, le début de la puberté serait associé à la précipitation des phénomènes de maturation cérébrale. Selon Dow-Edwards et al., la testostérone favoriserait une maturation plus rapide de l'amygdale et accélérerait l'élagage synaptique alors que les oestrogènes favoriseraient plutôt la maturation de l'hippocampe et freineraient l'élagage synaptique.

L'étude du profil génétique des cellules cérébrales tumorales <sup>19</sup> présentant une incidence plus grande dans cette tranche d'âge, nous révèle que certains gènes seraient plus impliqués dans la maturation neuronales et gliales chez le jeune adulte en comparaison de l'adulte ou de l'enfant. Les voies génétiques intervenant dans la maturation ne sont cependant pas bien connues.

L'utilisation de produits toxiques <sup>20</sup> perturberait également la maturation cérébrale. En effet Pfefferbaum et al. suggèrent que les cortex pré-frontaux de certains jeunes adultes présentant une consommation d'alcool importante est statistiquement réduit par rapport à ceux de jeunes adultes ne consommant rien ou peu ; ces consommations importantes sont également associées de manière significative à un déclin accéléré du volume cortical et à une moindre croissance

de la substance blanche. Tout cela nous laisse supposer que l'environnement biologique intracérébral joue un rôle dans la maturation cérébrale.

L'environnement social et familial pourrait également avoir une place importante dans la maturation. En effet Anderson et Teicher <sup>21</sup> suggèrent que certains événements stressants (négligences, abus, traumatismes) seraient à l'origine d'une augmentation des glucocorticoïdes intracérébraux qui perturbent les voies de maturation de neurones dopaminergiques intervenant dans le contrôle du comportement. Ces perturbations se font sur un plan épigénétique. Les individus touchés par de telles perturbations présenteraient un risque plus important de comportements aberrants ou de pathologies psychiatriques à l'âge adulte selon leur phénotype (les études ne développent pas les phénotypes). En effet l'étude plus récente d'Elsayed et al. <sup>22</sup> démontre que les événements de vie stressants dans l'année précédant l'étude, les troubles du comportement maternel et l'environnement familial à risque étaient directement associés et de manière significative à une augmentation du risque de développer un épisode dépressif majeur chez l'adolescent et le jeune adulte.

La maturation cérébrale à l'adolescence et chez le jeune adulte reste donc un phénomène en cours d'exploration faisant intervenir des mécanismes génétiques, épigénétiques, environnementaux complexes pouvant être comparé à un programme informatique à multiples variables. Du fait de cette complexité, il peut aboutir à une infinité de possibilité de réseaux neuronaux ce qui expliquerait ainsi en partie les différences comportementales et intellectuelles entre les individus. Cette complexité peut également être à l'origine d'une organisation pathologique de certains réseaux neuronaux, principale hypothèse mise en avant

pour expliquer l'émergence de certaines pathologies psychiatriques et addictologiques chez le jeune adulte <sup>18</sup>.

L'étude de la maturation cérébrale permettrait en partie d'éclairer la notion de vulnérabilité psychique à l'adolescence. Comme nous l'avons exprimé précédemment, cette maturation s'intègre cependant dans un environnement social et familial qui modifie cette maturation. Chez l'adolescent et le jeune adulte, la question de l'environnement familial est primordiale car il s'agit souvent d'une période de différenciation du milieu familial. Nous allons étudier dans notre prochaine partie en quoi ces modifications d'interactions au sein de la famille peuvent également favoriser la vulnérabilité des jeunes adultes sur le plan psychiatrique.

## **II.2/ D'un point de vue systémique**

L'étude psychologique d'un individu ne peut se faire sans prendre en compte son environnement. Pour l'AJA son environnement le plus proche est constitué dans la majorité des cas par sa famille. L'étude du milieu familial est d'autant plus importante dans cette tranche d'âge qu'elle intègre une période de « crise d'adolescence ».

### **II.2.1/ Le « leaving home »**

Selon le Docteur en psychologie et systémicien Sébastien DUPONT, la vie des systèmes familiaux serait entrecoupée de différentes crises de développement<sup>23 24</sup> qui sont des passages obligatoires pour le bon développement de ce système et des individus qui le constituent. Ainsi le « leaving home », crise qui correspond à la confrontation du système familial à un enfant devenu adolescent puis jeune adulte, est une période de bouleversements, de changements, de réorganisation pour trouver un nouvel équilibre. En effet, pour l'adolescent/jeune adulte, cette période correspond à une recherche d'autonomie financière et affective, à une évolution du statut d'enfant à celui d'adulte ce qui induit une nécessité de réorganiser les liens entre les membres de la famille. Tous les membres du système se voient obligés de traverser cette crise. Cette volonté d'autonomie s'accompagne d'un conflit interne entre loyauté envers les valeurs de son système familial initial et rejet de celles-ci pour acter sa propre autonomie et rechercher son propre système de valeurs. Ce conflit interne sera encore réactivé pour l'AJA lors de la création d'un nouveau système familial qui aboutit irrémédiablement à la

confrontation des deux systèmes de valeurs familiales des deux individus concernés. Les autres membres de la famille de l'AJA notamment les parents (et le reste de la fratrie) sont également impliqués. En effet, lors de cette crise, les parents sont à nouveau confrontés à leur propre problématique adolescente et se voient contraint de modifier le mode d'interaction avec un enfant en demande d'autonomie. Ainsi le couple parental est mis à l'épreuve du fait de la réorganisation nécessaire des règles de vie et d'une responsabilisation contrainte (du fait de la crise) de l'adolescent/jeune adulte. Le couple conjugal peut également être à nouveau confronté à des problématiques qui ont précédé la naissance du premier enfant et qui ont été masqués par son arrivée.

Il s'agirait donc d'une période de crise individuelle qui s'inscrit dans une période de crise familiale. En fonction de son déroulement, cette crise peut être ou non l'occasion d'émergence de symptômes chez le jeune adulte qui pourraient être interprétés comme une souffrance ou une peur liée à ce processus de changement. Des symptômes tels que les idées suicidaires, les tentatives de suicide mais surtout les conduites addictives et les troubles du comportement alimentaires apparaissant dans cette tranche d'âge ont été étudiés pour mettre en évidence des facteurs de vulnérabilité familiaux.

### **II.2.2/ Les facteurs familiaux de vulnérabilité**

Tout d'abord le mode d'interaction au sein de la famille peut moduler le déroulement de cette crise. A partir des observations cliniques de jeunes patients souffrant de troubles du comportement alimentaire, Minuchin <sup>25</sup> suggère qu'il existe

certaines modes d'interactions familiales favorisant l'intensification du sentiment d'appartenance et l'inhibition des processus d'individuation et de différenciation interpersonnelle, à l'origine de l'apparition et du maintien de symptômes. Il décrit ainsi l'enchevêtrement (qui correspond à une forme de proximité extrême avec une absence de frontières entre les générations et une intrusion permanente dans les espaces psychoaffectifs), la surprotection (qui correspond à une attention excessive aux tensions interpersonnelles avec une tendance au sacrifice au bénéfice des besoins d'autrui et au détriment des besoins personnels), la rigidité (qui correspond à une faible capacité d'adaptation et d'intégration des changements d'origine interne ou externe) et enfin l'absence de résolution de conflits (qui se caractérise soit par un état de conflit permanent soit par un évitement total des conflits qui aboutit à une absence de changements). Dans leur article, Bellon-Champel et Varescon nous font état d'études empiriques plus récentes<sup>26</sup> qui montreraient en effet des « dysfonctionnements familiaux communs chez les usagers souffrant de troubles du comportement alimentaires et de dépendance aux substances notamment un niveau de dépendance interpersonnelle élevé, une absence de proximité émotionnelle, une cohésion familiale faible ou encore un défaut d'adaptabilité du système familial ». Ainsi selon Ellickson et Al., un adolescent/jeune adulte issu d'une famille monoparentale ou recomposée ayant des ressources économiques et une disponibilités moindres présenterait plus de risques de développer une conduite de consommation de toxiques<sup>27</sup>.

Bowen<sup>25</sup> suggère également que les conflits conjugaux permanents de type conflits ouverts ou évitement émotionnel aboutiraient à la mise en place d'un

triangle émotionnel entre parents et enfant inhibant le processus de différenciation de ce dernier et ce d'autant plus s'il est le dernier enfant de la fratrie car se différencier correspondrait alors à une menace de détruire le système familial. Ces modèles ont pu à nouveau être mis en évidence par Pinheiro <sup>28</sup> en étudiant le processus d'individuation chez les adolescents appartenant à une famille dont les parents présentaient de nombreux conflits et conduites addictives.

Comme nous l'avons montré précédemment, cette période correspond à l'émergence de pathologies psychiatriques mais une pathologie non psychiatrique peut également faire son apparition (handicap physique suite à un accident de la voie publique, maladie auto-immune...) et perturber la dynamique familiale ainsi que ce processus d'autonomie en mettant en place une relation de dépendance envers le milieu familial ou une institution (l'hôpital, les instituts médico-sociaux). Les recherches concernant les jeunes adultes porteurs de handicap psychique ou physique s'intéressent à cette question. Ainsi Sawyer et al.<sup>29</sup> retrouvent de nombreuses réactions chez ces jeunes adultes: rejet total de la situation ou des soins du fait d'une opposition (qui s'intègre dans la poursuite d'une volonté d'autonomisation) ou d'une culpabilité du fait du fardeau qu'il pourrait représenter pour leur famille, déni de la pathologie avec absence de considération des risques et mise en danger (ainsi les adolescents/jeunes adultes atteints de maladie chronique présenteraient un nombre de conduites à risque plus important que leurs pairs), hyperadaptabilité au handicap et aux soins avec une impossibilité d'indépendance. Les réactions retrouvées chez les parents varieraient également entre surprotection et désinvestissement d'un enfant porteur de handicap <sup>30</sup>.

Lorsque nous prenons en compte tous ces éléments nous pouvons imaginer leurs répercussions sur le plan psychique de l'AJA d'autant plus lorsque cette volonté d'autonomie est à l'origine de conflits intrafamiliaux. Cela soulève également la question de l'implication du système familial dans la prise en soin des AJA. Ainsi Bellon-Champel et Varescon nous montrent qu'une cohésion familiale élevée avec un ensemble de règles claires et un faible niveau de conflit serait associés à une diminution des comportements négatifs (tels que la consommation de substances) <sup>26</sup>. D'autres études suggèrent qu'une diminution de la fréquence des rechutes des pathologies telles que la schizophrénie ainsi qu'une meilleure réhabilitation était possible quand ces familles étaient intégrées dans un programme d'information et de prévention de la rechute <sup>3132</sup>.

En plus du système familial, l'AJA s'inscrit dans un environnement social et culturel et cette volonté d'autonomisation du système familial s'associe souvent à la recherche d'une identité d'adulte d'un point de vue sociologique.

### **II.3/ D'un point de vue sociologique**

La période d'entrée dans l'âge adulte est une période de construction identitaire. De nombreux facteurs internes et externes peuvent perturber cette recherche et être à l'origine de souffrances. Ce qui pourrait également expliquer en partie l'émergence de pathologies psychiatriques dans cette tranche d'âge.

### II.3.1/ Une période de construction identitaire

Le jeune adulte se caractérise par un besoin d'autonomisation dépassant le cadre familial. Quand nous parlons d'autonomie, nous l'entendons au sens de Winance <sup>33</sup> « L'autonomie n'est pas significative d'absence de liens, bien au contraire. Une personne autonome est une personne qui décide et agit seule, mais dont le pouvoir décisionnel et les capacités d'action sont soutenus par de multiples relations (sociales, techniques, institutionnelles, symboliques...) » qui s'oppose à la notion de dépendance qui correspond à « faire à la place de » et qui, toujours selon Winance, prive la personne de toute possibilité de reprendre l'action à son compte pour la transformer et la retransformer » à l'origine « d'un sentiment d'enfermement ». Pour le jeune adulte, il s'agit d'une période de responsabilisation avec la mise en place de la première expérience professionnelle ou d'une orientation scolaire dans l'enseignement supérieur puis d'un projet professionnel. Ceux-ci donneront accès à l'indépendance financière (il gagne lui-même son argent et peut subvenir à ses besoins) et donc au véritable « leaving home » c'est-à-dire trouver son propre logement.

La découverte sexuelle, relationnelle mais aussi culturelle sont également des éléments fondateurs de cette tranche d'âge. C'est ainsi que se forge le cercle amical à partir de vécus culturels, scolaires ou professionnels communs. Les tentatives de mise en place de nouveaux systèmes familiaux par la découverte de la conjugalité en dehors du domicile parental se font également durant cette période et vont par la suite donner accès à la parentalité. C'est tout ce processus d'autonomisation qui permet, selon Winance <sup>33</sup>, « de se constituer comme une

entité définie c'est-à-dire ayant des frontières, et distincte des autres entités » c'est-à-dire de former un individu à part entière ayant sa propre identité.

La notion d'exploration identitaire défini par Arnett <sup>34</sup> à partir de son étude sur 300 jeunes adultes américains correspond bien à l'ensemble de ces découvertes qui vont participer à former l'identité de l'individu.

Selon Erik Erikson <sup>35</sup> la notion d'identité correspond à un stade de développement progressif de la personnalité à travers plusieurs crises psychosociales. Les théoriciens néo-eriksonien de l'identité tels que Marcia, Luyckx ou encore Waterman ont davantage développé ce modèle de l'identité. Ils excluent le concept de stade de développement identitaire et définissent plutôt l'identité comme un processus dynamique débutant chez le jeune adulte et se prolongeant indéfiniment. Ce processus comprend plusieurs phases consécutives, se définissant par :

- L'exploration de surface des différentes alternatives possibles qu'elles soient culturelles, relationnelle, professionnelle ...
- L'engagement c'est-à-dire devenir actif dans l'exploration de l'alternative
- L'exploration en profondeur de cette alternative
- L'identification à l'engagement c'est-à-dire trouver un intérêt à l'alternative et l'intégrer à sa vie

Ces phases pouvant se répéter pour chaque domaine et passer d'une phase à l'autre tout au long de la vie. Ainsi selon Marcia <sup>35</sup> il existerait quatre statuts identitaires différents :

- La diffusion identitaire : pouvant être associé à une absence d'exploration et d'engagement. Les comportements sont peu adaptés voire à risques. Il s'agirait d'une absence de structure identitaire de base.
- La forclusion identitaire : engagement vers plusieurs objectifs sans qu'il y ait eu d'exploration, correspond à des individus peu assurés et s'identifiant toujours aux modèles parentaux.
- Le moratoire identitaire : correspond à un état d'exploration sans engagement pour des individus qui peuvent néanmoins définir plusieurs alternatives en cas de choix importants.
- La réalisation identitaire : le statut le plus abouti et le plus mature. La personne n'est plus en quête identitaire mais a défini les éléments identitaires auxquels elle adhère ;

Selon Waterman <sup>35</sup> l'expressivité émotionnelle c'est-à-dire le « sentiment de vivre en accord avec celui qu'on est vraiment et qui permet d'aboutir à un fonctionnement psychologique optimal » et les motivations extrinsèques (environnement) seraient les deux facteurs qui motiveraient l'avancée de ces divers processus.

### **II.3.2/ Des obstacles à la construction**

Cette phase de recherche ou d'exploration identitaire peut être à l'origine d'apparition de symptômes psychiatriques. Entre impression de ne « pas trouver sa place dans la société », de ne pas trouver « ce qui nous rend heureux » ou de subir des échecs d'exploration successifs pouvant conduire à l'absence de

diplôme, d'emploi ou de cercle social de soutien, les motifs de consultations chez les professionnels de santé en lien avec cette problématique sont nombreux.

Ainsi depuis quelques années se multiplient les recherches concernant les NEET (Neither in Education, Employment or Training), ces jeunes adultes désinsérés socialement et professionnellement et qui représenteraient près de 2 millions de jeunes adultes en France en 2017 selon les données de l'OCDE (17% des 15-29 ans) <sup>36</sup>. Selon plusieurs études, les NEET qui ne le seraient pas par choix présenteraient un risque plus important de trouble de l'humeur, de comportements suicidaires et de consommation de substances par rapport aux NEET qui le seraient par choix et aux non-NEET <sup>37 38</sup>. D'autres études plus détaillées notamment en sous-groupe (NEET volontaires et NEET involontaires) permettraient d'étayer ces résultats.

Dans la littérature scientifique, certains facteurs agissant sur le processus identitaire sont étudiés, en particulier l'apparition d'une maladie invalidante. Les deux modèles les plus étudiés pour les AJA sont le cancer et la psychose. En effet, l'apparition de symptômes invalidants, les hospitalisations, les effets indésirables médicamenteux et le handicap sont autant de facteurs qui pourraient retarder cette phase d'exploration identitaire. Ainsi dans son étude en population américaine, Parsons <sup>39</sup> montre que le taux de chômage des AJA atteints de cancer serait plus élevé que celui de la population saine du même âge. En France, le taux d'emploi des personnes porteuses de handicap de 15 à 24 ans s'élèverait à 9% <sup>40</sup> en 2019 contre 37,7% <sup>41</sup> en population générale en 2018 selon l'INSEE. Parmi les patients présentant un premier épisode psychotique le taux d'absence d'emploi serait de

40 à 50% et augmenterait jusqu'à 72 à 95% en cas de persistance de la pathologie<sup>42</sup>. L'absentéisme scolaire en lien avec la pathologie et le risque de redoublement voire d'exclusion sont également présents. D'un point de vue social, les représentations négatives de la pathologie et les difficultés en lien avec celle-ci peuvent être à l'origine d'un isolement social. Tous ces éléments sont autant d'obstacles qui vont perturber cette recherche identitaire et vont s'associer au vécu de la pathologie.

Finalement, l'enjeu du développement identitaire inhérent à la période de transition entre adolescence et âge adulte suppose une possibilité d'exploration, sur le plan professionnel et social. De nombreux facteurs interviennent donc dans cette construction et peuvent également entraver son processus, pouvant favoriser l'émergence d'une souffrance psychique.

Nous n'avons pas la prétention d'expliquer l'entièreté de la complexité des AJA. Il existe d'autres points de vue, que nous n'avons pas abordés, qui apportent des éléments de réflexion sur la question de la vulnérabilité des AJA. La théorie attachementiste évoque, par exemple, que la question de l'attachement et du lien se pose à nouveau à l'adolescence<sup>43</sup>. Le questionnaire spécifique « Adult Attachment Interview » permettrait de déterminer les états d'esprit liés à l'attachement chez l'adulte. Il différencie l'attachement *Sécurité-Autonomie*, *Détaché*, *Préoccupé* et *Non-Résolu-désorganisé*. Certains de ces états d'esprit seraient associés à certaines pathologies. En effet, dans son article concernant l'attachement à l'adolescence, le Dr Michel Botbol<sup>43</sup> nous dit que certaines « études concluent que les manifestations symptomatiques internalisées (anxiété,

dépression) sont davantage corrélées à des patterns « préoccupés » alors que les manifestations externalisées (troubles des conduites, toxicomanie, tentative de suicide) sont plus volontiers liées à des patterns « détachés » ».

### **III/ État de l'offre de soin spécifique à cette période**

#### **III.1/ Organisation des soins**

La définition d'un critère d'âge jeune adulte n'est pas précise, cependant le système de soin français s'organise selon l'âge en psychiatrie ce qui rend difficile la prise en charge de ces patients. Les autres disciplines médicales ont déjà été confrontées à cette problématique et ont su réorganiser leur manière de procéder.

##### **III.1.1/ Concept des AJA**

La tranche d'âge « jeune adulte » est difficile à définir que ce soit en limite basse ou haute. Si le début de l'adolescence est défini par le début de la puberté, l'âge de passage au « stade jeune adulte » est moins clair et varie d'un auteur à l'autre. L'OMS la définit à 19 ans, l'ANAES ne fait pas la différence entre adolescent et jeune adulte et rédige les recommandations de prise en charge des suicidants pour les 11-20 ans voire 25 ans <sup>44</sup>.

De par le monde, de nombreuses cultures et religions sont caractérisées par la présence d'un rite de passage à l'âge adulte donnant accès aux responsabilités ainsi qu'au statut légal et social d'adulte. Selon Van Gennep <sup>45</sup>, dans ces rites, ce sont les compétences et la réussite des différentes phases du rite par le jeune qui vont lui permettre d'être reconnu comme adulte par la communauté. Actuellement, dans notre société occidentale multiculturelle, l'accès au statut légal d'adulte et à la responsabilité se fait dès la majorité civile, 18 ans.

Cependant l'augmentation de la durée des études et l'accès de plus en plus tard à l'emploi et au logement repoussent, sur le plan matériel, la possibilité d'une autonomisation et d'une responsabilisation. La majorité civile ne correspond en pratique plus au passage à l'âge adulte reconnu par la société et sa famille : celui-ci se fait de plus en plus tard. Ainsi des difficultés qui auparavant ne concernaient que les adolescents ont tendance à se retrouver également chez des individus qui en terme d'âge correspondent à des jeunes adultes.

Le concept « mi-enfant, mi-adulte, ni-enfant, ni-adulte » utilisé par Pierre Bourdieu en parlant de l'adolescence pourrait être utilisé pour définir le jeune adulte en y ajoutant la notion de « capacité de responsabilité reconnue par les pairs ».

Dans le monde médical, cette difficulté à définir une tranche d'âge précise pour cette population présentant encore en partie des problématiques adolescentes a amené à créer le terme d'AJA regroupant les Adolescent et Jeunes Adultes. Cette notion a été créée dans les années 1990 aux Etats-Unis <sup>46</sup> à partir d'une nécessité organisationnelle et thérapeutique. En effet plusieurs oncologues américains avaient alors remarqué que les patients âgés de 15-21 ans pouvaient être atteints de tumeurs « pédiatriques » et de tumeurs « adultes » et que ceux atteints de tumeurs pédiatriques étaient, comme les autres, dirigés vers des services adultes du fait de leur âge. Cela conduisait ces patients à être pris en charge par des oncologues connaissant moins bien leur pathologie et les empêchait d'avoir accès aux meilleurs traitements. La distinction des AJA a permis de pallier à ces défauts avec efficacité dans la mesure où la prise en charge selon les protocoles pédiatriques a montré des chances de guérison plus élevées

pour des patients jeunes adultes atteints par des « tumeurs pédiatriques »<sup>47</sup>. La création du groupe des AJA (patients physiquement adultes mais ayant des problématiques pédiatriques) s'est diffusée à d'autres sphères médicales que ce soit l'oncologie, l'endocrinologie, la neurologie, l'hématologie mais également dans d'autres pays avec une augmentation des publications françaises, canadiennes, anglaises et australiennes concernant ce groupe<sup>48 49 50 51 52 53</sup>. Des associations d'AJA voient le jour en France afin de protéger les droits de ces patients et de favoriser leur insertion socio-professionnelle notamment dans le cadre des cancers ou des maladies métaboliques<sup>54</sup>. Cette notion d'AJA exclut cependant la possibilité d'étudier spécifiquement les jeunes adultes. De plus, dans la littérature concernant les AJA, aucune tranche d'âge spécifique n'est définie. On retrouve une limite basse variant entre 15 et 16 ans et une limite haute plus variable allant de 20 à 30 ans selon les auteurs.

### **III.1.2/ Cadre légal des soins psychiatriques pour les AJA en France**

Actuellement en France, c'est l'article R.3221-1 du Code de santé Publique qui va définir l'organisation de la psychiatrie et celle-ci se fait bien selon l'âge, on peut ainsi distinguer :

- les secteurs de psychiatrie générale « qui répondent principalement aux besoins de santé mentale d'une population âgée de plus de seize ans » ;
- des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile « qui répondent aux besoins de santé mentale des enfants et adolescents... ».

Ainsi historiquement, il existe, d'un point de vue légal, une limite d'âge, 16 ans, pour avoir accès à la psychiatrie adulte. Certains secteurs décident d'une prise en charge en psychiatrie adulte à partir de 15 ans et 3 mois, limite qui n'a aucun fondement légal et qui relève plutôt d'une habitude de pratique de pédiatrie au sein de l'Assistance Publique des Hopitaux de Paris qui s'est étendue. Cette « majorité psychiatrique » de 16 ans a été fixée par le décret du 14 mars 1986 <sup>55</sup> mais n'est ni en accord avec la limite légale de la majorité civile, ni en accord avec les tendances actuelles d'allongement des problématiques adolescentes. Il existe donc une inadéquation entre la loi et la pratique clinique.

Selon ce même code de Santé publique, la fin de l'accès aux services de pédopsychiatrie est quant à elle délimitée par la fin de l'adolescence sans âge limite légal. La directive de 1974 à l'article R.3221-1 du Code de santé Publique autorise une prise en charge en pédopsychiatrie au-delà de 16 ans, certains secteurs prendraient en charge jusqu'à 25 ans <sup>55</sup>.

Du fait de cette distinction faite par le Code de Santé Publique, différents problèmes se posent :

- la présence de mineurs de plus de 16 ans en psychiatrie adulte pose la question de la confrontation des mineurs à d'autres patients ayant des pathologies mentales lourdes. C'est pourquoi en pratique le choix d'hospitaliser un mineur en psychiatrie adulte se fait plutôt selon la problématique rencontrée, le niveau de maturité estimé ainsi que selon le comportement du patient. Ce choix ne dépend donc d'aucun critère clairement défini et varie selon l'expérience de chaque praticien ainsi que selon les protocoles établis entre les services de psychiatrie adulte et pédopsychiatrie. Se pose également le problème de la différence de

législation entre mineurs et majeurs dans un même service et de la vulnérabilité des mineurs en unité de psychiatrie adulte. Dans son rapport de 2017, Adeline HAZAN, Contrôleur Général des lieux de Privation de Liberté, étudie la situation des mineurs en service de psychiatrie adulte <sup>56</sup>. Elle note une insuffisance de formation des équipes concernant la psychopathologie ainsi que la législation relative aux mineurs. Cette insuffisance est source d'inconfort pour les soignants, confrontés à des problématiques ou lois qu'ils ne connaissent pas, mais également pour le patient dont la prise en soin peut faire défaut.

-la présence de jeunes majeurs ou de « grands mineurs » avec problématiques adolescentes bien spécifiques qui sont hospitalisés en psychiatrie adulte et qui ne peuvent de ce fait bénéficier de soins pédopsychiatriques spécifiques. Il s'agit de la problématique qui avait été rencontrée dans les années 1990 par les oncologues américains et qui avait été à l'origine de la création des AJA. Dans leur rapport d'information au nom de la mission d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France en 2017 A.MILON et M.AMIEL <sup>57</sup> mettent en évidence cette problématique et préconisent que la prise en charge en pédopsychiatrie puisse « se faire au moins jusqu'à leur majorité voire au-delà sous certaines conditions » et soulève la question de la maturité suffisante pour être pris en charge en secteur de psychiatrie adulte qui doit être évaluée avant de faire le relai.

- dans les services de pédopsychiatrie prenant en charge jusque 25 ans (possibilité légale) se pose la question de la coprésence de majeurs, de « grands mineurs » et « petits mineurs ». Des tranches d'âge différentes ayant des problématiques différentes peuvent se rencontrer au sein d'une même unité d'hospitalisation dans les secteurs ne présentant pas d'unités spécifiques à

chaque tranche d'âge. Ce constat est à nouveau fait par A.MILON et M.AMIEL <sup>57</sup> qui préconisent de « présenter une offre adaptée à chaque âge tout en assurant la continuité de la prise en charge »

Le système de soin psychiatrique ne semble pas adapté aux AJA notamment du fait de cette délimitation à 16 ans et ce malgré la souplesse prévue par la loi. En effet, du fait de cette organisation, l'orientation du patient vers un service adapté va dépendre d'autres facteurs que les simples besoins du patient : expérience du praticien en matière de pédopsychiatrie, protocole d'orientation entre service adulte et de pédopsychiatrie qui peut varier d'un établissement à l'autre selon interprétation de la loi.

### **III.1.3/ Modèle des soins pour AJA dans d'autres contextes**

Comme nous l'avons vu précédemment, d'autres disciplines médicales et en particulier la cancérologie ont été confrontées à la même problématique des AJA. En France, le ministère de la santé soutenu par l'Institut national du Cancer et les différentes ARS se sont penchés sur cette problématique en proposant des mesures dans le deuxième et troisième Plan Cancer.

Le premier axe de travail repose sur la pluridisciplinarité, c'est ainsi que l'instruction ministérielle n° DGOS/R3/INCA/ 2016/177 du 30 mai 2016 insiste sur la nécessité d'une double compétence cancérologue adulte/cancérologue pédiatre dans l'organisation des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires avec, pour les

moins de 18 ans, le nécessité de soumettre tous les dossiers à une RCP interrégionale et pour les 18-24 ans de mobiliser un avis pédiatrique pour les localisations spécifiques <sup>58</sup>

Le deuxième axe de travail consiste à homogénéiser les pratiques. C'est dans cette optique qu'en 2011 le groupe GO-AJA (Groupe d'Oncologie Adolescents et Jeunes Adultes) <sup>59</sup> a été créé en France. Il s'agit d'un rassemblement d'hématologues pour adultes, de pédiatres ainsi que de personnels médicaux et paramédicaux d'oncologie dont l'objectif est d'améliorer la qualité des soins proposés aux AJA en oncologie. Il participe à l'élaboration de recommandations de soin et d'organisation pour permettre une prise en charge homogène des AJA sur le territoire français. Il favorise l'inclusion des AJA dans les protocoles de recherche et se place en groupe d'experts conseillant les pouvoirs publics. Ainsi sur ce modèle d'homogénéisation des pratiques, dans différents centres français s'organisent des réunions virtuelles nationales de concertation pluridisciplinaire hebdomadaires initialement dédiées aux adolescents et jeunes adultes (AJA) (15–25 ans) suspects ou porteurs d'une tumeur du système nerveux central dont l'incidence et l'expertise sont plus importantes en milieu pédiatrique <sup>19</sup>.

Pour mettre en pratique ces deux axes de travail au niveau local, de plus en plus de centres oncologiques français s'équipent d'unités d'hospitalisation spécifiques ou d'équipes de liaison spécifiques aux AJA intervenant dans les services adultes ou pédiatriques par exemple, l'« Equip'AJA » du CHU de Lille <sup>48</sup>.

Il serait possible d'adapter le modèle utilisé par l'oncologie à la psychiatrie : homogénéiser les pratiques via un groupe de référence sur le plan national qui

coordonnerait les études, rédigerait les recommandations et organiserait les soins des AJA dans un premier temps. Dans un deuxième temps il s'agirait d'associer les professionnels confrontés aux AJA c'est-à-dire la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie. Ces deux spécialités présentent de nombreuses différences qu'il faut prendre en compte pour optimiser cette prise en charge pluridisciplinaire.

## **III.2/ Changement de paradigme entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte**

La tranche d'âge jeune adulte se trouve en France à la jonction entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte. Deux disciplines distinctes sur un certain nombre de points, du fait de leur histoire et de leurs cadres théoriques différents. Le patient jeune adulte est donc confronté à un changement de pratiques au moment du relai vers la psychiatrie générale.

### **III.2.1/ Historique**

En France, la psychiatrie générale moderne est née à partir d'une nécessité sociale de désaliénation et de réhabilitation psychosociale des personnes prises en charge précédemment dans les asiles. En effet si les premiers « patients » de la psychiatrie sont considérés au même titre que les délinquants et sont incarcérés dans des asiles, il faudra attendre des noms comme Philippe PINEL (1745-1826) ou Jean-Etienne ESQUIROL (1772-1840) pour que la notion de « maladie » soit introduite en psychiatrie adulte. Ainsi au XIX<sup>ème</sup> siècle, l'asile devient

progressivement un lieu de soins même si la fonction de « préservation de l'ordre social » persiste jusqu'à nos jours avec la notion de Soins Psychiatrique à la Demande d'un Représentant de l'Etat (SPDRE) pour l'hospitalisation de patients présentant un trouble à l'ordre public ou compromettant la sureté des personnes.

Dès la fin de la seconde guerre mondiale, la lutte contre la chronicisation hospitalière apparait. Les murs des asiles tombent pour favoriser l'intégration des patients dans la société. Le secteur de psychiatrie générale est créé en 1960 pour favoriser cette intégration en privilégiant les prises en charge ambulatoires et l'intégration du patient « dans la cité ».

Selon Michel FOUCAULT, la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent moderne est née plus tardivement que la psychiatrie adulte dans une volonté de différencier une certaine partie de cette population d'enfants présente dans les asiles à partir d'arguments cliniques et nosographiques <sup>55 60</sup>. En effet, si les premiers enfants hospitalisés en psychiatrie ne sont pas distingués des adultes, à partir du XIX<sup>eme</sup> siècle, les nosographies changent et une distinction est faite entre l'idiotie (processus développementaux arrêté) l'arriération (processus développementaux plus lent), l'imbécilité (dysfonction développemental acquise) et l'enfant souffrant de folie. Sous l'influence de Georges Heuyer <sup>61</sup>, l'examen psychiatrique de l'enfant va se compléter d'évaluations pédagogiques et psychologiques. Des thérapeutiques et des orientations différentes sont décidées selon l'étiologie et l'évolution des pathologies. La neuropsychiatrie infantile, précédemment intégrée à la neurologie, va apparaitre en tant que spécialité médicale. De plus avec la création du secteur de psychiatrie infanto-juvénile en 1972 puis avec la loi du 30 juin 1975 la pédopsychiatrie va légalement se séparer

des structures médico-sociales prenant en charge « le handicap et la déficience mentale fixée ».

### **III.2.2/ Des pratiques différentes**

L'état des connaissances actuelles permet de dire que l'enfant et l'adolescent ne sont pas juste des adultes miniatures et que les critères diagnostiques et thérapeutiques utilisés chez l'adulte ne peuvent pas forcément être utilisés chez ces derniers <sup>62</sup>. En ce sens, les pratiques en pédopsychiatrie et en psychiatrie générale sont fondamentalement différentes, du point de vue de l'évaluation diagnostique et de l'organisation des soins.

Dans son article « projet pour le CMP de demain » <sup>63</sup>, le Docteur Catheline évoque les piliers fondamentaux du soin en pédopsychiatrie :

-la possibilité de garantir une continuité prenant en compte la dynamique évolutive dans la prise en charge d'un enfant/adolescent

-la nécessité d'une évaluation élargie au-delà du seul symptôme d'appel initial

-le croisement des regards à la fois par une évaluation pluridisciplinaire et par un travail par réseau

L'évaluation diagnostique en pédopsychiatrie doit tenir compte du développement normal et pathologique des individus qui varie selon des facteurs génétiques, environnementaux (relationnel, culturel, traumatiques) et doit l'intégrer dans un réseau multipartenarial (parents, psychiatre, orthophoniste,

ergothérapeute, psychomotricien, ...) afin d'en évaluer les différentes dimensions. La dimension pluridisciplinaire constitue une base de l'évaluation pédopsychiatrique. Selon le Dr Catheline, la complexité tient également au travail de distinction entre les troubles transitoires liés au développement et les troubles psychiatriques en constitution et cela davantage qu'en psychiatrie adulte.

De plus avec la pluralité des intervenants en pédopsychiatrie vient également une pluralité des modèles de réflexion <sup>62</sup>, chacun des intervenants étant formés selon une ou plusieurs écoles. La pédopsychiatrie utilise, de ce fait, souvent des modèles plus intégratifs que la psychiatrie de l'adulte.

Cette pluralité des intervenants en pédopsychiatrie implique également un travail de coordination du pédopsychiatre pour permettre une optimisation du soin. Les objectifs de soin sont souvent multiples : adaptation de l'environnement scolaire et social, entretiens familiaux, prise en charge autour du corps en psychomotricité, prise en charge en orthophonie, travail autour des compétences individuelles en suivi psychologique, thérapeutique médicamenteuse avec un pédopsychiatre. En psychiatrie adulte, cette logique de coordination des soins adaptés à la problématique des patients ne se met en place que récemment et très progressivement avec l'avènement de la remédiation cognitive et des *case manager* <sup>64</sup>. Cette politique de fonctionnement dépend cependant de l'orientation des professionnels en psychiatrie adulte et n'est pas forcément présente dans le projet de tous les secteurs. C'est ainsi qu'apparaissent des structures différenciées des secteurs qui tentent de prendre en charge ces problématiques comme le SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés) Prépsy <sup>65</sup> ou l'Établissement de santé mentale de Lille <sup>66</sup>.

Cette différence s'observe également sur les conditions de suivi des patients. Le recours à l'hospitalisation en pédopsychiatrie est moins répandu. En effet, dans son rapport sur les établissements de santé en 2017, la DREES <sup>67</sup>, nous dit que la prise en charge des mineurs de moins de 16 ans est majoritairement ambulatoire davantage encore que chez l'adulte et selon la DGOS 90% de la file active des moins de 16 ans en 2014 était suivie exclusivement en ambulatoire.

Toujours selon la DREES <sup>67</sup>, l'hospitalisation de jour en pédopsychiatrie est la forme d'hospitalisation la plus importante en terme de nombre de jours d'hospitalisation (68% contre 13% des journées d'hospitalisation pour l'hospitalisation en temps plein) alors qu'elle ne représente que 17 % des journées d'hospitalisation en psychiatrie adulte en 2015.

Les réponses thérapeutiques, pharmacologiques ou psychothérapeutiques en psychiatrie adulte et en pédopsychiatrie sont également différentes. Sabbah Lim et al. <sup>68</sup> ont décidé d'étudier une population de 184 patients de 15-20 ans qui décidaient de consulter soit dans les services de psychiatrie adulte soit de pédopsychiatrie du 16<sup>eme</sup> arrondissement de Paris. Dans cette population, les adolescents suivis en pédopsychiatrie reçoivent moins de traitements médicamenteux (23,8% vs 39,7%  $p < 0,05$ ) et lorsqu'ils en reçoivent un, il s'agit le plus souvent d'un anxiolytique ou d'un traitement anti-dépresseur. Ils bénéficient plus souvent d'une thérapie (28,6% vs 13,1 %  $p < 0,05$ ) que ceux suivis en psychiatrie adulte.

Pour le jeune adulte il s'agit donc d'une transition qui va se caractériser par des changements de cadre et d'orientation thérapeutique qui peuvent être à l'origine d'une perte de repères thérapeutiques.

### III.2.3/ Enjeu du relais : un lien difficile à faire

En France, entre 50 et 74 % des utilisateurs des soins pédopsychiatriques nécessiteraient un relais vers les services de psychiatrie adulte <sup>69</sup> et 50% des utilisateurs du service de soin psychiatrique général auraient eu recours au service de pédopsychiatrie à un moment de leur histoire de soin. La question du relais entre ces deux services est donc primordiale car elle concerne la majorité des utilisateurs du système de soin. En effet, dans son programme pluriannuel 2018-2023 <sup>4</sup>, l'HAS fait de ce relais une priorité en abordant les problématiques de délai de prise en charge entre les services : au centre hospitalier de Montpellier, 48 % des adolescents pour lesquels un relais des services de pédopsychiatrie vers les services de psychiatrie adulte était préconisé devaient attendre 3 mois sans suivi entre les deux types de prise en charge.

De nombreuses études se posent actuellement la question de ce relais en France et en Europe.

L'étude Milestone regroupe plusieurs centres universitaires issus de 8 pays européens et vise à étudier les politiques de transition en Europe. Le premier objectif de cette étude est de décrire l'état de santé mentale des patients de pédopsychiatrie nécessitant un relais vers la psychiatrie adulte. Son deuxième but est d'analyser les protocoles, si ils sont présents, de relais des services de pédopsychiatrie vers la psychiatrie adulte dans différents pays européens afin d'optimiser la transition et ainsi promouvoir la santé mentale des adolescents et jeunes adultes. Ainsi parmi les pays inclus, la France serait le pays où les AJA rencontrent le plus de difficultés lors de cette transition <sup>69</sup>. En effet, sur les 8 critères explorés (défaut de communication entre les deux services, défaut de

compétences spécifiques des unités adultes, absence d'unités spécifiques, absence de prise en charge complète de la problématique par les unités adultes, différence d'indications, ignorance des autres services et unités, différences culturelles entre la famille du patient et le service, territorialité), seule la territorialité ne pose pas de difficulté pour les AJA, point fort qui pourrait être lié à la politique de secteur très présente en France (les secteurs de pédopsychiatrie sont calqués sur les secteurs de psychiatrie adulte). En France, ni le cursus des psychiatres généraux ni celui des pédopsychiatres ne bénéficie de formation générale concernant la transition <sup>70</sup>.

Dans sa thèse sur la collaboration entre les services de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte des Alpes-Maritimes, le panel de psychiatres adultes interrogé par le Dr LAMBELIN <sup>71</sup> évoque que la médiane du suivi à 3 mois des patients ayant nécessité un relais est de 25%. La raison principale d'arrêt venait du patient et non du psychiatre. Par ailleurs plus de 40 % des pédopsychiatres interrogés n'étaient pas satisfaits des relais effectués.

Différentes propositions pour optimiser ce relais ont déjà été faites : création d'équipes dédiées à la transition, mise en place de référents transition... Dans sa thèse le Docteur LAMBLIN propose par exemple un protocole en 9 étapes qui vise à organiser des consultations de relais, des accompagnements vers les structures adultes et une diminution progressive de la présence des professionnels de pédopsychiatrie pour « laisser place » aux professionnels adultes. Ce protocole n'est cependant que local et nous ne retrouvons pas de retour d'expérience dans la littérature pour confirmer son efficacité.

Récemment les membres du groupe de travail Milestone <sup>72</sup> ont validé deux échelles qui vont faciliter la recherche autour de protocole de transition. La TRAM, (Transition Readiness and Appropriateness Measure) échelle destinée à sélectionner les patients nécessitant un relai vers la psychiatrie adulte et la TROM (Transition Related Outcome Measure) échelle destinée à évaluer la qualité de la transition, sont destinées à être diffusées dans les différents secteurs afin d'optimiser cette transition.

La transition de la psychiatrie infanto-juvénile à la psychiatrie générale reste un enjeu de soin important, méritant une attention particulière du fait d'une vulnérabilité de la population concernée et de la nécessaire prise en compte des spécificités de chaque discipline.

### III.3/ Etat des recommandations

#### III.3.1/ Recommandations en France

La littérature française concernant les AJA s'étoffe de plus en plus<sup>73 34 59 3</sup> mais il n'existe que peu de recommandations spécifiquement centrés sur le AJA. Les recommandations françaises existantes concernent notamment la spécificité de la symptomatologie des troubles psychiatriques du jeune adulte<sup>74</sup> qui diffèrent de ceux de l'adulte de par leur intégration dans un processus évolutif<sup>75</sup>. Ainsi l'HAS édite des recommandations sur les manifestations dépressives à l'adolescence en précisant qu'aucun signe clinique classique n'est spécifique de l'épisode dépressif caractérisé, que les symptômes d'appel sont multiples, qu'ils appartiennent à des registres différents (internalisés et externalisés) et que le recours aux comportements agis est plus fréquent que chez l'adulte.

Dans la même continuité, l'HAS édite des recommandations sur le suicide<sup>76</sup> (en précisant qu'elles ne s'appliquent pas au-delà de 25 ans) sur l'anorexie mentale<sup>77</sup> sans préciser de critères d'âge, sur la boulimie et l'hyperphagie boulimique<sup>78</sup> en précisant qu'elles s'appliquent aux adolescents et jeunes adultes sans préciser d'âge spécifique.

Les questions de la prévention, du dépistage et de l'intervention précoce sont également souvent évoquées. Notamment pour ce qui est des troubles psychotiques chez le jeune adulte<sup>79</sup>. L'association européenne de psychiatrie (AEP) recommande l'utilisation des critères UHR (Ultra Haut Risque) et des symptômes de base pour améliorer la détection précoce des individus à risque de

développer des troubles psychotiques <sup>79</sup>. Il n'est pas recommandé de dépister l'ensemble des individus dans la mesure où une approche universelle n'est pas faisable en pratique mais il est recommandé de dépister les sujets à risque <sup>80</sup>.

En effet, le vécu d'une expérience psychotique chez l'adolescent et le jeune adulte serait associé à une plus grande incapacité fonctionnelle avec une réduction des capacités cognitives et sociale à l'âge adulte par rapport à une population saine <sup>81</sup>. La détection précoce et la prise en soin de ces troubles permettraient une réduction significative (10% à 15% selon les centres) du nombre de transition vers la psychose chez le jeune adulte et permettraient ainsi de nombreuses économies « un euro investi en fait économiser 15 » selon la London School of economics <sup>82</sup>.

Pour ce qui est de la prise en soin, le maintien du lien social, familial, scolaire et professionnel est souvent évoqué. C'est dans cette optique que des articles concernant la remédiation cognitive, notamment pour les épisodes psychotiques du jeune adulte, sont rédigés <sup>83</sup>.

En 2011, l'HAS a également établi différentes recommandations concernant l'hospitalisation des mineurs et le relai en service adulte <sup>84</sup> :

-l'admission ne doit être réalisée que si les soins nécessités par la maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.

-il faut organiser un relais sans rupture entre les services de l'enfant et de l'adulte et appliquer souplement la limite d'âge de 18 ans d'accès en hospitalisation en service pour adultes pour les patients atteints de (...) maladies psychiatriques. Ces décisions doivent tenir compte de l'avis du jeune adulte.

-l'organisation de la circulation des adolescents doit être totalement distincte de celle des adultes notamment en psychiatrie

-la scolarité en établissement de santé doit être maintenue dès que l'état psychique le permet et l'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs

Le relais de la pédopsychiatrie vers la psychiatrie adulte est un enjeu important. En effet, différents centres psychiatriques français<sup>85</sup> (CHU de Lille, Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille, CHU de Tours) sont intégrés dans les protocoles d'études de MILESTONE afin d'évaluer les pratiques et de mettre en place des recommandations concernant le relais et cela sous la direction du CHU de Montpellier qui fait partie du consortium principal.

Toutes ces recommandations sont issues de discussions entre psychiatres, pédopsychiatres, pédiatres, associations de famille dans le but de limiter les impacts des pathologies sur la santé et l'intégration socio-professionnelle des patients concernés. La limitation des hospitalisations, le regroupement en tranche d'âge, le relai vers les services adultes et la lutte contre le décrochage scolaire et professionnel semblent être prioritaires. Certaines de ces recommandations ne sont pas spécifiques des AJA mais les incluent. Les politiques de santé publique semblent cependant s'intéresser de plus en plus spécifiquement à cette tranche d'âge.

En effet, le Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie <sup>86</sup> qui a eu lieu le 28 juin 2018 prévoit plusieurs actions afin d'améliorer la santé et la protection sociale contre les conséquences de la maladie, de l'accident et du

handicap. L'action numéro 5 est spécifique aux jeunes adultes et prévoit notamment de mettre en place « l'expérimentation "Ecout' émoi" pour l'organisation de repérage et prise en charge de la souffrance psychique chez les jeunes de 11 à 21 ans en 2019 afin de faciliter l'accès aux soins de cette tranche d'âge ».

Le dispositif Ecout'émoi <sup>87</sup> est actuellement à l'essai dans trois régions de France et vise à promouvoir un accès rapide et facilité à des consultations psychologiques entièrement remboursées. Nous n'avons pas encore retrouvé de résultats concernant l'efficacité de ce dispositif.

Lors de la 3eme réunion du Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie en janvier 2020 <sup>88</sup>, d'autres propositions apparaissent . Dans la poursuite du dispositif « Un chez soi d'abord » (qui vise à privilégier un maintien à domicile adapté aux difficultés du patient), une expérimentation « Un chez soi d'abord jeunes », dont le but est d'établir si l'accompagnement doit être spécifique pour cette tranche d'âge, est en cours.

Ces deux dispositifs s'inscrivent dans la résolution de la problématique d'accès aux soins et de réduction des perdus de vue (pour le dispositif Ecout'émoi) ainsi que dans la nécessité de maintien et de renforcement du milieu scolaire, professionnel et familial lors de pathologies invalidantes (pour le dispositif « un chez soi d'abord »)

Dans son programme pluriannuel 2018-2023, l'HAS <sup>4</sup> décline plusieurs objectifs afin d'améliorer la politique de soin du pays. Le premier objectif du thème 2 concerne les troubles mentaux sévères et persistants ainsi que le handicap psychique : il s'agit d'améliorer l'identification des signes précurseurs ainsi que

d'améliorer la précocité des interventions pour les pathologies psychiatriques émergentes (schizophrénie) chez les personnes âgées de 16 ans et plus. Un des objectifs est également d'améliorer la continuité des prises en charge entre les services de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte. Cet objectif s'inscrit bien dans la problématique des pathologies psychiatriques émergentes chez le jeune adulte.

Dans son rapport concernant Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale de 2017 <sup>56</sup>, le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté Mme HAZAN Adeline a dicté un certain nombre de recommandations concernant la prise en charge des mineurs et des jeunes adultes en établissement de santé mentale :

- Les patients mineurs ne devraient pas être accueillis avec des adultes de plus de 25 ans. Il devrait être envisagé de regrouper dans des unités distinctes d'une part, les mineurs de 13 à 16 ans et, d'autre part, les jeunes de **16 à 25 ans**.
- Le suivi des patients mineurs devrait s'exercer sous le contrôle étroit d'un **médecin formé à la pédopsychiatrie**.
- Les unités recevant des mineurs devraient bénéficier d'une **chambre d'apaisement** permettant une mise à l'écart sans enfermement et dans des conditions de confort.
- Le personnel hospitalier devrait être sensibilisé aux **questions d'ordre juridique**.
- Il convient de favoriser l'**autonomie des patients** ; les restrictions aux droits et libertés doivent être individualisées et modulées selon l'état clinique du patient, son âge, sa maturité et la durée du séjour.

- La mise en pyjama et l'interdiction du port de chaussures doivent demeurer exceptionnelles et répondre à des motifs précis et individuels, portés à la connaissance des **représentants légaux**.
- Les restrictions de visite doivent être ordonnées par le médecin ; elles doivent être individualisées et obéir à des nécessités thérapeutiques.
- Il ne peut être porté atteinte à la confidentialité des échanges téléphoniques que pour un motif tiré de l'état de santé du patient, lequel doit être régulièrement réévalué.
- En raison des enjeux en termes d'**insertion**, tout établissement recevant des mineurs doit disposer de moyens permettant de dispenser aux patients une scolarité sous une forme et un rythme adaptés à leur état et à la durée de leur séjour.
- Il apparaît nécessaire que les équipes, confrontées à des adolescents d'âges différents, engagent une **réflexion sur l'approche de la sexualité, la formulation de l'interdit, la prévention du passage à l'acte, la réponse à la transgression**.

Ce rapport nous montre que les problématiques que l'HAS tentait de prendre en charge avec ses recommandations de 2011 sont encore présentes en 2017 lors de l'évaluation du CGLPL.

Il existe une inadéquation entre les recommandations HAS qui évoquent une limite de 18 ans pour être éligible à une prise en charge adulte, la loi qui évoque la limite de 16 ans sans limite supérieure et le CGLPL qui préconise de rassembler les patients entre 16 et 25 ans. Il semble difficile de proposer un cadre et une organisation claire des soins spécifiques aux jeunes adultes en secteur public du fait de la multiplication des recommandations qui varient selon les instances.

### III.3.2/ Comparaison avec le modèle australien

La prise en charge spécifique des jeunes adultes en psychiatrie est principalement concentrée sur le secteur privé en France. De nombreux groupes privés proposent des unités d'hospitalisation temps plein, des hospitalisations de jour et hospitalisations de nuit selon des programmes de soin adaptés aux patients.

A l'international, la cause des adolescent et jeunes adultes est développée depuis de nombreuses années notamment en Australie avec la création du programme Headspace National Youth Mental Health Foundation <sup>89</sup> par le gouvernement australien en 2006. Via ce programme, plus de 100 centres d'excellence interconnectés, les « Headspace » ont vu le jour en Australie. Le but de ce programme est de promouvoir la santé mentale des individus entre 12 et 25 ans lors de consultations pluridisciplinaires et de soins médiations. Ils tentent de favoriser l'accès à la scolarité pendant les soins et utilisent les nouveaux médias (réseaux sociaux, forums de question réponses avec un professionnel) afin d'améliorer l'accès aux soins. Ces centres Headspace se positionnent comme des « structures locales faciles d'accès et conviviales- des sortes de cafés pour les jeunes- où ils peuvent parler à quelqu'un de leurs problèmes éventuels « ou seulement prendre un café » » selon le Pr McGorry dans une de ses interventions au congrès de l'ESCAP (European Society for Child and Adolescent Psychiatry) en 2017 <sup>90</sup>. Ces centres ont été créés en Australie à l'initiative du Pr McGorry à partir de son expérience concernant l'intervention précoce des psychoses dans les années 1980. Il a en effet tenté d'élargir le concept d'intervention précoce de la psychose à d'autres troubles psychiatriques puis à la santé mentale des AJA en

général. Il est le directeur exécutif du centre de recherche ORYGEN créé en 2001 afin de promouvoir la recherche concernant la santé mentale des AJA, la formation des professionnels à leur contact et qui établit des recommandations sur lesquelles le gouvernement australien s'appuie. Ce centre est né de l'association de plusieurs programmes concernant les pathologies mentales des AJA (premier épisode psychotique, trouble de personnalité, consommation de substances toxiques) existant depuis 1988 pour le premier d'entre eux.

Le dispositif Headspace est comparable aux « Maisons des Adolescents » (MDA) françaises. Les MDA ont vu le jour en 2004 ont pour mission principale d'être « espace ressource aussi bien pour les adolescents et leur famille que pour les professionnels »<sup>91</sup>. Elles exercent des actions d'information, de prévention et orientation. Leur domaine d'action est différent de celui du secteur de psychiatrie<sup>92</sup> et elles peuvent être amenées à faire le lien entre le secteur, c'est-à-dire le soin psychiatrique, et le monde de l'adolescent et sa famille. La possibilité d'accueil sans rendez-vous, d'orientation rapide et de travail en réseau avec différents professionnels internes (infirmiers, psychologues, psychiatres, éducateurs, enseignants...) et partenaires externes (Aide Sociale à l'Enfance, collèges, lycées, Centre Médicopsychologique) sont autant de caractéristiques qui permettent de proposer une relation stable et une aide adaptée<sup>93</sup>.

Depuis le début du XXeme siècle, la santé mentale et physique des étudiants français est une importante pour les autorités publiques. C'est ainsi qu'en 1923 la Fondation santé des étudiants de France<sup>94 95</sup> est créée. Il s'agit d'un regroupement privé de 13 établissements de santé et 13 structures médico-

sociales financé par l'assurance maladie et la tarification <sup>96</sup>. Leur but est de prendre en charge les AJA entre 12 et 25 ans qui souffrent de pathologies physiques ou mentales perturbant leur intégration en milieu scolaire ordinaire mais dont l'état permet tout de même une scolarité adaptée. Leur répartition sur le territoire est cependant insuffisante pour permettre un accès à tous.

Il existe d'autres structures associées au secteur public et privé, par exemple le réseau de santé mentale PréPsy <sup>65</sup> sous la direction du Dr GOZLAN (CHU Saint Anne). Il s'agit d'un SAMSAH (Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) dont la mission est de faciliter le repérage et le suivi des troubles psychiatriques émergents chez les adolescents et les jeunes adultes. Le but de ce réseau de réhabilitation est de faire du trouble psychiatrique une « incapacité transitoire ». Il ne se substitue pas aux structures déjà présentes ou aux partenaires de soin autour de l'AJA, mais travaille en collaboration avec eux. Il dessert uniquement la ville de Paris. Il s'agit du seul réseau de ce type retrouvé dans la littérature.

Des centres d'intervention précoce dont le but est de promouvoir la santé mentale des AJA se créent progressivement en France. Ainsi le C'JAAD (Centre d'évaluation pour Jeunes Adultes et ADolescents) sous la direction de Pr Marie-Odile KREBS (GHU de Paris) propose des consultations spécialisées pour adolescents et jeunes adultes présentant des signes évocateurs de psychose. Le C'JAAD propose un programme d'évaluation et de suivi : consultation d'évaluation, test approfondi de vulnérabilité psychique, bilan biologique et IRM cérébral systématique. Ce centre de consultation s'inscrit dans un réseau de recherche en

soins et santé des populations spécialisé dans la prise en charge du jeune adulte, le Réseau Transition <sup>97</sup> également sous la direction du Pr Marie-Odile KREBS. Sa mission principale est de coordonner les différents centres de consultation, d'élaborer des recommandations concernant les pathologies émergentes des AJA en se concentrant sur les psychoses débutantes.

Le Réseau Transition <sup>98</sup> tente de promouvoir la formation des professionnels en lien avec les AJA via une journée annuelle organisée à Paris et regroupant différents intervenants spécialisés dans l'intervention précoce des psychoses : JIPEJAAD Journées Internationales de Pathologies Emergentes du Jeune Adulte et de l'ADolescent. Ce réseau peut être rapproché de son modèle australien ORYGEN dont le travail s'étend, par contre, sur la santé mentale en général et pas uniquement sur la psychose.

La prise en soin des AJA semble en retard en France en comparaison du modèle australien. Des outils existent (MDA, Samsah, Centre de référence, secteur de psychiatrie) mais le fait que toutes ces structures soient indépendantes pose la question de la coordination et du relais, pourvoyeurs de « décrochage », ainsi que de l'application de recommandations communes.

Les services de psychiatrie classiques que ce soit en intra ou en extra-hospitalier (CMP, HDJ, CATTP) tentent également de remplir des missions de prise en charge des AJA quand ceux-ci sont amenés à consulter. Cependant, comme nous l'avons précédemment évoqué, de nombreuses problématiques concernant les soins adaptés et les relais de prise en charge existent. C'est dans

ce contexte qu'en France depuis quelques années des unités d'hospitalisation spécifiques pour AJA appartenant au secteur de psychiatrie publique voient le jour.

## **IV/ Les unités d'hospitalisation pour adolescents et jeunes adultes dans le secteur public français.**

### **IV.1/ Introduction**

Lors de mon internat dans le Nord-Pas-De-Calais, j'ai effectué deux stages dans des unités d'hospitalisation appartenant au secteur public et prenant en charge spécifiquement les adolescents et jeunes adultes. Chacune des unités présentait des spécificités que ce soit sur leur manière de prendre en charge les pathologies psychiatriques ou sur leur fonctionnement institutionnel. La confrontation de ces différences a permis d'améliorer nos pratiques concernant cette tranche d'âge. Avec cette expérience, nous nous sommes interrogés sur les modes de fonctionnement d'autres unités de ce type sur le secteur public français.

Notre questionnement s'est porté sur la comparaison des pratiques qui pouvaient exister dans l'ensemble des structures existantes en France afin de dégager les « grandes lignes » de prise en charge et de le mettre en perspective avec d'éventuelles recommandations dans la littérature. Le second but recherché était d'organiser un groupe d'étude et de discussion autour de la prise en charge des AJA en regroupant les différentes unités d'hospitalisation spécifiques pour optimiser le mode de fonctionnement de ces unités, éventuellement établir des recommandations dans le futur.

## **IV.2/ Méthode**

Pour ce qui est de la recherche des unités, trois sources différentes ont été utilisées.

Nous avons contacté par téléphone puis par mail les ARS des différentes régions pour recueillir l'existence d'unités spécifiques pour adolescents et jeunes adultes dépendant du secteur public français. Nous avons contacté les directeurs d'hôpitaux via la mailing liste de l'annuaire des directeurs d'hôpitaux français. Nous avons également effectué une recherche manuelle par moteur de recherche classique en utilisant les mots clés « hospitalisation psychiatrie jeunes adultes » « psychiatrie adolescents et jeunes adultes » « psychiatrie spécifique jeunes adultes ».

Nous n'avons reçu aucune réponse des directeurs d'hôpitaux malgré deux sollicitations.

Seules 6 ARS ont répondu sur les 17 contactées. Les ARS ayant répondu n'ont répertorié aucune unité spécifique pour AJA dans leur secteur public.

Nous avons ainsi trouvé 12 unités via les recherches sur internet. Elles ont été contactées par téléphone puis par mail aux médecins responsables d'unité (si ceux-ci étaient présents ils ont pu être contactés directement).

Pour ce qui est de la rédaction du questionnaire, le choix des questions s'est fait en fonction des différentes problématiques retrouvées dans la littérature.

Il a été rédigé en collaboration avec la F2RSM (Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale) des Hauts-de-France et à l'aide du logiciel Google Form.

Il comporte 26 questions réparties en 5 catégories : caractéristiques de la structure, caractéristiques des usagers, modalités d'admission, cadre et organisation des soins proposés, pour aller plus loin.

Les questionnaires ont été envoyés aux responsables d'unité. Une copie du questionnaire est disponible en partie 3 de cette section.

Au vu du faible nombre d'unités retrouvé, nous avons rajouté une section (pour aller plus loin) pour recenser les autres unités connues par les responsables d'unité. Une autre unité a ainsi pu être trouvée.

Au total, le questionnaire a été envoyé par mail à 13 unités (détaillées en annexe 1) présentes sur le territoire français. Les unités ont été sollicitées trois fois afin de répondre.

## IV.3/ Questionnaire

### **Les unités d'hospitalisation psychiatriques pour jeunes adultes dans le secteur public français: quelle organisation, quel cadre?**

Ce questionnaire a été rédigé par BRUNNER Jordan, interne en psychiatrie en 7ème semestre au sein de la faculté de médecine de Lille, en collaboration avec le F2RSM (Fédération Régionale de Recherche en psychiatrie et Santé Mentale) des Hauts de France. Il permettra d'exploiter des données pour la réalisation d'un sujet de thèse concernant les unités psychiatriques d'hospitalisation spécifiques pour adolescents et jeunes adultes du secteur public français.

L'objectif de ce questionnaire est de faire un état des lieux de l'organisation et du cadre de ces structures afin de voir si des tendances particulières se dégagent dans la prise en soin de cette population nécessitant une attention particulière mais pour lesquelles les propositions de soin sont manquantes.

Ce questionnaire est à destination des médecins responsables d'unité.

Environ 10 minutes vous seront nécessaires pour y répondre.

#### I) Caractéristiques de la structure (8 questions)

1) En quelle année avez-vous ouvert votre structure ? (réponse courte)

2) De quel établissement dépend votre structure ?

- Centre Hospitalier Universitaire (CHU)
- Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM)
- Centre Hospitalier Général (CHG)
- Autre

3) Êtes-vous rattaché à un ou plusieurs pôles ?

- Un seul
- Plusieurs

4) Au sein de votre(vos) pôle(s), sont également inclus

- Un ou plusieurs secteur(s) de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
- Un ou plusieurs secteur(s) de psychiatrie générale
- Autre

5) Fonctionnez-vous selon le principe de la sectorisation ?

- Oui un seul secteur
- Oui plurisectoriel
- Non sectorisé

6) Quelles sont les modalités d'accueil possible ?

- Hospitalisation à temps plein
- Hospitalisation de Jour
- Hospitalisation de nuit
- Autre

7) Combien de lits comprend votre structure ? (réponse courte)

8) Quelles sont les modalités de soin admises dans votre structure ?

- Soins libres
- Soins sous contrainte
- Ordonnance de Placement Provisoire
- Autre

#### II) Caractéristique des usagers (4 questions)

1) Quelle tranche d'âge accueillez-vous dans votre structure ?

2) Sur quels critères ou recommandations vous êtes-vous appuyés pour décider de cette fourchette ?

3) Quelles sont vos trois principales indications d'hospitalisation ? quelles proportions de votre patientèle sont reçues selon ces indications ?

Diagnostic CIM 10	Moins de 25%	Entre 25 et 50%	Entre 50 et 75 %	Entre 75 et 100%
F00-F09				
F10-F19				
F20-F29				
F30-F39				
F40-F48				
F50-F59				
F60-F69				
F70-F79				
F80-F89				
F90-F98				
F 90-F98				
F 99				
Comportements suicidaires				
Autres				

4) Quelles sont les contre-indications à l'hospitalisation ?

### III) Modalités d'admission (4 questions)

1) Quelle est la durée moyenne de séjour ? (en jours)

2) Les hospitalisations peuvent être proposées

- En urgence
- De façon programmée selon procédure de pré-admission
- De façon programmée sans procédure de pré-admission
- De façon séquentielle
- Autre

3) Si il existe une procédure de pré-admission, comment se déroule-t-elle ?

4) Quelles sont les portes d'entrées possibles dans le parcours des usagers ?

- Présentation spontanée
- CMP
- Lien par l'infirmière scolaire
- Médecin traitant
- Via service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (relai)
- Urgences
- Equipe de liaison
- Maison des adolescents
- Psychiatres/psychologues libéraux
- Autre

### IV) Cadre et organisation des soins proposés (9 questions)

1) Comment interviennent les soignants présents dans votre structure ? (ne pas cocher si pas de personnel présent)

Professionnel	Systématiquement	A la demande du patient	Sur indication médicale	Autre
Psychiatre adulte				
Pédopsychiatre				
Médecin généraliste				
Psychologue				
Infirmiers				
Educateurs				
Psychomotricien				
Ergothérapeute				
Assistante de service social				
Interne				

Professionnel d'addictologie				
------------------------------	--	--	--	--

2) A quelle fréquence interviennent les soignants présents dans votre structure ? (ne pas cocher si pas de personnel présent)

Professionnel	Tous les jours	Plusieurs fois par semaine	Une fois par semaine	Autre
Psychiatre adulte				
Pédopsychiatre				
Médecin généraliste				
Psychologue				
Infirmiers				
Educateurs				
Psychomotricien				
Ergothérapeute				
Assistante de service social				
Interne				
Professionnel d'addictologie				

3) Existe-t-il dans votre structure un espace d'isolement ?

- oui
- non

4) Existe-t-il dans votre structure un espace d'apaisement?

- oui
- non

5) Si vous disposez d'un espace d'apaisement, comment le patient y accède-t-il ?

- Sur indication médicale
- Sur indication infirmière
- A la demande du patient
- Pas d'espace d'apaisement

6) Des restrictions POUR LES MAJEURS sont-elles incluses dans le règlement concernant les éléments ci-dessous ?  
Pouvez-vous préciser ?

Restriction	Non	Selon indication médicale	Selon règlement intérieur	Autre
Tabac				
Accès au téléphone portable				
Sorties du service				
Visites				

7) Si il existe des restrictions particulières autres pour ces éléments, pouvez-vous les préciser ?

8) Des restrictions POUR LES MINEURS sont-elles incluses dans le règlement concernant les éléments ci-dessous ?  
Pouvez-vous préciser ?

Restriction	Non	Selon indication médicale	Selon règlement intérieur	Autre
Tabac				
Accès au téléphone portable				
Sorties du service				
Visites				

9) Si il existe des restrictions particulières autres pour ces éléments, pouvez-vous les préciser ?

#### V) Pour aller plus loin

Connaissez-vous d'autres unités d'hospitalisations psychiatriques prenant en charge spécifiquement des adolescents et jeunes adultes et faisant partie du secteur public français ? (si oui, pouvez-vous les citer ?)

## IV.4/ Résultats

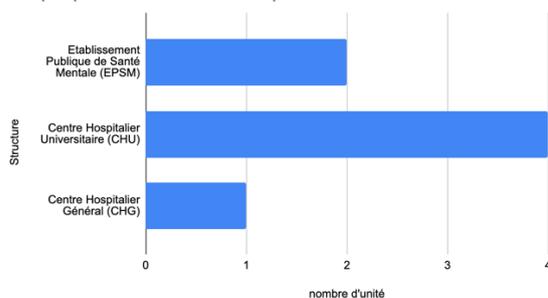
Sur les 13 unités interrogées, seules 7 ont répondu au questionnaire malgré les multiples sollicitations.

### IV.4.1/ Caractéristiques de la structure

Pour ce qui est de l'année d'ouverture des structures, la répartition se fait entre 1998 et 2019. Deux unités sur les sept avaient ouvert leur porte en 2019, une en 2018, une en 2011, une en 2004, une en 2000 et une en 1998.

Le graphique 1 nous donne un aperçu du type d'établissement dont dépendent les structures ayant répondu. La majorité des structures ayant répondu appartiennent à un Centre Hospitalier Universitaire.

Graphique 1: Structure dont dépendent les unités



La majorité des unités était rattachée à un seul pôle, une seule dépendait de plusieurs pôles de psychiatrie.

Dans leur pôle d'appartenance, 5 des unités étaient associées à un ou plusieurs secteurs de psychiatrie de l'enfant ou de l'adolescent et toutes les unités étaient associées à un ou plusieurs secteurs de psychiatrie générale. Une unité a précisé être également associée à une unité de recherche clinique et une unité de réhabilitation psychosociale.

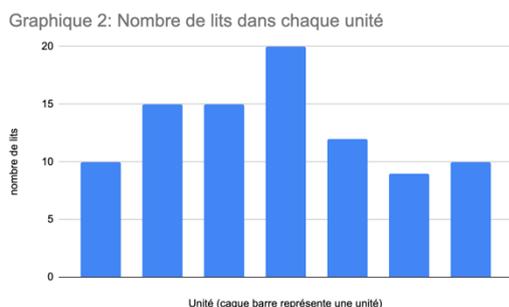
Quatre des unités ayant répondu ne fonctionnent pas selon le principe de la sectorisation.

Trois des unités ayant répondu sont plurisectorielles. Aucune unité ne prenait en charge les patients d'un seul secteur.

Toutes les unités pratiquent l'hospitalisation à temps plein. Seules deux unités pratiquent l'hospitalisation de jour, une seule propose de l'hospitalisation de nuit. Une des unités a précisé pratiquer également des consultations de prévention.

La répartition du nombre de lits dans chaque structure est présentée dans le graphique 2. Elle s'étend entre 9 lits (une seule unité) et 20 lits (une seule unité). Deux unités ont 10 lits, une en a 12 et deux en ont quinze.

En moyenne ces unités ont donc 13 lits.



Quatre des sept unités ayant répondu accueillent toutes formes de modalités de soin : soins libres, soins sous contraintes et Ordonnance de Placement Provisoire. Deux unités n'accueillent que les patients en soins libres et soins sous contraintes. Une seule unité n'accueille que les patients en soins libres. Une unité a précisé prendre en charge des patients mineurs sur autorisation parentale de soin.

#### **IV.4.2/ Caractéristiques des usagers**

Pour ce qui est de la tranche d'âge sélectionnée, trois unités ont sélectionné la tranche d'âge 16-25 ans. Deux ont sélectionné la tranche d'âge 15-25 ans, une a sélectionné la tranche 15-21 ans et une a sélectionné la tranche d'âge 15-30 ans mais déclare avoir surtout des patients appartenant à la tranche d'âge 15-26 ans.

Pour ce qui est des recommandations sur lesquelles les unités se sont appuyées pour décider de la tranche d'âge, les résultats étaient disparates. Une des unités a déclaré se reposer sur les recommandations éditées par ORYGEN (Centre Australien National d'Excellence en Santé Mentale de la Jeunesse), une des unités a déclaré se reposer sur la cohérence clinique et psychopathologique des patients. Une des unités a déclaré se reposer sur le fait que la majorité des troubles psychiatriques émergeait dans ces tranches d'âge. Une des unités a déclaré avoir choisi cette tranche d'âge car la pédopsychiatrie arrêta la prise en charge à 16 ans dans son secteur. Une des unités ne connaît pas les arguments ayant justifié ce choix. Deux unités n'ont pas répondu.

Pour ce qui est des diagnostics représentés dans l'unité, nous avons décidé de les représenter sous forme de taux de représentation. Nous avons associé des valeurs de représentation croissantes aux fourchettes croissantes de pourcentage de représentation (1 pour « < 25% »; 2 pour « entre 25 et 50% » ; 3 pour « entre 50 et 75% » et 4 pour « entre 75 et 100 %»). Nous avons alors établi un taux de représentation pour chaque diagnostic qui correspond à la formule suivante :

$$\text{Taux de représentation} = \frac{\text{somme des produits des valeurs de représentation par le nombre d'unité ayant répondu pour cette valeur}}{\text{nombre d'unités ayant coché le diagnostic}}$$

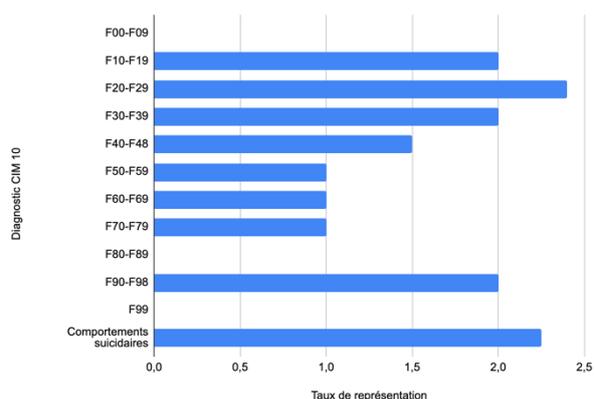
Nous avons alors obtenu le tableau suivant :

**Tableau 1 :** Nombre d'unités ayant répondu positivement pour chaque diagnostic en fonction du pourcentage de représentation de ce diagnostic dans l'unité (nous avons ajouté une colonne signifiant le taux de représentation calculé)

<b>Valeur de représentation</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	
Pourcentage de représentation	< 25%	entre 25 et 50%	entre 50 et 75%	entre 75 et 100%	<b>Taux de représentation</b>
F00-F09 Troubles mentaux organiques, y compris troubles symptomatiques	0	0	0	0	<b>0</b>
F10-F19 Troubles du comportement liés à des substances psycho-actives	0	1	0	0	<b>2</b>
F20-F29 Troubles psychotiques	0	3	2	0	<b>2,4</b>
F30-F39 Troubles de l'humeur	1	3	1	0	<b>2</b>
F40-F48 Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	4	2	1	0	<b>1,5</b>
F50-F59 Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	1	0	0	0	<b>1</b>
F60-F69 Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	1	0	0	0	<b>1</b>
F70-F79 Retard Mental	1	0	0	0	<b>1</b>
F80-F89 Trouble du développement psychologique	0	0	0	0	<b>0</b>
F90-F98 Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	0	1	0	0	<b>2</b>
F99 Trouble mental sans précision	0	0	0	0	<b>0</b>
Comportements suicidaires	0	3	1	0	<b>2,25</b>

Le graphique 3 montre les diagnostics CIM 10 en fonction de leur taux de représentation. Il a été demandé aux médecins d'identifier leurs trois diagnostics principaux.

Graphique 3: taux de représentation des différents diagnostics CIM 10



Légende du graphique 3

F00-F09 Troubles mentaux organiques, y compris troubles symptomatiques

F10-F19 Troubles du comportement lié à des substances psycho-actives

F20-F29 Troubles psychotiques

F30-F39 Troubles de l'humeur

F40-F48 Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes

F50-F59 Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques

Pour ce qui est des contre-indications à l'hospitalisation, les résultats étaient également disparates. Deux unités ont déclaré que le risque de fugue contre-indiquait une hospitalisation dans leur structure. Une unité contre-indique les patients présentant un risque hétéro-agressif majeur. Une unité a déclaré contre-indiquer l'hospitalisation pour les patients présentant un trouble des conduites sans comorbidités. Une unité a décidé de ne pas hospitaliser dans sa structure les patients présentant une décompensation psychotique avérée ou un trouble addictif au premier plan. Une unité ne reçoit les patients que lors de leur première hospitalisation en psychiatrie adulte puis oriente le patient dans les unités de psychiatrie générale lors d'éventuelles nouvelles hospitalisations. Une unité sur les sept n'a pas répondu.

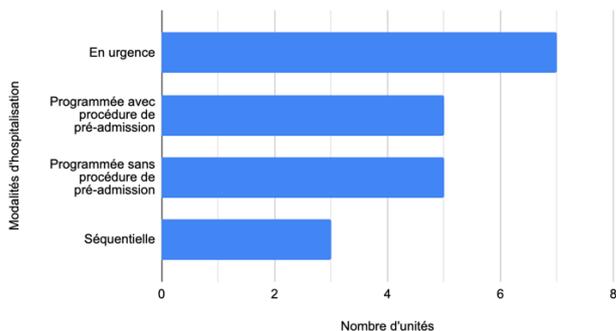
### IV.4.3/ Modalités d'admission

Les durées moyennes de séjour (DMS) se répartissent entre 9 jours (une unité) et 50 jours (une unité). Trois unités ont une DMS à 21 jours. Deux unités ont une DMS entre 11 et 13 jours.

En moyenne, la DMS de ces unités est donc de 20,7 jours.

Le graphique 4 montre les modalités d'entrée en hospitalisation proposées.

Graphique 4: Modalités d'hospitalisation

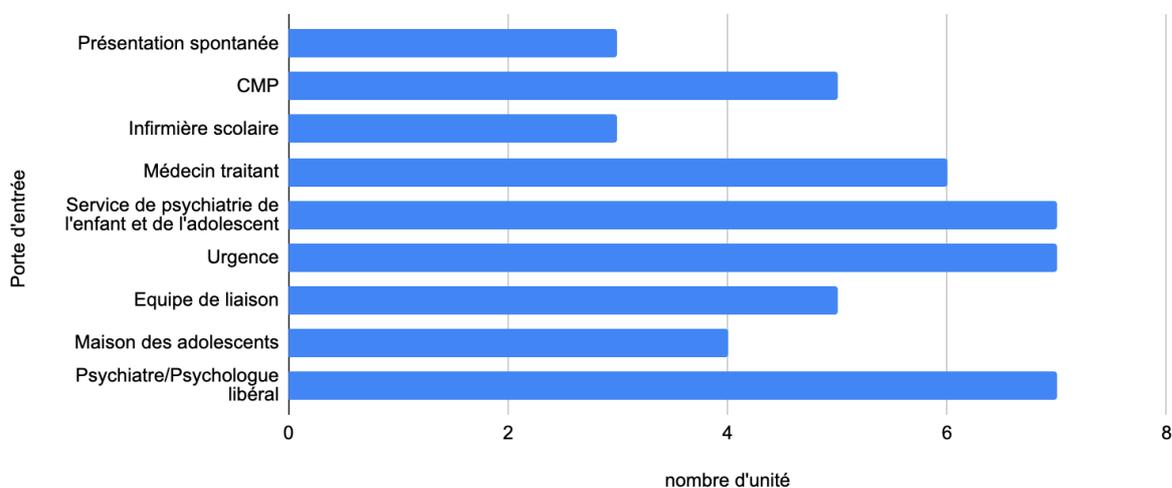


Ainsi nous pouvons voir que l'ensemble des unités proposent des hospitalisations en urgence, cinq unités proposent des hospitalisations programmées que ce soit avec ou sans procédure de pré-admission. Seules trois unités sur les sept ayant répondu proposent des hospitalisations séquentielles.

Pour les cinq unités proposant des hospitalisations programmées avec procédure de préadmission, deux proposent une consultation de préadmission avec l'interne de l'unité. Une unité propose une consultation en binôme médecin/infirmier du service. Une unité propose soit une consultation médicale soit une visite du service par le cadre de santé. Une unité propose une consultation avec un psychiatre de la structure ainsi qu'un entretien en binôme médecin/infirmier pour évaluation clinique, proposition de soin et information du fonctionnement du service.

Le graphique 5 résume les portes d'entrées possibles dans les unités d'hospitalisation.

Graphique 5: Adressage des patients vers l'unité



Toutes les unités acceptent les patients adressés par les services de pédopsychiatrie, par les urgences ou les psychiatres et psychologues libéraux. Six unités acceptent que le médecin traitant adresse des patients vers l'unité. Cinq unités déclarent que les patients peuvent être adressés via le Centre Médico Psychologique (CMP).

Quatre unités acceptent que les patients soient adressés par la Maison des Adolescents.

Trois unités déclarent accepter des patients en présentation spontanée.

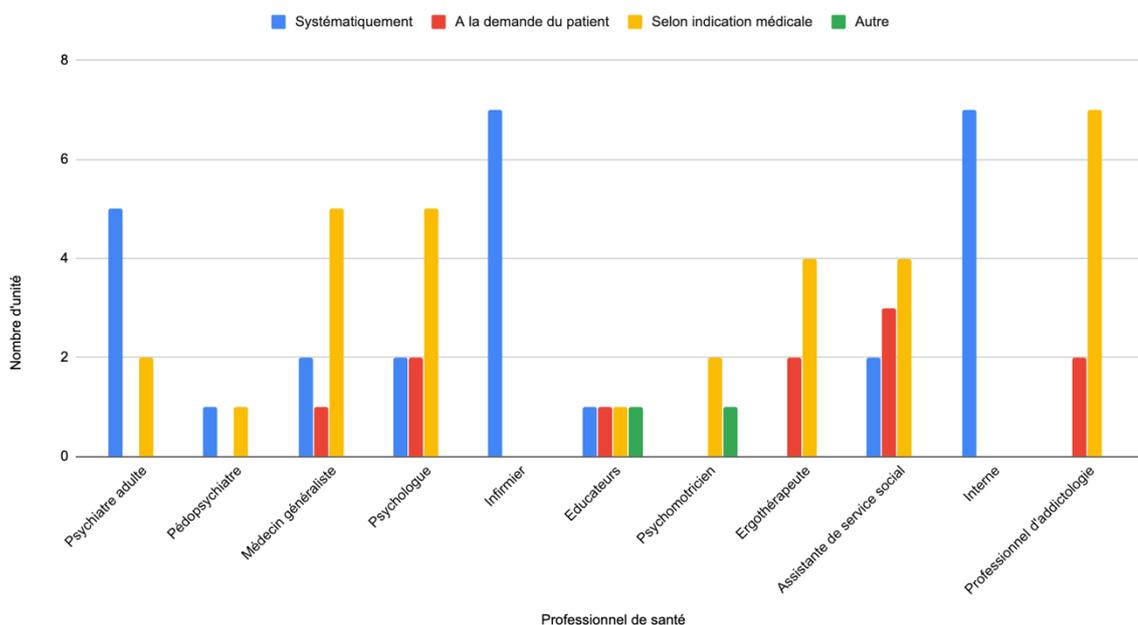
Trois unités acceptent que les patients soient adressés via une infirmière scolaire.

Une des unités a ajouté que les patients pouvaient également être adressés par l'aide sociale à l'enfance.

#### IV.4.4/ Cadre et organisation des soins proposés

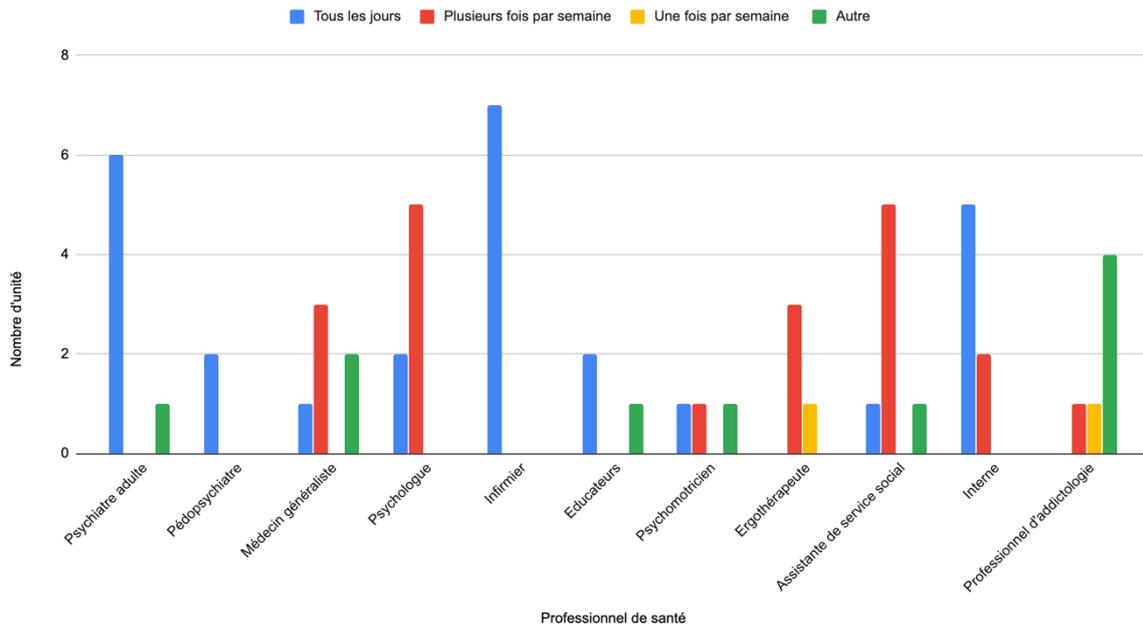
Le graphique 6 représente le mode d'intervention des professionnels de santé dans les sept unités.

Graphique 6: Intervention des professionnels de santé dans les unités



Le graphique 7 représente la fréquence d'intervention des professionnels de santé dans les unités ayant répondu au questionnaire.

Graphique 7: Fréquence d'intervention des professionnels de santé dans les unités

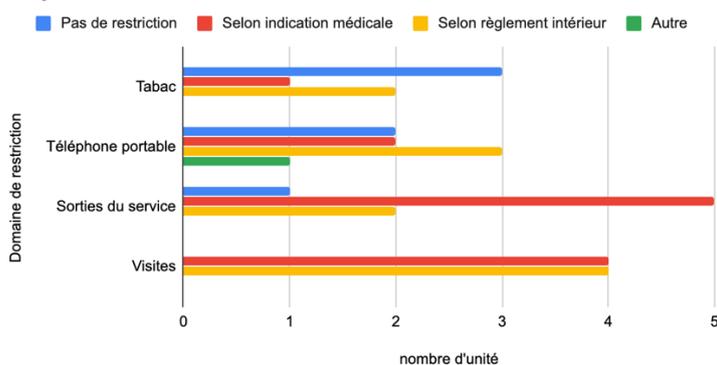


Pour ce qui est des espaces d'isolement, cinq unités sur sept déclarent en avoir un.

Pour ce qui est des espaces d'apaisement, seules deux unités sur sept en ont un. Pour la totalité d'entre elles, l'accès à l'espace d'apaisement se fait à la demande du patient ou sur indication infirmière. Pour une d'entre elles, l'accès se fait également sur indication médicale.

Pour ce qui est des conditions et des règles d'hospitalisation concernant les majeurs dans ces unités, le graphique 8 résume la présence ou non de restrictions.

Graphique 8: Politique de restriction des unités pour patients majeurs



Une des unités déclare que ces restrictions sont principalement liées à la surveillance du risque suicidaire.

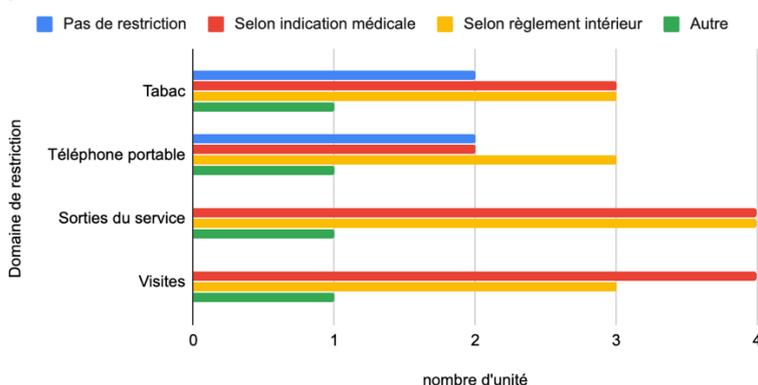
Une des unités justifie la restriction de l'accès aux téléphones selon règlement intérieur (téléphone retiré à 20h) en mettant en avant la nécessité de favoriser l'apaisement et l'endormissement.

Une des unités déclare limiter ses visites à 14h-18h selon règlement intérieur.

Quatre unités n'ont pas détaillé leurs restrictions.

Pour ce qui est des conditions et des règles d'hospitalisation concernant les mineurs dans ces unités, le graphique 9 résume la présence ou non de restrictions.

Graphique 9: Politique de restriction des unités pour les patients mineurs



Pour deux unités, les sorties du service pour les mineurs se font seulement sur accord parental.

Pour deux unités, la possibilité pour les mineurs de fumer se fait uniquement sur accord parental.

Une des unités justifie la restriction de l'accès aux téléphones selon règlement intérieur (téléphone retiré à 20h) en mettant en avant la nécessité de favoriser l'apaisement et l'endormissement.

Une unité déclare ne pas donner accès aux objets électroniques mais donne accès aux autres affaires personnels et au téléphone du service selon règlement intérieur

Deux unités n'ont pas précisé leurs restrictions.

#### **IV.4.5/ Pour aller plus loin**

Dans la dernière question, il s'agissait de recenser les autres unités connues par les responsables d'unités.

En moyenne, les responsables d'unité connaissent 2, 2 unités répondant aux mêmes critères (secteur public français, prenant en charge spécifiquement des jeunes adultes) que la leur.

Deux responsables d'unités ont précisé connaître des structures ambulatoires prenant en charge spécifiquement les AJA dans le secteur public français en nommant le C'JAAD (GHU de Paris).



## **V/ Discussion**

### **V.1/ Données principales**

Les résultats de cette étude mettent en avant des pratiques très récentes concernant l'hospitalisation des jeunes adultes en psychiatrie publique en France. En effet, plus de la moitié des unités interrogées ont été créées il y a moins de 10 ans. Elles sont donc globalement jeunes et, pour la majorité, dépendantes d'un CHU (graphique 1). Bien que la plupart de ces unités soit non sectorisées ou plurisectorielles, cette pratique reste donc peu généralisée et peu accessible.

Une partie de ces unités proposent des hospitalisations séquentielles, propositions de soins qui se dégagent donc comme relativement spécifiques et pertinentes pour les jeunes adultes. En effet, un des enjeux de soins est de promouvoir une continuité et de prévenir les risques de rupture. La proposition de temps d'hospitalisation courts, à distance et programmés peut être envisagée comme un outil favorisant cette continuité. Dans le même objectif, la majorité des unités proposent des procédures de pré-admission, outil issu des pratiques pédopsychiatriques et particulièrement approprié pour cette tranche d'âge mais non usuellement utilisé en psychiatrie générale.

Les hospitalisations de jour et de nuit ne sont pas très représentées dans ces unités, ce qui soulève la question du maintien de la scolarité. Un des éléments d'explications pourrait être que ces unités comblent surtout une nécessité d'hospitalisations en urgence (toutes les unités réalisent des hospitalisations en

urgence et seules 3 proposent des hospitalisations séquentielles) qui de toute façon contre indiqueraient une poursuite conjointe de la scolarité ou de l'emploi. Est-il judicieux de maintenir une scolarité dans ce contexte ? Si nous nous référons au rapport Hazan <sup>56</sup>, « en raison des enjeux en termes d'insertion, tout établissement recevant des mineurs doit disposer de moyens permettant de dispenser aux patients une scolarité sous une forme et un rythme adaptés à leur état et à la durée de leur séjour ». La durée moyenne de séjour faible peut cependant limiter cette problématique. Il n'existe encore dans ces unités que peu d'alternatives à l'hospitalisation temps plein alors que le nombre de lits moyen (13 lits) et le nombre d'unité présente est faible. Une des solutions proposées par une des unités serait la mise en place de consultations de prévention qui permettent une diminution des hospitalisations. Cette alternative n'a cependant pas été étudiée dans notre questionnaire. C'est notamment une des missions du C'JAAD <sup>82</sup> (Centre d'évaluation pour Jeunes Adultes et Adolescents) sous la direction du Pr Marie-Odile KREBS.

Pour ce qui est des modes d'hospitalisation, une des unités a rajouté admettre des mineurs sur autorisation parentale de soin. Sur ce point, notre questionnaire manquait de spécificité. En effet pour les patients mineurs, la loi prévoit l'hospitalisation à la demande des titulaires de l'autorité parentale avec ou sans consentement du mineur. Comme dans le cas des soins sous contraintes pour l'adulte, le mineur non consentant en hospitalisation sur demande des titulaires de l'autorité, est en droit de saisir le juge des libertés et de la détention

<sup>56</sup>.

Le graphique 3 nous résume les indications d'hospitalisations. Les troubles les plus représentés sont les troubles psychotiques (taux de représentation de 2,4), les comportements suicidaires (Taux de représentation de 2,25), les troubles de l'humeur (taux de représentation de 2) les troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement pendant l'enfance ou l'adolescence (taux de représentation de 2) ainsi que les troubles du comportement liés à une substance psycho-active (taux de représentation de 2). Cela correspond à l'épidémiologie des troubles psychiatriques du jeune adulte retrouvée dans la littérature et nous montre que ces unités répondent aux besoins de soin en population générale. Les seules exceptions sont le trouble anxieux (qui ne relève pas souvent d'une hospitalisation) et le trouble du comportement alimentaire qui n'est quasiment pas représenté dans ces unités. Cela pourrait s'expliquer par la présence d'unités spécialisées pour la prise en charge des troubles du comportement alimentaire prenant en charge ces patients. Pour ce qui est des consommations de produits toxiques, le questionnaire n'a pas exploré l'épidémiologie de ces troubles dans la mesure où la consommation de produits n'est pas une indication d'hospitalisation en dehors des cas de trouble du comportement en lien avec une substance psychoactive.

Pour ce qui est des contre-indications à l'hospitalisation, le risque hétéro-agressif et le risque de fugue sont souvent évoqués. Se pose alors la question de l'orientation de ces patients. En effet, ce risque de fugue ou risque hétéro-agressif peut être en lien avec un trouble psychiatrique décompensé. Ces patients sont-ils alors tout de même orientés vers des unités de psychiatrie adulte classiques fermées ou sont-ils dirigés vers l'espace d'isolement ? Une des unités contre-

indique la décompensation psychotique avérée ce qui paraît contradictoire avec l'émergence de ce trouble dans cette tranche d'âge. Cela est-il en lien avec l'organisation de l'unité qui ne permet pas d'accueillir ce type de patient qui peut être agité ou est-ce parce qu'un centre de référence concernant les psychoses émergentes est présent aux alentours ?

Une des unités contre-indique les troubles des conduites sans comorbidités en privilégiant plutôt le travail ambulatoire pour ce type de patient. Dans son article concernant les troubles des conduites des adolescents, le Dr Baldacci <sup>99</sup> utilise l'hospitalisation comme un outil d'apaisement de la crise et d'évaluation afin d'écartier les comorbidités et de proposer un travail global sur le patient, son environnement et son projet. L'expérience du cadre hospitalier peut à lui seul calmer les comportements de ce type de patients (près de la moitié des patients répondent au cadre selon une étude clinique de Malone <sup>100</sup>). Nous partageons cependant l'idée d'une nécessité de centrer le travail thérapeutique du patient dans son milieu de vie pour permettre à celui-ci des changements dans le milieu où il évolue habituellement. Une des unités contre-indique tout patient dès la deuxième hospitalisation dans la mesure où la première hospitalisation sert à orienter vers les secteurs d'admission sectorisés. Nous pouvons alors nous demander comment se passe cette transition vers les unités adultes classiques pour limiter les perdus de vue.

Pour ce qui est des portes d'entrées possibles (graphique 5), toutes les unités acceptent d'accueillir des patients via les urgences, les services de pédopsychiatrie (transition) et les psychologues/psychiatres libéraux. Les portes

d'entrées les moins représentées sont les infirmières scolaires, la maison des adolescents et la présentation spontanée. L'accès initial à ces services se fait majoritairement par l'intermédiaire d'un premier regard médical ou psychologique. Cet état de fait a un côté positif mais également négatif. Il permet en effet de limiter les hospitalisations et de favoriser les soins ambulatoires dans une population de patients pour laquelle le maintien d'une scolarité et d'une vie sociale est primordiale. D'un autre côté, l'accès à ces unités est plus difficile et la multiplication des entretiens « de premier contact » (par exemple d'abord la maison des adolescents qui le dirige vers un professionnel du CMP puis vers l'unité en pré-admission) peut décourager certains patients « durs à accrocher » mais nécessitant des soins hospitaliers.

Nous pouvons alors nous demander si il ne serait pas possible, comme dans les MDA <sup>93</sup>, de proposer dans ces unités un accueil sans rendez-vous ou un accueil de crise géré par le personnel intégré à l'unité.

Pour ce qui est du personnel présent dans ces unités (graphique 6 et 7), les seuls personnels intervenant systématiquement dans toutes les unités sont les internes en médecine et les infirmiers. Ceci correspond certainement au fait qu'une grande partie de ces unités appartiennent à des CHU (graphique 1) et se calquent sur leur fonctionnement.

Le psychiatre adulte intervient systématiquement et quotidiennement dans la majorité des unités. Le pédopsychiatre, quant à lui, n'est que faiblement représenté.

Cette différence nous indique que la présence médicale est majoritairement représentée par la psychiatrie adulte. La vision pédopsychiatrique n'est que

faiblement représentée ce qui est en désaccord avec le rapport Hazan <sup>56</sup> qui préconise que, pour les patients mineurs, le suivi doive se faire sous contrôle d'un médecin formé à la pédopsychiatrie. Notre propos peut cependant être nuancé dans la mesure où nous n'avons pas interrogé les praticiens sur leur formation (congrès, Diplôme universitaire...) ni sur la possibilité de demander des avis téléphoniques auprès d'un collègue pédopsychiatre. Il semble important d'améliorer l'intégration de la pédopsychiatrie dans la prise en charge des AJA du fait de la présence de pathologies ayant un point de départ dans l'enfance mais également pour aborder des problématiques adolescentes.

Le médecin généraliste n'intervient pas systématiquement dans toutes les unités pourtant, la présence d'un regard généraliste est importante non seulement pour favoriser l'adhésion au soin (rôle de déstigmatisation) mais également pour aborder d'autres questions comme : la prévention sexuelle, l'information et mise en place de contraception, prise en charge des facteurs de risque cardio vasculaire lors de la mise en place de neuroleptiques, surveillance des syndromes métaboliques pharmaco-induit. Dans leur étude concernant 615 patients hospitalisés en psychiatrie le Dr Bensa et le Dr Auxéméry <sup>101</sup> suggèrent la nécessité d'un médecin généraliste référent pour chaque unité de psychiatrie.

La présence importante des psychologues sous coordination médicale est la règle dans ces unités.

Les éducateurs ne sont que très peu représentés dans cette population pour laquelle la question de l'insertion socio-professionnelle semble primordiale, afin notamment de diminuer au mieux l'impact psychosocial des pathologies psychiatriques en travaillant de manière coordonnée avec les autres

professionnels. Ces aspects sont certainement gérés par les assistants de service social qui semblent plus représentés.

Pour ce qui est des psychomotriciens, ils ne sont que très faiblement représentés et agissent quasi uniquement sur indication médicale. Les ergothérapeutes n'interviennent pas dans toutes les unités. Il n'existe pas de recommandations claires concernant ces deux types de personnels mais la littérature s'accorde pour montrer leur importance notamment dans le cadre d'un travail pluridisciplinaire : « rassemblement et de rétablissement des limites psychiques »<sup>102</sup>, patients psychotraumatisés (psychotraumatismes, traumatismes de l'enfance de certains patients présentant des troubles de personnalité) angoisses de morcellement<sup>103</sup> (psychoses), réhabilitation psychosociale de certains patients (évaluation de certaines capacités notamment sociales<sup>104</sup> afin de palier à certains déficits notamment pour les patients présentant des troubles psychotiques<sup>105</sup>.) Cette pluridisciplinarité est retrouvée dans nos résultats.

Les professionnels d'addictologie sont très peu présents ce qui semble paradoxal dans la mesure où la problématique des consommations de toxiques est importante chez les AJA. Notre propos peut être pondéré dans la mesure où nous n'avons pas connaissance de la formation des praticiens dans les unités.

Le fait que les responsables d'unité ne connaissent en moyenne que 2,2 unités alors que 13 unités ont été trouvées, nous montre la faiblesse des échanges entre ces unités.

## V.2/ Compliance aux recommandations

Le fait que toutes les unités ne soient pas rattachées à un secteur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et que le pédopsychiatre soit peu représenté nous informe que les unités ne bénéficient pas toutes d'une approche pédopsychiatrique. Comme le suggère le rapport Hazan [33] le fait qu'un pédopsychiatre soit rattaché à l'unité est nécessaire pour optimiser la prise en charge des jeunes adultes.

Concernant les tranches d'âge accueillies, la recommandation du rapport Hazan<sup>56</sup> de regrouper les patients âgés de 16 à 25 ans est globalement respectée. Une des unités avait 21 ans pour limite d'âge maximum et cela reposait sur les différences de problématique et de maturité retrouvées entre les patients de moins de 21 ans et les patients de plus de 21 ans. L'homogénéité au niveau de l'âge concorde avec les données de littérature concernant l'âge du début des maladies psychiatriques.

Lorsque nous étudions les critères ou recommandations sur lesquelles les professionnels se sont reposés, le rapport Hazan n'apparaît pas. Cela est certainement dû au fait que la majorité des unités a été créée avant 2017, date de parution du rapport. Un des centres a décidé d'adopter les recommandations d'ORYGEN<sup>90 106</sup> c'est-à-dire 15-25 ans. ORYGEN a décidé de cette tranche d'âge pour prendre en compte la complexité (neurobiologique, sociologique et familiale) des AJA et ainsi optimiser les soins.

Les espaces d'apaisement ne sont présents que dans deux unités sur les 7 interrogées alors que 5 unités ont un espace d'isolement dédié. Le rapport Hazan précise que ce type d'unités accueillant des mineurs doit être équipé d'espace d'apaisement <sup>56</sup>. En effet comme le relate l'HAS dans sa recommandation concernant l'isolement et la contention en psychiatrie générale <sup>107</sup>, il est préférable d'aménager ce type d'espace dans les unités de soins. Il s'agit d'un espace qui n'est pas fermé, que le patient peut choisir de quitter librement et qui peut être utilisé de façon volontaire ou sur sollicitation de l'équipe soignante. Pour les AJA, la création d'un tel espace est encore plus important dans la mesure où le recours à l'agir est plus important : la mise place d'un espace et d'un temps dédié pour diminuer les stimulations et les tensions internes permettrait de diminuer certains passages à l'acte qu'ils s'inscrivent dans une pathologie psychiatrique ou dans un conflit non pathologique. Dans notre questionnaire les deux unités présentant un espace d'apaisement respectent les recommandations de l'HAS dans la mesure où l'accès peut se faire à la volonté du patient et sur sollicitation de l'équipe.

Concernant le règlement intérieur, le rapport Hazan prévoit de limiter les échanges téléphoniques sur indication médicale, ce qui se reflète dans les résultats, sans distinction entre mineurs et majeurs. Les différences observées entre mineurs et majeurs correspondent au tabac : plus d'unité ont tendance à limiter le tabac aux mineurs et à ne l'accorder que sur autorisation parentale ou accord médical. Deux unités ne restreignent cependant pas du tout l'utilisation du tabac chez les mineurs alors que légalement le Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 <sup>108</sup> fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif précise qu'il est « interdit de fumer dans les

espaces non couverts des écoles, collèges, lycées publics et privés, ainsi que des établissements destinés à l'accueil, à la formation ou à l'hébergement des mineurs ». Pour les majeurs et les mineurs, l'accès au tabac, les visites et les sorties peuvent être limités selon indication médicale (surveillance du risque suicidaire par exemple) comme le prévoit le rapport Hazan <sup>56</sup> .

### **V.3/ Limites**

Il existe quelques limites dans notre étude. Les principales étant le nombre d'unités recensées et le taux de réponse au questionnaire. La méthode de recherche des unités en confrontant trois sources (ARS, mailing liste des directeurs d'hôpitaux et recherche manuelle) a été choisie afin d'être les plus exhaustifs possible. Cependant, le fait de n'avoir eu aucune réponse des directeurs d'hôpitaux et le fait que les ARS ayant répondu n'aient pas connaissance de ces unités limite fortement le répertoire d'unités. La difficulté pour les ARS à identifier ce type d'unité tient notamment au fait qu'elles soient rattachées à un secteur de psychiatrie générale pour la majorité. Un des responsables d'unité interrogé a notamment expliqué que son unité était répertoriée en tant « qu'unité adulte pouvant accueillir des mineurs » ce qui ne permet pas d'identifier spécifiquement comme unité pour adolescents et jeunes adultes. Il serait nécessaire de différencier ces unités des unités adultes classiques afin de mieux les étudier.

Uniquement 53% des unités interrogées ont répondu au questionnaire. Le fait d'avoir interrogé les professionnels lors de la crise sanitaire du COVID 19 a pu expliquer le faible taux de réponse malgré les 3 sollicitations.

Il a été décidé de ne sélectionner que les unités appartenant au secteur public français afin d'étudier l'organisation de ces nouvelles unités. Il existe également des unités non sectorisées dans le secteur psychiatrique privé que ce soit sous forme d'hospitalisation à temps plein, d'hospitalisation de jour ou d'hospitalisation de nuit. Ce type d'unités n'est cependant pas organisé pour accueillir des patients en soins sous contrainte ou des mineurs ne souhaitant pas être hospitalisés. De plus ces unités sont beaucoup plus représentées sur le territoire que les unités du secteur public. Si nous avons inclus ces unités, deux problèmes se seraient posés. Premièrement la répartition des diagnostics aurait été biaisée car certains troubles auraient été sous représentés (trouble psychotique décompensé nécessitant un soin sous contrainte, comportement suicidaire non critiqué ...) alors que le secteur public prend en soin tout type de pathologie se présentant. Deuxièmement nous aurions mis en évidence une plus grande hétérogénéité entre les unités du fait d'une différence de recrutement de patients entre le public et le privé.



## **VI/ Conclusion**

La tranche d'âge des AJA représente une phase clé de l'intervention et de la prévention en psychiatrie. Des changements majeurs d'un point de vue neurobiologique, systémique et environnemental ont lieu et sont autant d'arguments pouvant expliquer l'émergence de troubles psychiatriques dans cette tranche d'âge.

Le système de soin français semble cependant ne pas être adapté pour répondre de manière adéquate aux besoins des AJA. En effet, les AJA sont situés à la jonction entre le soin pédopsychiatrique et la psychiatrie adulte. En France, ces deux versants du soin psychiatrique sont radicalement différents que ce soit sur leur organisation ou leur mode de prise en soin. Le lien entre eux est, de plus, très difficile et est à l'origine de nombreux perdus de vue. Cette même problématique a été retrouvée par le passé dans d'autres pays et d'autres spécialités médicales mais des mesures ont été mises en place. L'Australie a notamment mis en place un réseau de santé mentale pour les AJA constitué de différents centres de référence à travers le pays sous la direction indirecte de l'Etat.

La France tente de rattraper son retard en mettant en place un modèle du même type même si la prise en charge est essentiellement centrée sur les psychoses émergentes et non sur la santé mentale en générale. Les instances de santé françaises tentent d'établir des politiques communes et des recommandations concernant les AJA. Nous notons cependant qu'il y a un manque de coordination entre la législation de santé concernant les AJA, les recommandations que l'HAS tente d'établir et les recommandations du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté concernant les mineurs en établissement de santé. Ce manque de coordination rend la prise en charge des

AJA difficile dans les services de psychiatrie classique. C'est dans ce sens que depuis quelques années apparaissent des unités d'hospitalisation publiques prenant en charge spécifiquement les AJA.

Ces unités sont encore peu nombreuses et récentes sur le territoire en comparaison des besoins. Elles dépendent principalement de Centre Hospitalier Universitaires, ce qui limite leur accès en périphérie. Elles s'accordent globalement sur la tranche d'âge 16-25 ans. Les indications d'hospitalisation reflètent bien l'épidémiologie des troubles psychiatriques en population générale d'AJA. Ce qui peut nous indiquer un bon recrutement de patients par ces unités. Il existe cependant peu de coordination entre elles et les recommandations en France sont peu présentes. Le rapport Hazan de 2017 concernant la présence des mineurs dans les lieux de privation de liberté tente d'établir des recommandations qui pourraient correspondre à une conduite à tenir pour ces unités. Certaines sont déjà appliquées de manière homogène mais il existe des disparités que ce soit pour les personnels en poste (sous-représentation des pédopsychiatres et des médecins généralistes notamment), la présence d'espaces d'apaisement ainsi que les modalités d'hospitalisation avec pour certaines une possibilité d'hospitalisation séquentielle ou de pré-admission.

Notre étude a cependant été limitée par la difficulté à trouver ces unités, non répertoriées en tant que telles, et au faible nombre de réponse. Il est important de promouvoir le lien entre ces unités. En effet, l'échange, le partage d'expérience et la coordination semblent être les clés de l'optimisation de la prise en soin des adolescents et des jeunes adultes. Une des pistes pouvant être explorée serait la création d'un réseau d'unités spécifiques pour AJA. Ainsi d'autres études et

questionnaires seraient possibles dans le futur et pourraient guider au mieux le législateur afin de coordonner pratique médicale, recommandations et cadre légal.



## VII/ Bibliographie

1. Anne Lambert, sociologue : « Avec la crise, les conditions d'insertion dans la vie d'adulte se sont encore dégradées ». *Le Monde.fr*. [https://www.lemonde.fr/campus/article/2020/06/11/anne-lambert-sociologue-avec-la-crise-les-conditions-d-insertion-dans-la-vie-d-adulte-se-sont-encore-degradees\\_6042547\\_4401467.html](https://www.lemonde.fr/campus/article/2020/06/11/anne-lambert-sociologue-avec-la-crise-les-conditions-d-insertion-dans-la-vie-d-adulte-se-sont-encore-degradees_6042547_4401467.html). Published June 11, 2020. Accessed September 6, 2020.
2. Krebs M-O. Les états mentaux à risque des 15/25 ans et leur environnement. *L'Encéphale*. 2009;35:S179-S181. doi:10.1016/S0013-7006(09)73468-2
3. Gourion D. *La fragilité psychique des jeunes adultes: 15-30 ans : prévenir, aider et accompagner*. O. Jacob; 2016.
4. HAS\_programme\_pluriannuel\_psychiatrie\_sante\_mentale\_2018\_2023.pdf. Accessed April 19, 2020. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/programme\\_pluriannuel\\_psy\\_sante\\_mentale\\_2018\\_2023.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/programme_pluriannuel_psy_sante_mentale_2018_2023.pdf)
5. Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France). *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie.*; 2016.
6. Léon C. La dépression en France chez les 18-75 ans: résultats du baromètre santé en 2017 / Depression in France among the 18-75 year-olds: results from the 2017 health barometer. :8.
7. Stanislas Spilka, Olivier Le Nézet, Eric Janssen, Alex Brissot, Antoine Philippon. Les drogues à 17 ans : analyse régionale - Enquête ESCAPAD 2017 - OFDT. Accessed August 2, 2020. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2018/les-drogues-17-ans-analyse-regionale-enquete-escapad-2017/>
8. Lenroot RK, Giedd JN. Brain development in children and adolescents: Insights from anatomical magnetic resonance imaging. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2006;30(6):718-729. doi:10.1016/j.neubiorev.2006.06.001
9. Martinot J-L, Zilbovicius M, Paillère M-L, Boddaert N, Artiges É, Berthoz S. Développement cérébral en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Approche par l'imagerie. *L'Évolution Psychiatrique*. 2002;67(1):122-154.

doi:10.1016/S0014-3855(02)00117-2

10. Oppenheim C, Ducreux D, Rodrigo S, et al. le point sur... - Imagerie en tenseur de diffusion et tractographie de l'encéphale et de la moelle. */data/revues/02210363/00883-C2/510/*. Published online March 19, 2008. Accessed December 15, 2019. <https://www.em-consulte.com/en/article/122161>
11. Dow-Edwards D, MacMaster FP, Peterson BS, Niesink R, Andersen S, Braams BR. Experience during adolescence shapes brain development: From synapses and networks to normal and pathological behavior. *Neurotoxicology and Teratology*. 2019;76:106834. doi:10.1016/j.ntt.2019.106834
12. Holzer L, Halfon O, Thoua V. La maturation cérébrale à l'adolescence. *Archives de Pédiatrie*. 2011;18(5):579-588. doi:10.1016/j.arcped.2011.01.032
13. Norbom LB, Doan NT, Alnæs D, et al. Probing Brain Developmental Patterns of Myelination and Associations With Psychopathology in Youths Using Gray/White Matter Contrast. *Biological Psychiatry*. 2019;85(5):389-398. doi:10.1016/j.biopsych.2018.09.027
14. Gogtay N, Giedd JN, Lusk L, et al. Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood. *PNAS*. 2004;101(21):8174-8179. doi:10.1073/pnas.0402680101
15. Barlaam F. Maturation and learning of anticipated postural control in Teens: Motor and Cerebral Expressions. Published online December 2013. Accessed August 24, 2020. <https://hal-amu.archives-ouvertes.fr/tel-01446666>
16. Barbalat G, Domenech P, Vernet M, Fournieret P. Approche neuroéconomique de la prise de risque à l'adolescence. *L'Encéphale*. 2010;36(2):147-154. doi:10.1016/j.encep.2009.06.004
17. Dayan J, Guillery-Girard B. Psychopathologie de l'adolescent et neurosciences : congruences et incongruences. *Archives de Pédiatrie*. 2013;20(5, Supplement 1):H206-H207. doi:10.1016/S0929-693X(13)71393-9
18. Ernst M, Korelitz KE. Maturation cérébrale à l'adolescence : vulnérabilité comportementale. *L'Encéphale*. 2009;35:S182-S189. doi:10.1016/S0013-7006(09)73469-4
19. Frappaz D, Sunyach M-P, Le Rhun E, et al. La neuro-oncologie des adolescents et adultes jeunes (AJAS) : place d'une RCP nationale. Au nom de l'ANOCEF, GO-AJA et de la SFCE. *Bulletin du Cancer*. 2016;103(12):1050-1056. doi:10.1016/j.bulcan.2016.10.010

20. Pfefferbaum A, Rohlfing T, Pohl KM, et al. Adolescent Development of Cortical and White Matter Structure in the NCANDA Sample: Role of Sex, Ethnicity, Puberty, and Alcohol Drinking. *Cereb Cortex*. 2016;26(10):4101-4121. doi:10.1093/cercor/bhv205
21. Andersen SL, Teicher MH. Stress, sensitive periods and maturational events in adolescent depression. *Trends in Neurosciences*. 2008;31(4):183-191. doi:10.1016/j.tins.2008.01.004
22. Elsayed NM, Fields KM, Olvera RL, Williamson DE. The role of familial risk, parental psychopathology, and stress for first-onset depression during adolescence. *Journal of Affective Disorders*. 2019;253:232-239. doi:10.1016/j.jad.2019.04.084
23. Dupont S. Chapitre premier. Une révolution dans le champ des psychothérapies. *Que sais-je?*. Published online September 8, 2017:5-26.
24. Dupont S. Le cycle de vie familiale : un concept essentiel pour appréhender les familles contemporaines. *Thérapie Familiale*. 2018;Vol. 39(2):169-181.
25. Doba K, Nandrino J-L. Existe-t-il une typologie familiale dans les pathologies addictives ? Revue critique de la littérature sur les familles d'adolescents présentant des troubles alimentaires ou des conduites de dépendance aux substances. *Psychologie Française*. 2010;55(4):355-371. doi:10.1016/j.psfr.2010.10.001
26. Bellon-Champel L, Varescon I. Environnement familial et consommation de substances psychoactives à l'adolescence : facteurs de vulnérabilité et d'adaptation. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2017;175(4):313-319. doi:10.1016/j.amp.2015.06.005
27. Ellickson SL, Tucker JS, Klein DJ, McGuigan KA. Prospective risk factors for alcohol misuse in late adolescence. *J Stud Alcohol*. 2001;62(6):773-782. doi:10.15288/jsa.2001.62.773
28. Pinheiro RT, Pinheiro KAT, Magalhães PV da S, et al. Cocaine Addiction and Family Dysfunction: A Case-Control Study in Southern Brazil. *Substance Use & Misuse*. 2006;41(3):307-316. doi:10.1080/10826080500409167
29. Sawyer SM, Drew S, Yeo MS, Britto MT. Adolescents with a chronic condition: challenges living, challenges treating. *The Lancet*. 2007;369(9571):1481-1489. doi:10.1016/S0140-6736(07)60370-5
30. Jacquin P, Levine M. Difficultés d'observance dans les maladies chroniques à l'adolescence : comprendre pour agir. *Archives de Pédiatrie*. 2008;15(1):89-94. doi:10.1016/j.arcped.2007.10.016
31. Mayoral F, Berrozpe A, de la Higuera J, Martinez-Jambrina JJ, de Dios

- Luna J, Torres-Gonzalez F. Efficacy of a family intervention programme for prevention of hospitalisation in patients with schizophrenia. A naturalistic multicenter controlled and randomised study in Spain. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*. 2015;8(2):83-91. doi:10.1016/j.rpsmen.2015.04.004
32. Puolakka K, Pitkänen A. Effectiveness of psychosocial interventions on quality of life of patients with schizophrenia and related disorders: A systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2019;33(5):73-82. doi:10.1016/j.apnu.2019.07.001
  33. Winance M. Dépendance versus autonomie... De la signification et de l'imprégnation de ces notions dans les pratiques médicosociales (Commentaire). *Sciences Sociales et Santé*. 2007;25(4):83-91. doi:10.3406/sosan.2007.1875
  34. Leprince T, Sauveplane D, Ricadat E, Seigneur É, Marioni G. Aspects psychosociaux et développementaux des AJA atteints de cancer : existe-t-il des spécificités propres aux jeunes adultes ? *Bulletin du Cancer*. 2016;103(12):990-998. doi:10.1016/j.bulcan.2016.10.013
  35. Cohen-Scali V, Guichard J. L'identité : perspectives développementales. *osp*. 2008;(37/3):321-345. doi:10.4000/osp.1716
  36. Danner M, Guégnard C, Joseph O. Les jeunes NEET : résistances et évolutions sur vingt ans. *Formation emploi*. 2020;n° 149(1):61-85.
  37. Gutiérrez-García RA, Benjet C, Borges G, Méndez Ríos E, Medina-Mora ME. Emerging adults not in education, employment or training (NEET): socio-demographic characteristics, mental health and reasons for being NEET. *BMC Public Health*. 2018;18(1):1201. doi:10.1186/s12889-018-6103-4
  38. Gutiérrez-García RA, Benjet C, Borges G, Méndez Ríos E, Medina-Mora ME. NEET adolescents grown up: eight-year longitudinal follow-up of education, employment and mental health from adolescence to early adulthood in Mexico City. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017;26(12):1459-1469. doi:10.1007/s00787-017-1004-0
  39. Parsons HM, Harlan LC, Lynch CF, et al. Impact of Cancer on Work and Education Among Adolescent and Young Adult Cancer Survivors. *J Clin Oncol*. 2012;30(19):2393-2400. doi:10.1200/JCO.2011.39.6333
  40. Travail, santé et handicap – Emploi, chômage, revenus du travail | Insee. Accessed September 27, 2020. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4501621?sommaire=4504425>
  41. Population active – Tableaux de l'économie française | Insee. Accessed September 27, 2020. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277653?sommaire=4318291>

42. Killackey E, Allott K, Cotton SM, et al. A randomized controlled trial of vocational intervention for young people with first-episode psychosis: method. *Early Intervention in Psychiatry*. 2013;7(3):329-337. doi:10.1111/eip.12066
43. Botbol M. *Adolescence et attachement*. Éditions GREUPP; 1999:63-79. Accessed September 10, 2020. <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/troubles-de-la-personnalite-troubles-des-conduite--9782825707210-page-63.htm>
44. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). *Acta Endosc*. 1998;28(2):151-155. doi:10.1007/BF03019434
45. Jeffrey D. *Les rites de passage à l'adolescence*. Autrement; 2008:97-110. Accessed May 23, 2020. <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/cultures-adolescentes--9782746711860-page-97.htm>
46. Pombet T. 2. *L'articulation du cure et du care au prisme de la reconnaissance. Une étude des dispositifs de soins dédiés aux « AJA » atteints de cancer*. La Découverte; 2018:28-38. Accessed May 23, 2020. <https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/le-cancer-un-regard-sociologique--9782707195784-page-28.htm>
47. Huguet F, Leguay T, Raffoux E, et al. Pediatric-inspired therapy in adults with Philadelphia chromosome-negative acute lymphoblastic leukemia: the GRAALL-2003 study. *J Clin Oncol*. 2009;27(6):911-918. doi:10.1200/JCO.2008.18.6916
48. Jacquot J, Delbarre-Philippart M, Bricout H, et al. Intérêt d'une approche socioéducative dans l'accompagnement des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer : l'exemple lillois. *Bulletin du Cancer*. 2016;103(12):1011-1018. doi:10.1016/j.bulcan.2016.10.019
49. Tubiana-Rufi N. La transition de soins chez les jeunes diabétiques : quels programmes et quelle efficacité ? *Médecine des Maladies Métaboliques*. 2019;13(5):404-412. doi:10.1016/S1957-2557(19)30112-9
50. McNeil R, Egsdal M, Drew S, McCarthy MC, Sawyer SM. The changing nature of social support for adolescents and young adults with cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 2019;43:101667. doi:10.1016/j.ejon.2019.09.008
51. Inoue I, Nakamura F, Matsumoto K, Takimoto T, Higashi T. Cancer in adolescents and young adults: National incidence and characteristics in Japan. *Cancer Epidemiology*. 2017;51:74-80. doi:10.1016/j.canep.2017.10.010
52. Bradford N, Walker R, Cashion C, Henney R, Yates P. Do specialist youth cancer services meet the physical, psychological and social needs of

- adolescents and young adults? A cross sectional study. *European Journal of Oncology Nursing*. 2020;44:101709. doi:10.1016/j.ejon.2019.101709
53. Morrissey EC, Casey B, Dinneen SF, Lowry M, Byrne M. Diabetes distress in adolescents and young adults living with type 1 diabetes. *Canadian Journal of Diabetes*. Published online March 14, 2020. doi:10.1016/j.jcjd.2020.03.001
  54. Roesler C, Pautre I, Thirry D, et al. Quelles spécificités de sociabilisation, sociales, scolaires et professionnelles pour les adolescents et jeunes adultes atteints de cancer ? *Bulletin du Cancer*. 2016;103(12):979-989. doi:10.1016/j.bulcan.2016.10.015
  55. FERRARI. *Traité Européen de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Lavoisier; 2012.
  56. Hazan A. *Rapport HAZAN Droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale.*; 2017.
  57. Rapport d'information MILON-AMIEL. Accessed April 5, 2020. <http://www.senat.fr/rap/r16-494/r16-4941.pdf>
  58. Desandes E, Lacour B, Clavel J. Les cancers des adolescents et des jeunes patients : vision épidémiologique et organisations des soins en France. *Bulletin du Cancer*. 2016;103(12):957-965. doi:10.1016/j.bulcan.2016.09.020
  59. Marec-Bérard P, Boissel N. Adolescents et jeunes adultes face au cancer : une spécificité des enjeux. *Bulletin du Cancer*. 2016;103(12):955-956. doi:10.1016/j.bulcan.2016.09.016
  60. historique\_de\_l\_enfermement.pdf. Accessed April 18, 2020. [http://www.cpn-laxou.com/IMG/pdf/historique\\_de\\_l\\_enfermement.pdf](http://www.cpn-laxou.com/IMG/pdf/historique_de_l_enfermement.pdf)
  61. Mazet P. Georges Heuyer (1884–1977). *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2014;62(4):259-260. doi:10.1016/j.neurenf.2014.01.010
  62. Brunod R. Les bases théoriques de la sémiologie en pédopsychiatrie. I. Les modèles théoriques. *Archives de Pédiatrie*. 1999;6(3):307-313. doi:10.1016/S0929-693X(99)80271-1
  63. Catheline N. Projet pour le CMP de demain. L'évolution nécessaire des CMP pour la psychiatrie de demain de l'enfant et de l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2018;66(7):399-406. doi:10.1016/j.neurenf.2018.09.004
  64. Glaser C, Canceil O, Gozlan G. Case management en psychiatrie : vers des pratiques professionnelles intégrées. *L'information psychiatrique*. 2016;Volume 92(7):539-545.

65. Gozlan G. Santé mentale et prise en charge précoce : l'expérience du réseau de santé Prepsy. *Encephale*. 2008;34 Suppl 5:S183-S185. doi:10.1016/S0013-7006(08)75508-8
66. Etablissement de santé mentale de Lille | MGEN. Accessed August 4, 2020. <http://proximite.mgen.fr/192>
67. Boisguérin B, Lhéritier J-L, Douangdara S, Dherbecourt L. Rapport Drees 2017 les établissements de santé. :186.
68. Sabbah Lim I, Garnier B, Dauriac-Le Masson V, Fortias M, Contejean Y. Caractéristiques d'une population adolescente en fonction de son lieu de consultation : comparaison entre un service de psychiatrie adulte et un service de psychiatrie infanto-juvénile. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2013;61(1):1-7. doi:10.1016/j.neurenf.2012.10.005
69. Signorini G, Singh SP, Marsanic VB, et al. The interface between child/adolescent and adult mental health services: results from a European 28-country survey. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018;27(4):501-511. doi:10.1007/s00787-018-1112-5
70. Milestone Consortium, Russet F, Humbertclaude V, et al. Training of adult psychiatrists and child and adolescent psychiatrists in europe: a systematic review of training characteristics and transition from child/adolescent to adult mental health services. *BMC Med Educ*. 2019;19(1):204. doi:10.1186/s12909-019-1576-0
71. Lambelin L. Collaboration entre pédopsychiatres et psychiatres d'adultes pour une amélioration du relais de prise en charge de l'adolescent en ambulatoire: étude observationnelle des relais effectués dans les Alpes-Maritimes et proposition de protocole. Published online 2017:94.
72. Santosh P, Adams L, Fiori F, et al. Protocol for the development and validation procedure of the managing the link and strengthening transition from child to adult mental health care (MILESTONE) suite of measures. *BMC Pediatr*. 2020;20(1):167. doi:10.1186/s12887-020-02079-9
73. Vacheron M-N, Veyrat-Masson H, Wehbe E. Quelle prise en charge du jeune présentant un premier épisode psychotique, quand la scolarité est mise à mal ? *L'Encéphale*. 2017;43(6):570-576. doi:10.1016/j.encep.2017.10.001
74. Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours. Haute Autorité de Santé. Accessed August 6, 2020. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1782013/fr/manifestations-depressives-a-l-adolescence-reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-en-soins-de-premier-recours](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1782013/fr/manifestations-depressives-a-l-adolescence-reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-en-soins-de-premier-recours)
75. Emmanuelli M. Chapitre III - Les troubles de l'adolescence. *Que sais-je?*. 2016;3e éd.:67-109.

76. 1998 - Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation e.pdf. Accessed August 10, 2020. <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suicideVF.pdf>
77. Anorexie mentale : prise en charge. Haute Autorité de Santé. Accessed August 10, 2020. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge](https://www.has-sante.fr/jcms/c_985715/fr/anorexie-mentale-prise-en-charge)
78. Boulimie et hyperphagie boulimique : Repérage et éléments généraux de prise en charge. Haute Autorité de Santé. Accessed August 10, 2020. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2581436/fr/boulimie-et-hyperphagie-boulimique-reperage-et-elements-generaux-de-prise-en-charge](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2581436/fr/boulimie-et-hyperphagie-boulimique-reperage-et-elements-generaux-de-prise-en-charge)
79. Michel C, Toffel E, Schmidt SJ, et al. Détection et traitement précoce des sujets à haut risque clinique de psychose : définitions et recommandations. *L'Encéphale*. 2017;43(3):292-297. doi:10.1016/j.encep.2017.01.005
80. Schultze-Lutter F, Michel C, Schmidt SJ, et al. EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses. *European Psychiatry*. 2015;30(3):405-416. doi:10.1016/j.eurpsy.2015.01.010
81. Carey E, Gillan D, Healy C, et al. Early adult mental health, functional and neuropsychological outcomes of young people who have reported psychotic experiences: a 10-year longitudinal study. *Psychol Med*. Published online March 27, 2020:1-9. doi:10.1017/S0033291720000616
82. Krebs M-O. Détection et intervention précoce : un nouveau paradigme. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2018;176(1):65-69. doi:10.1016/j.amp.2017.11.009
83. Amado I. Détection précoce et réhabilitation. La place d'un dispositif spécifique. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2018;176(1):80-83. doi:10.1016/j.amp.2017.11.001
84. 20120213\_guide\_pec\_enfant\_ado.pdf. Accessed August 10, 2020. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-02/20120213\\_guide\\_pec\\_enfant\\_ado.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-02/20120213_guide_pec_enfant_ado.pdf)
85. Milestone-liste des centres de recrutement français. Accessed September 28, 2020. <https://milestone-transitionstudy.eu/fr/centres-de-recrutement>
86. DICOM\_Marie.M, DICOM\_Marie.M. Lancement du Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie. Secrétariat d'État auprès du Premier ministre chargé des Personnes handicapées. Published August 9, 2020. Accessed August 9, 2020. <https://handicap.gouv.fr/presse/dossiers-de-presse/article/lancement-du-comite-strategique-de-la-sante-mentale-et-de-la-psychiatrie>
87. Jeunes en souffrance psychique : lancement de l'expérimentation

- Écoute Émoi en Île-de-France. Accessed August 9, 2020.  
<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/jeunes-en-souffrance-psychique-lancement-de-lexperimentation-ecoutemoi-en-ile-de-france>
88. 3ème réunion du Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie Allocution de Madame Sophie CLUZEL, Secrétaire d'Etat auprès du Premier Ministre Chargée des personnes handicapées 23 janvier 2020 Générale. CNIGEM. Published January 31, 2020. Accessed August 9, 2020. <https://www.cnigem.fr/3eme-reunion-du-comite-strategique-de-la-sante-mentale-et-de-la-psychiatrie-allocution-de-madame-sophie-cluzel-secretaire-detat-aupres-du-premier-ministre-chargee-des-personnes-handicapees/>
  89. Hodges CA, O'Brien MS, McGorry PD. headspace: National Youth Mental Health Foundation: making headway with rural young people and their mental health. *Aust J Rural Health*. 2007;15(2):77-80. doi:10.1111/j.1440-1584.2007.00868.x
  90. Patrick McGorry : « Un traitement précoce permet d'infléchir les résultats » - ESCAP. Accessed August 15, 2020.  
<https://www.escap.eu/policy/access-to-mental-health-care/mcgorry-french>
  91. de Fleurian A, Genvresse P. La Maison des adolescents, écho d'un changement sociétal ? Perspectives historique, fonctionnelle et psychodynamique d'un dispositif de soin. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2011;59(2):75-80. doi:10.1016/j.neurenf.2010.04.001
  92. Cosseron F. Les maisons des adolescents (MDA) : une menace pour les secteurs ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2011;59(2):129-133. doi:10.1016/j.neurenf.2010.09.004
  93. Benoit J-P, Smadja R, Benyamin M, Moro M-R. Construire une relation de soins avec les adolescents. Qu'apporte le nouveau dispositif des Maisons des adolescents ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2011;59(2):86-93. doi:10.1016/j.neurenf.2010.07.007
  94. Godart N, Lesieur P. Fondation Santé des Etudiants de France – La place des études dans les soins psychiatriques à l'adolescence : de la détection précoce aux soins post-aigus. *French Journal of Psychiatry*. 2018;1:S100-S101. doi:10.1016/S2590-2415(19)30266-1
  95. Debre B, Coulon R, Lesieur P, et al. La Fondation santé des étudiants de France : soins, études, insertion pour jeunes malades ou handicapés. *Réadaptation*. 2004;(508):9-47.
  96. Financement. Accessed August 12, 2020.  
<http://www.fsef.net/index.php/la-fondation/financement>
  97. Entretien avec le professeur Marie-Odile Krebs (2) | Les témoignages | Portail français Schizophrénie. Accessed August 13, 2020.

<https://www.collectif-schizophrenies.com/les-temoignages/entretien-avec-le-professeur-marie-odile-krebs-2>

98. Krebs M-O. Le réseau Transition : une initiative nationale pour promouvoir l'intervention précoce des psychoses débutantes chez l'adolescent et l'adulte jeune. *Inf Psychiatr.* 2019;95(8):667-671.
99. Lillig M. Conduct Disorder: Recognition and Management. *Am Fam Physician.* 2018;98(10):584-592.
100. Perisse D, Gerardin P, Cohen D, Flament M, Mazet P. Le trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent : une revue des abords thérapeutiques. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence.* 2006;54(8):401-410. doi:10.1016/j.neurenf.2005.09.006
101. Bensa Q, Auxéméry Y. Les soins somatiques en psychiatrie : étude descriptive d'un bilan biologique systématique et implication en termes de prise en charge globale. *L'Encéphale.* 2017;43(3):205-211. doi:10.1016/j.encep.2016.03.001
102. Daudin M, Defontaine D. Blessure psychique et vécu corporel : prise en charge conjointe psychiatre-psychomotricien. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* 2015;173(10):868-871. doi:10.1016/j.amp.2015.10.004
103. Defiolles-Peltier V. Corps, crise psychotique et psychomotricité. *French Journal of Psychiatry.* 2019;1:S59. doi:10.1016/j.fjpsy.2019.10.125
104. Ranoux C. La compétence sociale du jeune atteint d'autisme : Ergothérapie et autisme. *Ergothérapies.* 2009;(34):41-49.
105. Stip E, Sablier J, Sephy A, et al. Cuisine et schizophrénie : activité carrefour d'une évaluation écologique, ergothérapique et neuropsychologique. *smq.* 2007;32(1):159-179. doi:<https://doi.org/10.7202/016514ar>
106. About Us - Orygen, Revolution in Mind. Accessed August 15, 2020. <https://orygen.org.au/About/About-Us>
107. Isolement et contention en psychiatrie générale. Haute Autorité de Santé. Accessed August 19, 2020. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale)
108. *Décret N° 2006-1386 Du 15 Novembre 2006 Fixant Les Conditions d'application de l'interdiction de Fumer Dans Les Lieux Affectés à Un Usage Collectif.*; 2006.

## VIII/ Annexes

### VIII.1/ Annexe 1 : répertoire d'unités spécifiques pour AJA

Nom de l'unité	Établissement de référence
Unité 16/25	Établissement Publique de Santé Mentale Lille Métropole Unités Tourquennoises de psychiatrie rue du président Coty TOURCOING 59200
Unité 4 saisons	Centre Hospitalier Jean Eric TECHER Unité de santé Mentale 578 grande rue du petit Courgain CALAIS 62100
Pavillon d'Admission pour jeunes adultes	Centre Hospitalier Gérard Marchant 134 route d'Espagne TOULOUSE 31057
UJA Unité pour Jeunes Adultes	APHP Pole de psychiatrie et addictologie Henri Mondor/ Albert-Chenevier CRETEIL 94000
UAMP Unité d'Accueil Médico-psychologique Anjela Duval	Centre Hospitalier Universitaire Morvan 5 avenue Foch BREST 29069
Unité Espace	Centre Hospitalier Universitaire Hopital Saint Jacques Pavillon Henri Ey NANTES 44093
Unité psychiatrique de l'adolescent et du jeune Adulte (UPAJA)	Hopital Simone Veil GHT Eaubonne-Montmorency 14 rye de Saint-Prix 95600 EAUBONNE 1 rue Jean Moulin 95160 MONTMORENCY
Unité Médico-psychologique de l'adolescent et du Jeune adulte (UMPAJA)	Groupement Hospitalier Saint André Centre Jean ABADIE 89 rue des sablières BORDEAUX 33077
Clinique de Psychologie médicale du jeune adulte	Centre Hospitalier Universitaire Carémeau Place du Pr.Robert Debré NIMES 30029
Hospitalisation Complète Jeunes Adultes	Centre Hospitalier Universitaire Hopital de le Colombière-39 avenue Charles Flahaut MONTPELLIER 34090
Unité d'hospitalisation pour jeunes adultes	APHP Hopital Louis Mourier 78 rue des Renouillers COLOMBES 92700
Unité Pass-aje	Centre Hospitalier Universitaire 58, rue Montalembert CLERMONT-FERRAND 63003
Unité Eugène Minkowski	Centre Hospitalier Spécialisé d'Uzes 1 et 2 avenue Foch UZES 30701

**AUTEUR : Nom : BRUNNER**

**Prénom : Jordan**

**Date de soutenance : 20 octobre 2020**

**Titre de la thèse : La prise en charge psychiatrique des jeunes adultes dans le secteur public français : focus sur les unités d'hospitalisation spécifiques**

**Thèse - Médecine - Lille « 2020 »**

**Cadre de classement : PSYCHIATRIE**

**DES + spécialité : PSYCHIATRIE**

**Mots-clés : AJA, transition, relai, unité spécifique**

**Résumé :** **Contexte :** Les adolescents et jeunes adultes, aussi regroupés sous le concept d'AJA, représentent une période de vulnérabilité psychiatrique, d'origine multifactorielle, et donc d'émergence de maladies psychiatriques, considérant qu'environ 75% des pathologies psychiatriques débutent avant 25 ans. Il existe un paradoxe entre la nécessité de soins précoces et intensifs à cette période et l'offre de soins à la jonction entre la psychiatrie de l'enfant et l'adolescent et la psychiatrie générale. De nouvelles recommandations émergent, mettant notamment l'accent sur la création d'unités d'hospitalisation prenant en charge spécifiquement les jeunes adultes. **Méthode :** Un recensement des unités d'hospitalisations dédiées nous a permis de faire un état de lieux de ces dispositifs de soins en France, par la diffusion d'un questionnaire. **Résultats :** Au total 13 unités ont été trouvées mais seulement 7 ont répondu. La majorité des unités ont moins de 10 ans et prennent en charge la tranche d'âge 16/25 ans. Il s'agit principalement d'unités dépendant d'un CHU. Les indications d'hospitalisation sont représentatives de l'émergence des troubles psychiatriques chez les AJA sauf pour les troubles du comportement alimentaire et les troubles anxieux. L'approche pédopsychiatrique est faiblement représentée. Il existe des différences pour ce qui est du fonctionnement et du cadre réglementaire surtout pour les mineurs. Ces unités tendent à être conformes aux recommandations qui émergent en France notamment le rapport Hazan de 2017. Nos résultats sont cependant biaisés par le faible nombre d'unités retrouvées et par un taux de réponse de 53%. **Conclusion :** Les recommandations françaises concernant les AJA sont insuffisantes mais tendent à s'étoffer. L'enjeu reste d'homogénéiser ces recommandations et les pratiques afin de développer une approche commune entre les différentes unités.

**Composition du Jury :**

**Président : M. Le Professeur G. VAIVA**

**Assesseurs : M. Le Professeur O. COTTENCIN**

**M. Le Professeur R. JARDRI**

**Directeur de thèse : Mme Le Docteur S. VERZAUX**