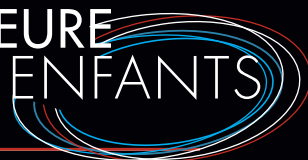


ADOLESCENTS

EN

SOUFFRANCE

plaidoyer
pour une véritable
prise en charge



Adolescents
en souffrance

**Plaidoyer pour
une véritable
prise en charge**

ADOLESCENTS EN SOUFFRANCE

Depuis ma nomination comme Défenseure des enfants je suis frappée par le nombre de courriers qui arrivent chaque jour et qui expriment la détresse d'enfants et d'adolescents dans différentes circonstances de leur vie : notamment à l'occasion des ruptures de liens affectifs générés par les séparations familiales, les placements mais également du fait de l'incertitude de leur situation administrative ou de celle de leurs parents. Des adultes m'écrivent également pour me faire part de leurs inquiétudes, de leur isolement et de leur sentiment d'impuissance devant certaines décisions administratives ou judiciaires... Des médecins, des travailleurs sociaux témoignent de leur côté de situations qui leur paraissent porter atteinte aux droits de l'enfant.

Certains courriers résonnent plus violemment que d'autres...

L'histoire de Baptiste rapportée par une équipe de travailleurs sociaux nous a saisis car elle raconte le désespoir d'un adolescent en crise, sa solitude et le côté implacable des procédures administratives qui ne savent pas toujours faire du sur-mesure pour ce type de jeunes multi-fracturés.

« C'est l'histoire banale d'un adolescent turbulent qui a écumé tous les centres sociaux de la région pour échouer dans un centre éducatif renforcé en attendant sa majorité. Congédié le jour de ses 18 ans (en juin 2005), il se retrouve à la rue sans un euro en poche. Désespéré, livré à lui-même, il agresse un pharmacien pour lui voler sa recette de la journée et deux boîtes de tranquillisants. Ultime appel, face aux urgences du centre hospitalier universitaire, il avale 18 comprimés et l'équivalent d'une bouteille de whisky. Il meurt dans l'indifférence générale ».

L'éducateur qui est contacté le lendemain par les services de police pour identifier Baptiste est effondré devant le corps de cet adolescent, « *mi-ange, mi-démon* », qui avait ce parcours bien connu de trop d'enfants que les circonstances familiales ont amenés à vivre des ruptures répétées de liens affectifs, des placements multiples de foyers en familles d'accueil... puis, de tentatives de suicide en troubles du comportement ou en actes de délinquance, ils rejoignent la cohorte des « *incasables* » que les différentes institutions se renvoient de l'une à l'autre. Leur circuit tourne en boucle : de la pédopsychiatrie où leur comportement est difficile à gérer vers la psychiatrie adulte où ils n'ont pas leur place à côté de patients adultes aux pathologies lourdes... des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques aux foyers de la protection judiciaire de la jeunesse ou en centre éducatif renforcé ou fermé... et puis vient le temps où ils sont majeurs et où les institutions, qui n'ont pas pu ou pas su réparer ces blessures trop profondes, les laissent partir vers leur destin d'adultes... et là, sans ces filets fragiles que la société posait pour amortir les chocs, ils sont perdus et nous disent, comme Baptiste qui l'avait écrit au creux de sa paume gauche, « *demandez-moi pardon* ».

Mais il y a aussi dans des contextes familiaux sans problème majeur, tous ces parents d'adolescents qui nous ont dit que leur enfant semblait aller bien, qu'il avait une scolarité normale, pas de problèmes particuliers de comportement, qu'il lançait sans doute des petits signaux à peine visibles pour le regard non averti... qu'il fumait un peu de cannabis, peut-être un peu trop... et qu'il a mis fin à ses jours en écrivant simplement « *je n'y arriverai pas* ».

Et tous ces autres parents qui, sentant que leur enfant n'allait pas très bien, ont cherché de l'aide auprès du monde scolaire non formé à ces problématiques, dans des centres médico-psychologiques saturés où on leur a donné des rendez-vous trop lointains ou auprès de psychiatres qui disaient qu'il fallait attendre que le jeune « *ait une demande de soins* »... et puis, un jour, il y a eu un passage à l'acte... irréversible. « *Nous étions des parents abandonnés...* », nous ont-ils confiés.

Ces histoires de vie fulgurantes ont fait écho avec le chiffre élevé en France des tentatives de suicide (environ 40 000 par an) et des décès par suicide d'adolescents et de jeunes adultes (plus de 600 par an).

Face à ces parcours d'adolescents exprimant leur détresse, ces parents broyés par le choc de ces morts prématurées, ces travailleurs sociaux laissés seuls avec des adolescents qui relèvent d'une prise en charge psychiatrique ou au moins pluridisciplinaire, **nous avons décidé d'interroger le fonctionnement de nos institutions et l'état de nos pratiques professionnelles pour comprendre pourquoi le repérage n'avait pas été fait, pourquoi les institutions n'avaient pas réagi à temps, quelles étaient les difficultés et les manques...**

Durant une année nous avons rencontré dans différents départements, des médecins généralistes, des médecins des urgences, des pédopsychiatres, des enseignants, des infirmières scolaires, des conseillers principaux d'éducation, des principaux de collèges et proviseurs de lycées, des services de l'aide sociale à l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse, des policiers et des gendarmes, des magistrats de la jeunesse, des équipes de maisons d'adolescents, de points accueil écoute jeunes, de service d'écoute téléphonique... Nous sommes allés également dans un centre éducatif fermé et dans le quartier mineur d'une maison d'arrêt.

Nous avons écouté leurs inquiétudes « *nous voyons de nouvelles formes de souffrances psychiques chez des adolescents de plus en plus jeunes, des scarifications, une alcoolisation jusqu'au coma, des tentatives de suicide...* », nous ont-ils dit. *Nous avons aussi entendu leurs interrogations « que veulent-ils nous dire en se mettant ainsi en danger sous nos yeux ? ».*

Nous avons constaté leurs insuffisances de moyens pour faire face à l'augmentation des demandes (800 postes de psychiatres non pourvus dans les hôpitaux publics, manque d'infirmiers et de médecins scolaires...) ce qui a des conséquences importantes sur le repérage et la prise en charge des adolescents.

Nous avons analysé les manques structurels des institutions qui entraînent une discontinuité dans les prises en charge : centres médico-psychologiques saturés, lits d'hospitalisation à temps complet inexistant dans 16 départements, structures de post-hospitalisation complètement insuffisantes...

Nous avons déploré que l'objectif posé en 2004 de créer une Maison des adolescents par département soit bien loin d'être réalisé : 18 maisons seulement sont ouvertes à ce jour ! Les projets nouveaux piétinent alors que c'est « *une véritable révolution* » qui permet de mettre en lien toutes les institutions qui interviennent dans la prise en charge d'un jeune et surtout d'être un lieu adapté aux adolescents.

Mais nous avons aussi rencontré des équipes de « *précurseurs* » qui ne baissent pas les bras.

Des services de pédopsychiatrie qui ont inventé de nouvelles méthodes d'approche des adolescents en s'adaptant aux modes de vie des adolescents (horaires, rythmes...) et surtout en allant dans les lieux où se trouvent les jeunes grâce à des « *permanences hors les murs* » au cœur des collèges partenaires ou des équipes mobiles de consultation qui se rendent au domicile de jeunes qui n'en sortent plus (ou dans tout autre lieu) et qui n'iraient pas dans une consultation traditionnelle.

Nous avons été admiratifs de cette équipe de travailleurs sociaux et de familles d'accueil hors du commun qui s'est donné pour mission en lien avec le service de pédopsychiatrie de leur secteur de tenir le coup, 24h/24, face aux adolescents « *incasables* » de leur département afin que ces jeunes qui ont eu un mauvais départ puissent trouver un équilibre de vie sociale.

Nous avons participé à des réunions de travail pluridisciplinaires d'avant-garde et compris qu'il existe des pratiques et des savoirs cumulés qui permettent de porter un regard croisé sur des situations rendues complexes par l'évolution de la société, la spécialisation et le cloisonnement des institutions. Il est indispensable de donner « *un statut* » à ces espaces de travail en réseau pluridisciplinaire des professionnels de chaque département.

De même, il nous faut disposer d'informations épidémiologiques sur les adolescents et soutenir la recherche-action-formation, quasiment inexistante à ce jour et qui permettra

d'adapter en permanence les institutions aux problématiques des adolescents et non l'inverse qui a montré ses limites.

Le statut indépendant de la Défenseure des enfants la préserve d'une présentation par trop administrative des problématiques de société qui touchent les jeunes. Sa position de neutralité par rapport aux instances publiques lui permet d'être directement à l'écoute des adolescents qui se sont souvent heurtés à une multiplicité d'interlocuteurs sans réponse adéquate. Ce statut lui permet également de rencontrer en toute liberté professionnels et parents, de comprendre certains dysfonctionnements et ainsi d'élaborer des propositions novatrices à l'adresse des pouvoirs publics.

C'est pourquoi à l'occasion de ce rapport remis au Président de la République et au Parlement, j'émet le souhait qu'un grand chantier consacré aux « *adolescents en souffrance* » soit ouvert, parce qu'il y va de l'avenir de nos adolescents les plus fragilisés.

Dominique Versini,
Défenseure des enfants



SOMMAIRE

Les adolescents , une population vulnérable	15
---	----

▣ La souffrance psychique, une réalité difficile à définir	16
---	----

▣ Une société chamboulée facteur de vulnérabilité	18
--	----

1) La rencontre de la précarité et de l'exclusion : une grave crise du lien social	18
2) Les métamorphoses de la famille	19
3) Les adolescents pris en charge dans les différentes structures de la protection de l'enfance présentent une souffrance psychique supérieure aux autres	20
4) La scolarisation massive et l'inadéquation du système scolaire à certains adolescents	22

Les manifestations de la souffrance psychique : des facettes multiples et inquiétantes	25
--	----

▣ Des manifestations bien connues	26
--	----

1) Des tentatives de suicide en nombre élevé : 40 000 par an	26
2) La polyaddiction : alcool, tabac, cannabis en hausse constante	27
3) La banalisation du cannabis	28
4) Les drogues associées à la fête	29
5) Le tabac, le recul est amorcé	30
6) Les médicaments psychotropes, faciles à trouver	30
7) Les troubles du sommeil peu pris en compte	30

SOMMAIRE (suite)

▣ De nouvelles formes alarmantes de souffrance psychique	31
1) L'alcool pour la « défonce »	31
2) Une pornographie envahissante	34
3) Les troubles des comportements alimentaires en nette augmentation	35
4) Le décrochage scolaire et l'absentéisme	36
5) Une montée indiscutable de la violence	37
6) Une nouvelle addiction, la cyberdépendance	40
7) Les blogs, journal intime à ciel ouvert	41

L'**adolescent** est longtemps
resté le **grand oublié** des **politiques publiques** 43

▣ Une lente instauration d'actions en direction des adolescents mais pas de politique globale de l'adolescence	43
1) Une stratégie nationale d'actions face au suicide est mise en place de 2000 à 2005	43
2) À partir de 2005, l'Éducation nationale marque une volonté de travailler avec le monde de la santé autour de la souffrance psychique des adolescents	45
▣ Vers la mise en place d'un réseau national de lieux d'accueil et d'écoute pour les jeunes	46
1) La mise en réseau, en 2002, d'initiatives locales, les Points Accueil et Écoute Jeunes (PAEJ)	46
2) Une approche novatrice en 2004 : les Maisons des adolescents	46

<ul style="list-style-type: none"> ▣ D'autres engagements publics récents confortent ces objectifs de prise en charge adaptée de la santé mentale des jeunes 	48
---	----

À l'écoute du terrain 51

<ul style="list-style-type: none"> ▣ Comment l'entourage peut-il repérer le mal-être adolescent ? Est-il formé à cela ? 	51
<ul style="list-style-type: none"> 1) Les parents 2) Les amis 3) L'univers scolaire 4) Les médecins généralistes et spécialistes 5) les pharmaciens 6) Les magistrats 7) Les travailleurs sociaux 	51 55 57 60 62 62 64

Quelles réponses pour un ado qui va mal ?

<ul style="list-style-type: none"> ▣ Un dispositif de première ligne d'accueil, écoute, orientation, fragile et peu coordonné 	67
<ul style="list-style-type: none"> 1) Des lignes d'écoute à étendre 24h/24 2) Des Points d'Accueil et d'Écoute Jeunes hétérogènes 3) Les Maisons des adolescents fondées sur une approche novatrice Test des dispositifs destinés aux jeunes 	67 69 71 74

SOMMAIRE (suite)

■ Un dispositif psychiatrique et médico-social saturé	81
1) Une augmentation de 70% sur quinze ans des demandes de soins aboutissant à une saturation des structures	82
2) La crise de l'adolescent révèle les limites du système	87
3) L'après crise reste dans tous les cas un passage très difficile	94
■ Des initiatives innovantes se développent pour aller vers les adolescents qui n'ont pas de demande explicite	98
1) Des équipes mobiles pour aller vers des adolescents qui ne formulent pas de demandes	98
2) Des permanences « hors les murs »	100
3) Des services hospitaliers qui se sont adaptés aux besoins des adolescents	102
■ Des actions de formation pour un apprentissage de repères communs	104
■ Une crise permanente, les « incasables »	106

25 recommandations

pour contribuer à l'élaboration d'une stratégie nationale de prise en charge des adolescents en souffrance	112
--	-----

Auditions et visites de la Défenseure des enfants et de son équipe	116
---	-----

Les adolescents, une population vulnérable

Le statut de l'adolescent est loin d'être confortable : il doit à la fois abandonner l'enfance et trouver d'autres repères pour accéder à la vie adulte. Tout adolescent doit faire l'expérience concrète de la séparation, de la rupture et de l'éloignement vis-à-vis de son univers familial. Si les fondements affectifs sur lesquels s'est construite son enfance sont solides, il doit alors pouvoir vivre normalement cette transformation physique, psychique et sociale.

C'est en cherchant à définir ses propres limites que l'adolescent s'affirme. L'envie de prendre des risques est particulièrement présente à l'adolescence, afin de se mettre soi-même à l'épreuve, de se distinguer des adultes et de se conformer au groupe de jeunes de son âge. À travers ses expériences personnelles, à travers une confrontation indispensable aux adultes et à leurs repères il recherche son identité en se situant lui-même, par rapport aux autres et à son environnement. Si l'adolescence est une période de paradoxes et de conflits elle s'avère être aussi un moment particulier de créativité.

La majorité des jeunes bénéficie d'un bon état de santé physique et mentale comme en témoigne le panorama qu'en a dressé en 2007 le professeur Danièle Sommelet, présidente de la Société française de pédiatrie, pour le ministre de la Santé¹.

Cependant tous les adolescents ne franchissent pas de la même façon ces années intermédiaires. Il y a cinq ans déjà, un rapport sur l'adolescence², relevait que sur les 6,2 millions de jeunes âgés de 11 à 18 ans, **15 % d'entre eux**, soit près de 900 000, **présentent des signes tangibles de souffrance psychique exprimée dans une grande diversité de comportements** allant des plaintes somatiques aux conduites plus ou moins spectaculaires dont certaines conduisent à des mises en danger physiques et sociales à l'issue parfois fatale. De telles conduites dépassent l'effervescence adolescente ordinaire. L'équilibre futur de l'adolescent réclame qu'elles ne soient ni banalisées ni négligées et puissent être reconnues comme des symptômes d'appel, des indices d'une souffrance à laquelle il faut porter remède et qu'il faut bien distinguer des troubles mentaux.

La période de l'adolescence, qui n'était guère identifiée comme telle aux siècles précédents, paraît de plus en plus extensible. On considère généralement que l'âge de 11-12 ans correspond aux débuts de la puberté. Durant les années suivantes les adolescents vivent des modifications radicales de leur développement. Cette période correspond généralement à celle de la scolarisation au collège, quatre années qui constituent de fait un moment décisif pour le devenir du jeune.

1 Danièle Sommelet, rapport au ministre de la Santé : L'enfant et l'adolescent, un enjeu de société, une priorité du système de soins, la Documentation française 2007.

2 Xavier Pommereau, Rapport sur la santé des jeunes, 2002.

Plusieurs situations soumises à la Défenseure des enfants concernaient des adolescents qui s'étaient heurtés à ce qu'ils avaient ressenti comme des impasses, des portes closes et une incompréhension de la société à leur égard. Les difficultés rencontrées par de nombreuses personnes ou institutions proches des adolescents pour discerner et prendre en compte leur souffrance psychique étaient alors apparues. Ce constat a trouvé un écho dans le chiffre élevé des suicides d'adolescents et de jeunes adultes et dans l'observation des multiples formes d'expression de cette souffrance.

Ces observations ont conduit la Défenseure à examiner les conditions dans lesquelles la souffrance psychique était repérée et prise en charge chez les adolescents. **L'importance de cet enjeu a décidé la Défenseure des enfants à porter particulièrement son attention sur ces « années collège ».**

► La **souffrance psychique**, une réalité difficile à définir

En 2000, le Haut comité de la santé publique (HCSP) a abordé pour la première fois la souffrance psychique des jeunes « *La notion de souffrance psychique est vague, on a trop tendance à la confondre avec certains de ses effets montés en épingle dans la catégorie également floue de « violence des jeunes » tels que les consommations de produits psycho actifs, les violences de toutes sortes, les tentatives de suicide et divers troubles de conduites des jeunes... En cas d'augmentation de ces conduites on conclut à l'augmentation de la souffrance psychique. Si la souffrance psychologique peut s'exprimer à travers une diversité de comportements et de troubles, ceux-ci ne peuvent en soi être considérés comme des mesures fiables de cette souffrance. Le plus souvent la souffrance est silencieuse, la révolte exprimant plus fréquemment une sortie de souffrance.* » Le HCSP concluait « *La prudence s'impose face à la mesure de la souffrance psychologique et son évolution.* » Nombre de psychiatres s'accordent pour affirmer que ces troubles ne sont, heureusement, pas prédictifs de l'avenir.

« *La souffrance psychique est extrêmement difficile à définir* », l'observation reste la même formulée par les **nombreux professionnels rencontrés par les équipes de la Défenseure des enfants**. L'expression, expliquent-ils, rassemble deux notions complexes : « *souffrance* » et « *psychique* » qui sont des termes flous, allusifs. Il en est de même pour les expressions : mal-être, malaise, qui renvoient à une conception existentielle aux contours incertains. « *L'adolescence est un moment de désorganisation interne, source de tensions importantes, d'angoisses, de sentiment de dévalorisation ou, à l'inverse, de survalorisation. L'adolescent craint de se mesurer avec la réalité* » estime le professeur Gérard Schmit, président du Collège de pédopsychiatrie de la Fédération française de psychiatrie. Il invite à être attentif à « *l'expression directe* » de la souffrance d'un adolescent et à toutes ses « *conduites défensives* » : opposition, provocation, autosabotage mais aussi à sa mise en retrait dans l'isolement, le manque d'envie, la solitude.

« Je suis triste, je n'ai pas d'amis, je suis le boulet malade, on se sent trop seul et inintéressant... » disent les adolescents. Cette souffrance est souvent révélée par des comportements perturbateurs, mais les situations les plus dangereuses sont vécues par des adolescents qui souffrent sans en avoir conscience. Les études de Marie Choquet, épidémiologiste, à partir d'une échelle de malaise (qui n'est pas un diagnostic au sens strict du terme) « montrent clairement une montée de la dépressivité chez les jeunes, notamment chez les filles, entre 1993 et 1999 ».

En 2000, le Haut Comité de Santé Publique (HCSP) avait recommandé de mener une enquête décrivant les modes de vie et la santé des jeunes en incluant la recherche des signes de souffrance psychologique ainsi que la mesure de leur fréquence. Étaient demandées également des études destinées à « *décrire les facteurs de résilience, ceux-ci permettant de prévenir ou de repérer la souffrance psychique des adolescents et des adultes jeunes* ». Ces recommandations n'ont pas été concrétisées. Les données épidémiologiques disponibles sont, pour tout dire, insuffisantes, dispersées, certaines centrées sur les enfants de 0 à 18 ans, d'autres sur les 15-25 ans, souvent réparties entre diverses institutions, elles permettent donc difficilement de dresser une vision d'ensemble nécessaire pour fonder des actions.

Timothée 15 ans

“ Je souffrais parce que je n'arrivais pas à mettre de mots dessus ”

Timothée vient d'avoir quinze ans. Ses parents sont divorcés depuis qu'il a environ trois ans.

« Je souffre » résonne bien plus que « souffrance psychique » commence Timothée, dont le parcours de vie, depuis plusieurs années, est préoccupant. Il se rappelle que lorsqu'il avait environ sept ans, il n'allait pas bien : « *je faisais semblant d'être heureux, j'étais vide à l'intérieur, personne ne le voyait* ». Il pensait alors que ce sentiment était normal. Mais à l'âge de 13 ans, suite à une grave crise d'angoisse, il demande à voir un psy. Sa souffrance ne diminue pas, malgré la prise en charge en thérapie. Après deux tentatives de suicide, il est hospitalisé dans un service pour adolescents. « *Quand je suis tombé au plus bas j'ai pris du recul en écrivant : c'était comme si je déposais ma chair sur la feuille, c'était comme si la feuille me plaquait au mur* ».

Son mal-être, sa douleur intense il les définit comme « *un petit peu, le problème de la vie et de la société qui faisait mal* ».

Les enquêtes épidémiologiques qui observent et recensent ces différents signes décrivent un paysage, des grandes tendances. Elle n'ont pas de fonction prédictive notamment en matière de comportement individuel, comme l'a rappelé avec vigueur l'ensemble de nos interlocuteurs. Pour sa part, l'épidémiologiste Marie Choquet déplore « *un retard* » dans les enquêtes sur des sujets considérés comme « *sensibles* », telle la santé mentale.

Le Professeur Philippe Jeammet insiste sur le rôle que, selon lui, jouent l'ambiance sociale et les adultes dans le malaise adolescent. Il déplore une « *dépressivité des adultes* » « *La souffrance psychique, explique-t-il, résulte d'une construction entre les représentations que l'individu a de lui-même et celles que lui renvoie la société. Dans notre société beaucoup d'adultes se disent déprimés, déçus, certains parents exportent sur leurs enfants leur morosité. Sur quoi, sur qui, les adolescents pourront-ils s'appuyer pour se construire, qui leur donnera confiance dans l'avenir ?* »

Le pédopsychiatre met en garde contre une tendance actuelle, celle de considérer les jeunes comme des victimes passives. Le statut de victime et le fait de souffrir étant, selon lui, très valorisés par la société, cela pourrait conduire le jeune à l'adopter et à en faire un élément de son identité. « *Tous les troubles sont des appauvrissements de la personne, affirme Philippe Jeammet, mais ils soulagent et sécurisent* ».

► Une **société chamboulée** facteur de **vulnérabilité**

De profondes transformations ont affecté la société française depuis quarante ans, comme d'ailleurs l'ensemble des sociétés européennes. Les conditions de vie familiale, scolaire, relationnelle, les cadres sociaux traditionnels devenus trop flous pèsent sur l'adolescence, cette période de transition entre enfance et âge adulte et en accentuent les fragilités. Aussi le mal-être des adolescents est fréquemment en résonance avec celui éprouvé par leurs parents et l'ensemble de la société.

1) **La rencontre de la précarité et de l'exclusion :** une grave crise du lien social

Le passage d'une société industrielle à une société de services, la mondialisation de l'économie, l'apparition de grandes mégapoles, le chômage et la ghettoïsation de certaines catégories de populations dans les quartiers, l'échec de l'intégration ont vu progresser côte à côte la montée de la précarité et l'isolement : verticalisation de l'habitat, éloignement géographique des familles, solitude, précarisation de l'emploi.

L'exclusion est ce sentiment de solitude, unique dans l'histoire de l'humanité, qui se surajoute à la dévalorisation des personnes induite par la précarité et qui se transmet des parents aux enfants. Certains adolescents voient plusieurs générations au chômage, leurs

parents et leurs grands-parents. Du fond de leur quartier ils se sentent exclus de la société active, perdent confiance en eux et savent qu'il y a peu d'espoir de réaliser leurs rêves.

La France compte entre un et deux millions d'enfants pauvres, suivant les critères utilisés³, et cela a de lourdes conséquences sur leur destin. Étudiant les trajectoires scolaires des « *enfants pauvres* », les chercheurs Alice Davailon et Emmanuelle Nauze-Fichet observent que « *l'enfant pauvre pâtit a priori d'un faisceau de facteurs environnementaux susceptibles d'entamer ses chances de réussite scolaire* ». Il est difficile, ajoutent-elles, de séparer dans ce constat les effets financiers, sociaux, culturels tant les caractéristiques des familles pauvres cumulent ces éléments. Elles soulignent que « *une partie des enfants pauvres connaît une scolarité sans heurts* ». Il n'y a heureusement pas de fatalité. Toutefois, des enquêtes de l'Éducation nationale et des observatoires régionaux de santé, dans les ZEP et hors les ZEP, convergent sur ces constats. À l'adolescence, l'environnement socio économique, les éventuels dysfonctionnements familiaux aggravent la précarité et renforcent le mal-être et la mauvaise estime de soi.

2) Les métamorphoses de la famille et l'instabilité des liens affectifs dans les nouvelles constellations familiales. Les rôles de chacun ont connu des évolutions radicales. Les parcours de vie de beaucoup d'enfants et d'adolescents sont rythmés par des ruptures. Augmentation des divorces, des séparations, recompositions familiales plus ou moins stables et fréquentes conduisent l'enfant, certes à nouer avec des tiers des liens de qualité qu'il convient de préserver mais, à l'inverse, peuvent aussi le conduire à subir péniblement les choix de vie des adultes. Le fait que 36 % des situations individuelles pour lesquelles la Défenseure des enfants est saisie concernent les difficultés de maintien des liens familiaux l'illustre clairement. Le rapport 2006 était consacré à étudier ces nouvelles formes de parentalités et à proposer des évolutions juridiques qui prennent en compte ces données nouvelles et permettent de renforcer les liens entre les enfants et ceux qui ont contribué à leur éducation. 1,6 million d'enfants vivent dans une famille recomposée et environ 30 000 à 50 000 sont élevés dans une famille homoparentale.

Il y a aujourd'hui 2,4 millions d'enfants élevés par un seul parent, en général la mère, alors qu'ils n'étaient que 680 000 en 1962⁴. En un peu moins de 40 ans, **le nombre de familles monoparentales a plus que doublé**. La société n'a pas été préparée à penser ces bouleversements, elle les supporte plus qu'elle ne les accompagne. Certaines recompositions familiales s'avèrent fragiles, l'enfant peut avoir des difficultés à se situer dans ces nouvelles configurations. De tels changements bouleversent naturellement les repères des enfants mais ils sont mieux supportés lorsqu'ils sont bien accompagnés. Marie Choquet avance en effet que « *la dépression de l'adolescent est toujours associée à une détérioration du climat familial notamment dans les cas de séparations et de recompositions*

³ Selon que l'on situe le seuil de pauvreté à 50 % ou 60 % du revenu médian, c'est-à-dire le revenu qui partage la population en deux, la moitié de la population gagne plus et l'autre moitié gagne moins, CERC Les enfants pauvres en France La Documentation française, 2004.

⁴ Centre des études de l'emploi, les Familles monoparentales en France, juin 2007.

familiales successives ». Les familles monoparentales cumulent souvent les difficultés sociales et notamment la précarité économique : un tiers d'entre elles touche le RMI ou l'allocation de parent isolé⁵, mais toutes, loin de là, ne sont pas dans ce cas ; un tiers des mères seules avec enfant a fait des études supérieures et vit en milieu urbain, observe Marie Choquet. Même si leur situation est parfois plus difficile économiquement, les familles monoparentales, dans leur ensemble, remplissent leurs tâches éducatives et assurent un bon équilibre de vie à leurs enfants.

Le constat est général : les ruptures affectives surtout lorsqu'elles sont mal accompagnées retentissent sur la construction psychique des enfants ; conjuguées aux difficultés économiques, à la solitude et à l'isolement des parents, ces ruptures aggravent le mal-être inhérent à l'adolescence.

3) Les adolescents pris en charge dans les différentes structures de la protection de l'enfance présentent une souffrance psychique supérieure aux autres

Ils font l'objet soit d'une mesure de placement hors du milieu familial, soit de mesure d'action éducative tout en continuant à vivre dans leur famille. 137 000 enfants et adolescents ont fait l'objet d'une mesure de placement hors de leur milieu familial, et parmi eux, presque un sur deux (48 %) est un adolescent âgé de 11 à 17 ans. Plus d'un enfant accueilli sur deux est un garçon (55 %) ⁶ selon l'enquête annuelle de la Drees publiée en septembre 2006. Il y a eu 122 604 mesures de placements judiciaires et 135 173 mesures d'action éducatives en milieu ouvert en 2004⁷.

Les observations faites par la DASES de Paris, en 2003, sur des adolescents de 14-15 ans placés en établissements ou en familles d'accueil mettent douloureusement en lumière la souffrance psychique de ces adolescents qui éprouvent un mal-être et des troubles psychologiques « avec une fréquence supérieure à celle observée dans les populations standards de leur âge : instabilité constatée par les adultes les ayant en charge pour 31 % d'entre eux et agressivité pour 40 %. Plus de 30 % sont en difficulté scolaire dont 10 % en très grande difficulté. Presque la moitié bénéficie d'un suivi psychologique ». **Dans l'ensemble de ses visites et de ses rencontres, la Défenseure des enfants a recueilli des observations similaires** de la part de l'ensemble des professionnels, souvent désorientés, et parfois mis à rude épreuve par certains adolescents qui oscillent entre souffrance psychique, tentatives de suicide, fugues, comportements agressifs, des jeunes déplacés de lieux en lieux, d'Itep (Institut éducatif thérapeutique et pédagogique) en centre de crise, de foyers en lieux de vie, dans une succession d'urgence et d'insatisfaction ; ce sont ceux là que les professionnels surnomment « *les incasables* ».

⁵ Centre des études de l'emploi, les Familles monoparentales en France, juin 2007

⁶ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Drees, Études et résultats 525, les établissements accueillant des enfants et des adolescents en difficulté sociale, septembre 2006

⁷ Infostats, ministère de la Justice

Les professionnels concernés constatent en effet que certains jeunes placés sont plus difficiles à prendre en charge. Rendus plus vulnérables ils présentent plus de troubles du comportement et de retards scolaires. Les conduites à risques, la violence agie ou subie font partie de l'ordinaire de leur vie : parmi les jeunes accueillis par la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) 6 % des garçons et 41 % des jeunes filles ont été victimes de violences sexuelles, 9 % des garçons et 44 % des filles ont déjà fait une tentative de suicide, 22 % des garçons et 40 % des filles ont déjà fugué⁸. Il arrive couramment, décrivent les professionnels, qu'il faille au cours d'un échange individuel leur apprendre à s'exprimer autrement que par la violence. Ils sont également plus consommateurs de tabac et de cannabis que la moyenne des adolescents. Les professionnels, se fondant sur leur expérience, ajoutent que la moitié de ces adolescents présente des troubles du sommeil. L'enquête de la Protection judiciaire de la jeunesse indique que « *ces jeunes ne sont pas indemnes de troubles somatiques et psychologiques* ».

À travers **les rencontres organisées par la Défenseure** avec des éducateurs et des psychologues travaillant auprès d'adolescents placés il apparaît que **ces jeunes ont subi des parcours de vie accidentés et sont souvent fragilisés depuis l'enfance**.

Les statistiques corroborent ces trajectoires : « *pour 75 % de ces enfants et adolescents le placement en établissement fait suite à une autre mesure de protection de l'enfant*⁹ ». Diverses ruptures, fréquemment répétées, ont jalonné leurs parcours : 28 % des jeunes suivis par la Protection judiciaire de la jeunesse vivent dans une famille monoparentale, 40 % des pères et 60 % des mères sont sans emploi, on note une plus grande fréquence de pères décédés. À la suite de ces ruptures beaucoup de ces adolescents ont des difficultés à se situer dans leurs familles recomposées et à s'orienter dans leur filiation, soulignent les professionnels. Les placements successifs ont également des effets destructurants : avant d'entrer en établissement 57 % seulement des enfants et adolescents vivaient dans leur famille, 23 % étaient déjà hébergés par un établissement social et 9 % par une famille d'accueil¹⁰. **Certains incarnent la « deuxième génération » d'enfants placés de la famille**. La plupart des jeunes placés dans des centres éducatifs ou incarcérés dans des quartiers de mineurs partagent ces caractéristiques sociofamiliales.

Ces adolescents, confirment les professionnels qui les entourent, ont d'abord besoin de stabilité et de sécurité. Il arrive encore qu'un placement qui se déroule sans heurts soit interrompu brutalement par une décision d'un service social provoquant ainsi des ruptures des liens affectifs tissés entre le jeune et sa famille d'accueil. La Défenseure des enfants a été témoin à plusieurs reprises de tels bouleversements.

⁸ Marie Choquet, La santé des jeunes de 14 à 20 ans pris en charge par les services du secteur public de la Protection judiciaire de la jeunesse, 2004

⁹ Dress, Études et résultats 525, Les établissements accueillant des enfants et des adolescents en difficulté sociale, septembre 2006

¹⁰ Dress, Études et résultats 525, Les établissements accueillant des enfants et des adolescents en difficulté sociale, septembre 2006

La double déchirure de la séparation...

Quand Arthur saisit la Défenseure des enfants, son frère Léo (10 ans) et lui-même (14 ans) viennent d'être informés qu'ils allaient quitter dans les deux jours la famille d'accueil dans laquelle ils vivent depuis 9 ans. Les services de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ont décidé qu'il était opportun de placer Arthur en foyer et de confier Léo à une autre famille d'accueil.

La teneur de la lettre d'Arthur montre son incompréhension et son état de sidération devant ces choix, pour lesquels il n'a pas été entendu, et dont il n'a pris connaissance que deux jours avant son départ : « *je suis entouré d'adultes qui ne tiennent pas compte de ma souffrance* », écrit-il en évoquant deux souffrances, celle de la séparation d'avec son frère Léo qui lui est insupportable et celle de l'éloignement de leur famille d'accueil pour laquelle il a de vrais liens d'affection.

Parallèlement à la Défenseure des enfants, il a écrit au président du Conseil général et au juge des enfants pour avoir des explications sur le motif de ces décisions. Arthur est alors entendu dans le cadre d'une réunion organisée par l'aide sociale à l'enfance ce qui donnera lieu à une révision de la décision par le juge qui maintient temporairement Arthur dans sa famille d'accueil. Mais il n'en est pas de même pour Léo qui changera de famille d'accueil et d'école, ne s'y adaptera pas et sera finalement placé dans un foyer dans lequel son comportement ira en s'aggravant (fugues, agressivité à l'égard des autres, décrochage scolaire).

Arthur qui est plus âgé a réussi à formuler sa peine en écrivant et en réussissant à se faire entendre. Léo qui est plus jeune ne peut exprimer sa détresse qu'à travers des troubles du comportement.

(Extrait du rapport 2006 de la Défenseure des enfants)

À travers l'expression de leur déchirure, on comprend bien que s'il peut être légitime dans certaines situations de changer un enfant de famille d'accueil, il est essentiel de préparer les séparations, de les expliquer et de veiller à maintenir une continuité afin de ne pas rompre brutalement des liens créés par des années de vie commune.

4) La scolarisation massive et l'inadéquation du système scolaire à certains adolescents. Depuis trente ans, l'enseignement secondaire - collège et lycée - s'est ouvert à tous. Près de 70 % d'une classe d'âge accède à la terminale et plus de 60 % de celle-ci obtient un baccalauréat¹¹. Ces dernières années, l'école a donc eu la charge de former

¹¹ L'état de l'école, 30 indicateurs sur le système éducatif français, Éducation nationale, 2006.

un nombre considérable d'adolescents dont certains étaient peu familiers des exigences et des codes de l'école.

Aujourd'hui la mission fondamentale de l'école, la transmission du savoir et des connaissances, se heurte à « *de profondes différences d'acquis et de réussite scolaires [qui] continuent de distinguer les élèves souvent en relation avec leur origine sociale ou leur environnement familial* » remarque l'Éducation nationale¹². Des failles subsistent. 6 % des jeunes d'une génération (environ 60 000 jeunes) sortent de formation initiale sans qualification et interrompent donc leurs études avant la fin de leur CAP ou BEP ou dès la fin du collège. A ceux-ci, s'ajoutent 2 % qui abandonnent leurs études durant les années de lycée. **Au total, 8 % des jeunes d'une génération interrompent leurs études avant la terminale.** Dès lors, comment le système de formation parvient-il à se préoccuper du sort de ceux qui connaissent des difficultés scolaires précoces, qui appartiennent fréquemment à des milieux peu favorisés et qui, au terme de leur scolarité sont faiblement qualifiés ? Sans ce bagage scolaire les jeunes rencontrent d'importantes difficultés professionnelles et sociales, le risque de chômage des jeunes sans diplôme étant particulièrement élevé. **Dans la société actuelle, l'échec scolaire « peut marquer un individu pour la vie et restreindre d'une façon ou d'une autre le champ de ses projets de vie »** assurait le rapport sur Les écoles de la deuxième chance établi par la Commission européenne en 2001.

Les attentes et les espoirs des jeunes et de leur famille à l'égard de l'école sont et demeurent forts, si bien qu'elle a pu se trouver surinvestie. Les exigences de réussite placées sur les épaules d'un adolescent par sa famille, l'école, la société créent de lourdes obligations. Certains parents veulent que leur enfant obtienne le « *meilleur* » niveau de réussite scolaire, ce qui à leur yeux constitue une assurance pour l'avenir et les soumettent à des pressions intenses. Parmi les professionnels rencontrés, beaucoup d'entre eux soulignent le rôle non négligeable de la pression mise conjointement, dans certains lieux, par la famille et le monde scolaire sur des jeunes fragiles. Certains de nos interlocuteurs n'ont pas hésité à faire le lien avec le nombre de tentatives de suicides de jeunes constatées dans certains départements, comme la Bretagne.

La crainte de ne pas réussir entraîne chez certains jeunes frustration et honte qui peuvent exploser dans des comportements violents. « *Je rencontre de nombreux adolescents qui subissent une forte pression afin de se montrer toujours plus performants. C'est trop dur pour eux* » constate Émmanuelle Peyret, addictologue à l'hôpital Robert Debré, Paris.

¹² Lettre de l'INRP, juin 2007.

“ La pression pourrit les jeunes ”

« Qu'est ce qui est difficile dans l'adolescence ?

- On se pose trop de questions, en deux ou trois ans on doit décider de notre avenir, de ce que l'on va faire plus tard. On a trop de pression qui pourrit les jeunes et on nous dit : vous travaillez pour vous !

- On manque de temps et les profs nous disent : faites du sport, ayez des loisirs. Comment fait-on lorsque l'on finit à dix-huit heures ! Nous avons trop d'heures de cours. Il y a du stress de plus en plus et même des maladies de plus en plus visibles.

- Il faudrait davantage d'attention, plus de prise en compte. Les adultes, les parents disent que ce sont des broutilles d'ados, ils voient cela comme un quotidien ! C'est comme une violence, on n'a pas envie d'entendre cela, on a besoin de paroles rassurantes ».

En 2005, **le programme de réussite éducative** mis en place par l'Éducation nationale, dans le cadre du plan de cohésion sociale a mis l'accent sur ces problèmes. Il a en effet vocation à être un outil majeur « *du rétablissement de l'égalité des chances* » par la constitution de programmes personnalisés de réussite éducative et de réseaux ambition réussite destinés à des enfants présentant des difficultés importantes.

Les manifestations de la **souffrance psychique** : des **facettes multiples** et **inquiétantes**

« La souffrance psychique est devenue la forme moderne de la difficulté d'être. Ces formes modernes de psychopathologie ont beaucoup moins d'éclat que celles qui se manifestent par la rébellion, la révolution. Aujourd'hui les jeunes qui vont mal ont tendance à rétrécir leur champ d'intérêt, à se retirer de la réalité ; ils se coupent des apprentissages, ils s'absorbent dans un monde virtuel dans lequel les limites n'existent plus. Les adolescents en marge ont toujours inquiété l'opinion publique, » assure le docteur Jacques Constant, président de la Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et des disciplines associées, Société française de psychiatrie.

Médecins et soignants, magistrats, travailleurs sociaux, personnels de l'éducation nationale et bien d'autres acteurs de terrain évoquent spontanément de nombreux « signes », des modifications dans le comportement des jeunes qui sont perceptibles et même repérables pour ceux qui veulent bien les voir. Ils restent considérés comme descriptifs, d'un point de vue particulier mais faute de références communes ne font pas sens. Comme le suggérait le rapport du HCSC une « **clinique des petits signes** » est à développer.

Toutefois, certaines manifestations de la souffrance psychique apparaissent comme nouvelles et inquiétantes, notamment parce qu'elles concernent des adolescents de plus en plus jeunes.

Repères démographiques

La France compte **15 millions de jeunes mineurs** : les 0-14 ans représentent 11 245 741 jeunes et les 14-19 ans comptent pour 3 929 359. (INSEE 2006)

À la rentrée 2006, **5 418 000 d'élèves étaient scolarisés** dans les collèges et lycées publics et privés dépendant du ministère de l'Éducation Nationale en France métropolitaine et dans les DOM. Les COM recensent 88 233 élèves dans le second degré.

Ces élèves se répartissent en **3 207 181 collégiens** et en **2 210 850 élèves de lycées généraux professionnels ou techniques**¹³.

¹³ Note d'information n° 6 du ministère de l'Éducation nationale (MEN) de février 2007 « Les élèves du second degré dans les établissements publics et privés à la rentrée 2006 ».

► Des **manifestations** bien **connues**

1) **Des tentatives de suicide en nombre élevé : 40 000 par an**

Ces tentatives représentent un quart des tentatives effectuées dans l'ensemble de la population. Celles-ci sont beaucoup plus fréquentes chez les jeunes filles. Cependant, les taux de décès féminins sont nettement inférieurs à celui des décès masculins : pour 160 tentatives chez les filles de moins de 25 ans on dénombre un décès, mais on compte un décès pour 5 tentatives chez les garçons du même âge.

Le suicide demeure la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans en France, toutefois le nombre de décès a baissé de 36 %, passant de 966 décès en 1993 à 621 décès en 2004, selon les chiffres de l'Inserm présentés par l'Union nationale pour la prévention du suicide en 2007. Le suicide est rare chez les enfants et les jeunes adolescents : 21 décès d'enfants de moins de 15 ans ont été enregistrés en 2004.

Les chiffres des suicides sont globalement sous-estimés autant chez les jeunes que dans la population générale. Une étude réalisée en 1999 par l'Inserm a montré que, pour les 15-24 ans, 25 % des cas considérés comme « *des traumatismes indéterminés quant à l'intention* » étaient en réalité des suicides.

Un tel geste ne peut évidemment être banalisé. « *Un tiers des adolescents suicidants récidivent* ». L'absence de prise en compte du premier geste par l'entourage du jeune constitue un facteur évident de récurrence. Ce « *raté* » concerne en particulier les tentatives n'ayant pas mis en jeu le pronostic vital et qualifiées à tort de minima. La banalisation du geste est donc un facteur de risque majeur de récurrence souvent plus grave (escalade dans la prise de risque). La gravité du geste n'est pas en lien avec le degré de souffrance psychique ce qui signifie qu'une tentative de suicide sans gravité sur le plan somatique n'est jamais anodine¹⁴.

Les jeunes homosexuels présentent des risques accrus de faire des tentatives de suicide¹⁵. Auteur d'une recherche action sur suicide et discrimination, Eric Verdier estime qu'un quart des tentatives de suicide des garçons âgés de 15 à 25 ans et 10 % de celles des filles du même âge sont très liées à un problème d'homosexualité dont ils ne peuvent parler qu'à la suite de ce geste. Selon lui, ces tentatives de suicide se situent au moment de l'adolescence et de l'entrée dans la vie adulte. Ces jeunes, garçons comme filles, disent ne pas se sentir conformes aux stéréotypes de l'orientation sexuelle ou avoir peur de dévoiler que leur orientation sexuelle n'est pas conventionnelle. Ils disent leur difficulté à exister dans leur orientation sexuelle. La notion de normalité généralement véhiculée par l'environnement social, même sans manifestation de comportement

¹⁴ Pr Duverger, Dr Malka, Risques et conduites suicidaires de l'enfant et de l'adolescent.

¹⁵ Séminaire santé inégalités ruptures sociales, Inserm, 2003.

homophobe, en vient à être un poids insupportable pour certains de ces jeunes qui se sentent différents et le vivent difficilement. Éric Verdier dénonce une « **pathologie de la norme** » qui gagne insidieusement du terrain dans la société et présente le risque de dévoiler une différence, quelle qu'elle soit.

Regard européen

« Les pays européens connaissent des taux de suicide des 15-24 ans les plus élevés du monde, bien qu'il existe des différences considérables d'un pays à l'autre », notait le bureau européen de l'OMS en septembre 2003

Parmi les états membres de la région européenne qui communiquent à l'OMS des statistiques sur le suicide, **les pays enregistrant les plus forts taux de suicide pour l'ensemble de la population se trouvent dans la partie orientale de la région**, tels que la Lituanie (51,6 pour 100 000 h), la fédération de Russie (43,1 pour 100 000), la Biélorussie (41,5 pour 100 000) et l'Estonie (37,9 pour 100 000). Ces taux sont deux fois supérieurs à ceux relevés dans des pays de la partie occidentale tels la Belgique (24 pour 100 000), la Finlande (28 pour 100 000), la France (20 pour 100 000) et l'Allemagne (14,3 pour 100 000). OMS Santé publique et violence 2002.

2) La polyaddiction : alcool, tabac, cannabis en hausse constante

En dix ans la polyaddiction de ces trois substances a doublé passant de 17 % en 1997 à 34 % en 2007. Elle paraît démarrer à la fin du collège¹⁶. Une polyconsommation accrue est relevée chez les lycéens scolarisés en lycée professionnel¹⁷. Plusieurs films vidéo de prévention « *clapsanté* » (le festival national du film vidéo amateur de prévention santé) correspondants à la sélection 2007, traitent de cette question ; ils sont consultables sur le site de la mildt : www.drogues.gouv.fr

Emilien 17 ans

“ *L'alcool fait oublier les soucis, le shit ça calme...* ”

Émilien a 17 ans. Il est suivi depuis plusieurs années pour hyperactivité dans un service spécialisé pour adolescents ; depuis quelques temps il rencontre l'addictologue du service car il s'alcoolise démesurément et consomme du cannabis de manière très importante.

« *L'alcool fait oublier les soucis, le shit ça calme...* ».

¹⁶ Patrice Huerre et François Marty, *Alcool et adolescence*, Hachette, 2007

¹⁷ Enquête sur la santé et les comportements à risques des lycéens en Haute Normandie, Observatoire régional de la santé, 2005

« L'alcool permet de ne plus avoir de limites, on a plus de facilité à faire les choses, mais après on se rend compte que cela peut pousser à devenir violent et on regrette d'avoir bu... ». « Mes parents en souffrent, j'essaie de le cacher au maximum ».

Il insiste sur le fait que beaucoup de jeunes consomment et que les filles boivent de plus en plus et tiennent très bien l'alcool.

3) La banalisation du cannabis

Dans le langage adolescent « fumer » n'évoque pas seulement une consommation de tabac mais également celle de cannabis et ce qu'ils font « je fume des joints pour dormir ».

Le cannabis est la première substance illicite consommée. **Sa banalisation est complète**, nombre d'adultes s'alarment à peine de voir leur enfant en consommer régulièrement.

Selon les enquêtes de l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanie, la consommation de cannabis des jeunes français est l'une des plus élevées d'Europe. Son expérimentation progresse rapidement entre 12 et 18 ans. Très faible entre 12 et 13 ans elle augmente rapidement à partir de 14 ans, (progression similaire à celle de la consommation de tabac). Parmi les jeunes scolarisés âgés de 15-16 ans, 38 % déclarent avoir déjà expérimenté le cannabis, à 18 ans, un sur deux en a déjà consommé une fois et plus d'un sur cinq (22 %) fume au moins une fois par mois.

La consommation occasionnelle paraît la plus habituelle chez 36,8 % des garçons et 28,8 % des filles ; ces consommations ont principalement lieu durant le week end¹⁸.

À partir d'un certain niveau de consommation le cannabis est incontestablement un facteur de risque accroissant les probabilités de développer certaines pathologies mentales chez les plus fragiles. Les études citées par la conférence de consensus sur les schizophrénies débutantes font apparaître **qu'une consommation de cannabis supérieure à 50 fois par an (c'est-à-dire au moins une fois par semaine) sur une période de 5 ans « est associée à une prévalence de plus de 6 % des cas de schizophrénie »**¹⁹. 11 % des jeunes de 17 ans reconnaissent une consommation régulière. Le questionnaire « Cannabis Abuse Screening test » (Cast) montre que 14 % des jeunes présentent des signes suggérant un risque élevé d'usage problématique. Ce constat a contribué à l'ouverture de consultations spécifiques pour adolescents et jeunes adultes depuis 2005.

¹⁸ Observatoire régional de la santé, Les jeunes en Île-de-France, activités physiques, surpoids et conduites à risques, rapport mars 2007.

¹⁹ Igas, Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques, La Documentation française, 2004.

Les psychiatres relèvent « *une véritable épidémie de bouffées délirantes* » consécutives à une consommation très élevée de cannabis. Ces troubles régressent à la suite de soins spécifiques. Cependant, les médecins se montrent très inquiets au sujet d'adolescents qui connaissent ces phénomènes mais ne se soignent pas. Sans aller jusqu'aux troubles mentaux, un usage répété a des conséquences lourdes dans la vie quotidienne et beaucoup se répercutent dans l'univers scolaire : difficultés de concentration, difficultés scolaires, risques d'isolement social.

Toutefois, les consommateurs se disent avertis des risques : **64 % des jeunes de 16 ans pensent que les consommateurs réguliers de cannabis courent un risque**²⁰. Comme on peut le constater, l'usage du cannabis est banalisé ; la Mildt promeut actuellement une campagne de prévention sur le cannabis prioritairement en lien avec la sécurité routière, les conducteurs sous emprise cannabique constituant un danger mortel sur les routes. Pour tous les consommateurs, un réseau de consultations anonymes et gratuites a été mis en place par les pouvoirs publics.

Mais, pour le reste, la société banalise la consommation du cannabis. De nombreux chefs d'établissement et enseignants constatent les ravages de plus en plus graves produits sur leurs élèves. Il est inquiétant d'observer que de plus en plus de collégiens ou de lycéens s'assoupissent dès dix heures du matin et perdent progressivement toute attention aux cours.

Dans le IX^e arrondissement de Paris, un certain nombre de proviseurs et de conseillers principaux d'éducation se sont réunis à l'initiative de Jacques Sédar, psychanalyste. Ils ont réfléchi avec des psychiatres et des psychanalystes, sur l'importance de la prise de cannabis par les élèves, avec ses conséquences sur le bon déroulement de leur scolarité. Ils souhaitent ouvrir un espace où, sans rendez-vous et dans l'anonymat, les adolescents auraient pu venir parler et rencontrer des psys qui se portaient bénévoles. Malheureusement, le Délégué à la jeunesse du IX^e arrondissement n'a pu offrir un local pour mener ce projet à terme.

4) Les drogues associées à la fête

Les adolescents font un usage limité (mais un peu plus élevé que celui de la population générale) **occasionnel et généralement festif de l'ecstasy, des amphétamines et de la cocaïne**. En 2005, 4,2 % des garçons de 17 ans et 2,8 des filles avaient consommé au moins une fois dans leur vie de l'ecstasy, au même âge 2,6 % des garçons et 1,8 % des filles avaient consommé au moins une fois des amphétamines. Quant à la cocaïne, 3 % des garçons et 2 % des filles l'avaient expérimentée²¹. Le milieu festif est le champ de prédilection de ces consommations.

²⁰ Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie - Plan gouvernemental 2004-2008

²¹ Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

5) Le tabac, le recul est amorcé

Même si la quasi la totalité des jeunes de 14 à 17 ans déclare avoir déjà fumé une cigarette, d'une manière générale, **le tabagisme régulier des adolescents est nettement en recul** depuis dix ans sous l'effet des nombreuses campagnes de sensibilisation et d'une action politique déterminée : lois interdisant le tabac dans les lieux publics, notamment dans les établissements scolaires et les foyers accueillant des jeunes, campagnes d'information sur les risques, hausse du prix du tabac, interdiction de la vente aux mineurs (encore que peu appliquée). (www.cnt.org, comité national de lutte contre le tabagisme). Entre 1999 et 2003, la consommation de tabac a baissé de 23,4 % à 17 % chez les garçons de 14 -17 ans, et de 26,6 % à 18 % chez les filles du même âge²².

De la même façon que pour l'alcool, le seuil d'intensification de la consommation se fait autour de 15-16 ans, fin des années collège, en effet, entre 14 et 17 ans, la consommation régulière passe de 3 à 11 %²³.

6) Les médicaments psychotropes, faciles à trouver

La France se situe en tête parmi les pays les plus consommateurs de médicaments psychotropes (contre la nervosité et l'insomnie). **« Chez les adolescents de 16 ans, la consommation des tranquillisants et somnifères place la France en troisième position des pays européens : 13 % au moins des jeunes élèves français déclarent au moins un usage de médicaments psychotropes sans ordonnance²⁴ »**. Selon la Drees, les adolescentes consomment plus de médicaments sans ordonnance que les garçons. L'accès à de tels produits paraît aisé puisque 85 % des jeunes filles qui font une tentative de suicide en ont utilisé.

Le contact se fait tôt : à 14-15 ans, 20 % des adolescents déclarent en avoir consommé au moins une fois dans leur vie. À titre de comparaison, en 2005, 9 millions de personnes âgées de 12 à 75 ans disent avoir utilisé au moins une fois ces produits dans l'année²⁵.

7) Les troubles du sommeil peu pris en compte

Les perturbations du sommeil font classiquement partie des transformations de l'adolescence, il arrive qu'elles soient mal supportées ou prennent trop d'ampleur. Près d'un adolescent sur quatre est concerné par des problèmes d'insomnie avec une prédominance chez les filles ; un tiers des jeunes présente des problèmes importants de stress, d'anxiété ou de déprime. Un adolescent sur dix prend des médicaments pour

²² Drees n° 322 « la santé des adolescents », juin 2004.

²³ Drees juin 2004 n° 322 « la santé des adolescents », juin 2004.

²⁴ Observatoire français des drogues et des toxicomanies, enquête ESPAD 2005.

²⁵ Observatoire français des drogues et des toxicomanies, enquête ESPAD 2005.

lutter contre le stress, l'anxiété ou pour dormir²⁶ **Les adolescents n'évoquent pas spontanément leurs difficultés de sommeil.** Les médecins remarquent qu'ils n'osent pas en parler soit qu'ils ne perçoivent pas eux-mêmes comme une perturbation leurs cauchemars, leurs difficultés d'endormissement ou parfois, à l'inverse, leur fuite dans un sommeil refuge. Les troubles du sommeil peuvent susciter la prise de médicaments et, surtout, la consommation de cannabis, qui est utilisé comme somnifère par beaucoup de jeunes. Une durée excessive d'usage de jeux vidéo ou d'internet peut entraîner des troubles du sommeil ou une diminution de la durée du sommeil quand l'adolescent surfe la nuit. L'adolescent finit par ne plus pouvoir se lever le matin pour aller à l'école amorçant ainsi une déscolarisation progressive.

► De nouvelles formes alarmantes de souffrance psychique

1) L'alcool pour la « défonce »

Mélanie 16 ans

“ ...et après on tombe dedans... ”

Mélanie a 16 ans. Elle consulte, chaque semaine, le médecin addictologue d'un service de pédopsychiatrie. Elle a accepté d'emblée de témoigner. C'est un témoignage fulgurant, qui laisse le professionnel « sidéré ».

Son parcours ressemble à celui de bien trop d'enfants qui ont eu une mesure de placement. Elle a vécu en famille d'accueil depuis l'âge de 2 ans : « j'ai eu 5 familles d'accueil et le plus que je sois restée dans une famille c'est 5 ans. Ensuite j'ai été en foyer ».

À l'âge de onze ou douze ans elle retourne dans sa famille « pendant huit mois, puis je suis allée en foyer et après cela n'a pas arrêté, entre l'hôpital et le foyer ».

La première fois j'ai été hospitalisée parce que j'avais tout cassé au foyer et puis après, l'hôpital c'était « la solution miracle ».

Mélanie prend du temps, quelques détours, comme des pauses pour respirer, pour enfin dire qu'elle va maintenant régulièrement à l'hôpital pour sa consommation excessive d'alcool et de cannabis.

Elle a commencé à boire vers l'âge de treize ans et demi, au foyer : « on grattait quelques sous, et on achetait de l'alcool. Au début j'avais envie de faire comme les copains, parce qu'ils buvaient et qu'ils avaient l'air bien, et parce que c'étaient des grands aussi, on voulait faire comme eux » ... et après on tombe dedans » !

²⁶ Institut du sommeil et de la vigilance 2005.

Ses copains qui travaillaient payaient les soirées : « *tous les soirs, on buvait à plusieurs quelques bouteilles de whisky ou de vodka, puis on fumait !... là ça fait mal !* » ajoute-t-elle. Elle précise que cette expression ne veut pas dire que l'on souffre mais que l'on est bien « *défoncé* ».

Cette « *défonce* » plait à Mélanie, elle en parle comme ce qui lui permet d'oublier, et quand nous l'interrogeons sur ce qu'elle veut oublier, elle répond : « *les choses qui vous détruisent, qui vous arrivent comme une fatalité, qu'on ne peut pas gérer. Pour moi il n'y a rien à faire, je n'ai pas la volonté d'arrêter, je suis trop bien avec cela...* » Elle fait une pause, « *pour l'instant* ».

Ce « *pour l'instant* » est peut être le bruissement d'un espoir dans le rythme hebdomadaire de sa rencontre avec son médecin qui dit d'ailleurs avec confiance : « *plus on les prend tôt, plus on a de véritables chances de les sortir de ce cauchemar* » ; ensuite ils vivent... et se construisent !

Sans que les adultes en aient pleinement conscience, le comportement des jeunes face à l'alcool a profondément évolué. **Le motif premier de l'alcoolisation est devenu la recherche, par des adolescents de plus en plus jeunes, de la « défonce » obtenue en se saoulant le plus rapidement possible.** L'arrivée aux urgences pédiatriques de filles ou de garçons âgés de 12-13 ans en coma éthylique n'est plus rare. Se saouler de plus en plus fort, de plus en plus vite pour se procurer des sensations et se mettre « *hors jeu* », et donc « *hors je* » est maintenant le but de la consommation d'alcool chez de nombreux adolescents et jeunes de tous les milieux sociaux. C'est le « *binge drinking* » bien connu dans les pays nordiques et anglo saxons. Si cette consommation se fait généralement en groupe et dans un contexte festif, l'alcool, à la différence des générations précédentes, ne sert plus à donner du courage ou pour faciliter la relation à l'autre, remarquent les médecins ; désormais le héros est celui qui s'écroule le premier.

De manière générale la consommation s'intensifie dès la fin du collège. A 15 ans, un jeune sur trois déclare avoir déjà été ivre²⁷. **Presque 28 % des 15-19 ans disent avoir été ivres plus de quatre fois dans l'année**²⁸. L'académie de Médecine, en juin 2007, s'est alarmée de cette pratique des ivresses répétées et la qualifiait de « *préoccupante dès l'adolescence* » tout en relevant que le « *binge drinking* » était beaucoup moins répandu en France qu'au Royaume-uni, qu'au Danemark et en Finlande.

Dans cet état d'alcoolisation les jeunes **adoptent beaucoup plus facilement des conduites dangereuses** : défis en tous genres qui se terminent trop souvent par des

²⁷ Patrice Huerre et François Marty, Alcool et adolescence, Hachette, 2007.

²⁸ Observatoire régional de la santé, Les jeunes en Île-de-France, activités physiques, surpoids et conduites à risques, rapport mars 2007.

accidents : l'alcool est impliqué dans 16 % des accidents mortels des 15-17 ans ; violences et bagarres, violences sexuelles ; 30 à 40 % des premières relations sexuelles ont lieu sous alcoolisation et, dans un contexte tel que le consentement du jeune est plutôt incertain.

Les enseignants sont parfois sensibilisés à cette question en constatant le mauvais état de certains élèves le lundi matin. Les parents prennent difficilement conscience de l'état de leur enfant et sont loin d'imaginer la réalité de l'alcoolisation.

Les adolescents sont en effet considérés comme des cibles privilégiées par des marques d'alcool. Les jeunes de 17-18 ans, dépensent chaque mois de 26 à 42 millions d'euros pour l'alcool note le rapport d'Hervé Chabalier au ministre la Santé en 2005²⁹. **Des boissons sont spécialement concoctées pour eux** et parfois même adaptées en fonction des goûts présumés de chaque sexe. Les Premix se présentent comme des cannettes de soda très sucré contenant de l'alcool fort (ils titrent de 5 à 8°) vendues en grande surface à proximité des sodas ordinaires. Une mesure contraignante : le doublement des taxes a limité leur succès. D'autres produits (alcopops...) sont alors venus prendre le relais, élaborés très souvent à base de bière : bières aromatisées aux alcools forts ou à des parfums sucrés (framboise etc) le degré d'alcool varie entre 6 et 12°. Bien entendu, ces produits sont peu coûteux. Chaque fois que la taxation a été augmentée la consommation a fléchi puis a repris avec d'autres produits, nouveaux mais proches, mêlant sucre, arôme fruité et alcool.

Afin d'associer solidement l'idée de l'alcool à la fête, **les marques mènent une politique active de soutien de soirées** fréquentées ou organisées par les jeunes et surtout des soirées étudiantes ; le sponsor permet la tenue d'open bar, apporte des cadeaux et diverses facilités.

La diffusion de ce binge drinking chez des jeunes de plus en plus jeunes et de tous les milieux sociaux ne semble pas avoir été prise en considération actuellement par les pouvoirs publics et par les instances de prévention. « *Le guide d'intervention en milieu scolaire pour la prévention des conduites addictives* » réalisé par la Mildt et l'Éducation nationale ne mentionne pas cette pratique. Quant aux informations apportées sur le site internet de la Mildt pourtant chargée de la lutte contre les addictions, elles n'en font même pas état.

Quelques signes annonceraient une timide prise de conscience : outre le rapport récent de l'Académie de médecine (juin 2007), on relève une attention portée par les sociétés d'assurance concernées par les accidents survenus sous ivresse. **La mobilisation la plus nette vient actuellement des mutuelles étudiantes** - la première enquête nationale sur la santé des étudiants effectuée par la mutuelle étudiante LMDE soulève la question - ainsi que de plusieurs grandes écoles confrontées à la question lors de fêtes

²⁹ Cité par Patrice Huerre et François Marty, *Alcool et adolescence*, Hachette, 2007.

étudiantes. Une partie du milieu étudiant tente d'instaurer une limitation de l'alcool et de favoriser les pratiques de sécurité, mais avec peine. Quant à l'application de la législation sur la vente de l'alcool aux mineurs elle est inexistante.

→ **Recommandations**

La Défenseure soutient le rapport de l'Académie de médecine du 5 juin 2007 et demande l'application urgente de ses préconisations, notamment :

- Diminuer l'accessibilité des mineurs aux boissons alcooliques.
- Veiller à ce que les textes surtaxant les boissons ciblées jeunes (prémix, alcopops...) ne puissent être contournés.
- Introduire la prévention de l'alcool et du cannabis en plus du tabac, dès l'enseignement primaire ; mettre en place une pédagogie en s'appuyant sur les parents afin d'aider les adolescents à apprendre à dire non à de telles sollicitations.
- Repérer précocement la consommation d'alcool et de cannabis lors de toute consultation médicale (hospitalière et en ville). Les infirmières et médecins scolaires doivent être particulièrement sensibilisés.
- Orienter les jeunes consommateurs d'alcool ou de cannabis vers une prise en charge spécialisée.

2) Une pornographie envahissante

À 14 ans, deux garçons sur trois et 36 % des filles ont vu des films pornographiques. **Très rares sont les adolescents qui échappent à la vision d'images pornographiques :** films, télévision, vidéo et internet (internet étant également accessible via le téléphone mobile). Parmi les garçons âgés de 14 à 18 ans, un sur quatre déclare avoir vu films ou images pornographiques au moins dix fois durant l'année écoulée. Ce n'est le cas que d'une fille sur cinquante. Les garçons semblent exprimer une opinion positive et avoir éprouvé une certaine satisfaction face à ces images qu'ils qualifient de « *distrayantes et amusantes* » tandis que les jeunes filles expriment davantage un « *dégoût* ».

Ces données sont issues de l'enquête européenne ESPAD réalisée à la demande du Conseil Supérieur de l'Audiovisuel (CSA) alerté par des rapports officiels qui mettaient en lumière l'impact négatif de programmes pornographiques sur les mineurs. Dix mille élèves français de la 4^e à la terminale issus de tous types d'établissements publics ou privés ont été interrogés en 2003 sur des questions touchant à la pornographie. Le CSA souhaitait en effet disposer de données précises en ce domaine.

Les images pornographiques sont donc aisément accessibles sur différents supports notamment via internet. Les pouvoirs publics ont, depuis 2005, mis en place la possibilité pour les parents d'installer gratuitement sur leur ordinateur un logiciel de contrôle parental empêchant l'accès à de tels sites. Toutefois les producteurs de telles images contournent progressivement ces protections et parviennent toujours à en diffuser. Certains adolescents exposent eux-mêmes sur leur blog leur propre sexualité ou des séquences d'agressions filmées.

Magistrats, policiers, experts psychiatres constatent que, **dans l'immense majorité des situations d'agressions sexuelles** qu'ils ont à traiter, les garçons adolescents ont eu l'habitude de visionner des images ou des films de ce genre et que **le scénario de l'agression en est directement inspiré**. Beaucoup de ces jeunes garçons y trouvent une manière de se comporter et de se sentir performants. « *La rencontre avec des images violentes ou pornographiques est inévitable dans la vie d'un jeune*, explique le pédopsychiatre Patrice Huerre. *Comment accompagner l'enfant ou l'adolescent dans cette confrontation ? Restera-t-il excité, honteux ? Comment pourra-t-il en parler avec ses parents ?*

Lors des recherches faites sur internet pour la préparation de ce rapport, la Défenseure des enfants s'est trouvée extrêmement surprise d'accéder très facilement, par hasard et à plusieurs reprises, à des propos tenus sur un Forum « **sexualité** » destiné aux adultes. Ainsi, en inscrivant sur l'un des principaux moteurs de recherches les mots : « *maison adolescents* » suivis du nom d'une ville (par exemple Saint Briec, Alençon) apparaissaient des messages franchement obscènes et, pour certains, correspondant à des sollicitations sexuelles explicites de mineurs. Ce Forum sexualité est accessible via un important site d'informations médicales grand public : Doctissimo. La page d'accueil propose l'accès à ce forum sexualité qui comporte de nombreuses rubriques, quelques unes sont indiquées comme « *sections interdites aux mineurs de moins de 18 ans* », par exemple « *Albums photo/vidéo* » ou « *Exhibition et voyeurs* » tout en permettant d'un simple clic d'accéder à différentes photos, commentaires et sollicitations sexuelles. L'une de ces rubriques intitulée « *les ados parlent sexo* » est destinée aux adolescents.

Le fait que tels propos et images apparaissent dans les premières références proposées par le moteur de recherches au cours d'une interrogation des plus banales et qu'aurait pu faire un adolescent puisque les mots clés étaient « *maison adolescents* » (en référence aux maisons des adolescents) interroge sur les contrôles réellement mis en place. Ce Forum sexualité annonce disposer de modérateurs. Cette expérience confirme qu'il est facile d'accéder à des contenus inappropriés pour les mineurs.

3) Les troubles des comportements alimentaires en nette augmentation

Les perturbations dans le registre de l'alimentation paraissent en nette augmentation dans la population des jeunes filles. Les garçons sont touchés beaucoup plus faiblement. Encore faut-il distinguer nettement l'anorexie, en tant que pathologie psychiatrique, des comportements alimentaires anorexiques. Au sein du Pôle aquitain de l'adolescence, le pédopsychiatre Xavier Pommereau dirige une unité spécialisée dans l'accueil et le soin des adolescents souffrant de troubles alimentaires ; il chiffre à **10 % ceux qui souffrent de tels troubles dans des formes modérées et à 1 % les adolescents touchés par une forme grave « d'anorexie boulimie » pouvant conduire à la mort** « *L'anorexie, dit-il, est, à tort, présentée comme un choix fait par l'adolescente* ».

Le contexte culturel actuel hypervalorisant la minceur et les modèles de silhouettes qu'il présente est un puissant déclencheur de « régimes » et d'attention portée au poids dans tous les milieux sociaux et chez des enfants de plus en plus jeunes. « *Dans les privations de l'anorexie mentale, le soi disant régime est en réalité un ensemble de conduites qui procède de l'élimination : sélection draconienne des aliments assortie de toute une batterie de moyens pour parvenir à réprimer ce corps en trop*³⁰ ». Plus d'un tiers des jeunes de 12 à 18 ans ont déclaré aux enquêteurs de l'Observatoire régional de la santé avoir connu un comportement alimentaire perturbé au cours des derniers mois ; parmi eux, 40 % de filles et 34 % de garçons. De nombreuses jeunes filles (et sans doute aussi leurs mères) supportent mal l'augmentation de poids normale qui accompagne la puberté et commencent un régime pour se restreindre et rejoindre la norme de « minceur ».

Ainsi **près d'un jeune sur six a des comportements alimentaires anarchiques** : plus de 18 % des jeunes de 12 à 18 ans disent manquer d'appétit, ils sont autant à déclarer n'avoir aucune envie de manger (17 %) ou au contraire, dire manger énormément et avoir des difficultés à s'arrêter (13 %)³¹. À l'inverse, plus de 12 % des 11-15 ans présentent un surpoids et plus de 3 % sont déjà obèses³². Sous l'impulsion de la ministre de la Jeunesse d'Italie, le milieu de la mode de ce pays a élaboré un code éthique concernant l'âge et le poids minimum des mannequins. En France un groupe de travail doit mettre au point « *un projet de charte d'engagement volontaire sur l'image du corps* ». Il s'est réuni à nouveau sous la présidence de la ministre de la Santé et de la Jeunesse, Roselyne Bachelot.

4) Le décrochage scolaire et l'absentéisme

S'il y a toujours eu des élèves absents, on constate depuis une dizaine d'années **qu'un nombre croissant d'adolescents prennent leurs distances avec l'école, ils « décrochent »**, s'éloignent progressivement de l'institution scolaire. D'abord cantonné aux lycées et notamment aux lycées professionnels, le décrochage commence à toucher aussi les collèges.

Un programme de recherches mené ces dernières années pour tenter de comprendre et de trouver les moyens de l'interrompre, décrit le décrochage scolaire comme une rupture lente et douloureuse, le résultat d'une incompréhension réciproque entre l'élève et l'école³³. Manque de réussite scolaire, sentiment de dévalorisation et perte de motivation, l'un renforçant l'autre, expliquent largement cet abandon progressif de l'école. En venant sporadiquement en classe l'élève montre que, pour lui, l'obligation scolaire n'a pas plus d'importance que ses autres activités personnelles, qu'il n'attend aucun bénéfice de ce qu'il peut apprendre à l'école. Les **élèves « présents-absents »** qui sont physiquement mais passivement présents dans l'établissement expriment un fort désinvestissement

³⁰ Xavier Pommereau, *Le mystère de l'anorexie*, Albin Michel, 2007.

³¹ Rapport de l'Observatoire Régional de la Santé 2005-2007.

³² Danièle Sommelet, rapport au ministre de la Santé : l'enfant et l'adolescent, un enjeu de société, une priorité du système de soins, la Documentation française 2007.

³³ Dominique Glasman et Françoise Ouevrard, *La déscolarisation*, ed la Dispute, 2004.

scolaire. D'autres enfin, s'enferment avec leur ordinateur, prétendant suivre, plus ou moins, des cours à distance. Une expérience malheureuse avec un enseignant aux pratiques pédagogiques perçues comme rigides, une orientation scolaire vécue comme une sélection par l'échec alimentent un sentiment d'incapacité et de dévalorisation de soi. Les adolescents ne se sentent pas reconnus. Des enseignants de certains BEP confient qu'ils consacrent leur premier trimestre d'enseignement à revaloriser les élèves, à les convaincre de leurs capacités.

L'absentéisme massif, rupture complète avec la scolarité, est beaucoup moins fréquent. En application du dispositif de lutte contre l'absentéisme (février 2004), **l'Éducation nationale considère qu'il y a absentéisme à partir de quatre demi-journées d'absence par mois ; 5 % de tous les collégiens et lycéens seraient concernés.** (soit au moins 250 000 élèves).

Ce décrochage qui signe un véritable malaise personnel a des effets graves car l'abandon du système scolaire, relève le rapport sur Les écoles de la deuxième chance de la commission européenne 2001, constitue souvent *« le point de rupture fatal qui va priver un jeune de compétences, de qualifications, d'un projet de vie ainsi que des contacts sociaux et de l'environnement dont il a besoin pour être entendu et apprécié »*.

Dans tous les déplacements de la Défenseure des enfants, les équipes pédagogiques ont constaté avec impuissance qu'un nombre croissant d'adolescents se déscolarisent progressivement et que certains d'entre eux se marginalisent complètement restant enfermés chez eux, sous le regard démunie de leurs parents. Ils ont constaté également l'impuissance de l'Éducation nationale et la non réponse du système sanitaire qui n'est pas adapté à ces situations.

5) Une montée indiscutable de la violence

L'augmentation du climat de violence et des actes violents chez les jeunes est le leitmotiv des professionnels et passe pour un phénomène de société. Ces violences, dirigées contre lui-même ou contre les autres, sont **la réponse que l'adolescent a trouvée face au vide intérieur**, à la dépression et à une mauvaise estime de soi. C'est un mode d'expression face à un monde familial, social et scolaire qu'il perçoit comme hostile et menaçant et dans lequel il a l'impression de ne pouvoir faire sa propre place. Par la prise de risques, les violences, le spectaculaire, il cherche la preuve de sa propre valeur. Il veut montrer qu'il existe et trouve ainsi une reconnaissance à ses propres yeux seulement.

- **Les violences physiques infligées à soi-même** sont par nature visibles, spectaculaires et les études montrent qu'elles constituent fréquemment un signe d'alerte avant une tentative de suicide. Parmi les élèves interrogés dans le cadre de l'enquête de la Drees³⁴

³⁴ Drees n° 322 « la santé des adolescents », juin 2004.

ayant déclaré avoir déjà fait au moins une tentative de suicide, près des 3/4 (72,6 %) signalent des antécédents de coupures et/ou de brûlures contre 16 % chez les non suicidants.

De 5 à 10 % des jeunes de 16 ans reconnaissent se faire mal volontairement et ce « mode d'expression » est en augmentation chez les jeunes filles. Ces scarifications et autres violences cutanées (souvent des incisions superficielles aux mains et aux bras) ont une nette prédominance féminine : 11,3 % des filles et 6,6 % des garçons. Les scarifications sont la forme la plus courante de blessure corporelle délibérée des adolescents en souffrance. On les relève chez 14 % des filles et 4 % des garçons suivis par la PJJ³⁵. Ces marques faites sur la peau permettraient, expliquent les spécialistes, de se libérer d'une tension intérieure, d'un sentiment d'enfermement et, paradoxalement, d'obtenir un soulagement, une sensation d'apaisement plus forte que la douleur. « Se faire mal soulage », explique le psychiatre Xavier Pommereau.

Brian 19 ans

“ Je ne m'en suis jamais sorti ”

Brian dit que, lorsqu'il était adolescent, il était totalement replié sur lui-même ; c'est à 17 ans qu'il fait une première tentative de suicide.

« Au début, explique-t-il je me scarifiais dans le but d'une tentative de suicide, et puis le fait de me saigner me faisait du bien, voir mon sang couler me soulageait et me fascinait, cela me permettait de faire évacuer la souffrance et de ressentir que j'étais ailleurs.

J'en parlais sur Internet avec d'autres qui se scarifiaient comme moi.

La première fois que j'ai été hospitalisé on m'a recousu sans anesthésie pour que je ne recommence pas, cela n'a rien changé !

« Il faut faire quelque chose pour les adolescents, je ne sais pas quoi ! mais au moins repérer les comportements à risque, les scarifications sont les plus courantes, et il faut trouver l'origine de ces comportements, faire attention à ceux qui sont sensibles. Moi, je ne m'en suis jamais sorti ».

Brian s'est suicidé récemment. Cette expérience de la douleur, par la mutilation exercée sur soi, seule vérification qu'il était bien vivant, ne lui a pas suffi pour survivre.

³⁵ Marie Choquet, La santé des jeunes de 14 à 20 ans pris en charge par les services du secteur public de la Protection judiciaire de la jeunesse, 2004.

• **Les violences peuvent aussi être extériorisées.** « *La bagarre* » reste importante particulièrement chez les garçons : 40 % d'entre eux disent avoir été mêlés à une bagarre et 24 % disent l'avoir provoquée. Un garçon sur dix déclare avoir porté des coups au cours de l'année précédente et 8 % déclarent en avoir reçus³⁶. L'école n'est pas épargnée. **L'impact des violences scolaires subies ou agies** est très sous-estimé, explique un pédopsychiatre travaillant dans un centre de crise. Selon Marie Choquet, 12 % des jeunes français auraient subi des brimades (« *bullying* »). On en trouve un écho dans cette confidence d'une jeune fille sur le Forum de la Défenseure « *je suis arrivée dans un nouveau collège où je n'ai pas été du tout acceptée. J'ai subi un harcèlement moral pendant des années. Cela a provoqué chez moi une dépression me menant à une tentative de suicide* ».

Bagarres, brimades, jeux violents font véritablement partie de l'univers des adolescents.

• **Les jeux dangereux, sources de sensations intenses**

Les jeux dangereux et les jeux violents, dénommés par au moins 90 appellations différentes, sont une pratique en constante augmentation. Ils peuvent aboutir à la mort ou à des blessures graves.

Les jeux de non oxygénation (connus sous différentes dénominations « *jeu du foulard, rêve bleu, jeu de la tomate...* ») sont pratiqués par des jeunes qui ne sont pas décrits comme suicidaires ; bien au contraire, ces jeux sont utilisés pour éprouver des sensations intenses qui donnent aux jeunes un réel sentiment d'exister.

Dans les jeux d'agression il est fait usage de violence gratuite généralement par un groupe de jeunes envers l'un d'entre eux. **Ces jeux sont intentionnels ou contraints.** Dans les jeux intentionnels (« *canette, petit pont massacreur, bouc émissaire...* ») un objet est lancé dans un cercle et le joueur qui ne le rattrape pas est roué de coups par les autres. Dans les jeux contraints (« *carton rouge, couleur, taureau...* »), un enfant est désigné en fonction de certains critères puis est frappé et humilié.

Il est difficile de cerner avec certitude le nombre d'enfants et d'adolescents qui s'adonnent à ces « *jeux* » comme agresseur ou comme victime. Cependant une enquête récente³⁷ estime qu'**un million d'enfants de 7 à 17 ans aurait un jour ou l'autre** joué au moins une fois à l'un de ces jeux dangereux, mais sans en préciser la fréquence. À noter que 15 % des enfants n'associent pas ces pratiques à un danger. L'enquête montre que ces jeux sont pratiqués dans plusieurs situations : à l'école (73 %), dans les quartiers (46 %), mais aussi à la maison (16 %) et en colonie, 14 %.

³⁶ Drees n° 322 « *la santé des adolescents* », juin 2004.

³⁷ Enquête Sofres-Sos Benjamin, septembre 2007.

Ces jeux ne sont pas liés à un mal-être. Ils offrent aux utilisateurs une façon de se procurer rapidement des sensations fortes particulièrement pour les jeux de non oxygénation. Ils sont l'expression des pulsions agressives qu'éprouvent tous les enfants mais qui, dans ces cas, ne sont « *ni canalisées ni rendues socialement acceptables* ». Cette agressivité naturelle diffère radicalement de la violence antisociale. Aussi, les éducateurs plaident ils pour que soient proposés aux enfants et aux adolescents des jeux leur permettant d'extérioriser leur agressivité tout en leur inculquant en même temps les règles du jeu et leur respect.

- Quant au « **happy slapping** » pratiqué par les collégiens et les lycéens, il consiste à filmer une agression via un téléphone portable puis à diffuser ces images notamment sur internet. Dans les faits, il ne s'agit pas toujours d'une agression surprise. L'agression est préparée, mise en scène entre les jeunes, la victime désignée est prévenue qu'elle sera frappée. Depuis la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance ces actes, perpétrer des violences, enregistrer et diffuser des images de violence, sont punis par la loi.

Le ministère de l'Éducation nationale a réalisé un document sur ces « jeux » destiné à la communauté éducative et aux parents **consultable sur internet** depuis avril 2007.

6) Une nouvelle addiction, la cyberdépendance

Les jeunes utilisateurs rencontrant des problèmes de jeu en ligne ne représentent qu'une infime minorité de joueurs. **La cyberdépendance est un phénomène relativement nouveau**, elle fait partie des **nouvelles addictions sans drogues**. Il ne s'agit plus d'une dépendance à un produit mais d'une dépendance comportementale. Le psychiatre Marc Valleur, spécialiste des diverses addictions, traite depuis 2002 une trentaine de cas par an (adultes et jeunes). Il relève que « *le remplacement du réel par le virtuel est leur seule manière concevable de vivre* ». Cette dépendance s'installerait en compensation d'un manque ou d'un mal-être ressenti ce qui peut être particulièrement vif à l'adolescence.

Pour sa part, le cinéaste et psychologue Michael Stora considère **que la pratique est excessive dès lors que l'on constate une rupture de lien social**. Il observe que les accros aux jeux vidéo voient leurs relations familiales diminuer, que leur vie sociale, amicale et affective est délaissée par rapport au temps consacré au jeu et que les joueurs interrompent toute scolarisation, si bien que leur niveau scolaire, très souvent bon au départ, finit par baisser considérablement. **70 % des jeunes consultant Michael Stora pour une pratique excessive se sont déscolarisés.**

Les jeux vidéo en ligne peuvent avoir une valeur addictive, estime-t-il, parce qu'ils n'ont pas de fin, parce qu'ils sont séduisants, parce qu'entre autres ils font ressentir un sentiment de puissance puisque le corps est dégagé de toute contrainte corporelle et qu'ils transforment le joueur en héros. Il observe également que « *le jeu vidéo devient un outil que l'adolescent utilise comme un moyen de se donner l'illusion de recréer le monde* ».

Ce phénomène reste mal connu et aucune étude n'a été réalisée pour l'instant en France au contraire de la Belgique. Un groupe de travail dédié aux « jeux en ligne » est organisé par le Forum des droits sur internet.

7) Les blogs, journal intime à ciel ouvert

La plus importante plate-forme de blogs française, Skyblog, abrite dix millions de blogs. Si tous n'appartiennent pas à des adolescents, il s'agit du premier producteur de blogs d'adolescents en France, estime Michael Stora psychologue, fondateur de l'Observatoire des mondes numériques en sciences humaines et surtout consultant pour cette plate forme. Ouvertes un jour, ces pages peuvent aussi être délaissées très rapidement par leur auteur. D'autres blogs sont tenus à jour régulièrement par leurs auteurs et très consultés. **Journal intime ouvert à tous le blog répond à un besoin fort de l'adolescent : montrer quelque chose de soi pour exister**, poser des actes, ici des mots, des images, destinés à être vus afin que leur auteur soit reconnu et valorisé par le regard des autres. « *Le blog constitue une vitrine très importante dans laquelle l'adolescent s'évoque lui-même, analyse M. Stora, d'où le choix des textes, des images : des photos et des vidéos. Il y a là une véritable mise en scène, une créativité qui passe par les mots et de plus en plus par les images insérées* ». L'adolescent attend une réponse de la part des autres lecteurs et ces commentaires en suscitent souvent d'autres entraînant une surenchère.

Les textes abordent tous les thèmes même les plus intimes, la sexualité, le mal-être, des confidences violentes ou morbides peuvent être exposés avec une grande précision et susciter fascination et inquiétude chez le lecteur. Est-ce un jeu ? Une provocation ou une intention réelle ? Quelques suicides après des annonces lapidaires ont pu le laisser craindre. Skyblog a mis en place un double système d'alerte : d'une part, une autorégulation puisque les lecteurs peuvent signaler les textes qui leur paraissent inquiétants ; d'autre part, des modérateurs examinent les blogs signalés par les lecteurs et des blogs repérés par le système interne de mots clés, incluant entre autres le terme suicide. Ainsi, par exemple toutes « *les recettes de suicide* » sont écartées, de même que les incitations à la haine raciale. Une collaboration doit s'instaurer avec des associations telles que Fil-Santé-Jeunes ou Phare parents enfants, qui prendraient en charge ces messages et contacteraient l'auteur. « *2 à 3 % des blogs sont réellement inquiétants* » tempère Michael Stora qui lui-même conseille Skyblog et Fil-Santé-Jeunes.

L'adolescent est longtemps resté le grand oublié des politiques publiques

- Une lente **instauration d'actions** en direction des **adolescents** mais pas de **politique globale** de l'adolescence.

Ni enfant ni adulte, l'adolescent est longtemps resté un grand négligé des politiques publiques qui, pour l'essentiel ont peiné à mettre en place des programmes spécifiques pour ce groupe d'âge. Le rapport du Haut comité de la santé publique (HCSP), publié en 2000, aborde pour la première fois le thème de « *La souffrance psychique des adolescents* » et joue ainsi un rôle de révélateur. Il met en évidence le coût humain et social de ces difficultés en s'attachant tout particulièrement aux suicides et tentatives de suicide chez les jeunes de 15 à 24 ans dans la mesure où l'on dénombre alors près de 900 décès par an en France, le suicide étant la deuxième cause de mortalité pour ce groupe d'âge. Ces travaux considèrent que **sa prévention doit être « intégrée dans une prévention globale du mal-être et de la souffrance psychique »**.

1) Une stratégie nationale d'actions face au suicide est mise en place de 2000 à 2005

La lutte contre le suicide devient une priorité de santé publique pour l'ensemble de la population et donne lieu à une stratégie nationale d'actions pour la période 2000-2005. Tout un pan de cette action est directement consacré aux adolescents et aux jeunes adultes, (15-24 ans)³⁸. Précurseurs sur ce sujet, les programmes régionaux de santé des jeunes des Bouches du Rhône et du Pas-de-Calais avaient déjà intégré cette priorité.

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur la prise en charge des adolescents ayant fait une tentative de suicide, en 1998, et les conclusions de la conférence de consensus « *La crise suicidaire, la reconnaître la prendre en charge* » tenue par la Fédération française de psychiatrie et l'HAS en 2000 ont inspiré les quatre objectifs retenus pour cette stratégie nationale : « améliorer la connaissance épidémiologique ; diminuer l'accès aux moyens couramment mis en œuvre lors de suicides ; favoriser la prévention par un dépitage accru des risques suicidaires ; améliorer la prise en charge ».

³⁸ Circulaire 2001/318 du 5 juillet 2001 relative à la stratégie nationale d'actions face au suicide : actions prioritaires pour 2001.

Ces deux derniers points sont particulièrement recommandés auprès des jeunes.

Favoriser la prévention réclame d'améliorer les connaissances des professionnels des champs médicaux, sociaux et d'éducation sur le repérage et la gestion de la crise suicidaire, de leur fournir des outils validés pour évaluer les facteurs de risque de la crise suicidaire et de créer des pratiques communes. C'est aux Régions qu'est confiée la tâche de mettre en place des sessions de formation de formateurs au repérage de la crise suicidaire et à la conduite à tenir. Ceux-ci devront ensuite former des « *personnes ressources* » susceptibles au cours de leurs activités professionnelles ou bénévoles d'être confrontées à des jeunes suicidaires³⁹.

Améliorer la prise en charge implique que « *tout adolescent suicidant doit être adressé aux urgences d'un établissement de soins* », qu'il doit y être convenablement accueilli et pris en charge d'une façon globale (médicale, psychologique et sociale) et que sa souffrance psychique doit être reconnue.

Selon l'évaluation réalisée en 2006, **ces actions pluridisciplinaires** ont abouti à la formation d'**au moins 12 700 « personnes ressources »** ; 30 % de celles-ci proviennent de l'Éducation nationale et sont en majorité des infirmières scolaires ; 12 % viennent de services hospitaliers de psychiatrie. Ces formations sont considérées comme « *particulièrement efficaces car elles ont fourni aux « personnes ressources » des compétences en matière de repérage et d'orientation et de prise en charge* ». Leur deuxième grand mérite est que **des professionnels venant de secteurs d'activités différents se sont ainsi forgés des références communes**. Bien que le nombre de personnes ressources formées soit insuffisant pour avoir « *une capacité d'initier des actions dans leurs structures respectives* » ces actions phares du projet de lutte contre le suicide sont perceptibles et paraissent avoir touché de nombreuses personnes en contact habituel avec les adolescents. Toutefois, rien n'a été prévu pour sensibiliser les parents et les informer. Il faut noter que cette stratégie nationale a permis de diminuer de 36% les décès par suicide chez les jeunes entre 1993 et 2004.

→ **Recommandations**

- Il est urgent de généraliser la formation de tous les professionnels au contact des adolescents.
- De même, il est indispensable de proposer aux parents une sensibilisation et une information sur le repérage des signes éventuels de mal-être de leur enfant et les possibilités d'aide (lignes d'écoute téléphoniques, lieux d'accueil, adresses utiles etc.).

³⁹ Circulaires DGS/SD6C du 5 juillet 2001, du 25 janvier 2002, du 16 juillet 2003, du 26 avril 2004.

2) À partir de 2005, l'Éducation nationale marque une volonté de travailler avec le monde de la santé autour de la souffrance psychique des adolescents.

Un « *programme quinquennal de prévention et d'éducation pour la santé des élèves* » est engagé en 2005, en partenariat entre le ministère de l'Éducation nationale et le ministère de la Santé, afin de mener des actions d'éducation, de prévention et de prendre en compte les difficultés et les troubles psychiques des adolescents.

Les objectifs principaux portent sur l'observation de la santé des élèves et son suivi, le repérage des signes de souffrance psychique des enfants et des adolescents et l'organisation cohérente d'actions d'éducation à la santé. Notamment - le développement de l'éducation à la sexualité au collège et au lycée - l'éducation nutritionnelle - la formation aux premiers secours - la lutte contre la tabagisme et la prévention des conduites addictives sous la forme, entre autres, d'un guide de prévention des consommations de drogue et de tabac réalisé avec la MILDT.

Les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) ont été créés en 1998 dans les établissements d'enseignement secondaire.

Leurs missions et leurs activités ont été redéfinies par la circulaire du 30 novembre 2006 qui les intègre à la politique globale de réussite de l'élève. Le chef d'établissement préside et pilote le CESC qui rassemble tous les acteurs de la communauté scolaire et de nombreux partenaires extérieurs : élèves, parents délégués, familles, collectivités territoriales, justice, police et gendarmerie, jeunesse et sport, associations agréées, RATP... Un projet d'actions adaptées à l'établissement et en lien avec le programme régional de santé publique est défini. Ainsi, par exemple, de nombreux CESC dans le cadre de la prévention du tabagisme avaient déjà interdit le tabac avant même le décret du 15 novembre 2006. Toutefois, le dynamisme et l'efficacité des CESC sont variables selon les établissements.

Le CESC du lycée Fresnel (Caen) existe depuis plus de dix ans. Il est animé par un représentant du Comité régional d'éducation à la santé et rassemble des personnels du lycée, des partenaires extérieurs et des élèves du lycée. Il se réunit chaque mois et met en place des actions de santé et de citoyenneté à partir des demandes et des besoins des élèves. Les délégués des élèves réfléchissent aux sujets qui les préoccupent et proposent ensuite des idées ou des projets au CESC qui est chargé des les mettre en œuvre avec l'aide des adultes. C'est dans ce cadre que des cours de sophrologie ont été mis en place pour les élèves « *stressés* ». En 2007, les délégués de seconde ont souhaité que l'on parle du problème des exclus en classe (bouc émissaire) ; un forum théâtre a été réalisé. Les questions liées au mal-être de l'adolescent sont largement évoquées et les élèves du Comité de vie lycéenne ont réalisé en 2007 un questionnaire sur le mal-être de leurs camarades qui a été rempli par les jeunes du lycée.

→ **Recommandations**

- Le Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté est un véritable outil de proximité. Il importe de rappeler au chef d'établissement la nécessité pour les CESC d'intégrer prioritairement des actions d'information et de prévention de la souffrance psychique.
- Chaque établissement doit être incité à mettre en place un partenariat avec les professionnels de la santé des adolescents.

➤ **Vers la mise en place d'un réseau national de lieux d'accueil et d'écoute pour les jeunes**

1) **La mise en réseau, en 2002, d'initiatives locales, les Points Accueil et Écoute Jeunes (PAEJ)**

Le réseau national des Points Accueil et Écoute Jeunes, (PAEJ), dispositif d'accueil et de soutien direct aux jeunes de 12 à 25 ans (et, dans une moindre mesure, à leur famille) est créé en 2002⁴⁰. Ce réseau est né du regroupement de quatre réseaux différents dont l'un est spécifiquement centré sur la santé : les « *Espaces santé jeunes* » financés initialement par la Fondation de France. (Les 234 **points information famille**, créés en 2003, destinés à simplifier les démarches qui concernent les familles, de la naissance à la prise en charge des parents âgés, ont été fondus dans les points d'accueil écoute jeunes.) En 2005, 265 Points d'Accueil et d'Écoute Jeunes, dont plusieurs dans des zones rurales, ont été recensés. Ils s'adressent à un très large public ayant des conditions de vie et des préoccupations différentes d'autant que, depuis 2005⁴¹, ils sont fermement inscrits dans le champ de la lutte contre l'exclusion. Ces points écoute, qui prennent souvent la dénomination de la structure associative à laquelle beaucoup sont adossés, sont des **structures légères** auxquelles sont confiées des fonctions d'écoute, de soutien, d'orientation et de médiation. Ils n'assurent pas une prise en charge dans la durée (en moyenne de 4 à 5 rencontres). Leur plurifinancement et leurs origines diverses en font un réseau fragile alors que, dans la mesure où ils sont répartis un peu partout sur le territoire, ils pourraient constituer une première ligne d'accueil, d'écoute et d'orientation des jeunes en situation de mal-être et de leurs parents.

2) **Une approche novatrice en 2004 : les Maisons des adolescents**

La Conférence de la famille 2004 consacrée à l'adolescence a préconisé le **développement des Maisons des adolescents**, à l'image de la pionnière du Havre. L'engagement de l'État de créer une Maison des adolescents par département est **l'une**

⁴⁰ Circulaire DGAS/DGS du 12 mars 2002.

⁴¹ Circulaire du 6 janvier 2005.

des décisions les plus novatrices et de plus grande ampleur en faveur des adolescents. Ces Maisons sont destinées principalement aux adolescents, mais également à leurs familles et aux autres partenaires intervenant dans le secteur de la santé, de l'éducation, de la justice, de la culture, du sport, de la sécurité...

Leurs objectifs généraux sont ambitieux et définis dans un cahier des charges précis : - apporter une réponse de santé et, plus largement, prendre soin des adolescents en leur offrant les prestations les mieux adaptées à leurs besoins et attentes qui ne sont pas actuellement prises en charge dans le dispositif traditionnel - leur fournir des informations, des conseils et une aide au développement d'un projet de vie - favoriser l'accueil en continu par des professionnels pluridisciplinaires pour faciliter l'accès des adolescents qui ne viennent pas dans les circuits les plus traditionnels - garantir la continuité et la cohérence des prises en charge - constituer un lieu ressource sur un territoire donné pour l'ensemble des acteurs concernés par l'adolescence (parents, professionnels, institutions) en créant un réseau avec les structures de proximité (notamment à partir des PAEJ locaux ou des Espaces santé jeunes).

Les Maisons des adolescents ont donc **vocation à réunir les dispositifs sanitaires, sociaux, éducatifs et juridiques dont les jeunes peuvent avoir besoin pour faire face aux difficultés qu'ils rencontrent.** Elles doivent pouvoir avoir accès à des lits d'hospitalisation réservés à cet effet et à des consultations médicales. Elles peuvent être créées à partir de structures, équipements ou services existants qui satisfont à ces orientations. Le porteur du projet peut être un établissement de santé, une association, une collectivité locale et **chaque projet** de Maison des adolescents **doit s'appuyer sur un diagnostic des besoins** du territoire et des structures existantes tant publiques que privées. Ce diagnostic doit être partagé par l'ensemble des partenaires : éducation nationale, justice, conseil général et autres collectivités locales, acteurs de la santé et de l'action sociale (ARH, DRASS, DDASS, missions locales...). Il doit également associer les autres acteurs concernés (police, gendarmerie...).

Les prestations proposées aux adolescents peuvent être **individuelles** (consultations médicales, entretien avec un psychologue, entretien dans le cadre de la planification familiale, consultation de diététique...) mais également **collectives** (groupes de parole, ateliers thérapeutiques...). Elles sont organisées en articulation avec d'autres structures intervenant en faveur des jeunes. **La place des parents** dans la prise en charge du jeune doit être effective. Comme nous le verrons dans notre enquête terrain, ce dispositif novateur peine à se développer sur l'ensemble du territoire.

► D'autres **engagements publics récents** confortent **ces objectifs de prise en charge** adaptée de la santé mentale des jeunes

1) La loi de santé publique du 9 août 2004 met en avant « *le principe de protection de la jeunesse* » ; les objectifs et les plans stratégiques doivent systématiquement prendre en compte l'amélioration de la santé des nourrissons, des enfants et des adolescents. Est créée une Conférence régionale de santé publique chargée d'élaborer un **plan régional de santé publique (PRSP)** pour décider des priorités et mettre en place les réponses appropriées.

2) Le plan Psychiatrie et santé mentale de 2005-2008 relance et élargit des programmes, notamment régionaux, déjà mis en œuvre pour tous les publics.

- Il inclut des efforts particuliers à destination des jeunes : guide pour la promotion de la santé mentale, recommandations de bonnes pratiques, référentiels de formation et évaluation de pratiques professionnelles (auxquels participe l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé) et insiste sur le développement des maisons des adolescents.

Une application concrète « **Le Référentiel d'observation à l'usage des médecins pour un repérage précoce : souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent** » élaboré, en 2006, par la Fédération française de psychiatrie à la demande du ministère de la Santé. **Il est destiné à la formation de médecins qui formeront d'autres praticiens.**

- Le plan psychiatrie **prévoit également de créer des lits** d'hospitalisation à temps complet en pédopsychiatrie en priorité dans les départements qui en sont dépourvus afin de pallier le sous-équipement de la psychiatrie infanto-juvénile. En effet, une évaluation réalisée en mars 2007 a montré un net retard dans ces créations. De très nombreux lits d'hospitalisation en psychiatrie adulte et en psychiatrie infanto-juvénile ont été fermés depuis près de vingt ans. Cette réduction a été faite pour des motifs économiques et sous l'impulsion d'un courant de pensée de la psychiatrie hors les murs qui dénonçait « *la survivance des concentrations psychiatriques hospitalières* », et avait préconisé de « *définir un plan décennal de fermeture des hôpitaux psychiatriques* » au profit de structures de soins ouvertes et intégrées. La fermeture des lits de psychiatrie devant dégager des ressources réinvesties dans des structures alternatives permettant « *le retour dans la communauté* ⁴² ».

Le bilan sur le terrain de cette mise en application est insatisfaisant dans la mesure où une embolie du dispositif psychiatrique et médico social est constatée

⁴² De la psychiatrie à la santé mentale, le rapport des docteurs Piel et Roelandt remis en 2001 s'inscrit dans cette mouvance.

aujourd'hui par l'ensemble des professionnels au contact des adolescents. Non seulement il manque incontestablement des lits d'hospitalisation à temps complet pour les adolescents en situation de crise, mais les solutions alternatives sont globalement saturées d'autant que la pénurie de psychiatres est importante.

À l'écoute du terrain

Nous sommes donc allés sur le terrain pour prendre la mesure de la situation.

Toute « souffrance » à l'adolescence ne nécessite pas systématiquement une prise en charge psychologique ou psychiatrique d'urgence mais elle nécessite d'être repérée et accompagnée ou prise en charge. Le repérage implique tous les proches de l'adolescent : les parents et la famille, les enseignants, les infirmières scolaires, les conseillers principaux d'éducation, les médecins généralistes, tous ceux qui sont en situation d'éduquer, écouter, apporter une aide. « **Le jeune a d'abord besoin d'un référent adulte en qui il ait confiance** » affirme le pédopsychiatre Alain Braconnier.

« La prise en charge des adolescents commence souvent par la recherche des personnes ressources ayant à la fois la formation adéquate, la motivation pour le travail et disposant de possibilités matérielles pour cette rencontre » estime le docteur Patrick Alvin de l'unité d'adolescents du Kremlin Bicêtre. En effet, les adolescents ne vont pas spontanément vers la personne la plus compétente, que ce soit au collège où ailleurs (infirmière, enseignant...). Ils choisissent la personne à qui ils veulent se livrer en confiance sans se soucier de sa fonction professionnelle ; c'est la personnalité, « le feeling » disent-ils, qui est déterminant. L'adolescent exprime rarement directement sa souffrance : il importe d'adapter les conditions d'écoute et les réponses à lui apporter.

▣ Comment l'entourage peut-il repérer le mal-être d'un adolescent ? Est-il formé à cela ?

1) Les parents

Les parents ne sont pas épargnés au cours des années d'adolescence de leur enfant et il est banal de dire que la relation qu'ils ont avec lui se transforme et parfois les déroute. Ils ont à se situer dans une nouvelle position, celle de rester à la bonne distance, d'être protecteurs sans être envahissants. Cette nécessité est d'autant plus difficile s'ils rencontrent de leur côté des problèmes personnels, familiaux ou professionnels. Pourtant, on peut penser qu'ils sont les mieux à même d'observer leur enfant et de discerner en lui des changements, des comportements différents, répétés, des signes d'alerte sur une souffrance intérieure.

Il peut arriver en fonction des événements de la vie familiale, d'un échec scolaire, d'une déception amoureuse, que les jeunes aient besoin d'un appui. Lorsqu'eux-mêmes, ou un ami, leur apparaît en difficulté, des adolescents rencontrés par la Défenseure

confient « *se faire aider par un adulte en qui ils ont confiance* », parmi lesquels « *leurs parents* », une personne qui soit « *disponible, qui ne porte pas de jugement* ». Certes, les jeunes savent que leurs parents sont là, attentifs : 82 % des adolescents interrogés pour le « 3° Forum adolescence » estiment qu'ils peuvent parler avec leurs parents, « *je n'étais pas bien, j'ai parlé à des amis de mon âge, cela m'a donné confiance pour parler à mes parents qui m'ont conduit chez un psychologue* » raconte une jeune fille ; une autre ajoute « *je n'osais pas leur parler, ils se doutaient que je n'allais pas bien, je me suis sentie soulagée quand je leur ai parlé.* » Mais pour d'autres, la crainte de l'incompréhension, du jugement tempère les confidences, « *les parents disent que ce sont des broutilles d'ados. Il faudrait plus d'attention de leur part, on n'a pas envie d'entendre ça, on a besoin de paroles rassurantes.* »

Les parents eux-mêmes se sentent mal à l'aise, ils cherchent des points d'appui extérieurs. Eux aussi exposent les obstacles rencontrés pour « *franchir le mur du silence* ». « *On se bat beaucoup, disent-ils, on essaie d'aller vers le jeune mais c'est une porte fermée, ça bloque.* » La proximité peut être trompeuse : « *nous ne sommes pas les mieux placés à cause de l'affectif, de l'amour que nous avons pour nos enfants* », jugent a posteriori les parents qui se sont trouvés confrontés à des situations graves. Certains constatent aussi qu'« *ils n'ont rien vu* » de la consommation considérable de cannabis, de l'alcoolisation, des absences scolaires de leur enfant jusqu'au moment où un épisode psychiatrique oblige à l'hospitalisation, où l'établissement scolaire signale les ivresses, les absences. Moment où la situation éclate. Face au « *rideau noir* » que tire l'adolescent, face à sa volonté obstinée, les parents avouent leur désarroi.

« *Les parents peuvent repérer certains signes, estime le professeur Daniel Marcelli, si leur enfant a beaucoup changé, devient irritable, renfermé, s'il s'isole... Un adolescent qui se suicide ne veut pas mourir, explique le pédopsychiatre, il veut vivre autrement. Les parents ont intérêt à prendre conseil auprès d'un médecin généraliste ou d'un psychiatre, à ouvrir la cellule familiale, entendre la souffrance de leur enfant et ne pas faire l'autruche, ne pas banaliser.* »

Les parents sont souvent les grands oubliés dans le repérage et la prise en charge de la souffrance psychique de leurs enfants, ce qui les laisse encore plus démunis. Peu d'initiatives spécifiques ont été prises pour les sensibiliser ou leur apporter un soutien et encore moins aux grands-parents souvent témoins de la détresse de leurs petits-enfants à l'occasion des séparations familiales. **Les différents plans publics de lutte contre le suicide et de repérage de la souffrance psychique chez les adolescents ne prévoient ni de s'adresser aux parents ni de les y sensibiliser.** Ils recommandent « *d'élaborer un outil de prévention permettant le dialogue entre professionnels et jeunes* », mais ne positionnent pas les parents. Leur position est difficile : on leur reproche leur manque de distance à l'égard de leurs enfants tout en les éloignant du processus de prise en charge. Ils vivent souvent la rencontre avec les institutions comme autant de reproches implicites.

« Nous étions des parents abandonnés »

Dans son livre « *Fatigué de ce monde* » Pascale Morice relate l'histoire de son fils qui s'est suicidé à l'âge de 22 ans.

Elle témoigne sur le non accompagnement des familles qui se trouvent démunies devant leur adolescent qui va mal : « *le désir le plus profond des parents c'est d'aider leur enfant... m'accompagner moi, cela aurait été l'accompagner lui... plus Arnaud avançait en âge, plus mes appels étaient sourds... je n'avais personne !* ».

« *Quand j'allais voir ses instituteurs puis ses professeurs on me disait que tout allait bien, que je ne devais pas m'inquiéter... Pourtant, après sa mort, j'ai à nouveau interrogé les mêmes enseignants qui ont reconnu s'être inquiétés de cet enfant dont l'extrême sensibilité les avait marqués dans leur carrière* » « *On avait remarqué* » lui dit alors un professeur « *mais ce n'est pas notre rôle de le dire, on n'est pas là pour cela, ni formés à cela* ».

« *Quand, à l'adolescence, son comportement nous a vraiment alertés, j'ai demandé à notre médecin de famille de rencontrer Arnaud mais celui-ci a minimisé mes inquiétudes... il ne m'a pas crue... A dix huit ans, alors que nous voyons qu'il va mal, un psychiatre consulté me répond qu'il ne recevra Arnaud que si il appelle lui-même... Nous étions des parents abandonnés...* »

Autant de portes qui se ferment à la détresse de parents qui éprouvent un sentiment d'impuissance.

Pourtant Arnaud consomme de manière importante du cannabis, son état se fragilise malgré de bons résultats scolaires, son comportement est emporté, ses discours sont passionnés et un peu au delà du réel, explique son amie d'enfance, et puis, quelques jours après un Noël passé en famille, alors qu'il semble aller mieux... survient le pire.

« *Il n'y a pas de recette miracle, conclut Pascale Morice, « mais si un accompagnement de la famille était réalisé lors du constat de la souffrance des adolescents, si on savait entendre ce que les parents disent des troubles de leur enfant on éviterait de sombrer dans le pathologique. Il faut déceler les signes de mal-être afin d'en prendre la mesure pour qu'une petite souffrance n'en devienne pas une trop grande !* »

Aujourd'hui, Pascale Morice est maire-adjointe à la jeunesse à Caen ; elle s'est investie dans la création de la Maison des adolescents.

Les actions en direction des familles sont généralement le fait d'associations parfois soutenues par des collectivités territoriales ; souvent innovantes car elles répondent à des demandes issues du terrain, elles gardent cependant une portée locale. Elles sont inégalement réparties sur l'ensemble du territoire et leur financement qui est dépendant de contributeurs publics ou privés les expose à la fragilité.

Écoute et conseils sont apportés par *Tremplin, point parents* à Lille, une association favorisant les rencontres entre parents et jeunes, « écouter, accompagner, exprimer les difficultés, renouer les liens, faire évoluer les situations dégradées ». 55 % des demandes des parents concernent des adolescents de 12 à 17 ans.

L'association *Parentel*, à Brest, a installé une ligne téléphonique spécialement destinée aux parents d'adolescents.

L'association *Phare enfants-parents*, Paris, propose un service d'accueil et d'écoute nationale soit par téléphone soit par rencontres destiné aussi bien aux parents qu'aux adolescents. Ce sont majoritairement les parents qui appellent.

L'École européenne des grands-parents répond aux interrogations de cette génération souvent déroutée par les relations familiales.

Les 47 *Écoles des parents et des éducateurs* (EPE) réparties sur l'ensemble du territoire soutiennent et accompagnent les parents, les jeunes et les professionnels. Ce réseau est à l'origine de nombreuses réponses innovantes fondées sur la conviction que les parents ont les capacités pour éduquer leur enfant mais ont souvent besoin d'un appui. Ainsi ont été créés des groupes de paroles entre parents ou entre jeunes. Les *Écoles des parents et des éducateurs* animent également des services téléphoniques (dont le *Fil-Santé-Jeunes*), des lieux de rencontres comme le *café des parents*, à Paris, pour aider chacun à résoudre ses problèmes de relations dans la famille, ainsi que des consultations psychologiques et des consultations de médiation familiale.

Dans un registre plus classique, les familles peuvent aussi trouver des informations lors de conférences assurées par des associations, ou différentes institutions, autant d'actions utiles mais ponctuelles et dispersées.

Les *Maisons des adolescents* intègrent parfois un accueil particulier des parents. De même que certaines unités psychiatriques d'adolescents font participer les parents, par exemple *Mosaïque*, à Poitiers, qui veut « offrir à l'adolescent mais aussi à ses parents un espace médiateur où pourrait émerger sans dommage un nouveau type de relation entre parents et adolescents ».

Alors que le thème des « parents démissionnaires » était largement diffusé, la Conférence de la famille de 1998 a soutenu le développement des réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP), des micro projets qui « proposent des actions de type généraliste, participatif et collectif placés sous la responsabilité des parents, les professionnels n'intervenant qu'en appui, » afin de **redonner confiance aux familles dans leur capacité d'élever leurs enfants et de répondre à leurs besoins**. Une évaluation de l'Igas en 2004, montrait que 36 % des actions entreprises par les Reapp relèvent du domaine des familles fragiles et des parents en conflit ou en séparation ; 18 % concernent un soutien aux parents d'adolescents, enfin 15 % des actions relèvent de l'amélioration des relations entre les familles et l'école.

→ Recommandation

- La création d'une ligne d'écoute parents à vocation nationale et d'un « portail » grand public rassemblant toutes les données d'information et d'un accès simple seraient indispensables pour aider les parents.

2) Les amis

Les amis tiennent une grande place à l'adolescence, 96 % des adolescents interrogés par le 3^e Forum adolescence⁴³, disent « avoir beaucoup d'amis ». Les adolescents ont besoin de se retrouver dans un groupe, de partager des goûts, des humeurs et des expériences communs, de se sentir intégrés. Grâce à ces échanges ils se forment progressivement leur personnalité. Le groupe et les amis constituent un espace d'intimité qui leur est propre et que ne connaissent pas les parents. « Les amis sont une source sûre quand ils sont très proches, ils peuvent nous comprendre et savent souvent plus de choses sur nous que nos parents » explique un membre du Comité des jeunes de la Défenseure. Un jeune a le statut d'ami privilégié, de confident. Proche de l'adolescent il le comprend puisqu'ils partagent les mêmes émotions et les mêmes craintes et peuvent donc se confier.

Cette confiance rend l'ami ou les amis précieux lorsque l'adolescent va mal « mes amies m'ont dit : faut qu'on parle », mais elle constitue aussi un frein car celui qui a reçu les confidences a peur de trahir en faisant part à un adulte, même bien choisi, des propos reçus et des craintes qu'ils suscitent. Face à l'un des leurs qu'ils perçoivent comme allant mal, les amis hésitent à s'adresser directement à un adulte aussi préfèrent-ils encourager l'adolescent à parler lui-même à un adulte proche : parent si cela semble possible ou un conseiller principal d'éducation, une infirmière scolaire, ou encore à un adulte plus éloigné dont c'est la fonction. C'est le contact par « bouche à oreille » que connaissent bien les services de téléphonie pour les jeunes, les maisons des adolescents, les lieux d'accueil divers : Point accueil écoute jeunes, Espaces santé... « C'est plus facile de parler avec des amis mais leur rôle est limité. À plusieurs reprises j'ai reçu des confidences très douloureuses. Je n'ai pu qu'écouter, donner de l'amour mais nous ne sommes pas formés à recevoir ces paroles, nous ne sommes pas des psys » constate une jeune fille.

⁴³ Laboratoire Wyeth mars 2007.

Les « radios jeunes », nationales ou locales, consacrent généralement des émissions d'information ou de libre antenne à l'expression des interrogations des adolescents. Des réactions et des questions formulées via internet sont reprises lors des émissions de radio. Les échanges entre les auditeurs apparaissent clairement comme un mode d'information et de confrontation important pour un groupe d'âge qui partage les mêmes préoccupations et le même langage. Les adolescents expliquent qu'entendre évoquer par d'autres jeunes des sujets qui leur tiennent à cœur les rassure. Se trouver en prise directe avec les interrogations et parfois même les souffrances de jeunes, souvent d'ailleurs issus de quartiers sensibles, pousse ces radios à être leur porte-voix, mais aussi, depuis peu, à établir des liens avec des associations d'aide aux adolescents pour les orienter vers des professionnels formés lorsque se discerne une souffrance inquiétante dans les propos recueillis.

Gaëlle 16 ans

« *Quand je leur ai dit que j'allais mal cela m'a soulagée* »

Gaëlle a seize ans et demi, elle est venue à la Maison des adolescents accompagnée de ses parents. Elle parle de sa souffrance : elle dit se souvenir d'avoir été une enfant joyeuse et bavarde et puis petit à petit « *j'étais en solitude, je me renfermais de plus en plus* ».

Elle n'arrivait plus à communiquer avec ses parents, devenant agressive avec eux comme avec ses amies. À l'école elle s'absentait de plus en plus, la nuit elle dormait très mal et sortait retrouver des jeunes en errance : « *j'étais comme une zombie, je me coupais de plus en plus, mes résultats baissaient, à l'école je m'absentais, et je mentais...* ».

Ce sont ses amies qui sont allées vers elle et qui l'ont aidée à parler avec ses parents ; « *quand je leur ai dit que j'allais mal cela m'a soulagée* ». Dans le même temps l'établissement scolaire signale les absences sans motifs de Gaëlle.

Ses parents l'envoient alors vers une psychologue libérale avec laquelle elle n'accroche pas. Finalement ses parents l'amènent à la maison des ado. Les troubles de l'attention dont elle souffre depuis si longtemps sont pris en compte. Ses résultats scolaires s'améliorent. Depuis sept mois elle vient régulièrement à la Maison des adolescents en consultation. Elle se sent écoutée, rassurée car elle rencontre d'autres jeunes, elle commence à contenir son angoisse « *et maintenant j'ai envie de grandir, de penser à l'avenir et à mon orientation scolaire* ».

→ **Recommandations**

- Les jeunes doivent pouvoir disposer sur leurs lieux de vie scolaire ou de loisirs de toutes les informations utiles : numéros de téléphone, sites internet, adresses des lieux d'accueil, d'écoute et d'orientation qui leur sont destinés.

- La réalisation d'un « portail » à vocation nationale à destination des jeunes rassemblant toutes ces données est indispensable. Il doit être accessible de façon très aisée à partir de mots-clés simples, compréhensibles et être actualisé régulièrement.

3) L'univers scolaire

A) L'équipe enseignante et éducative

« Les enfants dont on s'occupe le plus sont ceux qui s'extériorisent d'une façon visible ou violente et mobilisent plusieurs personnes autour d'eux, souvent au détriment des plus isolés qui ont peur de déranger » constate un Conseiller principal d'éducation.

Les conseillers principaux d'éducation (CPE) apparaissent comme les personnels les mieux formés en psychologie de l'enfant et de l'adolescent avec environ 15h de cours sur ce thème durant leur formation. Le CPE organise la vie scolaire de l'établissement, surveille les absences et possède ainsi une bonne vision de l'assiduité des élèves et des risques de décrochage scolaire présentés par certains. Il a également la charge des questions de discipline. Le CPE participe au comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté. **Véritable cheville ouvrière entre le chef d'établissement, les élèves et les enseignants, c'est la personne ressource numéro un de l'établissement.**

Les enseignants voient le jeune au quotidien et peuvent constater les changements dans son comportement : niveau scolaire, discipline, relations amicales. Ils sont peu formés à la psychologie de l'adolescent ce qui ne favorise pas la perception des difficultés d'un jeune. **Bien que le cahier des charges de la formation des maîtres**⁴⁴ rappelle que tout professeur doit être capable « de repérer les signes traduisant les difficultés spécifiques des élèves dans le domaine de la santé, des comportements à risque, de la grande pauvreté ou de la maltraitance [et de] coopérer avec les parents et les partenaires de l'école pour résoudre ces difficultés », **la formation des professeurs des lycées et collèges aux questions de l'adolescence est acquise de façon généralement succincte à l'IUFM** : quelques heures, généralement optionnelles, dans la formation initiale qui les familiarisent au sujet de l'adolescence. Des formations continues existent sur des thèmes spécifiques (drogues, autorité.) Les Diplômes d'université « adolescence » sont destinés à ces publics mais s'y inscrire relève du choix individuel. Il faut noter que les professeurs des écoles eux bénéficient de 20h d'enseignement de psychologie de l'enfant. Un certain nombre d'enseignants considèrent encore que la qualité des résultats scolaires va de pair avec la qualité du fonctionnement mental de l'adolescent et estiment que tant qu'un adolescent travaille bien c'est qu'il ne rencontre pas de difficultés personnelles.

L'approche du jeune dont on suspecte qu'il éprouve une souffrance psychique est une affaire d'engagement personnel de l'enseignant que tous ne partagent pas ; ils

⁴⁴ BO de l'Éducation nationale, janvier 2007.

rappellent que leur fonction n'est pas du registre du travail social mais de l'enseignement. Toutefois l'enseignant peut être un relais pour les confidences de l'adolescent mais une fois celles-ci reçues il ne sait qu'en faire. L'enseignant dispose rarement de conseils et pas toujours d'appuis de sa hiérarchie. Or, d'évidence, le soutien à un adolescent en difficulté psychologique ne peut être mené par une personne seule ; globalement, les enseignants estiment qu'ils ne sont ni formés ni informés pour amorcer une prise en charge ou un traitement. On voit que les comportements sont variables d'un établissement à un autre et que tout dépend beaucoup du chef d'établissement et de l'équipe CPE-infirmière.

De leur côté, les adolescents apprécient de façon contrastée l'appui éventuel apporté par un enseignant. Ils sont nombreux à avoir fait l'expérience de « la barrière entre les enseignants et les élèves » ; tous ne sont pas convaincus que cela soit la fonction de l'enseignant même s'il « *peut y avoir des contacts sympas avec un prof, mais pas quand il s'agit du mal-être* ». Aucune attention particulière ne paraît être prévue pour le moment très sensible que constitue la période de l'orientation et donc d'éventuelles déceptions pour les enfants comme pour leurs parents. On peut noter que le conseiller d'orientation, pourtant psychologue (COP) est rarement cité comme un interlocuteur possible dans cette situation, sauf s'il faut vérifier le niveau scolaire ou la pertinence de l'orientation.

Si beaucoup, adolescents comme parents, ont fait l'expérience de relations maladroites, d'attitudes d'enseignants jugées blessantes par des parents en plein désarroi « *il y a des mots qui tuent, des jugements blessants* », d'autres familles ont eu des expériences plus heureuses avec un enseignant qui s'efforce de comprendre les difficultés de son élève et, dans son registre d'enseignement, d'aider l'adolescent à suivre sa scolarité.

En mars 2007, la conférence des directeurs d'IUFM et l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES) ont signé une **convention de partenariat pour la formation des enseignants à la santé** en milieu scolaire afin de créer des outils sur ce thème (tabac, alimentation.) pour les formateurs des IUFM et leur apprendre à s'en servir. L'IUFM d'Auvergne et l'Université d'Auvergne-Clermont I spécialisés dans l'éducation à la santé en milieu scolaire, avec l'École nationale de santé publique et l'IUFM de Lyon proposent la création d'un Master professionnel « *Éducation à la santé en milieu scolaire* ».

B) L'équipe médico sociale

Les infirmières scolaires⁴⁵ sont au nombre de 6 800, soit, en moyenne une pour trois ou quatre établissements scolaires. Soumises au secret professionnel elles ont une mission large : assurer les soins courants, la prévention, le repérage des difficultés pouvant entraver la scolarité, l'hygiène, l'éducation à la santé. Leur fonction la plus connue est celle d'accueil et d'écoute. Beaucoup décrivent leur fonction comme d'abord de l'écoute. « *La plupart du temps le jeune vient à l'infirmier juste pour parler, il se livre*

⁴⁵ Circulaire du 12 janvier 2001. La loi d'orientation et d'avenir de l'école prévoit un recrutement de 1 500 infirmières en 5 ans.

en confiance, en sachant que la confidentialité est respectée et en ne demandant rien d'autre que de l'écoute » ; « les adolescents ont très peu de demandes explicites », ils se plaignent de douleurs diverses et il faut « aller chercher » au-delà ce qui ne va pas. C'est un travail « d'apprivoisement » qui prend du temps et se trouve fréquemment en décalage avec les exigences de l'équipe enseignante, par nature, axée sur les résultats et le niveau scolaire, or « **le temps scolaire est différent du temps de la maturation de l'enfant** ». **L'infirmière fait le lien entre les jeunes et les instances éducatives** (CPE, chef d'établissement). Le contact avec l'infirmière est souvent considéré par les élèves comme « une parenthèse relationnelle » aussi il est important de se donner l'objectif d'augmenter leur temps de présence déjà restreint dans chaque établissement.

Leurs affectations peuvent couvrir une zone géographique regroupant école maternelle, primaire, collège, elles doivent donc se déplacer de l'un à l'autre et partager leur temps entre plusieurs établissements. Actuellement, hormis les internats, seuls les collèges « *ambition réussite* » disposent d'une infirmière à plein temps⁴⁶.

Les assistants(e) de service social (AS), au nombre de 2 680, travaillent majoritairement dans le secondaire (sauf à Paris qui intègre des AS à l'école primaire). Leur rôle est de conseiller et de suivre les élèves rencontrant des difficultés diverses notamment relationnelles ou psychologiques. Ils sont également soumis au secret professionnel à l'égard de l'ensemble de l'équipe éducative. Les assistants de service social sont aussi les interlocuteurs des autorités judiciaires ou administratives dans le cas de mineurs en danger.

Les médecins scolaires⁴⁷, au nombre de 2000, sont en fonction sur des secteurs géographiques parfois très étendus comprenant à la fois des établissements primaires et secondaires. Le médecin scolaire effectue les visites obligatoires à l'entrée (CP) et à la fin de la scolarité obligatoire (3^e). Inscrit comme « *conseil technique en matière de santé auprès de la communauté éducative* », il effectue aussi des examens d'adolescents signalés par l'assistant de service social, l'infirmière ou d'autres membres de l'équipe éducative. Cependant son rôle reste limité car il n'a pas la possibilité de prescrire ou d'adresser un enfant chez un autre médecin et les parents peuvent refuser ses recommandations.

Le nouvel « *entretien de santé* » effectué en classe de 5^e et instauré par la conférence de la Famille est en cours d'installation. Le médecin scolaire aura l'occasion de faire le point précocement avec le jeune adolescent sur son contexte de vie. On peut toutefois s'interroger sur les capacités des Conseils généraux à mettre en œuvre ces visites, compte tenu du sous effectif actuel de médecins scolaires.

⁴⁶ En 1997, le Parlement des enfants avait émis une proposition de loi : « Il est créé dans chaque école un poste d'infirmier pour soigner les « petits bobos », surveiller l'état de santé des enfants, écouter les enfants qui ont besoin de parler en sécurité, dépister, aider et protéger les enfants maltraités ». En vain.

⁴⁷ BO de l'Éducation Nationale du 25 janvier 2001.

La situation est plus préoccupante au lycée. En effet comme le déplore avec force la pédopsychiatre Nicole Catheline, au lycée la scolarité n'étant plus obligatoire (les élèves sont âgés de plus de 16 ans) « *il n'existe pas de dispositif institutionnel, le repérage et l'aide aux adolescents et jeunes adultes en difficultés ne reposent que sur des personnes qui ne peuvent faire appel à aucun dispositif de supervision ou de travail d'équipe. Ces dispositifs sont laissés au volontariat des personnels* ». Les équipes médico-sociales : infirmières, médecins, assistantes sociales sont dispersées entre plusieurs établissements et ne se rencontrent pas facilement. Les projets de réorganisation du service de santé scolaire risquent de compliquer encore la situation : les médecins et les assistantes sociales seraient sous la tutelle du Conseil général tandis que les infirmières resteraient au sein de l'Éducation nationale.

→ **Recommandations**

- La formation à la psychologie de l'enfant et de l'adolescent et au repérage des signes d'alerte doit être rendue obligatoire pour tous les enseignants du secondaire dès leur formation à l'IUFM.
- Le nombre de médecins et d'infirmières scolaires doit être augmenté significativement.
- Tous les médecins, infirmières scolaires et CPE doivent être impérativement formés comme personnes ressources au « *Référentiel d'observation à l'usage des médecins pour un repérage précoce : souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent* ».
- Dans tous les établissements une procédure doit être clairement élaborée afin que tous les membres de la communauté éducative connaissent les comportements à tenir et les personnes ressources à alerter devant des situations de souffrance psychique d'adolescents.
- Des groupes d'analyse des pratiques peuvent utilement être proposés en partenariat avec des professionnels de la santé.

4) Les médecins généralistes et spécialistes

Contrairement à une idée reçue avançant que les adolescents n'ont pas de contact avec les médecins, les enquêtes, telles celles de Marie Choquet, montrent que **83 % des adolescents ont rencontré un médecin dans l'année et, en premier lieu, un généraliste.** parfois un gynécologue ou un dermatologue, plus rarement un pédiatre.

Lors de leurs études et stages pratiques, **les étudiants en médecine sont peu formés à la psychologie de l'adolescent,** au repérage des signes de son mal-être, et aux questions de santé mentale en général. **La formation des pédiatres ne comprend pas de stage obligatoire en pédopsychiatrie,** ce qui paraît regrettable. Toutefois, depuis la réforme des études médicales de 2004, **les futurs généralistes doivent effectuer des stages** dont certains en psychiatrie et en pédiatrie, un point essentiel puisque 76 % des actes concernant un enfant sont effectués par un généraliste.

Les « *Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires* », diffusées par la Haute autorité de santé en septembre 2005 restent succinctes ; elles rassemblent en une demi page les

troubles anxieux, les conduites à risque, les troubles des conduites, les troubles oppositionnels, les conduites suicidaires.

La formation continue, désormais obligatoire pour les médecins, propose des sessions sur les comportements de l'adolescent et les relations adolescent-généraliste. Le livret 2007 de la « *Formation professionnelle conventionnelle des médecins généralistes* » propose de nombreuses formations sur ces thèmes. Ces dispositions vont dans le bon sens et **il est très important que, à l'occasion de la consultation avec un adolescent, le médecin prenne le temps d'évaluer la souffrance psychique que le jeune a du mal à exprimer.** Parce que, explique un généraliste « *il est plus rassurant pour un jeune de parler de son mal de tête que d'évoquer un mal-être* », le médecin peut avoir à décrypter, derrière l'élément somatique, d'autres motifs dans lesquels la souffrance psychique a souvent une place importante. Établir une relation de confiance adolescent-médecin peut prendre du temps mais une fois celle-ci instaurée le médecin devient celui avec lequel l'adolescent accepte de parler de lui. Pour cela, les généralistes, souvent pressés par le temps, doivent pouvoir consacrer un long moment au jeune. **De même, le droit de l'adolescent à l'intimité et à la confidentialité sont indispensables pour que s'établisse une relation de soins confiante sans pour autant être synonyme d'exclusion des parents.** Le jeune peut venir seul ou accompagné, aussi la place, l'information des parents et la confidentialité doivent être réfléchies. Au praticien de faire preuve de suffisamment de doigté pour le respecter et le faire respecter tout en fournissant à sa famille les informations nécessaires.

Une fois décryptés les symptômes d'une souffrance psychique nécessitant un suivi, plusieurs généralistes observent, d'expérience, qu'il ne leur est pas toujours possible d'orienter un adolescent vers une consultation ou des soins psychiatriques ou psychologiques. Même s'ils disposent de relais et de réseaux personnalisés, il faut passer l'obstacle des délais de prise en charge, de l'encombrement des structures et parfois des réticences médicales. En effet, il leur semble difficile de faire suivre, un jeune, dans des lieux de soins déjà saturés, lorsque les psychiatres semblent eux-mêmes embarrassés par des conduites qui ne relèvent pas de la maladie mentale mais simplement de l'expression d'un mal-être lié aux mutations de l'adolescence. **Un constat qui est partagé** par des personnels de l'Éducation nationale ainsi que des accueillants de Point accueil écoute jeunes « *On nous demande de servir de tampon en attendant les soins* » observe un responsable de PAEJ. En effet, les ressources thérapeutiques accessibles à des jeunes qui auraient besoin d'une aide ponctuelle sont insuffisantes ; de ce fait, faute de disponibilité des structures publiques, ils sont renvoyés dans le secteur libéral plus onéreux, ou écartés des soins lorsque les parents ne peuvent assumer cette charge financière.

→ Recommandations

- Le « *Référentiel d'observation à l'usage des médecins pour un repérage précoce : souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent* » élaboré, en 2006, par la Fédération française de psychiatrie est précieux pour les médecins généralistes. Il doit leur être proposé de façon systématique.
- Il convient en outre de mieux associer les généralistes aux réseaux de partenaires locaux.

5) Les pharmaciens

Enfin, par le rôle de conseiller tenus par certains pharmaciens, ceux-ci pourraient être à même de repérer des manifestations de souffrance psychique à travers les demandes de grands adolescents et de jeunes adultes (médicaments pour dormir, pour résister au stress des examens...) et jouer un rôle de proximité dans l'information des jeunes sur les dangers de la prise de médicaments.

> Recommandation

- Les pharmaciens doivent également être associés davantage aux réseaux de partenaires locaux.

6) Les magistrats

Les procureurs, les juges des enfants sont amenés à rencontrer des jeunes, victimes ou délinquants, exprimant une forte souffrance psychique. Il en est de même pour les juges aux affaires familiales qui sont amenés, à l'occasion de séparations familiales, à prendre des décisions relatives au domicile des enfants, à l'autorité parentale et au droit de visite des parents. Ils sont également amenés à prendre des décisions de placement d'enfants ou d'adolescents auprès de l'Aide sociale à l'enfance. Ces ruptures de liens souvent inévitables ont des conséquences en chaîne sur la construction psychique des enfants. À travers les situations dont elle est saisie, la Défenseure est fréquemment témoin des effets bouleversants sur les adolescents de décisions judiciaires fixant les liens avec leurs parents dans le cadre de divorces ou de placements. Ces décisions ont des effets douloureux sur certains enfants et adolescents parce qu'elles ont été insuffisamment expliquées et accompagnées ou parce qu'elles sont fondées sur des préconisations de rapports sociaux qui auraient nécessité d'être confrontés à d'autres expertises.

Une mère désespérée qui n'arrive plus à revoir ses deux enfants depuis plusieurs années écrit à la Défenseure à la suite du suicide de son fils aîné âgé de 16 ans

Nous apprenons qu'après une séparation conflictuelle avec son ex époux, ses enfants de 4 et 10 ans, qui avaient vécu dans un contexte de violences familiales, ont été placés dans un foyer. Les relations de la mère avec l'Aide sociale à l'enfance sont conflictuelles depuis le début car elle a refusé toute mesure d'accompagnement psychologique. Six années sont passées durant lesquelles elle a revu ses enfants

de façon épisodique avec de longues périodes sans aucun lien. Entre temps, le placement a été levé, les enfants ont été confiés à leur père qui n'a, à aucun moment, voulu favoriser la création de liens avec la mère. Les nombreuses enquêtes demandées par les différents juges des enfants qui se sont succédés dans cette situation menés par le même service social indiquent que les enfants ne désirent plus voir leur mère mais ne proposent aucune action pour aider à la reconstruction des liens entre la maman et les enfants. Pourtant entretemps, elle a entrepris de son côté le travail psychologique qui lui avait été demandé lors de la séparation.

Un jour, l'aîné des enfants, âgé de 16 ans, se rapproche d'elle, demande à la revoir discrètement car il ne veut pas en parler à son père ni à son éducateur référent. La maman qui a repris espoir entame tout de même des démarches auprès du juge pour bénéficier d'un droit de visite officiel. L'adolescent se sent trahi, se braque et dit au juge qu'il ne veut plus jamais revoir sa mère. Le juge, sur la base des rapports sociaux, prend la parole de l'adolescent à la lettre et prive définitivement la mère de son droit de visite.

Et l'on voit cet adolescent manifester de nombreux troubles du comportement : multiplier les passages à l'acte, fuguer, être violent... Il est à nouveau placé dans un foyer. Quelques mois plus tard, le jour de Noël il se suicide. Sa mère l'apprend par la gendarmerie.

Profondément bouleversée, elle s'inquiète pour sa petite fille âgée de 10 ans qu'elle n'a pas revue depuis six ans. Le droit de visite lui est refusé au motif que l'enfant ne souhaite pas la revoir. Dans un contexte familial délicat, aucun accompagnement n'est proposé pour tenter de re-créeer un lien entre cette maman et sa fille, même pas des visites médiatisées en présence d'un tiers.

Inquiète pour l'avenir de la petite fille, la Défenseure des enfants a interpellé le procureur général sur les raisons d'une telle rupture de liens mère-enfant à laquelle la justice et les services sociaux ne proposent aucune solution.

Ce type de situation particulièrement douloureuse montre bien l'importance de la formation des magistrats à la psychologie des enfants et des adolescents d'autant que la prise en compte de la parole de l'enfant a été rendue obligatoire par la loi du 5 mars 2007.

La formation initiale des magistrats s'effectue en alternance : une partie théorique à l'École nationale de la magistrature et des stages en juridiction. La technicité juridique demeure primordiale et la part des enseignements accordée à la connaissance de la psychologie, au développement de l'enfant et de l'adolescent, à l'évaluation des situations familiales et aux modalités de travail avec d'autres professionnels était insignifiante jusqu'en septembre 2006. Elle a été nettement augmentée passant à 44 heures sur un total de 296 heures obligatoires auxquelles s'ajoutent différents modules touchant aux mineurs, leur compréhension et leur prise en charge (famille, mineur victime, recueil de la parole du mineur...).

La formation continue n'est pas une obligation pour les magistrats et la formation dispensée lors d'un changement de fonction est brève. Bien que tous les programmes de repérage de la souffrance psychique insistent sur l'importance de travailler avec tous les partenaires au contact de l'enfant, la participation de magistrats y est plus rare faute de temps. Pourtant ceux-ci voient des enfants qui relèvent parallèlement de l'ASE, de la pédopsychiatrie et, bien sûr, de l'Éducation nationale. Les regards croisés de tous ces professionnels ne peuvent qu'être une aide à la prise de décision - en toute indépendance certes - dans des situations souvent très complexes.

Une bonne pratique, sous l'impulsion de Boris Cyrulnik : un **groupe de recherches multidisciplinaire** sur le thème « *Résilience et justice* » se tient à Aix en Provence depuis plusieurs années. Il travaille en lien avec le groupe international de la résilience. Médecins, pédiatres, psychiatres, magistrats, avocats et juristes, professionnels des Conseils généraux, de l'Éducation nationale y mènent des échanges mensuels réellement interdisciplinaires sur des points très variés : la parole de l'enfant, la prévention des violences précoces..., dans le respect de la mission de chacun.

→ **Recommandations**

- Une formation à la psychologie de l'enfant et de l'adolescent ainsi qu'à la prise en compte de la parole de l'enfant doit être rendue obligatoire pour tous les magistrats, à l'occasion des nominations à des postes de juge aux affaires familiales ou de juge des enfants.
- Un travail en réseau doit être développé avec les services de pédopsychiatrie et l'Aide sociale à l'enfance pour une meilleure prise en charge des enfants et adolescents en situation de ruptures de liens familiaux et affectifs.

7) Les travailleurs sociaux

Les travailleurs sociaux (éducateurs, assistants sociaux...) sont des acteurs à part entière dans le champ de la santé mentale. La formation initiale conduisant au diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé comprend une composante élevée de psychologie. Les éducateurs spécialisés travaillent au contact d'enfants fragilisés (handicapés, enfants placés dans des foyers, adolescents en Centres éducatifs fermés) qui cumulent souvent des difficultés sociales et familiales. Tous relèvent la très grande souffrance psychique de ces jeunes ballottés et multifracturés qui nécessitent un accompagnement psychosocial renforcé en lien avec les équipes de pédopsychiatrie pour faire face aux crises inévitables. Malheureusement, bien souvent les équipes sociales se retrouvent à affronter seules des situations d'extrême souffrance d'adolescents relevant d'une prise en charge psychiatrique inexistante (pas de lits d'hospitalisation, peu d'ITEP). Ces dernières années, les travailleurs sociaux ont été largement mobilisés dans la prise en compte des effets psychiques de l'exclusion et de la précarité et formés à les distinguer et à y répondre principalement en direction des adultes ou des jeunes adultes. « *Les travailleurs sociaux expriment des difficultés devant l'importance grandissante des situations qu'ils ont à*

traiter dans lesquelles la dimension psycho-sociale des problèmes est présente de façon plus ou moins manifeste ⁴⁸ ».

Des formations et un soutien sont prévus pour des équipes éducatives (éducateurs, enseignants) particulièrement confrontées à la souffrance psychique des jeunes, notamment celles qui interviennent dans des dispositifs particuliers comme les classes relais (destinées aux adolescents en rupture de toutes sortes).

Toutefois il y a tout un travail à mener sur les pratiques professionnelles en direction des adolescents les plus fragiles car le rapport du service social est souvent à la base des décisions judiciaires et administratives.

→ **Recommandation**

- Des groupes d'analyse des pratiques professionnelles devraient être systématisés en lien avec les magistrats et les services de pédiatrie et de pédopsychiatrie pour la prise en charge d'enfants et d'adolescents ayant vécu des situations de ruptures affectives familiales et suivis par les services sociaux et judiciaires.

Marin 17 ans

“ *La souffrance que l'on ressent quand on est adolescent ne peut être conçue que si on l'a vécue* ”

Marin a 17 ans. Sa mère qui souffrait de maladie psychiatrique les a élevés, lui et sa sœur, durant leur petite enfance. Leur père s'est suicidé. Ils ont été confiés à leurs grands-parents paternels qui leur ont donné beaucoup d'affection et sont très bien accompagnés par l'Aide sociale à l'enfance dans le cadre d'une mesure éducative. Pourtant Marin souffre.

Quand il évoque son mal-être, il dit : « *par courtes périodes j'ai des colères... qui amènent de la souffrance, des colères qui concernent des faits précis, mais la souffrance, elle, est élargie sur tout* » et il ajoute : « *la souffrance que l'on ressent quand on est adolescent ne peut être conçue que si on l'a vécue* ».

Aujourd'hui, Marin consulte à la Maison des adolescents, à son rythme : il s'y sent accueilli, écouté, en sécurité. Comme beaucoup de jeunes gens de son âge Marin respire la santé et la vie : pourtant la gravité qui l'habite, sa façon de se tenir droit et digne en confiant ce qu'il vit, laisse entrevoir sa douleur profonde mais aussi la confiance qu'il place dans les adultes qui l'accompagnent.

48 Livret Souffrance ou troubles psychiques : rôle et place du travailleur social, DGS/DGAS.

Quelles réponses pour un ado qui va mal ?

- ▣ Un dispositif de **première ligne** d'accueil, écoute, orientation, **fragile** et **peu coordonné**

1) Des lignes d'écoute à étendre 24h/24

L'aide, l'écoute et l'orientation par téléphone se sont largement développées depuis vingt ans à travers des numéros verts gratuits s'adressant à des publics particuliers.

Créé en 1995 à la suite de la consultation nationale des jeunes réalisée par les pouvoirs publics, **Fil-Santé-Jeunes est un numéro vert national financé par le ministère de la Santé via l'INPES. Cette ligne**, le 0800 23 52 36, a pour première mission de proposer aux jeunes un service téléphonique d'écoute, d'information et d'orientation en matière de santé physique et psychologique de façon **anonyme et gratuite**. Toutefois **les appels émanant de téléphones mobiles ne bénéficient pas de la gratuité** ce qui est très regrettable car cela constitue un obstacle pour les jeunes dont c'est le mode de communication le plus usuel. L'anonymat permet au jeune de confier des inquiétudes, de désamorcer momentanément des tensions et, si nécessaire, de recevoir des informations (adresses de lieux ressources).

Tous les appels téléphoniques sont centralisés sur le pôle parisien qui fonctionne de 8h à minuit. Les répondants sont des salariés : médecins, psychologues, éducateurs. Les deux tiers des appels reçus sont des appels « *vides* » (plaisanteries, cris...). Il est à noter que l'âge moyen des appelants avoisine 18 ans. En 2005, Fil-Santé-Jeunes a traité 342 000 appels. 38 % concernent la sexualité ou la contraception et 17 % le mal-être et malaise. Les échanges sont brefs, six minutes en moyenne, sauf lorsque le climat psychologique est particulièrement tendu et que l'écoute doit mettre en confiance pour désamorcer la crise. Toutefois, **Fil-Santé-Jeunes n'a pas pour objectif de faire du suivi mais d'orienter**. Le service étant anonyme, les seules questions posées à l'adolescent concernent son âge, son sexe et son département de résidence. Dans 57 % des cas, le répondant communique à l'adolescent l'adresse d'un lieu pouvant répondre à sa difficulté et lui apporter une aide. Cette orientation se veut un point fort de Fil-Santé-Jeunes car elle est commentée au jeune : le fonctionnement, les délais, les modalités de la structure indiquée lui sont concrètement expliqués.

Fil-Santé-Jeunes est complété par un **site internet** qui reçoit 80 000 visiteurs par mois et, plus récemment, par un Forum, 250 000 messages y arrivent, espace d'échanges entre jeunes mais modéré en amont. Une charte définit les règles de fonctionnement : notamment, l'anonymat, le refus des discours incitateurs mettant en danger la santé

ou la sécurité. Lorsque des propos inquiétants sont repérés, le jeune est invité à prendre contact téléphoniquement. De crainte de susciter une surenchère, les propos les plus inquiétants, notamment ceux évoquant le suicide, ne sont pas mis en ligne sur le Forum.

→ **Recommandations**

- Le numéro national Fil-Santé-Jeunes doit être accessible 24h/24 et l'appel doit être rendu gratuit à partir d'un téléphone mobile.
- Ce numéro doit être mieux connu des adolescent, pour cela il doit : être affiché dans les collèges et lycées, les lieux de sport et de loisirs, les transports en commun.

Sous l'intitulé « *des idées noires ose en parler, quand ça va mal, ça va mieux d'en parler* » l'association **Phare enfants-parents** a mis en place depuis 2005 un service d'accueil et d'écoute sur rendez-vous et surtout téléphonique. **Un numéro azur** 0810 810 987 (prix d'un appel local), est disponible pour trois publics : les jeunes en mal-être, les parents en difficulté avec un jeune en souffrance, les familles endeuillées par le suicide d'un proche. Un premier bilan à partir des appels reçus montre que les parents sont les plus forts utilisateurs de ce service (64 % sont des mères). Ils appellent à propos de leur enfant (en moyenne âgé de 12 à 19 ans) qui rencontre des difficultés relationnelles, psychologiques ou scolaires. « *Il s'agit avant tout d'un besoin d'écoute, de soutien et de guidance, notent les responsables, les parents sont confrontés parfois depuis de longs mois à des difficultés avec leur enfant* ».

Les jeunes (âgés de 25 ans en moyenne) qui appellent Phare sont minoritaires et cherchent une aide car ils sont conscients de ne pas aller bien, sans savoir pourquoi et cherchent un appui. Outre une écoute attentive, Phare leur propose des adresses de professionnels.

Le téléphone « ligne verte » qui fonctionne en Polynésie française reçoit en majorité des appels concernant la maltraitance mais aussi 16 % d'appels parlant de mal-être et dépression.

Diverses lignes d'appel ont été créées dans des villes, des départements, voire une région, (par exemple dans les Hauts de Seine, dans l'Isère et la région Rhône Alpes) elles s'appuient généralement sur des engagements associatifs.

Le « **Service d'accueil du jeune et de sa famille** » (SAJF) de la Fondation d'Auteuil assure une écoute et un soutien téléphonique personnalisés pour des familles désemparées en manque de repères pour l'éducation de leur enfant. Avec plus de 1 800 situations en 2006 il constitue « un observatoire des difficultés des familles » : 30 % des appels émanent de mères seules, mais les appelants sont aussi des enseignants, des infirmières scolaires, des travailleurs sociaux confrontés à un enfant qui va mal et qui cherche des réponses concrètes. Car si les problèmes scolaires constituent « la porte d'entrée », dans 95 % des situations le point crucial porte sur des difficultés éducatives, le comportement très perturbé d'enfants, la détresse profonde de parents dont les

enfants présentent des troubles psychologiques ou psychiatriques et qui ne peuvent être pris en charge. Les parents décrivent leur impuissance, les délais d'attente (de 4 à 6 mois) pour accéder aux CMP, le sentiment couramment partagé qu'il faut attendre un passage à l'acte pour que des soins puissent être instaurés, leur solitude lorsqu'ils n'ont pas de point d'appui personnel. Dans les trois mois suivant le contact, le SAJF rappelle les familles afin de poursuivre parfois un accompagnement et aussi de mieux connaître les suites données aux entretiens téléphoniques.

2) Des Points d'Accueil et d'Écoute Jeunes (PAEJ) hétérogènes

Les Points d'Accueil et d'Écoute Jeunes s'adressent aux jeunes de 12 à 25 ans. **Organisation légère de proximité, ils jouent « un rôle d'accueil, d'écoute, de soutien, de sensibilisation, d'orientation et de médiation » pour des adolescents et de jeunes adultes** rencontrant diverses difficultés : conflits familiaux, mal-être, échecs scolaires, conduites à risque, violence, délinquance, fugue, errance... ; ils peuvent également accueillir les familles. **Ils n'ont pas vocation à exercer un suivi de longue durée** et doivent orienter le jeune vers les structures appropriées à sa situation. En matière de souffrance psychique, le problème principal rencontré est celui de la saturation des centres médico psychologiques. **En 2005, 24 000 jeunes de moins de 18 ans** (sur un total de 60 000 jeunes), et **30 000 parents ont fréquenté ces lieux.**

Les points accueil écoute jeunes sont particulièrement utiles dans les zones rurales où des structures de soins ne sont pas facilement accessibles.

Ils sont structurellement fragiles à cause de leur financement pluriel et précaire. Ainsi, le point accueil écoute jeune du Tarn a dû interrompre son activité en 2006 faute de ressources bien qu'étant la seule structure point d'accueil et espace santé du département. Ils sont beaucoup plus solides lorsqu'ils sont adossés à une association importante. Ils peuvent offrir aux jeunes des réponses plus diversifiées et disposent de davantage de moyens pour aller au contact des adolescents sur leurs lieux de vie, par exemple dans des établissements scolaires.

Une telle démarche est particulièrement utile dans le monde rural. Dans les Deux Sèvres, le Point accueil écoute jeunes, initiative rare, a été créé par les jeunes majeurs eux-mêmes parce qu'ils voulaient répondre exactement à leurs propres besoins.

Un dynamisme stimulant : le PAEJ de Valence

Le PAEJ de Valence (association support : l'ANEF) est implanté au centre-ville de Valence, dans un appartement d'un immeuble d'habitation, à peu de distance du Commissariat de Police.

Sa priorité est l'accueil des mineurs dès l'âge de 10 ans, quelle que soit leur domiciliation (Drôme et Ardèche mais tous autres départements et mineurs isolés étrangers). Mais le PAEJ

accueille aussi des parents en difficulté avec leur adolescent ou informe tout adulte, même professionnel, en difficulté avec un adolescent. L'accueil est réalisé sur la base de l'anonymat.

L'originalité du PAEJ de Valence est sa très grande disponibilité, puisqu'une permanence téléphonique est assurée 24 heures sur 24 toute l'année, ce qui permet : un accueil effectif quelle que soit l'heure pour tout mineur en fugue ou en détresse (prostitution, violences subies, absentéisme scolaire et errance, dépressions, addictions...) ; un déplacement possible, même la nuit, pour le récupérer en tout point du département ; un lien permanent avec la police, la gendarmerie et le parquet pour tout mineur étranger isolé trouvé sur le département, ou tout mineur mis dehors par sa famille, ou désireux d'échapper à une violence familiale insupportable.

L'équipe est particulièrement formée à la médiation dans les crises graves parents-enfants et peut arriver à obtenir le retour du jeune en famille, en assurant le suivi jusqu'à ce que le juge des enfants soit saisi et désigne un service plus pérenne.

Le PAEJ s'est adapté aux besoins d'un département qui est un lieu de passage important pour les mineurs en fugue qui descendent vers le midi par le couloir rhodanien. Par convention avec le Conseil général et accord du parquet, le PAEJ peut héberger un mineur une nuit ; il sollicite le parquet pour une deuxième nuit si une solution n'a pu se dégager. Les plus de 16 ans sont hébergés dans un foyer de jeunes travailleurs, les plus jeunes le sont dans un foyer départemental du Conseil général.

En 48 heures au plus, le mineur est donc nécessairement réorienté (retour en famille, signalement au procureur, hospitalisation, hébergement chez un tiers avec néanmoins reprise des liens avec les parents). Mais le mineur peut aussi venir ponctuellement et entretenir un contact pendant plusieurs mois sans avoir besoin d'un hébergement.

La possibilité d'hébergement pendant 2 nuits de suite permet généralement de trouver une solution, sans judiciairiser la situation, et sans déclencher un placement dans le dispositif d'accueil d'urgence départemental effectué trop hâtivement et qui risque de se solder par un nouveau départ, maintenant la situation de risque pour le mineur. Le dispositif du PAEJ permet à un ou plusieurs membres de l'équipe de se relayer auprès du mineur pendant 48 heures maximum, mais dans un contact permanent et personnalisé. Il arrive bien sûr que des jeunes repartent dans l'errance avant qu'une aide ait pu être apportée ; parfois ils reviennent...

Les Espaces santé jeunes ont été initialement financés par la fondation de France ; ils se rattachent aux Points d'accueil écoute jeunes et font généralement preuve d'une belle vitalité (Tête à tête à Rosny-sous-Bois, Espace santé à Aix en Provence, à Hyères, à Aubagne, entre autres) ils assurent de nombreuses interventions dans les établissements scolaires. **Tête à tête à Rosny-sous-Bois** est une initiative particulièrement innovante en Seine-Saint-Denis, au cœur d'un hypermarché, lieu de passage de milliers de jeunes du quartier. Tout jeune peut entrer anonymement et avoir accès à des informations consultables individuellement ou en groupe, avec ou sans animateur, sur toutes les questions relatives à la santé.

Issus de réseaux ayant des objectifs différents, les PAEJ ont conservé de fortes traces de leur culture d'origine. Tous ne partagent pas une vision généraliste de l'approche des jeunes. Les professionnels rencontrés en Gironde regrettaient la difficulté à faire connaître les vingt deux PAEJ du département.

→ **Recommandations**

- Structures généralistes de proximité les PAEJ doivent harmoniser leurs pratiques professionnelles et renforcer l'accueil de première ligne spécifique aux jeunes adolescents.
- Leur financement doit être stabilisé et sécurisé.
- La coordination avec les maisons des adolescents, lorsqu'il en existe, doit être renforcée.

3) Les Maisons des adolescents (MDA) sont fondées sur une approche totalement novatrice des adolescents visant à adapter les institutions aux problématiques des adolescents et non l'inverse.

Les adolescents doivent pouvoir s'y rendre librement, facilement et gratuitement (l'autorisation des parents n'est pas nécessaire) pour exposer leurs difficultés de vie et trouver une réponse adaptée à leurs problèmes somatiques ou psychiques.

Une Maison des adolescents doit donc être facilement identifiable par le jeune (ou sa famille), accessible, ouverte selon les plages horaires qui correspondent aux modes de vie des jeunes. L'adolescent qui « *pousse la porte* » doit rencontrer sans délai un professionnel formé à l'accueil et à l'écoute des adolescents. La Maison des adolescents doit pouvoir lui proposer un suivi psychologique, des consultations médicales (nutrition, dermatologie, gynécologie...) et, si nécessaire, une hospitalisation dans un hôpital proche.

Un accueil et un suivi des parents doivent également être organisés. Les parents sont très demandeurs d'aide dans l'approche de leur enfant en souffrance.

Les Maisons des adolescents doivent impérativement travailler en réseau avec les nombreux partenaires intervenants dans la vie des jeunes : l'univers scolaire mais aussi, les éducateurs, l'aide sociale à l'enfance, les magistrats, la brigade des mineurs, les foyers de l'enfance, les médecins généralistes...

En 2004, l'État avait pris l'engagement d'ouvrir une Maison des adolescents par département et d'affecter 5 millions d'euros pendant cinq ans à cet objectif en complément de financements apportés par les collectivités locales, l'assurance maladie et d'autres partenaires. Le plurifinancement est en effet la règle, mais, dans les faits, il constitue quelquefois un obstacle sérieux à l'ouverture des Maisons des adolescents, les différents partenaires ne parvenant pas à se coordonner et certaines rivalités politiques locales portant atteinte à l'ouverture de ces dispositifs indispensables.

En octobre 2007, le ministère de la Santé annonçait subventionner quarante quatre maisons d'adolescents créées ou en projet et répondant au cahier des charges. Toutefois, il n'existe actuellement aucune liste nationale recensant exactement les Maisons des adolescents réellement ouvertes et en fonctionnement.

Les services de la Défenseure des enfants ont dû faire une enquête pour établir une liste des Maisons des adolescents actuellement en fonction ainsi que de leurs caractéristiques. 18 MDA sont ouvertes à ce jour.

> Les Maisons des adolescents ouvertes en octobre 2007

MDA	DATE D'OUVERTURE	ADRESSE	CONTACTS	HORAIRES	POSSIBILITÉ D'HOSPITALISATION COMPLÈTE
BEAUVAIS Maison des adolescents	04/2006	17, r Biot 60000 Beauvais	03 44 06 08 70 www.cg60.fr	L-S : 9h-18h 18h-20h avec rdv 20h-22h : permanence téléphonique	En projet, notamment avec une future MDA à Creil
BESANÇON Maison de l'adolescent	03/2006	13, r des Jardins 25000 Besançon	03 81 53 97 66 www.ch-novillars.fr	L, M, Me-V : 9h-18h J réservé aux professionnels	Dans l'espace ados du centre hospitalier
BLOIS Maison des adolescents	10/2007	4, r du Gouffre 41000 Blois	02 54 78 26 17 www.ch-blois.fr	L-S : 11h-19h	En pédiatrie du CHU de Blois
BOBIGNY CASITA	09/2004	Hôpital Avicenne 125, r de Stalingrad 93009 Bobigny	01 48 95 73 02 www.clinique-transculturelle.org	L-V : 9h-19h	Dans les hôpitaux de la région
CAEN Passado 14	10/2006	9, r de la Mare 14000 Caen	02 31 15 25 25 www.passado14.fr	L-V : 13h-19h S : 10h-13h	En projet
LA ROCHE-SUR-YON Maison départementale des ados	09/2007	Passage Hélène Boucher 85000 La Roche-sur-Yon	02 51 62 43 33 pas de site	L-V : 12h- 18h S : 10h-18h (ouverture prochaine samedi 11h-13h)	Dans le centre hospitalier
LE HAVRE Maison de l'adolescent	1999	14-16, r Gabriel Péri 76600 Le Havre	02 32 74 27 30 www.ville-lehavre.fr	L-V : 08 h 30-21h S : 10h-20h D et JF : 10h-18h	Dans le groupe hospitalier
LORIENT Maison des adolescents	10/2006	3, bd de la République 56100 Lorient	02 97 64 71 33 www.ch-charcot56.fr	L-V : 10h-19h	Dans l'unité d'hospitalisation pour enfants et ados du centre hospitalier
LYON Maison des adolescents Mutualité du Rhône	04/2007	10, r de Sévigné 69003 Lyon	04 37 23 65 03 www.maisondesadolescents69.fr	L-V : 13h30-18h30 (ouverture prochaine jusque 21h + samedi matin)	Dans une clinique mutualiste de Lyon

> Les Maisons des adolescents ouvertes en octobre 2007

MDA	DATE D'OUVERTURE	ADRESSE	CONTACTS	HORAIRES	POSSIBILITÉ D'HOSPITALISATION COMPLÈTE
MARSEILLE Maison départementale de l'adolescent	12/2003	169, r Paradis 13006 Marseille	04 91 37 33 77 www.cg13.fr	L : 12h-18h Ma.J.V. : 10h-18h Me.S. : 9h-18h	Dans les hôpitaux de Marseille
NANTES Maison départementale des adolescents	02/2007	19, r Racine 44000 Nantes	02 40 20 89 65 www.nantes.fr	L-S : 13h-18h Matinées réservées aux professionnels et parents	Dans l'unité pour adolescents du CHU
NICE Maison des adolescents	02/2007	12, r Scaliero 06300 Nice	04 93 26 10 92 www.mda-nice.net	L-V : 14h-19h S : 10h-17h	Dans les hôpitaux pour enfants de la fondation Lenzal
PARIS Maison de Solenn	11/2004	Hôpital Cochin 97, Bd Port-Royal 75679 Paris cedex 14	01 56 41 24 24 www.maisondeso-lenn.fr	L-V : 9h-19h	20 lits dans la MDA
SAINT-BRIEUC Maison des adolescents	09/2006	21, r Saint-Guillaume 22000 Saint-Brieuc	02 96 68 64 96 pas de site	L-V : 9h à 17h	Aucune.
TAHITI Fare Tama Hau (maison de l'enfant en danger)	02/2004	BP 9026 Fare Ute 98715 Papeete Polynésie Française	00 689 48 80 80 www.faretamahau.pf	L-V : 8h-16h	Aucune
VANNES Maison des adolescents	10/2006	40, av Victor Hugo 56000 Vannes	02 97 01 33 21 www.crij-bretagne.com	L-V : 9h à 19h S : 10h à 13h	3 lieux d'hospitalisation : lits en pédiatrie, clinique des ados et établissement public de santé mentale.
REIMS Maison des adolescents	05/2005	CHU Robert Debré, av du Gal Koenig 51092 Reims	03 26 78 78 78 www.ville-reims.fr	Pas d'accueil du tout venant, hospitalisation exclusivement	12 lits
RENNES Maison des adolescents	09/2006	Hôpital Guillaume Régnier 214, r de Chatillon 35200 Rennes	02 23 30 39 00 pas de site	MDA en cours de constitution, accueil actuel via le centre d'accueil et de soins spécialisés pour adolescents et jeunes adultes de l'hôpital	Dans l'unité de soins spécialisés pour adolescents de l'hôpital

Légende L-V : lundi au vendredi ; S : samedi ; D : dimanche ; JF : jours fériés ; Rdv : rendez-vous

Sur le vif...

Pour tester la réactivité des dispositifs destinés aux jeunes

TROUVER LE BON FIL

*Où s'adresser, qui contacter quand on a 13 ou 16 ans
et que l'on vit un moment de grande détresse intérieure ?
La téléphonie sociale offre une réponse d'urgence.
Encore faut-il que le jeune y ait accès facilement...*

La téléphonie sociale présente l'avantage de l'anonymat. L'adolescent peut s'épancher sans avoir à révéler son identité. On ne lui demandera que son prénom, qu'il pourra d'ailleurs refuser de donner. Il pourra téléphoner d'une cabine téléphonique et ne pas communiquer son numéro de portable... Un exutoire facile. Mais comment un adolescent accède-t-il aux numéros de téléphonie sociale ?

Dans les cabines téléphoniques (garantissant au jeune une confidentialité), aucun numéro d'écoute n'est indiqué, pas même Fil-Santé-Jeunes, seule ligne nationale gratuite d'un poste fixe sur l'ensemble du territoire et spécialisée dans l'écoute des jeunes. L'annuaire semble être une solution logique. Pourtant, aucun numéro gratuit de téléphonie sociale n'apparaît sur la liste « *Écoute soutien* » (page 2) du bottin (Île-de-France). Seules les lignes nationales SOS amitié et Suicide écoute y figurent.

Ces services, bien que performants (accueil 24 h/24 et 7 j/7), présentent

deux inconvénients majeurs. En effet, leurs lignes sont très souvent « saturées » et leur accès est payant, frein évident pour les mineurs. Elles ne disposent pas toujours de lignes locales pour l'intégralité du territoire. Suicide écoute ne dispose que d'une seule ligne (à Paris), imposant aux provinciaux le prix fort... SOS amitié propose en revanche un (ou plusieurs) numéros pour chaque région de France, mais aucune ligne n'existe en Picardie...

Quant à : Fil-Santé-Jeunes le numéro est absent des « pages jaunes », que ce soit dans la rubrique « associations » ou par le moteur de recherche www.pagesjaunes.fr. Rien non plus dans les pages blanches ! Toutefois Fil-Santé-Jeunes se repère aisément sur internet, grâce à son site : www.filsantejeunes.com qui a établi de nombreux liens avec d'autres institutions (associations, structures médicales, collectivités territoriales, etc.). Certains mots clés comme « *déprime + jeunes* » à partir d'un moteur de recherche (Google) permettent aussi d'y accéder.

— — — — —

Marine, parisienne, 16 ans, va très mal. Elle a de gros problèmes avec son père. La relation empire de jour en jour. A qui peut-elle se confier ?

Il est 17 heures. Qui appeler ? Marine dispose d'un annuaire imprimé, l'ouvre à la rubrique « *Écoute, soutien* » et y trouve une liste de lignes de téléphonie sociale : Drogues info service, écoute alcool, suicide écoute... Elle ne se sent pas concernée. Elle souffre beaucoup mais et ne pense pas au suicide ! SOS Amitié pourrait lui convenir.

Elle ne peut pas se servir de son portable (son crédit est épuisé), ni du poste fixe : le numéro étant payant, elle ne sait pas si l'appel apparaît sur la facture que reçoit son père. Elle appellera donc d'un téléphone public. Elle court s'acheter une carte téléphonique, trouve une cabine et compose le numéro : occupé. Elle attend quelques secondes, recommence plusieurs fois en vain mais ne se décourage pas. Il doit bien exister d'autres lignes d'écoute ou un autre moyen de contacter SOS amitié !

Elle rentre chez elle, et consulte les pages jaunes, par internet cette fois. Elle tape « *SOS amitié* », localité « *Paris* ». Elle a eu une bonne intuition : plusieurs numéros s'affichent. Elle note les cinq premiers de la liste. Elle regagne la cabine et compose le premier numéro : occupé également. Elle tente sa chance avec le second : même constat. Le troisième numéro semble « sonner dans le vide », tout comme le quatrième... et le cinquième. Marine se sent désemparée. Elle regarde la liste des

numéros d'urgence de l'écrêteau de la cabine : elle y trouve le 112 (service d'urgence européen), le 18 (pompiers), le 15 (SAMU), le 17 (police), le 115 (accueil sans abris). Rien pour elle. Il est 18 heures 30. Elle rentre à nouveau chez elle et rallume son ordinateur.

Elle essaie cette fois de trouver une réponse en utilisant un moteur de recherche (Google). Elle tape les mots qui lui viennent à l'esprit, comme « *désespoir* », « *jeunes* », « *adolescents* », « *marre de la vie* » et perd plusieurs minutes à surfer parmi une liste interminable de blogs. Elle pourrait tchatter, mais elle n'a pas envie de perdre son temps avec des plaisanteries ou des phrases inutiles comme elle en a déjà fait l'expérience. Elle finit par taper « *SOS + écoute* ». Google lui propose d'accéder au site de SOS amitié (première adresse web affichée) puis à celui de la page de Doctissimo « *Suicide : les numéros d'écoute et d'urgence* ». Une liste de numéros apparaît. Suicide écoute, SOS suicide Phoenix, La porte ouverte, SOS chrétiens à l'écoute, Fil-Santé-Jeunes, Cap Ecoute, La Note Bleue... Marine imprime la page. La plupart des numéros commencent par 01 (une chance, Marine est parisienne !) ou 08. Marine ne sait pas s'il s'agit de numéros verts (gratuits), indigo (coût unique quel que soit le point d'appel), azur (coût équivalant à celui d'un appel local) ou surtaxés (avec

« franchise » de mise en ligne par exemple). Elle retourne pour la troisième fois dans la cabine. Elle finira par trouver une oreille attentive. Il est 20 heures.

Tous les numéros d'écoute n'établissent pas de statistiques des appelants par tranches d'âge. Néanmoins, SOS amitié a comptabilisé près de 5 000 appels

émanant des moins de 20 ans sur l'année 2006, et Fil-Santé-Jeunes a relevé environ 3 000 appels des moins de 18 ans en souffrance psychique.

Bilan : Trois heures de véritable investigation et plusieurs euros dépensés pour une écoute téléphonique.

LOIN DES VILLES TOUT SE COMPLIQUE

Si les jeunes citadins rencontrent souvent des difficultés pour accéder facilement à des structures d'aide et d'écoute, les adolescents résidant en milieu rural sont confrontés à de plus grands obstacles.

« Les dispositifs mis en place dans les zones rurales dépendent d'une poignée de porteurs de projets, parfois même d'un seul, d'où les grandes disparités que nous constatons » expose Thierry Bondiguet, responsable des trois Points d'accueil et d'écoute des jeunes des Alpes-de-Haute-Provence. Ainsi, aucun département de moins de 200 000 habitants ne dispose d'une Maison des adolescents. Les Hautes-Alpes, (130 000 habitants) ne comptent qu'un seul PAEJ. Un vrai problème selon Thierry Bondiguet. « Le PAEJ est

à Briançon. Comment un jeune gapençais peut-il s'y rendre ? C'est à plus d'une heure de route ! » Même dans les Alpes-de-Haute-Provence, il n'est pas toujours simple de se rendre dans un lieu d'écoute lorsque l'on est mineur et que l'on vit à l'extérieur de la ville et que l'on n'a pas de moyen de transport personnel... « Il est impératif de prendre en compte cette difficulté pratique et d'adapter les horaires ainsi que les jours d'ouverture à ces exigences, insiste-t-il. Et c'est d'autant plus vrai en milieu rural !

— — — — —

*Clara, élève de seconde, à Gap (Hautes-Alpes) manque d'amis et de confiance en elle ; elle a besoin de se confier.
Comment faire ? Où aller ?*

Nous sommes mardi, 11 heures. Clara n'est pas allée à l'école. Elle a le cafard

et besoin d'aide rapidement. Elle ne sait pas où s'adresser et téléphone donc

à la mairie de Gap. Elle demande s'il existe un endroit où elle pourrait confier ses problèmes, « *un point d'écoute pour les jeunes* ». La standardiste ne pense pas qu'il existe un lieu répondant à cette description à Gap. « *Essayez de demander à la Maison des solidarités* ».

Clara compose le numéro et précise sa requête « *Je cherche un endroit où les jeunes peuvent se rendre facilement pour rencontrer des psychologues* ». La Maison des solidarités propose à la jeune fille de contacter la Mission Jeunes. Clara pense avoir trouvé le bon contact mais son nouvel interlocuteur n'est pas en mesure de l'aider. Son association a pour vocation de soutenir et de suivre des adolescents et des jeunes adultes rencontrant des difficultés de tous genre et notamment des problèmes de scolarité. Il tâche néanmoins d'orienter au mieux la jeune fille. « *Avez-vous pris contact avec l'assistante sociale du lycée ? Avec le CMP ?* » Il cherche les coordonnées « *Essayez avec le Centre Médico-Psychopédagogique* ». Clara téléphone mais ne parvient à joindre personne, il est midi passé.

Elle renouvelle son appel à 14 heures et réitère sa demande. La réponse est négative : « *Il vaut mieux vous adresser au Centre Médico-Psychologique. Ici, la liste d'attente est de plus d'un an. Il n'y a qu'un seul CMPP pour tout le département. Et pour ce que vous décrivez, le CMP est bien plus adapté* ». Clara compose le numéro. Une chance, il s'agit d'un Centre Médico-Psychologique « *Enfants et adolescents* ». Son interlocutrice lui en

explique le fonctionnement : « *L'enfant rencontre d'abord un infirmier puis un psychologue le reçoit* ».

Clara pourrait donc obtenir un rendez-vous rapidement... Pourtant, cette fois encore, elle n'est pas à la bonne adresse. Ce CMP reçoit les enfants jusqu'à leur seizième anniversaire. La jeune fille est tant étonnée que déçue : l'adolescence prendrait-elle fin à 15 ans et demi ? « *Vous pouvez vous adresser au Centre de santé mentale (CSM)* » lui oppose son interlocutrice. La terminologie inquiète l'adolescente, mais elle est rapidement rassurée : « *Si vous ne voulez pas rencontrer de psychiatre, vous pourrez vous entretenir avec un psychologue* ». Il est 14 h 30. Clara téléphone au CSM : nouvelle réponse négative. « *Nous nous occupons des majeurs uniquement, contactez le CMP* ». Trop jeune pour le CSM, trop âgée pour le CMP, Clara est désespérée mais insiste... Après une brève mise en attente, son appel est transféré sur le poste d'une infirmière qui invite la jeune fille à se confier : « *Avez-vous des idées noires ?* » Clara en est à son sixième appel depuis le début de la journée et parvient enfin à se livrer un peu. L'infirmière veut l'aider. « *On va trouver une solution, vous recevoir, bien que vous soyez mineure et que ce soit contraire au règlement... Seule l'infirmière-cadre peut donner cette dérogation* ». Clara est invitée à rappeler à partir de 16 heures, ce qu'elle fait. Elle obtient un rendez-vous avec une infirmière pour le mercredi suivant. Il s'agira d'un premier contact, avant

de fixer la date d'un entretien avec un psychologue. C'est dans 8 jours et Clara n'a pas cours, ça tombe bien...

Bilan : Clara a donc dû démarcher pendant plusieurs heures, converser

avec sept interlocuteurs différents, pour obtenir un rendez-vous au bout de huit jours avec une infirmière. La possibilité de se rendre au PAEJ de Briançon (certes à plus de 80 km !) ne lui a pas été proposée.

UNE COURSE D'OBSTACLES

Manon, 13 ans et demi, grenobloise, n'a plus goût à rien et s'isole. Anouck, sa sœur aînée tâche de l'aider.

Anouck ne sait pas où s'adresser. Elle a entendu parler de Fil-Santé-Jeunes et pense qu'elle y trouvera certainement des réponses. Elle compose le numéro (gratuit depuis un fixe mais payant d'un portable). Une interlocutrice lui répond rapidement, et essaie de mieux comprendre « Votre sœur a-t-elle parlé à l'assistante sociale de son collègue ? » « Ne s'est-il pas passé quelque chose pendant les vacances ? », « A-t-elle envie de faire une démarche, de consulter un psychologue ? » Anouck aimerait savoir où emmener sa petite sœur mais elle craint qu'un rendez-vous chez un psychologue l'irrite. « Il vaudrait mieux un endroit où elle puisse s'adresser spontanément, sans rendez-vous »

L'interlocutrice donne à Manon une adresse et un numéro de téléphone dans sa ville : « Il s'agit d'un PAEJ, un point d'accueil et d'écoute des jeunes : un endroit où les jeunes peuvent venir sans rendez-vous, se confier, poser leurs questions à des psychologues, des éducateurs, ou d'autres travailleurs sociaux... » Anouck

pense avoir trouvé la bonne solution et décide d'y aller seule, pour voir par elle-même si l'endroit conviendrait à sa sœur. Anouck se rend à l'adresse que lui a indiquée Fil-Santé-Jeunes mais elle ne trouve pas de PAEJ. L'adresse est celle du CMPP départemental (le centre médico-psycho-pédagogique). Elle questionne la personne en charge de l'accueil. « Un PAEJ ? Je n'en ai jamais entendu parler. » Anouck se renseigne néanmoins et explique brièvement le « cas » de Manon. La réceptionniste lui donne la marche à suivre : « Il faut que nous rencontrions vos parents d'abord pour évaluer la situation. Puis l'assistante sociale organisera la consultation. Nous faisons un bilan complet ».

Trop « lourd » et compliqué, et surtout trop long... Manon ne sera pas d'accord. En traversant la place centrale, elle découvre une plaque Antenne Adolescents devant l'entrée d'un immeuble. Elle veut en savoir plus. Elle monte l'étage, sonne et entre. Elle arrive dans une salle d'attente ressemblant à

celle d'un médecin généraliste, un fond musical en plus. La salle donne sur le secrétariat et un « *espace accueil* ». Anouck raconte de nouveau l'histoire de sa sœur. Pour la rassurer, on lui propose de transmettre à Manon le numéro de téléphone d'une éducatrice, puisque « *la rencontre avec un psychologue l'effraie* ». On lui précise aussi que les consultations sont gratuites et confidentielles.

Anouck est satisfaite. L'éducatrice peut recevoir Manon dans la semaine. Il lui suffit de faire la démarche d'appeler. Cependant, elle n'est pas sûre de parvenir à décider sa sœur à prendre un rendez-vous. Manon ne parlera pas d'emblée de ses problèmes. Anouck téléphone de nouveau à Fil santé jeune... Peut-être que son interlocutrice s'est simplement trompée en lui donnant les coordonnées du CMPP et qu'il existe bien un espace d'écoute pour les jeunes à Grenoble. En effet, on lui propose une autre adresse, dans le centre ville. Il est déjà 17 heures et le répondeur du PAEJ lui indique que les locaux sont fermés. Elle ressaiera demain.

Mardi, 10 heures : Anouck téléphone au PAEJ. Il s'agit bien d'un lieu d'accueil pour les jeunes mais de plus de 18 ans uniquement... L'interlocutrice tente de trouver des solutions pour Manon. Elle ne connaît pas de Point d'Accueil et

d'Écoute Jeunes pour les mineurs. Peut-être que le centre social du secteur pourra renseigner Anouck. La jeune fille s'empresse de téléphoner. Sa nouvelle interlocutrice lui propose plusieurs pistes : prendre contact avec une conseillère conjugale, prendre rendez-vous au CMP, rencontrer l'assistante sociale du collège ou contacter un autre centre social, spécialisé dans l'écoute des jeunes. Il s'agit d'un centre implanté dans les quartiers « *sensibles* » de Grenoble, loin du centre ville. Anouck aurait préféré une adresse en ville. Il lui sera encore plus difficile de convaincre Manon... Elle téléphone tout de même et raconte de nouveau son histoire. « *Dites à votre sœur que c'est anonyme et gratuit, qu'on ne la jugera pas, qu'elle ne sera pas obligée de revenir si elle n'en a pas envie* ». En revanche, impossible de venir sans rendez-vous ! Une date de rencontre avec un psychologue est fixée pour le lendemain (mercredi, 17 h 45). C'est parfait, Manon n'a pas classe. Anouck espère que sa sœur acceptera le rendez-vous ou qu'elle choisira de téléphoner à l'éducatrice de l'Antenne Adolescents...

Bilan : six appels téléphoniques, deux déplacements pour obtenir deux contacts : l'un avec un psychologue, l'autre avec un éducateur. Aucun lieu ne semble accueillir les mineurs sans rendez-vous.

(Nous nous sommes substitués à des adolescents pour tester les réponses qui leurs sont offertes)

À ce jour, **plus d'une vingtaine de Maisons d'adolescents sont en projet** plus ou moins abouti et bénéficient d'un financement du ministère de la Santé. Les villes concernées sont : Alençon, Antony, Avignon, Brest, Cayenne, Chambéry (ouverture prévue début 2008), Créteil, Dax, Dijon, Gonesse, Grenoble, La Rochelle, Le Puy, Lille, Macon, Metz, Montfermeil, Montpellier, Montauban, Pau, Pointe à Pitre, Pontoise, Rouen, Tulle, Sens-Auxerre (la MDA serait implantée à Sens mais gérée par le CHS d'Auxerre), Saint Denis.

Cette enquête a mis en évidence plusieurs difficultés significatives. Les Maisons des adolescents sont assez difficiles à trouver. Toutes ne sont pas répertoriées sous ce nom dans le bottin, toutes n'apparaissent pas sur le site de la ville, aucune n'est mentionnée sur le site de l'hôpital auquel elle est adossée, toutes ne disposent pas d'un site internet propre. L'accès à l'information est rendu plus compliqué par le fait que certaines Maisons des adolescents étant réalisées par le Conseil général elles n'apparaissent que sur le site du Conseil général. **Il paraît indispensable de créer une identification pour les Maisons des adolescents les rendant facilement accessibles pour les jeunes et leurs parents.**

Les localisations posent question : certaines Maisons des adolescents sont créées sans lien avec un hôpital tandis que d'autres sont complètement insérées dans un hôpital.

Le principe de « *pousser la porte* » doit être absolument conforté, les adolescents ne se pliant que malaisément au principe du rendez-vous ; or, certaines Maisons des adolescents fonctionnent sur rendez-vous. De même, les plages horaires d'ouverture doivent correspondre aux conditions de vie des adolescents, et de leurs familles. Il s'agit de privilégier les fins d'après midi et les soirées, de même qu'un accès une partie du week end.

Les Maisons des adolescents doivent recevoir les familles et adapter leurs modalités de soutien aux parents, ce qui n'est pas le cas partout.

C'est un pavillon orange d'allure un peu rétro, mais vite investi par ses visiteurs : des adolescents de 12 à 21 ans qui arrivent, avec ou sans rendez-vous, **à la Casita, la Maison des adolescents de Bobigny** ouverte en 2004. Casita est un lieu d'accueil, de consultations et de soins pluridisciplinaire qui apporte aussi aux adolescents des informations sur leurs droits et des évaluations scolaires. Des consultations familiales et un travail sur les liens entre parents et adolescents sont proposés. Le professeur Marie-Rose Moro y a également apporté une forte tonalité transculturelle gage d'ouverture à tous. Elle souligne que le point fort de la maison des ados réside dans le partenariat pluridisciplinaire qui a été mis en place avec toutes les institutions ce qui a démultiplié les capacités de travail : « *c'est la vraie révolution !* »

Dans ce département où près de 30 % de la population a moins de 20 ans, les attentes des adolescents sont énormes en particulier au moment des crises. Mais là aussi les structures de soins peinent à répondre. Un véritable réseau s'est organisé en Seine-Saint-

Denis : « le collectif pédopsy 93 » qui rassemble des représentants des six services hospitaliers de la psychiatrie infanto-juvénile, du secteur associatif et libéral ainsi que de la psychiatrie générale, tous confrontés aux mêmes questions aiguës dans le champ de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Ce collectif a pu engager différents partenariats, en particulier avec l'éducation nationale et le Conseil général ce qui a permis d'inventer de nouveaux modes d'approches des adolescents.

→ **Recommandation**

- Il est urgent de réaliser l'objectif d'une Maison des adolescents par départements et de donner à ces Maisons les moyens d'être la tête d'un réseau comprenant les points accueil écoute jeunes et l'ensemble des professionnels du département travaillant auprès des adolescents.

▣ Un **dispositif** psychiatrique et médico social **saturé**

La psychiatrie publique repose depuis près de cinquante ans sur le principe de la **sectorisation** qui tient une place centrale en matière de santé mentale des enfants et des adolescents. **Chaque secteur dispose** d'une équipe pluridisciplinaire composée de psychiatres, psychologues, orthophonistes, éducateurs, assistantes sociales et para médicaux. Cette équipe a la charge de la santé mentale pour la prévention, l'hospitalisation, les soins ambulatoires : elle assure ainsi les soins de proximité et est rattachée à un établissement de soins.

En 2000⁴⁹, la France comptait 320 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Ceux-ci sont pour 41 % rattachés à un hôpital public non spécialisé, 55 % sont rattachés à un hôpital spécialisé en psychiatrie, 8 % à un établissement privé de santé participant au service public hospitalier ou à une association. Un secteur dessert environ 49 000 jeunes de moins de 20 ans, mais les variations régionales sont importantes : moins de 40 000 jeunes de moins de 20 ans en Corse, Limousin, Auvergne mais plus de 55 000 en Alsace, Nord Pas-de-Calais et Île-de-France.

Une répartition inégale des hommes et des équipements⁵⁰

Au 1^{er} janvier 2004 la France (métropole et Dom) compte 13 767 psychiatres salariés et libéraux en exercice, soit **22 psychiatres pour 100 000 habitants. C'est la deuxième densité la plus élevée d'Europe**. Toutefois, on relève de fortes disparités départementales : un psychiatre a la charge, en moyenne, d'une population de 4 500 habitants mais cette couverture peut varier de 1 à dix selon les départements, la Mayenne, le Pas-de-Calais et la Guadeloupe sont les moins bien lotis, alors que Paris compte un psychiatre pour 1 600 habitants.

⁴⁹ Dress Études et résultats n° 341, Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000 : évolutions et disparités, septembre 2004.

⁵⁰ Dress Études et résultats n° 546, Activité des établissements de santé en 2005, décembre 2006.

Les psychiatres libéraux représentent 47 % de la profession, ils ont tendance à s'installer dans les villes et dans le sud. Paris concentre 23 % des praticiens pour 3,5 % de la population, les départements les moins bien dotés sont l'Aisne, la Manche, le Cantal, le Pas-de-Calais ; la Guyane ne comprend qu'un seul psychiatre libéral. La diminution des effectifs de psychiatres est inéluctable du fait du numerus clausus et du vieillissement, elle serait de 36 % entre 2002 et 2025.

Ces disparités géographiques s'accompagnent de déséquilibres dans la répartition des praticiens entre les secteurs privés et publics avec une relative désaffection à l'égard de l'hôpital public.

Le Plan de santé mentale relevait en 2005 que 800 postes de psychiatres et 15 000 postes d'infirmiers psychiatriques étaient vacants dans les hôpitaux publics.

Ainsi « au regard de ses voisins européens, malgré une situation favorable en ce qui concerne la densité de psychiatres et la capacité de lits d'hospitalisation psychiatrique, l'offre de soins en psychiatrie et en santé mentale [pour les adultes comme pour les enfants] est loin d'être également répartie sur tout le territoire français que ce soit en matière de ressources humaines ou d'équipements ».

→ **Recommandation**

- Il est urgent d'augmenter le nombre de postes de psychiatres mis au concours de l'internat et de revaloriser la profession d'infirmier pour inciter les jeunes à s'orienter vers ces formations.

1) Une augmentation de 70 % sur quinze ans des demandes de soins aboutissant à une saturation des structures

Depuis 1991, le nombre d'enfants et d'adolescents vus au moins une fois dans l'année a augmenté de 70 % (432 000). Près de la moitié d'entre eux consultaient pour la première fois en 2000. Sur dix consultants 6 sont des garçons et 4 des filles. **30 % des consultants étaient âgés de 10 à 14 ans, les adolescents de 16 ans et plus sont sous représentés (16 %) ce qui peut s'expliquer par le fait qu'une partie (environ 35 000) des adolescents de 15 à 19 ans est prise en charge par la psychiatrie adulte**⁵¹.

Les premiers contacts avec le patient s'établissent de manière différente selon les secteurs. Lors de la première demande de rendez-vous en ambulatoire (cela concerne généralement les Centre médico psychologiques) 81 % des secteurs (hors situation d'urgence) inscrivent le jeune sur liste d'attente et le contacteront dès qu'une place de rendez-vous sera libérée. Le premier entretien est alors effectué soit par un médecin ou un psychologue ou encore un infirmier ou un assistant de service social.

La plupart de nos interlocuteurs **insistent sur « la saturation » des différents systèmes de soins** et sur la grave pénurie de personnel spécialisé qui, estiment-ils, conduit à limiter de fait des gestes de prévention ou de soins nécessaires.

⁵¹ Dress Études et résultats n° 341, Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000 : évolutions et disparités, septembre 2004.

▣ Les Centres Médico Psychologiques (CMP), pivots du dispositif de soins du secteur sont en crise grave.

Le CMP a pour mission d'organiser et coordonner toutes les actions extrahospitalières en articulation avec les unités d'hospitalisation. C'est une structure extra hospitalière, rattachée à un hôpital qui constitue la base des réponses apportées aux enfants et aux adolescents, 97 % des jeunes patients sont suivis en ambulatoire et essentiellement en CMP.

Le CMP propose une palette d'actions thérapeutiques individuelles ou collectives. Il a pour fonction d'assurer des consultations, des suivis ambulatoires, des actions de prévention et est souvent amené à intervenir dans des établissements extérieurs. Les CMP sont donc impliqués dans des réseaux de partenaires institutionnels multiples : autres établissements de santé mais aussi établissements de l'Éducation nationale, médico éducatifs, crèches, PMI, services du conseil général, Protection judiciaire de la jeunesse, sous forme de conventions. **Les actes sont gratuits pour les patients, y compris pour les mineurs qui peuvent y venir sans leurs parents.**

Malheureusement, **l'une des difficultés majeures de la quasi-totalité des CMP tient à l'augmentation importante des demandes de consultations.** Actuellement les délais d'attente avant une première consultation – fréquemment demandée dans l'urgence et l'inquiétude- sont de plusieurs mois (4 mois en moyenne à Paris qui s'estime favorisé, 6 à 7 en d'autres lieux). L'augmentation du nombre d'enfants suivis en CMP a eu des répercussions sur le nombre d'interventions qui diminue fortement depuis 1991 ⁵².

La crise des CMP est de profonde ampleur. En Seine-Saint-Denis, département dans lequel les jeunes apparaissent comme « *une population à risques multiples* », les effectifs des CMP sont restés identiques à ceux qui existaient au moment de leur création malgré une activité qui a plus que décuplé en 25 ans. La situation de certains CMP est complètement paralysée pour les délais d'attente de rendez-vous, il faudrait un an pour épuiser cette liste ⁵³ ».

→ Recommandations

- Il est urgent d'améliorer le fonctionnement des CMP : en moyens et en personnels car ceux-ci fonctionnent souvent avec des équipes réduites.
- Mais les CMP eux-mêmes doivent repenser leur organisation et déléguer davantage une partie des responsabilités à des infirmiers et à des psychologues.

▣ Un déficit de lits d'hospitalisation à temps complet

L'hospitalisation d'un adolescent s'effectue à un moment de crise, pour une évaluation à visée diagnostique ou un projet de soin. Elle entraîne une rupture avec le milieu

⁵² Dress Etudes et résultats n° 341, Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000 : évolutions et disparités, septembre 2004.

⁵³ Livre blanc de la psychiatrie dans le 93, 2005.

familial et social. Il arrive que ces hospitalisations soient l'exécution d'une mesure de placement provisoire décidée par l'autorité judiciaire. Certaines sont une réponse à l'urgence, d'autres constituent une étape quasi inévitable dans le parcours complexe de jeunes ballottés d'institutions en institutions, renouant ainsi avec une pratique antérieure. L'hospitalisation psychiatrique de mineurs ayant longtemps été le mode de prise en charge de ceux qui ne trouvaient de place nulle part, la réduction du nombre de lits visait, comme on l'a vu (cf. p 48), à combattre cette pratique en offrant d'autres ressources thérapeutiques.

La capacité d'hospitalisation à temps complet en pédopsychiatrie a été drastiquement diminuée ces dernières années. En effet, en quinze ans, de 1986 à 2000, le nombre de lits d'hospitalisation à plein temps en pédopsychiatrie est passé de 5 380 à 1 604, puis à 1 860 en 2005, avec une moyenne de 13 lits par secteur (il y avait 29 lits en 1986⁵⁴) et ce alors même que le nombre de jeunes patients hospitalisés en 2000 est supérieur à celui de 1986. Désormais, les praticiens rencontrés déplorent le manque de lits pour répondre aux situations de crise et aux pathologies lourdes.

Le nombre de lits nécessaires pose une véritable interrogation et implique d'interpeller les pouvoirs publics dans la mesure où, par défaut, des enfants de moins de seize ans sont hospitalisés dans des services de psychiatries avec des adultes ce qui les place en danger potentiel.

La Défenseure a été saisie de quelques cas particulièrement dramatiques de jeunes adolescents résidant dans un service d'adultes depuis plusieurs mois, voire des années, faute de places dans un établissement ou un service adaptés.

Marie 14 ans

Marie, Une jeune fille de 14 ans, vivant dans un département d'Outre-Mer, écrit, à la fin du mois de novembre 2006, à la Défenseure des enfants pour lui demander de l'aide. Marie est une enfant confiée à l'Aide sociale à l'enfance en raison de problèmes familiaux graves. **Elle présente des troubles du comportement qui ont amené le juge, faute de famille d'accueil thérapeutique, à la placer dans le service de psychiatrie pour adultes, en pavillon fermé de patients sous contrainte.** Ce placement était prévu initialement pour quinze jours. Il n'a pas été reconduit officiellement par le juge. Mais, de fait, la jeune fille se trouve toujours dans le service deux ans plus tard. Elle ne va plus à l'école et doit être enfermée dans une chambre grillagée pour être protégée des malades adultes.

La Défenseure des enfants et son correspondant territorial s'informent de la situation auprès du médecin psychiatre responsable du service hospitalier dans

⁵⁴ Dress Études et résultats n° 341, Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000 : évolutions et disparités, septembre 2004.

lequel Marie est prise en charge ainsi que du médecin-chef de l'intersecteur de pédo-psychiatrie. Il n'existe pas de lits de pédopsychiatrie dans ce département et Marie n'a d'ailleurs rien à faire en psychiatrie confirment les psychiatres. Des contacts sont pris avec les services de l'ASE qui précisent qu'ils sont à la recherche d'un Institut thérapeutique et pédagogique en métropole qui pourrait accueillir la jeune fille parce qu'il n'y en a pas dans le département.

La correspondante territoriale de la Défenseure des enfants rend visite à la jeune fille. A cette occasion, elle découvre Llyod, un enfant autiste âgé de 11 ans et placé dans ce service depuis 9 mois faute de places dans un centre adapté dans le département.

Les interventions de la Défenseure des enfants tant auprès des parquets locaux que du Président du Conseil général montrent que la situation de ces enfants est parfaitement connue de toutes les institutions publiques locales et que celles-ci sont impuissantes à trouver une solution dans le département.

Le statu quo perdurant, la Défenseure des enfants intervient à nouveau auprès du Président du Conseil général. Elle double cette fois son intervention d'une saisine du préfet, du ministre de la Santé et du ministre de la Famille. Le préfet organise une réunion entre toutes les institutions concernées. La protection judiciaire de la jeunesse se mobilise. Une solution est finalement trouvée pour Marie dans un ITEP bordelais et Llyod rejoint un centre pour enfants autistes dans un autre Dom.

Quinze jours plus tard, la Défenseure des enfants a été informée qu'une inspection de l'Aide sociale à l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse allait avoir lieu dans le département considéré ainsi qu'une Inspection des services judiciaires. Le ministre de la Santé fait savoir à la Défenseure des enfants que les insuffisances dans la prise en charge des enfants en psychiatrie du département considéré seraient une des préoccupations évoquée dans le cadre du schéma régional d'organisation des soins (SROS).

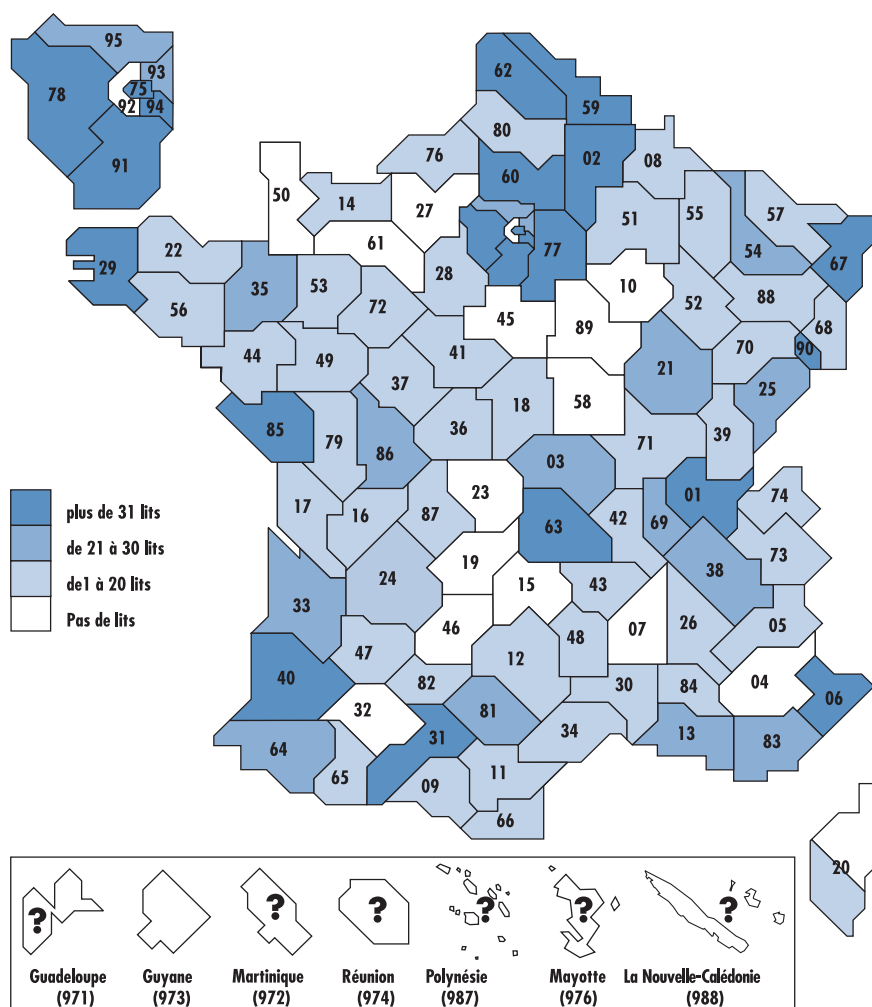
Devant les alarmes tirées par de nombreux professionnels rencontrés, nous avons cherché à comprendre quelles étaient les réalités de chaque département partout en France et les obstacles rencontrés pour la création de lits dans les départements qui en sont dépourvus.

Le plan de santé mentale 2005-2008 a prévu des créations de lits d'hospitalisation. En 2005, seize départements n'en disposaient pas. La situation apparaît donc comme particulièrement critique puisque, « en 2005, l'hospitalisation complète en pédopsychiatrie a fortement augmenté de 8,1 % atteignant ainsi 21 000 entrées. En 2005, on comptait 1 860 lits⁵⁵ ».

55 Dress Études et résultats n° 546, Activité des établissements de santé en 2005, décembre 2006.

Le ministère de la Santé reconnaît que la situation de la psychiatrie infanto-juvénile est « structurellement défavorable en termes de moyens publics (secteurs sous dotés) comme privés (peu de pédopsychiatres libéraux) ». Il constate que « au cours de la 1^{ère} année du plan la moitié des crédits prévus en faveur de la pédopsychiatrie ont effectivement été alloués à cet effet par les régions. » Une circulaire de 2007 relance « l'amélioration des conditions de prise en charge en pédopsychiatrie dans le contexte d'une inadéquation persistante des capacités au regard de l'importance et de la diversité des besoins, [notamment] « poursuivre la dynamique de création des capacités d'hospitalisation complète au bénéfice des départements qui en sont encore dépourvus et le développement des structures alternatives à l'hospitalisation ⁵⁶ ».

> Nombre de lits d'hospitalisation complète par département en 2005



⁵⁶ Circulaire 1 mars mise en œuvre de l'allocation de ressources 2007 relative au plan de santé mentale.

L'analyse des lits et places en 2005 réalisée par le ministère de la Santé indique que « Tous les départements sauf le département de la Nièvre disposent, soit de lits d'hospitalisation à temps complet, soit de modalités de prise en charge à temps partiel. 16 départements (dont 14 départements de métropole) qui ont des places d'hospitalisation de jour ou de nuit de pédopsychiatrie, ne disposent pas en 2005 de lits à temps complet. Dans ces départements les prises en charge à temps complet de pédopsychiatrie sont néanmoins organisées de différentes façons. Ces modalités d'organisation ne sont pas exclusives les unes des autres ».

Désormais, « **la planification des soins repose non sur le département mais sur les territoires de santé, qui peuvent intégrer des communes de départements différents** ». Ainsi l'Ardèche est intégrée dans deux territoires de santé : le territoire qui intègre le sud de l'Ardèche organise l'ouverture en 2008-2009 de lits de pédopsychiatrie mais qui ne seront pas situés dans l'Ardèche bien qu'ils desservent l'Ardèche sud. Une démarche similaire bien que moins formalisée est engagée dans le territoire qui intègre l'Ardèche nord.

Pour la Défenseure des enfants le fait que la planification des soins repose sur des territoires de santé ne résoud pas la question d'une implantation de lits dans chaque département. En effet, l'hospitalisation d'un enfant ou d'un adolescent à plusieurs centaines de kilomètres de son domicile rend extrêmement difficile le maintien des liens familiaux et pose de réels problèmes financiers pour toutes les familles mais particulièrement pour celles en situation de précarité ou pour les familles monoparentales qui ont du mal à gérer des visites hospitalières si elles ont d'autres enfants.

→ **Recommandation**

- Il y a urgence à ouvrir des lits pour adolescents dans chaque département pour une prise en charge des jeunes au plus près de leur famille.

2) **La crise de l'adolescent révèle les limites du système**

C'est un adolescent déscolarisé depuis plus de deux mois, suicidaire, claquemuré dans sa chambre. Sa mère s'est adressée à des psychiatres exerçant en libéral ; certains ont répondu « *ne pas être spécialistes de ces pathologies ou de cette tranche d'âge* », d'autres ont indiqué qu'ils n'avaient pas de place en consultation avant deux mois. Aucune structure n'a pu lui proposer une prise en charge dans des délais raisonnables sauf si son fils « *passe à l'acte* » ce qui déclenchera une hospitalisation... Cette famille vit dans une grande ville de France ; le service de pédopsychiatrie de ce CHU comprend une unité de 16 lits fermée le week end pour des raisons budgétaires. Ces 16 lits doivent répondre aux besoins d'hospitalisation pédopsychiatrique de trois départements géographiques. Les délais d'admission sont donc importants, certaines demandes sont en attente depuis cinq mois.

Une telle situation n'a malheureusement rien d'exceptionnel. Douleuruse, dérangeante, « **la crise** » qui met le jeune en danger, ébranle l'entourage, met à l'épreuve la réactivité des institutions. Paradoxalement, elle **constitue le moyen le**

plus radical pour qu'un adolescent puisse être pris en charge, qu'une nécessité de soins soit prise en compte. La « crise » met cruellement en relief les insuffisances qui jalonnent fréquemment le parcours d'un adolescent en souffrance psychique et de ses proches. **Car accéder à une prise en charge pédopsychiatrique est trop souvent devenu un parcours d'obstacles.**

A) L'urgence est le mode de contact le plus fréquent de l'adolescent avec l'hôpital. L'accueil en urgence est assuré **soit par les urgences pédiatriques**, jusqu'à l'âge de 16 ans, **soit par les services d'accueil et d'urgences adultes** (les SAU). « Aux urgences, certains motifs médicaux semblent flous et s'associent à l'angoisse et à la dépression. Les pathologies traumatiques [très fréquentes] peuvent être liées à des comportements à risques ou à une alcoolisation excessive, » remarque le pédiatre Georges Picherot (CHU Nantes).

Aux urgences pédiatriques, ces jeunes rencontreront peut-être un psychiatre de liaison. Exerçant dans les hôpitaux généraux dans des services autres que la psychiatrie, sans être attachés à un service particulier ces psychiatres interviennent, par exemple en maternité, aux urgences pédiatriques, en pédiatrie, et contribuent à la prise en charge psychiatrique de jeunes patients. Parmi les motifs d'admission, environ **de 5 à 6 % sont psychiatriques, dominés par les tentatives de suicide (55 %)**, les trois quart de ces tentatives sont le fait de jeunes filles. Des enquêtes dans les hôpitaux de Paris, Nice, Amiens, Saint Nazaire font état d'observations semblables. Aux urgences de Bobigny (93) on note une moyenne de 1,5 tentative de suicide par jour.

L'agitation et la violence constituent des demandes de consultation et de prise en charge de la part de la famille ou aussi d'éducateurs, lorsque l'adolescent vit en collectivité. Un événement inhabituel, une manifestation aiguë font que l'adolescent, souvent déjà connu pour des troubles du comportement, devient littéralement intolérable pour son entourage. Éprouvant un vif sentiment d'impuissance, son entourage recourt aux urgences générales faute, estime-t-il d'une réponse psychiatrique. « *Le piège*, explique Georges Picherot, *est alors de se fixer uniquement sur les situations sociales et psychologiques et de méconnaître une cause somatique ou une intoxication. Le recours à une chambre d'isolement psychiatrique est exceptionnel.* » Pour ce pédiatre habitué à la diversité des urgences pédiatriques, « *Le but de la prise en charge est de surprendre par le calme de l'accueil.* »

Lorsque **l'ivresse aiguë** conduit l'adolescent à l'hôpital. l'alcoolisation est alors importante et manifeste un usage toxicomane de l'alcool : « *boire jusqu'à la déchirure* » comme le rapporte le docteur Xavier Pommereau d'une de ses jeunes patientes. La gravité de ce symptôme implique une prise en charge importante avec hospitalisation initiale et suivi psychologique ultérieur, une procédure identique à celle préconisée par la Haute Autorité de Santé pour les tentatives de suicide.

Les urgences pédiatriques de Bordeaux sont les seules à fonctionner dans le département : en 2006, elles ont accueilli 30 000 enfants de moins de 16 ans. Les 11-15 ans représentaient 18 % de l'activité. Plus de la moitié de cette activité relevait de la traumatologie. Sur

5 000 passages en 2006, environ 7 % correspondaient à des troubles des comportements, des tentatives de suicide, alcoolisme, troubles psychiques. Mêmes chiffres, rapportés en 2006, en ce qui concerne les urgences à l'hôpital de saint Nazaire : la traumatologie représente plus de 90 % des admissions pour motifs chirurgicaux et les cas psychiatriques représentent 5 % des motifs d'admission.

→ **Recommandation**

- Aux urgences, le jeune en crise est vu par un psychiatre. Une évaluation peut prendre en moyenne une heure et demie. Cela a un coût en temps de psychiatre. Pour pallier les manques de psychiatres, il conviendrait de mettre en place une formation à la pédopsychiatrie pour les urgentistes, les pédiatres et les internistes.

Malgré tout, le passage aux urgences peut rester une épreuve car les adolescents ne sont pas toujours accueillis en pédiatrie, ils fréquentent alors les services d'urgences adultes (SAU) où se retrouvent des adultes parfois en mauvais état physique ou psychologique.

Les centres de crise (CAC) sont ouverts 24h/24, ils offrent des possibilités d'accueil immédiat et de séjour de brève durée (72h maximum) des personnes, adultes ou adolescents, en urgence ou en état de crise, qui sont ensuite orientées vers des structures adaptées. Certains CAC se sont spécialisés, c'est le cas de celui de l'hôpital Charles. Perrens à Bordeaux, spécialisé dans le traitement de jeunes présentant un épisode aigu. Beaucoup d'entre eux sont des victimes de violences ou traversent de graves crises familiales et ne peuvent donc rentrer rapidement dans leur famille, ce qui allonge la durée de séjour dans ce centre. En Seine-Saint-Denis, le Centre d'accueil et de crise reçoit des adultes et des jeunes à partir de 18 ans mais, compte-tenu de la pénurie de places dans le département, accepte des adolescents à partir de 13 ans en cas de très grande urgence. Les médecins soulignent que généralement leurs consultations sont peu adaptées aux adolescents en souffrance psychique, car les CAC sont plutôt axés sur des pathologies psychiatriques lourdes.

L'accueil psychiatrique en urgence est assuré par les secteurs de psychiatrie. Si 64 % des secteurs disent avoir mis en place une permanence téléphonique censée fonctionner 24h/24, en réalité 13 % le font effectivement en ayant organisé un transfert d'appel vers un soignant, dans les autres cas un répondeur téléphonique a été installé.

L'Espace adolescent du Centre psychiatrique d'accueil et de crise à l'hôpital Sainte Anne.

Au sein du Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) de l'hôpital sainte Anne (Paris) qui accueille les urgences psychiatriques de Paris, **un espace est réservé aux adolescents de plus de quinze ans et ceux-ci sont l'objet d'une attention particulière.**

Les adolescents arrivent le plus souvent accompagnés de leurs parents à l'occasion d'une crise : violences sur eux-mêmes ou un parent, hallucinations, excitation ou

encore tentative de suicide. Dans la plupart des cas, ces jeunes ont d'abord besoin de soins somatiques immédiats puis, les services d'urgences où ils ont été soignés, les adressent au CPOA pour une évaluation et une orientation. Trois chambres, sur un total de sept, leur sont attribuées. Ils y sont **hospitalisés au moins 24 heures le temps de faire une première évaluation**. Les parents, parfois les amis peuvent les rencontrer. Les parents sont reçus une première fois lors de l'arrivée du jeune puis rencontrés à nouveau durant les 24h suivantes. Les échanges entre médecin et parents ont lieu avant la rencontre du praticien avec l'adolescent afin que celui-ci puisse être certain que ses propos resteront confidentiels. **L'ouverture du centre 24h/24** permet que les parents soient reçus à n'importe quelle heure.

La durée de séjour est fonction de l'état du jeune ; un temps d'apaisement de quelques jours après une tentative de suicide est souvent suffisant, mais si les idées suicidaires restent très marquées le jeune est adressé à une structure de soins en lien avec l'intersecteur psychiatrique. C'est alors que les choses risquent de se compliquer car, constate le docteur Marie-Jeanne Guedj sa responsable médicale, les règles de continuité ne sont pas clairement établies pour la prise en charge, par un secteur, des adolescents de quinze à dix-huit ans. Cela peut rendre très problématique ce deuxième accès aux soins. En effet, les différentes institutions, souvent saturées, acceptent difficilement un nouveau patient.

Soucieuse de toucher les patients, de tous les âges, qui auraient besoin de soins mais refusent de faire cette démarche, **l'équipe a mis en place des « consultations de familles sans le patient »**. Elle reçoit l'entourage du jeune, bien que celui-ci ait refusé de venir, écoute les plaintes et les difficultés de la famille, suggère des façons de se comporter avec lui. L'effet de tels entretiens est souvent favorable et voyant que l'on s'occupe de lui même « *de loin* » le jeune parvient à vaincre ses réticences et à venir en consultation. Lorsque la situation est bloquée, une équipe spécialement formée assure des visites à domicile afin d'amorcer un contact qui pourrait conduire à une consultation ultérieure. « *Les adolescents veulent qu'on leur réponde, ajoute-t-elle, à nous de trouver un moyen pour les rencontrer, d'aller à leur rencontre ; ils attendent qu'on leur tende une perche* » constate Marie Jeanne Guedj.

B) La tentative de suicide implique le pronostic vital de l'adolescent mais aussi « son pronostic psychique⁵⁷ ». En effet, la souffrance psychique ainsi exprimée mais non prise en compte peut conduire, dans 30 % des cas, à une récurrence dans l'année qui suit. Or le retour au domicile après les soins immédiats ne permet pas ce travail de fond. C'était pourtant la pratique quasi générale jusqu'en 1998 : sur quatre jeunes qui avaient fait une tentative de suicide, un seulement était hospitalisé, et ce pour une durée brève puisque 17 % d'entre eux quittaient l'hôpital dans les douze heures suivantes. Seulement 20 % des jeunes hospitalisés rencontraient un spécialiste psy.

57 Pr Duverger, Dr Malka, Risques et conduites suicidaires de l'enfant et de l'adolescent.

« **Les recommandations de prise en charge hospitalières des adolescents après une tentative de suicide** » adressées en 1998 à tous les psychiatres, psychologues et urgentistes et intégrées au programme national de prévention du suicide chez les jeunes, ont préconisé que **tout jeune (de 11 à 25 ans) ayant fait une tentative de suicide soit adressé à un établissement de soins et bénéficie « systématiquement d'une triple évaluation somatique, psychologique et sociale effectuée dans le cadre de l'accueil en urgence, aussi tôt que possible et si possible par un psychiatre formé à l'approche des adolescents »**. L'évaluation détermine les cas pour lesquels la prise en charge hospitalière est nécessaire et ceux pour lesquels elle peut être assurée par « *un réseau ambulatoire* ». Bien entendu, **la sortie de l'établissement de soins et les modalités de suivi doivent être préparés. Les réponses se veulent individualisées** autant qu'il est possible et garanties de la continuité de soins.

Entre banalisation et dramatisation, les praticiens recommandent de « *faire une lecture la plus juste possible de la situation* » d'évaluer l'état physique et psychique, de rencontrer la famille et l'entourage. Une hospitalisation de 4 à 6 jours, se déroule dans le meilleur des cas dans le service de pédiatrie avec l'accompagnement d'un psychiatre.

Les effets positifs sont indéniables reconnaissent les médecins et les associations spécialisées : **le suicide des adolescents a diminué de 36 % en dix ans** passant de 966 décès en 1993 à 621 décès en 2004⁵⁸. La prise de conscience qu'il était impératif de soigner l'esprit autant que le corps a beaucoup progressé et l'adolescent rencontre plus fréquemment un spécialiste. La famille est moins laissée à elle-même. Toutefois le nombre de tentatives de suicide reste élevée chez les adolescents et particulièrement chez les jeunes filles.

→ **Recommandation**

- Cette prise en charge réclame un renforcement des relations entre les services d'urgences et les partenaires extérieurs : généralistes, associations d'écoute, structures médico sociales et tout ce qui peut faciliter l'accès des adolescents à l'écoute et au soin.

Des exemples de bonnes pratiques :

- **Le service de pédiatrie de l'hôpital Robert Ballanger à Aulnay (93) a fait le choix d'accueillir les adolescents, même âgés de plus de 16 ans, qui ont fait une tentative de suicide.** Les services d'urgence, de pédiatrie et de pédopsychiatrie travaillent en commun ; ils reçoivent en moyenne 60 adolescents par an. Les capacités matérielles d'accueil de ces adolescents, comme le déplorent les soignants, sont tributaires du nombre d'enfants très jeunes hospitalisés dans le service (en général, les moins de deux ans occupent la moitié des lits pédiatriques, parfois plus en cas d'épidémie). Les adolescents sont donc hospitalisés au moins quatre jours durant lesquels un bilan somatique est

⁵⁸ Selon l'Inserm chiffres présentés à la journée nationale de prévention du suicide, mars 2007.

réalisé et des entretiens psychologiques sont amorcés. Cette durée permet en effet d'éliminer les effets secondaires amnésiants des benzodiazépines, utilisées huit fois sur dix pour la tentative de suicide. Ces médicaments perturbent la mémoire, si bien que, comme le savent les praticiens, les entretiens réalisés au lit du malade sont complètement oubliés par le jeune même s'il a parlé abondamment et en confiance. **Ils considèrent donc qu'il y a un véritable intérêt thérapeutique à une hospitalisation dépassant 48 heures.** Le retour dans la vie sociale et la reprise de la scolarité sont également préparés : que dire, comment préparer les enseignants et les élèves ? Remettre aux autorités scolaires un certificat médical émanant d'un service de pédiatrie est plus discret qu'un certificat venant de psychiatrie. Les ruptures scolaires, l'adaptation liée au passage au collège suscitent beaucoup d'anxiété chez certains élèves.

Les médecins observent que, après cette prise en charge en pédiatrie, le taux de récurrence est dix fois inférieur à celui de la moyenne nationale. Et pourtant, regrettent les praticiens, les modes de tarification actuels, c'est-à-dire la tarification à l'activité, ne valorisent pas les séjours hospitaliers de plusieurs jours post suicide parce qu'ils immobilisent un lit durant cette période, ce qui ne favorise pas la rentabilité.

- Au sein du Pôle aquitain de l'adolescence, à Bordeaux, **l'unité Médico Psychologique de l'Adolescent et du jeune Adulte** (UMPAJA) est dotée de quinze lits pour la prise en charge des jeunes de 14 à 25 ans, ayant fait une tentative de suicide ou présentant des idées suicidaires. Lors de la prise en charge physique, après tentative de suicide, « *un contrat est passé avec le jeune* » qui séjourne environ 3 semaines dans l'unité. Un règlement intérieur définit les modalités de ce séjour qui vise à réaliser un bilan médical et psycho social. L'unité inclut une consultation de prévention du suicide chez les adolescents et les jeunes adultes qui accueille également leur entourage (groupe de parents).

- L'Équipe Rapide Intervention de Crise, dite « **groupe ERIC** », est un service mobile d'urgence médico psychologique, rattaché à l'hôpital Charcot de Plaisir, et intervenant dans les Yvelines. Il fonctionne 24 h sur 24 depuis 1994. Le groupe ERIC intervient chaque fois qu'un partenaire souhaite l'avis ou l'intervention d'une équipe spécialisée du fait de l'intensité ou de la complexité d'une situation face à un problème psychiatrique, psychologique ou du fait d'une crise familiale ; il assure également la prise en charge des victimes. Il s'adresse aussi bien aux enfants et adolescents qu'aux adultes. Il intervient en urgence dans le contexte de la crise et déplace une équipe mobile comprenant un psychiatre. Cette intervention précoce lors de la crise, période durant laquelle l'entourage du patient se mobilise facilite le travail avec tous les partenaires concernés, limite l'hospitalisation systématique en psychiatrie et prévient les récurrences.

C) Toutefois, **le suivi après tentative de suicide et après hospitalisation demeure encore inégal** et tous les adolescents en souffrance ne peuvent accéder à un service alliant soins et écoute.

Dans les Bouches du Rhône, l'ASMA, (association pour la prévention du suicide et du mal-être des adolescents) suit les adolescents (10 à 18 ans) après leur hospitalisation pour tentative de suicide durant une année.

Pour une unité hospitalière qui parvient à assurer le suivi des situations de crise, comme à la Réunion par exemple, avec le « Réseau adolescent » organisé autour de maisons de l'adolescent, combien de services saturés ? « Les jeunes sollicitent de plus en plus les circuits de la santé mentale en particulier dans les moments de crise. Ces temps là demandent des prises en charge médicales, psychologiques, socio éducatives et parfois judiciaires » constate le Livre blanc de la psychiatrie dans le 93.

Des situations problématiques

• L'hospitalisation des moins de seize ans en psychiatrie adulte

« Beaucoup de secteurs de pédopsychiatrie ne disposent pas de lits d'hospitalisation, rappelle le docteur Jacques Constant (président de la Société française de psychiatrie), ils recourent donc aux lits des services de médecine pédiatrique, mais lorsque l'adolescent est agité, ou physiquement très développé la proximité avec de jeunes enfants est redoutée. Dans ces cas l'adolescent de moins de 16 ans est hospitalisé en psychiatrie adulte ». Ces mineurs sont exposés à une promiscuité dangereuse – les cas d'agression ne sont pas rares- et, à tout le moins, à une proximité avec des malades adultes (la moyenne d'âge est de 40 ans) dont l'apparence et le comportement effraient les adolescents ce qui les dissuade d'accepter des soins. Des victimes d'agression côtoient parfois leur agresseur. L'hôpital peine à prodiguer à ces jeunes des soins adaptés à leur âge puisque rien n'est prévu pour eux. (cf. p 84) les cas de Marie et Llyod).

Cette situation est en contradiction avec la Charte européenne sur les droits de l'enfant (1986) et avec la charte des enfants hospitalisés (1988) qui stipulent « le droit à être hospitalisé avec d'autres enfants en évitant autant que possible l'hospitalisation avec les adultes ».

→ Recommandation

- Des espaces spécifiques pour les adolescents doivent être multipliés dans les services de pédiatrie afin de pouvoir prendre en charge ces adolescents de moins de seize ans dans de bonnes conditions.

• L'hospitalisation des jeunes de 16 à 18 ans entre psychiatrie adulte et pédopsychiatrie

Dans son rapport de 2004, l'Igas relevait « une très grande difficulté dans la prise en charge des 15-18 ans que les services adultes [de psychiatrie] refusent parfois et que les services pédiatriques ne peuvent plus accueillir. » Nombre de nos interlocuteurs, particulièrement le docteur Marie-Jeanne Guedj responsable du Centre psychiatrique de soins et d'accueil à Paris, ont rapporté qu'ils s'étaient heurtés à cette difficulté à plusieurs reprises.

Les 16-18 ans se trouvent en effet dans une sorte « d'entre deux » de la prise en charge psychiatrique et tout particulièrement hospitalière. Un secteur de psychiatrie infanto-juvénile prend en charge les enfants jusqu'à 16 ans. Les secteurs de psychiatrie générale sont autorisés (et non pas obligés) à prendre en charge les jeunes de plus de 16 ans⁵⁹. De ce fait, les 16-18 ans ne

59 Par le décret du 16 mars 1986.

sont pas partout pris en charge. Les secteurs de pédopsychiatrie ne peuvent plus les accepter conformément aux limites réglementaires de la sectorisation et certains services adultes refusent ces mineurs pour des motifs de responsabilité.

Compte tenu du flou des pratiques, le ministère de la Santé a relativisé cette date butoir des seize ans⁶⁰ en rappelant que le décret du 16 mars 1986 ne limite pas la tranche d'âge des enfants et des adolescents auxquels les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile « *offrent des soins et des services* » et que « *la pratique doit utiliser cette souplesse* ». La circulaire du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des Schémas régionaux d'hospitalisation et de soins, (SROS) de l'enfant et de l'adolescent confirme cette nécessité d'adaptation et de concertation. Malgré ces recommandations le problème demeure. En 2002, le rapport sur la santé de l'adolescent avait proposé « *de fixer à 18 ans le nouveau bornage supérieur des âges de la pédopsychiatrie* ».

→ **Recommandation**

- Il convient de fixer à 18 ans la limite supérieure de prise en charge en pédopsychiatrie en adaptant l'organisation des services à cet accueil.

3) L'après crise reste dans tous les cas un passage très difficile.

Que faire de l'adolescent après son hospitalisation, à la sortie de l'hôpital, du centre de crise ? Où l'accueillir ? Dans quelles conditions ? **Quelle continuité de soins parvient-on à assurer ?** « *48 heures en centre hospitalier dont les urgences accueillent les adolescents en crise, puis retour au foyer ou dans la famille d'accueil* », tel est décrit par plusieurs éducateurs le parcours d'adolescents qui « *font une crise* ». Si cela se passe en milieu rural, la situation se complique car il n'y a pas toujours « *de psychiatre à portée de consultation* ». Des éducateurs évoquent « *le psychiatre TGV* » qui prend un train depuis Paris pour rallier la bourgade où le jeune est placé. L'hospitalisation, s'il y en a une, est souvent brève et c'est à l'équipe de se débrouiller après la sortie, ce qui mobilise beaucoup de personnes aux dépens des autres jeunes.

Les responsables des centres de crise (CAC) s'accordent pour souligner l'importance de la continuité d'une filière de soins et regretter le peu de structures destinées spécifiquement aux adolescents. Ils constatent aussi la difficulté à trouver des lieux de soutien pour les parents.

« *L'adolescent qui a été hospitalisé en psychiatrie fait peur, même si le psychiatre assure qu'il va bien* », unanimement, parents et professionnels constatent amèrement que « *il manque un volet à la sortie de l'accueil en urgence. C'est le vide. Il faudrait des structures éducatives et soignantes* » qui puissent s'inscrire dans une continuité car les adolescents en souffrance sont trop souvent confrontés à des ruptures successives.

⁶⁰ Par la circulaire du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents.

A) Les hôpitaux de jour répondent aux pathologies graves et aux troubles de la construction psychique de l'enfant par des soins polyvalents, collectifs, entamés le plus tôt possible. De ce fait, ils ne sont pas vraiment adaptés pour accueillir des adolescents présentant d'autres problématiques. Il manque des places spécialisées pour certaines indications en augmentation : phobies scolaires, troubles du comportement.

Le Centre du Parc de Saint Cloud, un hôpital de jour privé avec « *une scolarité intégrée aux soins* » pour des adolescents en souffrance.

Le centre situé à Ville d'Avray (92) accueille 50 adolescents de 13 à 20 ans présentant des troubles psychologiques avec ou sans retentissement scolaire. C'est un établissement secondaire spécialisé qui reçoit en demi-pension des adolescents ayant des possibilités intellectuelles suffisantes pour poursuivre des études secondaires de la 5^e à la terminale tout en étant un lieu de prise en charge thérapeutique.

Les adolescents y sont orientés par des services de pédopsychiatrie, des assistantes sociales, des médecins scolaires, des lycées. Cette orientation est proposée très souvent après une crise (tentative de suicide, scarification...). 60 % des adolescents sont au collège et 40 % au lycée. Très souvent les adolescents ont été dans un cursus normal jusqu'à l'entrée en 6^e et ont craqué au collège parce-que leur équilibre était fragile et que la puberté a été vécue difficilement.

La particularité de ce centre est que la scolarité, assurée par des psychopédagogues au sein de groupes restreints, est intégrée à une prise en charge thérapeutique, assurée par une équipe composée d'un psychiatre et d'un psychologue qui suivront l'adolescent et sa famille toute la durée du séjour. La prise en charge se décide avec l'adolescent et consiste, selon les besoins de chacun, en entretiens, psychothérapies, psychodrame psychanalytique individuel et, éventuellement, de prescription médicamenteuse.

Les jeunes passent en moyenne 3 ans dans ce centre et un service de suite est assuré tant sur le plan thérapeutique que sur celui de l'orientation.

La spécificité de ce centre est que la rescolarisation est intégrée dans une structure adaptée à la psychologie de l'adolescence et que le traitement individuel est adapté à la problématique de chacun, précise Jacquemine Lahram-Koenig, directrice. La réussite de ce projet a été vérifiée au fil des années par le fait que plus de la moitié des jeunes trouvent des solutions de vie en dehors des circuits spécialisés et construit sa vie comme tout un chacun.

B) Les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) n'offrent qu'une prise en charge limitée

L'ouverture des CATTP dans les services de psychiatrie infanto-juvénile paraît à de nombreux praticiens comme « *l'une des plus importantes évolutions de ces dix dernières*

années ». Ce sont des structures de **soins ambulatoires à temps partiel** qui accueillent des enfants ou des adolescents quelques heures durant la semaine. Ils bénéficient d'une grande liberté de fonctionnement et d'organisation ce qui leur permet de s'adapter aux besoins, il n'existe pas en effet « *d'organisation type* ». Un travail thérapeutique est mené plusieurs demi journées par semaine avec la famille et les partenaires socio éducatif. Ils présentent aussi l'avantage de maintenir une activité sociale et scolaire partielle car leur projet est de permettre une intégration scolaire. Les CATTP fonctionnent en complémentarité avec les CMP. Certains CATTP se sont spécialisés pour les adolescents et parfois même les adolescents en crise. À Saint Denis, par exemple, le CATTP et le Point accueil écoute jeune dépendent du service de pédopsychiatrie du docteur Hervé Bentata.

Les CATTP sont victimes de leur succès, le nombre de patients suivis a augmenté de plus d'un tiers depuis 1997⁶². Leur développement tient sans doute à leur souplesse, leur adaptabilité et au fait que leur création ne requiert pas d'enregistrement de sa capacité d'accueil à la carte sanitaire et n'impose donc pas d'autorisation préalable de création de la part des autorités sanitaires. Ces structures de soins, créées dans un objectif d'alternative à l'hospitalisation de jour occupent une place originale dans le dispositif de soins et ont leurs indications propres. « *Néanmoins, l'indication de soins en CATTP continue à être portée par défaut, faute d'un nombre de places suffisantes en hôpital de jour*⁶³ ».

C) Les unités soins études sont destinées à des adolescents en soins ambulatoires qui ne peuvent s'intégrer sans problèmes majeurs dans les établissements ordinaires car ils présentent des difficultés scolaires et souvent psychiatriques. Elles associent des soins psychiatriques prolongés avec la poursuite d'études adaptées. Les praticiens soulignent combien il est important de reconnaître les apports mutuels des soins aux études et des études à l'amélioration de l'état de santé global. Les réalisations de la Fondation santé des étudiants de France sont parmi les plus anciennes mais restent limitées à certains parcours scolaires et s'avèrent saturées : un an d'attente dans l'établissement de la région parisienne.

Pour des adolescents en rupture avec l'école, présentant des difficultés de comportement, une forte démotivation, l'Éducation nationale propose d'autres formules afin de les rescolariser, resocialiser et accompagner, ce sont différentes « *structures d'accueil d'aide et d'accompagnement* » qui cherchent à offrir au jeune un moyen de reprendre ou de continuer des études en suivant un enseignement adapté et en bénéficiant d'un soutien à la fois scolaire et psychologique.

→ **Recommandation**

- Tous les experts rencontrés estiment indispensable la création d'au moins une unité pour des adolescents en mutualisant les ressources pédagogiques du département et en établissant un partenariat étroit avec l'Éducation nationale.

⁶² Dress Études et résultats n° 341, Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2000 : évolutions et disparités, septembre 2004.

⁶³ Le livre blanc de la psychiatrie dans le 93, 2005.

D) Les placements en accueil familial thérapeutique concernent des jeunes pour lesquels une prise en charge sociale et affective ne peut avoir lieu dans leur famille mais est indispensable en complément du soin thérapeutique. Entre 1991 et 2000, ces placements ont augmenté de plus de 30 %. Mais le nombre de familles d'accueil demeure insuffisant. On dénombrait moins de 1000 places en 2005.

→ **Recommandation**

- Il faudrait former des familles d'accueil à ce type de prise en charge et les faire accompagner par des équipes relevant des services de pédopsychiatrie.

E) De nombreux établissements du secteur médico social participent à la prise en charge d'enfants souffrant de troubles psychiques à côté d'enfants atteints de diverses formes de handicap. Ces séjours peuvent être de longue durée. L'articulation entre pédopsychiatrie et médico social est essentielle car les psychiatres sont souvent tributaires des réponses possibles. **Le nombre de places est généralement insuffisant et inégal selon les départements.**

- **Les centres médico psychopédagogiques (CMPP)** sont généralement de statut privé ; des enseignants de l'Éducation nationale y travaillent avec des orthophonistes, des psychologues et des éducateurs. En 2004, on relevait 3 millions de séances et 185.000 enfants suivis. Une enquête de la Drees publiée en avril 2005, concernant les enfants et adolescents pris en charge dans les CMPP, relève que la moitié sont des garçons ; les 10-14 ans représentent 39 % des enfants suivis et les plus de 15 ans comptent pour 8 %. D'évidence, les CMPP ne constituent pas le mode de recours privilégié pour les adolescents en souffrance psychique plus orientés vers la pédopsychiatrie.

- **Les Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP)** reçoivent des enfants ou adolescents présentant des troubles du caractère et du comportement qui rendent nécessaire, malgré des capacités intellectuelles normales ou proches de la normale, la mise en place d'une éducation spéciale. Les ITEP s'adressent à des enfants et des adolescents qui ont en commun des troubles du comportement procédant de causes diverses ayant généré, ou risquant de générer des troubles de leur insertion familiale, sociale ou scolaire, et qui sont généralement en état de souffrance. Ils proposent des prestations thérapeutiques, éducatives, et pédagogiques conjuguées en un projet adapté à chaque enfant ou adolescent, dans le but de l'aider à restructurer sa personnalité dans toutes ses composantes. Ils visent à maintenir ou réinsérer les enfants dans un milieu scolaire ordinaire, à maintenir ou rétablir des liens souvent difficiles ou dégradés avec les familles. Au 1^{er} janvier 2002, on dénombrait 342 ITEP représentant 15 592 places.

- **Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)** accompagnent la famille et l'entourage du jeune et apportent également une aide pour le développement du jeune et de son intégration scolaire et sociale en intervenant à l'école ou au domicile.

► Des **initiatives innovantes** se développent
pour **aller vers** des adolescents
qui n'ont pas de **demande explicite**

Certains services psychiatriques ont mis en place des partenariats avec l'Éducation nationale avec la volonté de travailler autrement, dans une démarche tournée vers l'extérieur, proche du terrain par d'autres formes d'approche des adolescents : équipes mobiles, permanences hors les murs etc.

Le constat montre bien que la prise en charge des adolescents en difficulté ou en souffrance est difficile pour les institutions prises individuellement. La diversité des problèmes qu'ils rencontrent : social, familial, scolaire, sanitaire, judiciaire... fait qu'*ils échappent au champ d'une seule organisation ou profession*⁶⁴ ».

Ces besoins de prise en charge d'adolescents en souffrance psychique visible ou masquée conduisent à la création d'actions nouvelles réellement décroisées avec des équipes pluridisciplinaires composées de psychiatres, de psychologues, d'infirmières, de travailleurs sociaux, d'éducateurs. De plus, pour répondre aux besoins des adolescents et de leurs parents ces services de pédopsychiatrie travaillent en réseau avec de nombreux partenaires dont l'Éducation nationale (car il importe de conserver le plus possible le lien de l'enfant avec l'école), le Conseil général (qui a pour mission la protection des enfants), avec la justice et, pour les plus âgés, avec les missions locales d'insertion.

Inspirées par les anciennes pratiques de la visite à domicile et par les méthodes du Samu social (institution hors les lieux), des équipes ont inventé des solutions nouvelles favorisant la mobilité. Ces équipes se déplacent et assurent des consultations, des permanences, des rencontres dans différents lieux, fréquemment dans les établissements scolaires.

Cette évolution est indispensable car il s'agit de s'adapter à la massification de la souffrance psychique d'adolescents qui ne savent pas exprimer clairement une demande de soins. Il s'agit également de répondre aux inquiétudes des parents et des enseignants ou des conseillers principaux d'éducation qui repèrent une souffrance et sont confrontés à un adolescent qui ne veut pas entendre parler de soins ou pour lequel aucune consultation n'est possible dans le système traditionnel de soins qui est embolisé.

1) **Des équipes mobiles pour aller vers des adolescents qui ne formulent pas de demandes**

• **La consultation mobile du professeur Sylvie Tordjman (Rennes)**. Pour aller vers les adolescents qui ne se rendent pas dans les consultations traditionnelles, Sylvie

⁶⁴ Jeunes en grande difficulté, prise en charge concertée des troubles psychiques, document du ministère de la Santé et du ministère de la Justice.

Tordjman, chef du service hospitalo universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à **Rennes**, a transformé son hôpital de jour pour lequel elle n'avait pas de locaux en une mission mobile. Elle a équipé, sur un budget « *pièces jaunes*⁶⁵ » **un camion mobil home transformé en consultation mobile** qui se déplace sur les lieux de vie des adolescents et de leurs familles. Le professeur Tordjman et son équipe vont à la rencontre d'adolescents en souffrance mais qui n'ont pas conscience d'aller mal, ne connaissent pas de lieux auxquels s'adresser ne sont pas prêts à respecter un suivi. « *C'est, explique S. Tordjman, une façon de dépasser la non demande* ». Elle s'inspire des travaux du Yale Child Study Center. Son camion, à l'extérieur banalisé, offre salle d'attente et espace d'entretien individuel. Aller vers le jeune a un effet dynamisant et revalorisant. L'équipe mobile, une fois sollicitée, prend contact avec le jeune et ses parents. Un rendez-vous est fixé qui peut avoir lieu au collège, au domicile ou même dans la rue (puisque le véhicule est un véritable bureau de consultation).

L'équipe d'intervenants est pluridisciplinaire (psychiatres, psychologue, infirmier, éducateurs, travailleurs sociaux, qui interviennent en binôme. Le repérage des jeunes en souffrance est réalisé grâce à un travail en réseau multipartenaires : Éducation nationale, travailleurs sociaux, protection judiciaire de la jeunesse, médecins, et les familles elles-mêmes. Des correspondants médiateurs servent de relais dans chacune des institutions.

Une permanence téléphonique fonctionne de 9h à 20h du lundi au vendredi que peuvent appeler les médiateurs et les familles ; un rendez-vous est fixé dans les 48h assuré par une équipe en binôme. Une réunion hebdomadaire de synthèse permet de faire le point avec l'ensemble des membres de l'équipe. Chaque situation fait l'objet de quelques rencontres (en moyenne de 3 à 5) et, si nécessaire, débouche sur un suivi par une unité de soins. Les ponts ne sont pas coupés après la fin de l'intervention car le jeune peut rappeler l'équipe ; d'autre part, une évaluation à distance est menée par une psychologue tous les trois mois et l'année suivant la fin de l'intervention. Ce contact a une double utilité : d'une part ne pas laisser s'installer un sentiment d'abandon chez le jeune ou sa famille, d'autre part évaluer cette action en termes de santé publique. Cette démarche devrait s'étendre dans les mois qui viennent dans différents foyers de jeunes et centres éducatifs fermés. Cette approche mobile est particulièrement utile dans un secteur rural où les distances sont un frein au déplacement des jeunes et de leurs parents dans des consultations éloignées.

Une deuxième équipe mobile est en train de se mettre en place à Rennes, sous l'impulsion du docteur Éric Le Huédé, pour aller à domicile rencontrer des jeunes totalement déscolarisés. Ces « *actions mobiles* » servent de base à la Maison des adolescents de Rennes.

⁶⁵ L'opération pièces jaunes organisée par la fondation « Hôpitaux de Paris - Hôpitaux de France » a pour objectif d'améliorer les conditions de vie des enfants et adolescents hospitalisés.

- **À Lille**, une équipe mobile prend également en charge des adolescents. Sous l'impulsion du docteur Vincent Garcin, l'établissement public de santé mentale de Lille métropole a mis en place en 2003 une équipe mobile qui s'engage à intervenir dans les 24h auprès d'adolescents de 12 à 18 ans pour toute situation qui lui est signalée par les services de médecine scolaire, de pédiatrie, les familles, les médecins traitants ou encore les institutions d'accueil des adolescents. L'équipe, un binôme pluridisciplinaire, se rend là où se trouve l'adolescent : chez un médecin, dans un centre de santé mentale ou même à domicile. Elle effectue un premier diagnostic et, après un contact avec le médecin d'astreinte de l'équipe, évalue l'urgence de la situation et les interventions à mettre en œuvre. S'il le faut, l'équipe peut se déplacer à nouveau les jours suivants. Son principe étant de ne pas « lâcher » l'adolescent qui va mal, la rencontre avec lui et avec son entourage ayant pour but de l'aider à entamer une démarche personnelle de soins.

L'équipe a également des contacts avec les professionnels concernés par la situation de l'adolescent : les établissements médico sociaux, et surtout, les 35 établissements scolaires du secteur à la suite d'une convention signée avec le service médical de l'inspection académique.

Un premier congrès national des équipes mobiles en psychiatrie se tiendra les 27 et 28 mars 2008 à Lille.

2) Des permanences « hors les murs »

- En Seine-Saint-Denis, les moins de 20 ans constituent 28 % de la population ce qui a conduit au « *au doublement de la demande de soins justifiée sans augmentation proportionnelle de moyens*⁶⁶ ».

Les permanences mises en place par le service de pédopsychiatrie de l'hôpital général d'Aulnay (93) du docteur Sylvain Berdah, dans quatre collèges d'Aulnay constituent une démarche active en direction des adolescents, par une organisation à double entrée qui établit des passerelles entre « *l'espace accueil adolescent* » qui existe à l'hôpital René Ballanger et quatre collèges du quartier « *la Rose des Vents* » qui bénéficie d'une attention particulière dans le cadre de l'opération quartiers sensibles. Afin d'établir des rapports privilégiés entre les services de pédopsychiatrie, « *l'accueil ados* » et les collèges, une action partenariale a été mise en place sur un financement de la politique de la ville et dans le cadre du programme de réussite éducative.

Une permanence hebdomadaire est assurée dans chacun de ces collèges par un psychologue (recruté sur financement de la politique de la ville) qui travaille également à « *l'espace accueil ados* » de l'hôpital. Il ne s'agit pas d'assurer un suivi thérapeutique

⁶⁶ Le livre blanc de la psychiatrie dans 93, 2005

au sein du collège mais d'offrir un temps d'écoute individuelle, dont parfois les parents n'ont pas connaissance et qui, si cela s'avère nécessaire après quelques rencontres, pourrait alors rejoindre « *l'espace accueil ados* » ou un autre lieu de soin de l'hôpital. Il est vrai que les adolescents qui poussent la porte y sont parfois invités par l'équipe éducative mais ces rencontres, même si au départ elles manquent de spontanéité, portent leurs fruits.

Par ailleurs **des groupes de parole « adultes » sont organisés mensuellement dans chaque établissement pour les membres de l'équipe éducative qui le souhaitent.** Tous les thèmes sont abordés : autorité, respect, pédagogie. Les adultes ont besoin d'échanger afin de mieux comprendre ce qui se joue et se sentir moins démunis ou isolés face à des comportements qui déstabilisent la classe. Enfin, de meilleures procédures de prise en charge des urgences sont élaborées.

Parce que « *les adolescents ont une forte demande de soutien* » mais ne savent ni l'exprimer ni où s'adresser et que, de plus, ils redoutent ce qui leur apparaît connoté psychiatrie donc « fou », « *l'espace accueil ados* », hébergé dans un bâtiment à l'écart du service de psychiatrie, leur permet, en toute discrétion, de venir poser leur sac. 260 adolescents l'ont fréquenté cette année. Ils peuvent d'abord s'y exprimer dans des ateliers d'activités artistiques et, pour certains, bénéficier d'un soutien scolaire qui est d'abord et avant tout une façon de redonner envie d'apprendre et d'avoir confiance en ses capacités. Ils peuvent aussi y rencontrer des éducateurs, une psychologue, un psychiatre. « *C'est, explique le docteur Sylvain. Berdah, un espace hors de la famille, hors des institutions où la rencontre avec des interlocuteurs variés veut relancer leur désir de vie.* »

- La consultation cannabis pour jeunes consommateurs du Centre Chimène d'Issy-les-Moulineaux (92) : aller dans les lycées et collèges pour créer des liens avec les adolescents et les adultes

Le Centre Chimène est un centre de soins spécialisé pour toxicomanes, adossé à l'hôpital Corentin Celton, qui reçoit toute personne en situation de souffrance par rapport à l'usage de produits illicites ou licites (drogues, alcool, tabac), qu'il soit dans une démarche d'abstinence ou pas, ou dans une demande de produits de substitution.

Depuis 2 ans, **une consultation cannabis a été mise en place pour les jeunes consommateurs** le mercredi après-midi de 14 h à 19 h.

Les psychologues du centre font des permanences dans les collèges et créent ainsi des liens avec les adolescents et les adultes relais (infirmières scolaires, associations de parents d'élèves, conseillers principaux d'éducation...). Le travail de lien se fait aussi avec les éducateurs et animateurs de rues qui sont au contact des jeunes déscolarisés et peuvent ainsi les orienter vers la consultation. Chimène mène également une action d'information et de formation auprès des partenaires médicaux et paramédicaux de proximité (médecins généralistes, pharmaciens, etc.).

Les jeunes sont ainsi adressés par les collèges et lycées et peuvent être reçus seuls ou accompagnés de leurs parents. L'anonymat est respecté à la demande. Les parents peuvent être reçus seuls pour des conseils ou un soutien psychologique. Les parents peuvent également avoir connaissance de cette consultation grâce à l'Espace Parents Enfants et par le groupe de parole parents mis en place par la Mairie qui est co-animé par un psychologue du centre. De plus en plus de parents viennent consulter pour évoquer outre les problèmes de consommation de toxiques de leurs enfants et les difficultés liées aux jeux vidéo qui deviennent de véritables addictions.

Les deux points forts du centre Chimène résident dans ces « *permanences hors les murs* » qui permettent d'aller vers des adolescents qui ne viendraient pas d'eux-mêmes et dans le fait de recevoir les jeunes avec leurs parents ce qui les associe à la prise en charge de leur enfant.

En 2006 le centre a reçu 81 jeunes dont 16 de moins de 18 ans et 20 entre 18 et 20 ans avec 65 % de garçons pour 35 % de filles. Cet âge relativement élevé des consultants montre que le recours aux soins est toujours tardif, qu'il y a souvent un temps de latence entre les difficultés et la première consultation et qu'il est **impératif d'aller au devant des ados dans leur lieux de vie et de multiplier les contacts avec les adultes qui les encadrent.**

Les constats faits par les travailleurs sociaux montrent des consommations de type « *festif* » à l'occasion de soirées, des consommations de l'ordre du défi face à l'autorité des parents et de la société, et une recherche de sensations fortes et une tentative de lutte contre l'angoisse face à une situation familiale complexe (alcool, violence), une souffrance de la vie (rupture amoureuse, IVG, ..). Et parfois le signe d'une difficulté plus profonde, névrose voire entrée dans la psychose.

Jean-Yves Noël, le directeur du centre souligne l'importance du travail d'information, de décloisonnement des institutions et du renforcement du lien avec les professionnels de l'Éducation nationale. Il insiste sur la nécessité de faire une prévention large qui porte sur les conduites à risque plutôt que uniquement sur la dangerosité des produits.

3) Des services hospitaliers qui se sont adaptés aux besoins des adolescents

A) Les unités d'adolescents en milieu hospitalier, constituent un espace spécifique adolescent et réunissent généralement une antenne de consultations (permettant d'obtenir rapidement un premier rendez-vous), un hôpital de jour et une unité d'hospitalisation complète d'une dizaine de lits. Ces unités ont constitué un réseau efficace de partenaires : structures scolaires, généralistes, pédiatres établissant des contacts réguliers entre les membres de l'équipe de l'unité médicale et les lieux de vie des adolescents qui peuvent alerter sur une situation individuelle ou encore de mener une action de d'information et de prévention collective.

- **Le Pôle aquitain de l'adolescence, également appelé centre Abadie, à Bordeaux,** regroupe quatre unités hospitalières qui offrent des soins adaptés aux **adolescents en souffrance et aux adolescents à risques**. Outre l'unité Médico Psychologique de l'Adolescent et du jeune Adulte (UMPAJA) spécifiquement destinée à la prise en charge des jeunes de 14 à 25 ans, ayant fait une tentative de suicide ou présentant des idées suicidaires (15 lits dédiés), (cf. p 92) le docteur Xavier Pommereau dirige également **l'unité de 12 lits destinée aux adolescents souffrant d'anorexie grave**. Une autre unité est spécifiquement centrée sur les adolescents souffrant de troubles mentaux et la dernière est une consultation polyvalente permettant ainsi un abord somatique global du patient. On y trouve aussi des permanences de juristes.

Le centre Abadie est en relation avec des infirmières scolaires qui repèrent des jeunes leur paraissant en difficulté. « *Un groupe de parents* » est ouvert aux familles qui le souhaitent dont les enfants sont suivis par le centre.

Le centre Abadie se présente comme une « *Maison des adolescents régionale* » qui reçoit des adolescents sur un large secteur allant de La Rochelle à Biarritz.

- **À Metz, le Centre d'Accueil et de Soins pour la santé des Adolescents (CASA) comprend une unité d'adolescents permettant une hospitalisation complète et un centre de consultations de proximité en ville.** Il reçoit des adolescents de 13 à 20 ans en souffrance psychique aiguë. L'objectif est d'apporter le plus possible des soins « *à la carte* » aux adolescents qui lui sont adressés. Le Casa a établi en effet des contacts solides et nombreux avec le service de santé scolaire, avec des généralistes, avec les équipes proches des jeunes en situation d'exclusion et également avec l'université en direction des étudiants qui éprouvent des difficultés personnelles. Le premier rendez vous est réalisé par un infirmier dans des délais rapides puis un rythme de consultations ou d'activités thérapeutiques s'établit. Lorsqu'il y a lieu, les consultations débouchent sur une hospitalisation du jeune qui peut durer plusieurs mois. Dans ces cas, un infirmier fait un lien régulier avec les parents.

Le Casa est l'interlocuteur du service des urgences hospitalières pour des adolescents reçus en urgence (tentatives de suicides, anorexie...). Dans les 24h un infirmier du Casa rencontre le jeune et, si possible ses parents, pour une évaluation. Cette rencontre doit permettre également que le jeune et sa famille acceptent plus aisément les soins ultérieurs qui peuvent être des consultations ou une hospitalisation dans l'unité, notamment pour établir un bilan somatique et psychologique. Le Casa projette de se transformer en Maison d'adolescents.

- **À Grenoble, un pôle adolescent a été constitué** qui comprend un hôpital de jour, une unité d'hospitalisation complète intégrée dans un service de psychiatrie générale et une antenne adolescents. **Cette Antenne adolescents** répond aux demandes de l'agglomération de Grenoble. Lieu d'accueil, de soins, de prévention pour adolescents de 13 à 20 ans elle n'est pas sectorisée. L'antenne est à l'écoute, sur appel téléphonique, des adolescents et de leurs familles mais aussi de différents partenaires médicaux ou sociaux du fait de son

appartenance à un réseau interinstitutionnel de professionnels. Elle reçoit également des adolescents et peut assurer des soutiens psychologiques ou des psychothérapies et oriente le jeune vers d'autres structures si besoin est. Elle a de nombreux contacts avec les structures scolaires et peut intervenir, à la demande, dans différents lieux de vie des adolescents auprès des jeunes eux-mêmes ou des adultes. Ce pôle est relié au réseau adolescent qui réunit différents professionnels qui s'occupent d'adolescents. Le pôle serait le point d'appui d'une future Maison d'adolescents.

• **Mosaïque est un accueil thérapeutique de jour, intégré au service de pédopsychiatrie de l'hôpital de Poitiers, et destiné aux adolescents décrocheurs, profondément ébranlés par leurs difficultés scolaires.** Ils sont admis sur consultation médicale. Mosaïque fait un travail avec de petits groupes de jeunes adolescents au sein d'ateliers thérapeutiques avec pour « mission de réconcilier les adolescents avec leur pensée ». En effet la grande anxiété que manifestent ces jeunes paralyse leurs capacités à penser ce qui entraîne un échec scolaire source de dévalorisation et de grande inquiétude pour la famille.

B) **Les unités de médecine pour adolescents intégrées ou en lien avec le service de pédiatrie.** La plus ancienne est celle du Kremlin Bicêtre. Elles ont pour spécificité d'articuler dans la prise en charge les soins psychiatriques et somatiques (l'unité de Rouen est d'ailleurs dénommée « Unité de psychopathologie et médecine de l'adolescent ») ; elles offrent une évaluation diagnostique pluridisciplinaire et une prise en charge à la fois pédopsychiatrique et pédiatrique. Cette double approche est essentielle à l'adolescence, âge où les difficultés psychologiques s'expriment couramment par le corps. Leur situation dans un hôpital non psychiatrique et leur proximité avec la pédiatrie évite aux jeunes patients de supporter l'étiquette « psychiatrique ».

▣ **Des actions de formation pour un apprentissage de repères communs**

L'ensemble des professionnels constatent qu'ils sont confrontés à des situations auxquelles ils n'ont généralement été que peu préparés à affronter et à des personnes – les adolescents- pour lesquels ils disent s'être « *formés sur le tas* ». Certes il existe des formations continues sur des thèmes spécifiques (drogue, autorité...) ouvertes aux différents professionnels et des diplômes universitaires ayant pour thème l'adolescence, mais suivre ces formations relève du choix individuel.

Depuis 2001 la stratégie nationale de lutte contre le suicide et le plan quinquennal d'éducation à la santé qui mobilise conjointement l'éducation nationale et la santé, ont eu pour effet d'impulser et de relancer régulièrement des actions de formation souvent innovantes relayées par les plans régionaux de santé publique. **Ces formations insistent fortement sur le décloisonnement et le travail entre partenaires oeuvrant dans les différents secteurs les mettant en contact avec les jeunes.** L'école est bien

sûr concernée au premier chef, 30 % « *des personnes ressources* » formées par ces programmes sont des infirmières scolaires.

Ainsi par exemple, dans le **Pas-de-Calais**, une formation au repérage et aux réponses à apporter au risque suicidaires à destination des personnels du monde scolaire (médecins, infirmières, personnel éducatif, enseignants, chefs d'établissement) a débuté en 1999 (le département avait fait, dès cette époque, une priorité de santé publique de la lutte contre le suicide des jeunes) puis a été intégrée au programme régional de santé publique. Cela a conduit à la rédaction d'un guide informatif sur les signes pouvant alerter, les ressources existantes et les réseaux possibles. Avec **200 établissements scolaires concernés, 80 % des personnels formés (100 % des médecins et 80 % des Assistantes sociales scolaires)** ces interventions ont permis de dépasser le tabou du suicide et sensibiliser des chefs d'établissements du département. Un bilan positif est constaté en termes de « *culture commune développées entre différents professionnels, de travail en réseau, de la reconnaissance des possibilités et limites de chacun* ». Cette formation est renforcée lors de trois réunions annuelles organisées avec les médecins scolaires.

Un programme semblable est mené dans la Vienne depuis plusieurs années. Ce département a instauré un partenariat ancien et efficace entre l'Éducation nationale, la pédopsychiatrie et la justice qui a permis d'organiser des permanences dans 60 % des établissements secondaires (incluant les lycées agricoles). Le réseau de partenaires (hôpital, infirmiers, enseignants, justice, police, prison) a réalisé de nombreuses formations et a élaboré un outil très apprécié par les intervenants locaux : un guide annuaire départemental à destination de tous les professionnels concernés. Bien évidemment, de tels repérages ne peuvent s'exercer qu'après d'adolescents encore scolarisés.

Un document « *la santé en action* » élaboré en 2005 et **destiné à tous les professionnels de la Protection judiciaire de la jeunesse** rassemble un panorama d'expériences afin d'animer des actions de santé qui prennent en compte la spécificité des problématiques psychiques des adolescents qui leur sont confiés.

Toutefois, ces guides répondent mal aux besoins d'échanges collectifs autour de situations d'adolescents surtout pour les professionnels du monde scolaire. Conseiller principal d'éducation, infirmières scolaires pour l'essentiel confient se sentir souvent impuissants, ne sachant comment aider les jeunes qui en auraient besoin. Les réponses apportées par l'institution scolaire étant essentiellement d'écoute immédiate et d'orientation, se pose alors la question aiguë du choix des lieux où adresser le jeune et de leur disponibilité. Tous les interlocuteurs soulignent qu'il est préférable et plus productif de connaître personnellement ces structures, « *de personnaliser la distribution d'adresses* » voire même de téléphoner en présence du jeune. L'organisation de groupes de paroles pour les personnels scolaires permettant de se concerter et d'avoir une vision d'ensemble d'un cas est fréquemment suggérée.

De nombreuses formations ont été mises en place sur le repérage et la gestion de la crise suicidaire à la demande du ministère de l'Éducation nationale. L'objectif affirmé par les pouvoirs publics a été, par des formations de formateurs, de favoriser une « *dynamique de partenariat entre les spécialistes de psychopathologie et les autres partenaires de la médecine générale, du médico social (services d'accueil et d'écoute, centres de soins des addictions) et d'autres institutions (éducation nationale, justice) autour de la prévention du suicide et plus globalement de la souffrance psychique* ». Ainsi peut se forger une culture commune entre différents métiers et, à terme, influencer sur le contenu des formations initiales des médecins, des psychologues et des professionnels paramédicaux.

► Une **crise permanente**, les « **incasables** »

Perturbés et perturbateurs, des adolescents – en petit nombre – mettent à l'épreuve les institutions de justice, d'éducation et de soin dans lesquelles ils sont placés. À force de ruptures, ils font l'objet de placements successifs et déstabilisants. Les différentes institutions mobilisées ne parviennent pas à assurer une prise en charge suffisante et durable pour ces adolescents qu'elles-mêmes désignent sous le qualificatif « d'incasables ».

Ces « *incasables* » apparaissent comme des jeunes en profonde souffrance ayant eu un parcours de vie précocement déstructurant, perturbés tant sur le plan de l'intégration sociale et scolaire que de la relation à l'autre. Ils présentent des troubles des comportements ainsi que des difficultés psychiatriques et mobilisent rudement l'énergie des personnes et institutions qui en reçoivent successivement la charge : éducateurs, juges, médecins, familles d'accueil, école... Ils manifestent généralement une forte agressivité retournée contre eux-mêmes ou extériorisée contre autrui (agressions des biens et des personnes, refus d'autorité...) Ces conduites répétées devenant intolérables, ils finissent par se trouver en rupture avec leur famille et avec les institutions qui les ont accueillis successivement et qui s'avouent épuisées et impuissantes.

François 17 ans

15 placements en quatre ans

À l'âge de douze ans, François, jeune garçon, fugue du domicile familial ; il se plaint de mauvais traitements. À l'âge de 14 ans il est placé dans un foyer par le juge des enfants où il se montre violent et refuse toute scolarité. Placé ensuite dans un « *lieu de vie* », son comportement nécessite la présence continue d'un adulte de telle sorte que la fin du placement est rapidement ordonnée. Faute d'alternative, le juge des enfants le remet dans sa famille, il commet alors des délits tels que le parquet décide son placement dans un foyer d'urgence (d'où il fugue) avec séjours en hôpital psychiatrique.

Un dossier d'éducation spécialisée est établi et François est orienté dans un service éducatif d'insertion professionnelle d'où il alterne des séjours en centre éducatif renforcé. Ses difficultés de comportement le font exclure de ce service éducatif. Faute d'autre solution, le jeune réintègre sa famille et alterne des séjours chez son père, sa grand-mère, sa mère, jusqu'à ce que, deux ans après son premier placement, il soit placé dans un service d'accueil d'urgence où il agresse le personnel. Il est alors hospitalisé et, à sa sortie de l'hôpital, placé dans un foyer de l'enfance et ensuite dans un centre éducatif avec prise en charge sanitaire. Six mois plus tard, il est admis en hôpital psychiatrique où on diagnostique des troubles graves nécessitant une prise en charge spécifique. Il est ensuite transféré dans un hôpital psychiatrique dans la ville voisine. À sa sortie, à peine âgé de 17 ans et déscolarisé depuis quatre ans, aucune solution de placement n'est possible, il est donc confié à sa mère avec un traitement médicamenteux important et un accueil très partiel à l'hôpital de jour. Ce jeune homme a vécu 15 placements ou cadres de vie différents en quatre ans.

Magistrats, avocats, policiers de la brigade des mineurs, directeurs de services sociaux, éducateurs, tous s'accordent sur ce point : **ces jeunes ont vécu des histoires particulièrement destructurantes**, « 70 % de enfants placés qui sont passés par la psychiatrie ont eu auparavant un parcours chaotique » commente un pédopsychiatre.

Leur parcours les mène généralement devant l'institution judiciaire. Le juge des enfants se trouve saisi, fréquemment en urgence, à la demande des services sociaux, du procureur ou de la famille. « *La justice des mineurs est à bout de souffle pour ces jeunes,* » reconnaît une présidente de tribunal pour enfants.

La question de l'orientation se pose pourtant aux magistrats. Compte tenu de la complexité du cas, les juges souhaitent en général disposer d'éléments d'évaluation approfondis sur le jeune. Cela peut conduire le juge à décider fréquemment d'une hospitalisation psychiatrique soit pour une évaluation aux fins d'orientation ultérieure, soit faute d'une structure adaptée, soit encore parce que le jeune a déjà fait le tour de tous les endroits susceptibles de l'accueillir et que ses démêlés antérieurs n'incitent pas à le reprendre. Hospitalisés par décision judiciaire dans un service de pédopsychiatrie ces adolescents ont du mal à se plier à la règle collective et parviennent à perturber lourdement le fonctionnement du service. Bien des magistrats souhaitent que se développent des structures spécifiques pour ces adolescents, où serait effectué un bilan médico éducatif qui donne les éléments d'un projet thérapeutique et socio éducatif.

« *Personne ne s'occupe des mineurs délinquants ayant des problèmes psychiatriques* » déplore un policier de la brigade des mineurs. « *À force de se mettre eux-mêmes ou les autres en danger, ceux qu'ils connaissent le mieux sont les pompiers appelés en premier secours* » constate un pédopsychiatre. L'absence de solutions alternatives conduit à hospitaliser

ces adolescents en psychiatrie mais parce qu'ils se montrent trop violents pour être accueillis en pédopsychiatrie sans semer le trouble, ils sont alors hospitalisés en service de psychiatrie adulte. Ainsi nous a-t-on rapporté des cas de tels adolescents « casés » en service de psychiatrie adultes où ils ont côtoyés des adultes extrêmement atteints dont ils ont eu peur.

Quels sont les lieux où -ils pourraient se reconstruire durablement ? « *Ils ne sont pas très nombreux mais bloquent tous les dispositifs* » reconnaît le pédopsychiatre Jacques Constant. Confiés par la justice à l'Aide sociale à l'enfance, la cohabitation dans un foyer de l'enfance s'avère problématique entre les autres adolescents placés et ces jeunes « *sans cadres ni limites, déscolarisés très tôt, capables de tout* » disent les responsables de l'Ase. Manifestement, les différents secteurs concernés par leur prise en charge restent mal organisés et les adolescents difficiles font les frais de décisions mal coordonnées ce qui les conduit à subir des alternances de placements entre des institutions sanitaires, sociales, éducatives... dans lesquelles, trop violents, ils ne peuvent rester longtemps. Ainsi s'instaure le « *ping pong* » de ces « *incasables* » d'une institution à l'autre.

La mission d'inspection de l'Igas en 2004 faisait siennes ces remarques « *beaucoup de psychiatres se plaignent du fait que ce soit le juge des enfants qui décide des modes thérapeutiques pour un mineur (l'hospitalisation) alors que le vrai motif de ce placement en hôpital psychiatrique est l'absence de solution d'hébergement ou un différend entre des médecins somaticiens et des psychiatres hospitaliers sur la nécessité d'hospitaliser un jeune* ».

De telles impasses ont donc poussé les professionnels à organiser régulièrement des échanges entre les diverses instances concernées et à instaurer un travail commun entre partenaires du champ sanitaire, éducatif, social. Conscients des limites du cloisonnement, certains départements ont organisé des échanges pour traiter ces cas complexes d'une façon mieux coordonnée et plus durable et trouver un hébergement et des soins qui procurent une continuité à ces enfants tellement ballottés. Il est en effet fondamental de leur proposer des repères constants - de lieux, de personnes - afin que ces adolescents échappent aux ruptures permanentes dont ils ont tant de fois fait l'expérience douloureuse. Dans l'Oise, une « *Commission consultative interdisciplinaire* » comprend des magistrats du parquet, des représentants de l'Ase, de la Protection judiciaire de la jeunesse, des médecins, elle se réunit régulièrement. Tout professionnel d'une institution médicale, sociale, judiciaire ou éducative du département peut la saisir lorsque une équipe a le sentiment de ne plus pouvoir aller plus loin avec un jeune, afin de réexaminer la situation avec un œil neuf et de faire d'autres propositions. Ce même département prévoit la création d'un centre réunissant à la fois la justice et la psychiatrie qui puisse accueillir de tels adolescents délinquants relevant de la psychiatrie.

Confronté à environ deux cas par mois de tels jeunes présentant des troubles du comportement et de la conduite, le département du Pas-de-Calais a créé en 2002 le « *groupe ressource de la côte d'Opale* » pour « *sortir de la logique de l'urgence médicale ou psychiatrique, et construire des réponses novatrices interinstitutions qui soient des alternatives*

au « *tout psychiatrique* ». Il rassemble des intervenants très divers, gage effectif de décloisonnement : des pédopsychiatres, responsables ASE, de MECS (maison d'enfants à caractère social), de la PJJ et du secteur associatif habilité, psychologues, assistants sociaux de psychiatrie adulte et CPE. Dans un deuxième temps, ce groupe a formalisé ses réflexions et ses méthodes et souhaite les faire connaître via une formation universitaire.

Vaste réseau associatif existant depuis une dizaine d'années, *Résado*, s'est étendu depuis les Bouches du Rhône jusqu'à l'Hérault ; ils s'est forgé des pratiques et références communes pour apporter des réponses rapides à ces situations.

La Structure intersectorielle de prise en charge pour adolescents difficiles (Sipad) a été créée à Nice en 2000 à l'initiative d'un psychiatre, d'un juge des enfants et d'un directeur adjoint de la PJJ. Cette unité rassemble une équipe hospitalière classique (psychiatre, généraliste, infirmiers, psychologue, renforcée par des éducateurs de la PJJ, d'un enseignant et des travailleurs sociaux. L'objectif est de réaliser un bilan médical et éducatif afin d'envisager un projet thérapeutique et une orientation sociale. Chaque jeune est en effet d'abord là pour être observé à travers une multitude d'activités ; les données sociales et éducatives recueillies sont aussi importantes que celles sanitaires ou psychiatriques. Les liens sont très développés avec les institutions extérieures de telle sorte que, dès l'admission, la sortie du jeune soit préparée.

Un partenariat ancien existe en Saône et Loire entre la PJJ, le Conseil général, la justice, l'éducation nationale, le monde associatif et l'hôpital grâce auquel des liens solides et permanents ont été tissés. Lorsqu'une mesure éducative individuelle est achevée, la PJJ déplore qu'il n'y ait pas de suivi psychologique possible ultérieurement pour ce jeune car les listes d'attente sont incompressibles (au moins 6 mois d'attente en CMP). *Le réseau adolescent de l'Isère* a engagé depuis 1995 un travail en commun autour des cas des jeunes « *dont on ne sait pas quoi faire* ». Longtemps informel ce réseau est désormais coordonné par une infirmière.

Les Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques qui se situent entre la psychiatrie et le social, constituent une ressource pour pallier le manque d'internats et envisager une scolarisation de ces jeunes. Ils doivent permettre un séjour d'une plus grande stabilité et de « *contenir psychologiquement* » le jeune. Mais ces établissements se plaignent de devoir trop souvent prendre en charge des enfants parce qu'ils n'ont pas de place ailleurs.

Le placement en familles d'accueil thérapeutique apporte une réponse plus individualisée mais lourde sur le plan du fonctionnement car ces familles doivent être aidées à encadrer ces jeunes. Le Conseil général du Gard a organisé un **réseau de dix familles d'accueil** volontaires qui sont soutenues par des intervenants : une éducatrice et un psychologue à plein temps d'astreinte 24h/24 une semaine sur deux. Un groupe d'analyse des pratiques se réunit chaque semaine. Le principe est de « *tenir le coup* » avec ces adolescents. Lorsqu'une famille d'accueil « *craque* », une autre prend en charge le jeune une semaine pour la laisser « *reprandre son souffle* ». Le premier bilan de cette action originale a montré

des résultats très satisfaisants mais cela repose sur un engagement militant hors du commun des travailleurs sociaux et des familles d'accueil.

Ces « *adolescents explosifs* » selon le mot d'un médecin, épuisants pour eux-mêmes et leur entourage, nécessitent beaucoup d'énergie et de travail commun de la part de ceux qui en ont la charge pour mettre en place une dynamique de coopération.

→ **Recommandation**

- Mettre en place dans chaque département un dispositif spécifique coordonnant les différentes institutions pour une prise en charge pluridisciplinaire des jeunes « *incasables* ».

L'adolescence n'est pas une maladie. La plupart des adolescents vont plutôt bien. Quelques uns cependant se trouvent emportés, engloutis parfois, dans ce tourbillon de transformations du corps, du cœur et de l'esprit qui les conduit vers l'âge adulte. Les « *années collège* » sont cruciales car, on l'a bien vu, c'est durant cette période que commencent à s'exprimer les manifestations spectaculaires et douloureuses de la souffrance psychique : il faut savoir les repérer, les évaluer et orienter le jeune et ses parents dans des lieux adaptés d'accueil, d'écoute et de prise en charge.

C'est pour ces adolescents-là et pour leur famille, souvent durement touchée, qu'il est urgent de développer une stratégie nationale qui facilite un accueil et une prise en charge réellement accessibles et sans délai, dans des lieux adaptés aux modes de vie des jeunes. S'il s'avère indispensable de renforcer le dispositif médico-psychosocial qui est saturé, il faut développer les initiatives innovantes en allant vers les jeunes pour les informer et créer du lien avec eux ; porter une attention toute particulière à ceux qui ne formulent aucune demande explicite d'aide et qui n'iront jamais dans les circuits traditionnels. De même, il est urgent de soutenir la mise en place de réseaux pluridisciplinaires entre professionnels travaillant au contact des adolescents pour garantir le repérage et la continuité de la prise en charge des adolescents en souffrance.

→ 25 RECOMMANDATIONS

pour contribuer à l'élaboration d'une **stratégie nationale de prise en charge des adolescents en souffrance**

→ I) Recalibrer le dispositif médical, psychiatrique, social et éducatif sur l'ensemble du territoire métropolitain et des collectivités d'outre-mer (DOM-COM)

- 1) Mettre en place un Plan national pour régler la crise des centres médico-psychologiques (CMP).
 - . renforcer considérablement leurs moyens pour réduire les délais d'attente de rendez-vous.
 - . mettre en place un fonctionnement adapté aux besoins des adolescents.
- 2) Créer des lits d'hospitalisation à temps complet dans les départements qui en sont dépourvus, nonobstant la référence aux territoires de santé et réserver dans tous les départements des lits de pédopsychiatrie « *spécifiques adolescents* ».
- 3) Développer dans chaque département des relais diversifiés de post-hospitalisation et notamment :
 - des unités de soins études pour les collégiens et lycéens (besoin prioritaire)
 - des internats scolaires
 - des places en hôpitaux de jour spécifiques adolescents.
- 4) Admettre les adolescents en pédopsychiatrie jusqu'à 18 ans et clarifier les circulaires sur la prise en charge psychiatrique des 16-18 ans.
- 5) Organiser un accueil spécifique pour les adolescents dans les urgences hospitalières.
- 6) Augmenter le nombre de postes de psychiatres mis au concours de l'internat.
- 7) Se donner l'objectif d'une infirmière à temps plein par établissement scolaire et augmenter le nombre de médecins scolaires.

→ II) Améliorer l'information et l'accueil des jeunes et de leurs familles

- 1) Étendre les plages d'accessibilité du numéro national Fil-Santé-Jeunes (0800 235 236) jusqu'à 24h/24 et assurer la gratuité des appels à partir des téléphones mobiles. Développer la notoriété de ce numéro auprès des adolescents : affichage dans les collèges et lycées, les lieux de sport et de loisirs, les transports en commun.

- 2) Conforter le financement des points accueil écoute jeunes (PAEJ) qui constituent un dispositif d'accueil de proximité et harmoniser leurs pratiques professionnelles. Favoriser leur implantation dans les zones rurales.
- 3) Créer un portail grand public rassemblant toutes les informations utiles pour les jeunes et leurs parents. Le rendre accessible de façon très aisée à partir de mots-clés simples et pertinents et actualiser régulièrement tous les liens.

→ **III) Aller vers les adolescents en développant des dispositifs innovants : maisons des adolescents, équipes mobiles, permanences hors les murs...**

- 1) Concrétiser dans les 3 ans l'objectif d'une Maison des adolescents par département (MDA)
 - Créer un label « *Maisons des adolescents* » pour garantir la pleine spécificité de leur mission :
 - . veiller au libre accès tout venant des adolescents sur des plages horaires correspondant à leur modes de vie (après l'école, en soirée, week-ends, vacances...)
 - . promouvoir une information large sur l'existence de la Maison des adolescents dans leurs lieux de vie (école, sports, loisirs, site internet de la ville et site spécifique...)
 - . prévoir impérativement un accueil et un accompagnement pour les parents
 - . garantir l'accès des MDA à des lits d'hospitalisation spécialement réservés aux adolescents.
 - Faire de la MDA la « *tête d'un réseau* » réunissant les points accueil écoute jeunes et l'ensemble des professionnels et institutions intervenant dans la vie des jeunes du département. Leur donner les moyens d'animer ce réseau.
 - Créer une fédération des MDA pour donner une pleine dynamique au label, développer des formations, animer des rencontres inter-équipes, et impulser des recherches actions.
- 2) Créer des équipes mobiles pour aller vers les adolescents qui n'ont pas de demande explicite.
Promouvoir l'organisation :
 - . de permanences « *hors les murs* » dans les établissements scolaires ou dans tout autre lieu pertinent.
 - . d'équipes mobiles de consultation.

→ **IV) Systématiser la mise en place de réseaux interdisciplinaires afin de garantir le repérage, l'orientation, la prise en charge et la continuité effective des soins.**

- 1) Soutenir la constitution de groupes interdisciplinaires de travail en réseau et d'analyse des pratiques entre les différents professionnels au contact des adolescents.

- 2) Renforcer et multiplier les actions menées en partenariat entre le ministère de l'Éducation nationale et le ministère de la Santé. Conforter la fonction de personne ressource des conseillers principaux d'éducation et des infirmières scolaires.

→ **V) Généraliser une formation obligatoire de l'ensemble des professionnels au contact avec les adolescents sur la psychologie de l'adolescent et le repérage des signes d'alerte**

- 1) Les personnels de l'Éducation nationale :
 - Former obligatoirement tous les enseignants du secondaire à la psychologie de l'adolescent et au repérage des signes d'alerte - dès l'IUFM -.
 - Élaborer dans tous les établissements scolaires une procédure sur les comportements à tenir et les personnes ressources à alerter devant des situations de souffrance psychique d'adolescents.
- 2) Les médecins
 - Rendre obligatoire la formation des médecins généralistes, pédiatres, médecins scolaires, médecins des urgences...) au « *Référentiel d'observation à l'usage des médecins pour un repérage précoce : souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent* » élaboré, en 2006, par la Fédération française de psychiatrie.
- 3) Les magistrats
 - Rétablir les stages terrain des auditeurs de justice dans les milieux non judiciaires (pédiatrie, pédopsychiatrie, aide sociale à l'enfance, Défenseure des enfants...)
 - Rendre obligatoire pour tous les magistrats une formation à la psychologie de l'enfant et de l'adolescent ainsi qu'à la prise en compte de la parole de l'enfant à l'occasion des nominations à des postes de juge aux affaires familiales ou de juge des enfants.

→ **VI) Développer la prise en compte et l'accompagnement des parents à tous les niveaux du repérage et de la prise en charge des adolescents**

- 1) Mettre en place une ligne nationale d'écoute téléphonique destinée aux parents confrontés à la souffrance psychique de leur enfant (plages horaires adaptées).
- 2) Mieux intégrer les parents dans les différents dispositifs de repérage (éducation nationale notamment), de prise en charge et de suivi (Maisons des adolescents, équipes mobiles, hospitalisations...)

→ **VII) Mettre en place une stratégie nationale volontariste de prévention et de lutte contre l'alcoolisation précoce des adolescents et la banalisation du cannabis**

- 1) Diminuer l'accessibilité des mineurs aux boissons alcooliques
Notamment :
 - en appliquant strictement les interdictions de vente d'alcool aux mineurs.
 - en interdisant le sponsoring des soirées festives de jeunes par les alcooliers
- 2) Veiller à ce que les textes surtaxant les boissons ciblées jeunes (prémix, alcopops...) ne puissent être contournés.
- 3) Renforcer l'éducation à la prévention :
Notamment : en introduisant la prévention de l'alcool et du cannabis en plus du tabac, dès l'enseignement primaire, incluant une pédagogie active pour apprendre aux enfants à refuser de telles sollicitations.
- 4) Organiser un repérage précoce de l'alcoolisation et de la consommation de cannabis lors de toute consultation médicale (à l'hôpital, à l'école, et en ville). Former à ce repérage les infirmières et les médecins pour qu'ils orientent les jeunes consommateurs d'alcool ou de cannabis vers une prise en charge spécialisée.

→ **VIII) Développer les outils permettant une meilleure connaissance de la souffrance psychique des adolescents**

- 1) Financer des recherches-actions-formations associant les chercheurs et les acteurs de terrain afin de permettre une meilleure connaissance des problématiques des adolescents et une adaptation permanente des dispositifs qui leur sont destinés.
- 2) Harmoniser les données épidémiologiques concernant la santé mentale des adolescents.

AUDITIONS ET VISITES DE LA DÉFENSEURE DES ENFANTS ET DE SON ÉQUIPE

La Défenseure des enfants, des membres de son équipe et les correspondants territoriaux ont effectué des auditions d'experts ainsi que des visites de sites.

Nous remercions tous les professionnels de la santé, de l'éducation nationale, de la justice, du social, des sciences humaines, ainsi que les services et associations qui nous ont accueillis et fait partager leurs expériences.

Nous remercions toutes les familles qui ont accepté de nous rencontrer et de nous faire partager leurs souffrances et leurs combats pour soutenir leur enfant.

Nous remercions chaleureusement tous les adolescents et tous les jeunes adultes qui ont bien voulu nous faire confiance et nous ont décrit les moments douloureux qu'ils ont traversés et les espoirs qui les habitent aujourd'hui.

Un remerciement particulier va à l'équipe éducative du lycée Fresnel de Caen qui a permis une rencontre très riche avec les lycéens et à l'équipe de la Maison des adolescents qui nous a ouvert ses portes.

Des remerciements tout particuliers vont à :

PASCALE MORICE, *maire adjointe chargée de la jeunesse et du soutien à la vie associative de la ville de Caen*, pour son témoignage fort et sa participation essentielle à ce rapport

JACQUES SEDAT, *psychanalyste*, pour le regard attentif qu'il a bien voulu porter sur nos travaux.

I) DÉPLACEMENTS ET VISITES

Aix en Provence (Bouches du Rhône)

> **DOMINIQUE BALUSSON**, *psychologue*,
Point accueil écoute jeunes,
Aix en Provence

> **DOROTHÉE BRUNI**, *psychologue*, Point accueil
écoute jeunes, Association Tremplin, Pertuis

> **CHARLES DECHARGERES**, *psychologue*
coordinateur, Point accueil écoute jeunes, Vitrolles

> **FLORENCE DECONINOR** et

MONDANE JACTAT, *association Information
Marseille Accueil Jeunes Écoute Santé*

> **DELPHINE GING**, *psychologue et*
CHRISTINE NAVIO, *Espace Santé Jeunes,*
Salon de Provence

> **LUCILE LIGNEE**, *Point accueil écoute jeunes,*
la Ciotat

> **JACQUELINE MASCLE** et
CHANTAL ROJZMAN, *association*
Capacité, Arles

> **CLAIRE MAGEARD**, *juriste, association*
Accès au droit des enfants et des jeunes

- > **ANNE PASTOR**, conseillère technique, rectorat, Aix Marseille
- > **MARIE ROSSEUW**, Point accueil écoute jeunes, Hyères
- > **L. STEPHANOPOLI** et **JOCELYNE BLANES DE CANECAUDE**, Direction départementale des affaires sanitaires et sociales, Bouches du Rhône
- > **FRANCK TANIFEANI**, directeur général adjoint, association pour la Réadaptation sociale, Marseille

Arras (Pas-de-Calais)

- > **LOÏC CLOART**, directeur du Centre régional d'éducation à la santé
- > **MARC CRUNELLE**, directeur adjoint de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales, Pas de Calais
- > **PATRICIA DELATTRE**, juge des enfants, TGI Arras
- > **DR CLAUDINE DESOBRY**, pédopsychiatre, Centre médico-psychologique, Hénin-Beaumont
- > **DR GÉRARD GOBERT**, institut départemental Albert Calmette, Camiers
- > **DR JEAN-FRANÇOIS KLEIN**, directeur de la Protection maternelle et infantile, Conseil général, Pas de Calais
- > **PHILIPPE LIEBERT**, psychologue, service départemental de l'adoption de la consultation des dossiers de l'ASE et de la médiation familiale, Conseil général du Pas-de-calais
- > **DOROTHÉE MARQUES**, chef service du développement du schéma départemental de l'enfance et de la famille, Conseil général, Pas de Calais
- > **DR DANIEL PIERRON**, médecin conseiller technique, Inspection académique, Pas-de-Calais
- > **DR MARTINE POHER**, pédiatre, vice-présidente et **MARINA LAZZARI**, coordinatrice, réseau périnatalité Pauline
- > **ROLANDE PRUVOST**, assistante sociale conseiller technique, Inspection académique, Pas de Calais
- > **PATRICIA ROUSSEAU**, conseiller technique service social et **CAROLE BEN BARHIM**, médecin de sante publique, à l'inspection académique, Pas de Calais

- > **DANIEL SNOECK**, directeur, et **BERTILLE WACH** infirmière, direction départementale de la protection judiciaire de la jeunesse, Pas de Calais
- > **DR CLAUDE TABET** pédopsychiatre, Pas de Calais
- > **ANNE MARIE TETELIN**, inspecteur, Direction départementale des affaires sanitaires et sociales, unité famille enfance, Pas de Calais

Centre Éducatif Fermé, Beauvais (Oise)

- > **HAKIM TILOUCH**, directeur du Centre éducatif fermé et son équipe, Beauvais
- > **MAÏTÉ MANIGLER**, direction de la Protection judiciaire de la jeunesse.

Bordeaux (Gironde)

- > **M^{ME} ANDRIEU**, présidente du Tribunal pour enfants, Bordeaux
- > **SOPHIE ARNAUD**, vice procureure, parquet des mineurs, Bordeaux
- > **M^{ME} ATLAN**, Point accueil écoute jeunes et parents, Bordeaux
- > **DR PATRICK AYOUN**, pédopsychiatre, médecin chef du département inter secteur de psychiatrie adolescent hôpital Ch. Perrens, Bordeaux
- > **MARYSE BATY**, service social en faveur des élèves, rectorat Bordeaux
- > **PR MANUEL BOUVARD**, pédopsychiatre, chef de service au centre Abadie et l'ensemble de son équipe, pôle aquitain de l'adolescence, Bordeaux
- > **M. BOUYGUES**, directeur du foyer de l'enfance de l'aide sociale à l'enfance
- > **CRISTINA BUSTOS**, médecin scolaire, rectorat
- > **M. CARNNALET**, directeur protection judiciaire de la jeunesse
- > **DR BERNARD CAZENAVE**, pédopsychiatre, chef de service hôpital Ch. Perrens, Bordeaux
- > **HUGUES DE CHALUP**, directeur départemental de l'action sanitaire et sociale
- > **DR DEVAUD**, direction départementale de la Jeunesse et des Sports, Gironde
- > **M. DULON**, brigade des mineurs, Bordeaux
- > **DR FRANÇOIS GOSSE**, pédopsychiatre, Libourne

- > **DR SOPHIE GROMB**, responsable du centre d'accueil en urgence des victimes d'agression, hôpital Pellegrin, Bordeaux
- > **PIERRE ÉTIENNE GRUAS**, directeur de l'enfance et de la famille, Conseil général de la Gironde
- > **DR PASCAL PILLET**, pédiatre, urgences pédiatriques et l'ensemble de l'équipe, Hôpital Pellegrin, Bordeaux
- > **DR XAVIER POMMEREAU**, pédopsychiatre, chef de service au centre Abadie et l'ensemble de son équipe, pôle aquitain de l'adolescence, Bordeaux
- > **DR ROY MAGNE**, pédopsychiatre, Cadillac

Caen (Calvados)

- > **PR JEAN-MARC BALEYTE**, chef du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Centre hospitalier universitaire Georges.Clémenceau, Caen
- > **DR JACQUES DAYAN**, pédopsychiatre, psychiatrie périnatale, Centre hospitalier universitaire Georges.Clémenceau, Caen
- > **DR CATHERINE BRODIN**, pédopsychiatre, Centre hospitalier universitaire Georges.Clémenceau, Caen
- > **ANNE-MARIE HENNEQUIN**, psychologue, psychothérapeute, Centre hospitalier universitaire Georges.Clémenceau, Caen
- > **DR JACQUES BROUARD**, pédiatre et **DR ALAIN DENIS**, pédiatre, service de pédiatrie, centre hospitalier universitaire G. Clémenceau, Caen
- > **RÉMY DOBENESQUE**, psychologue, thérapeute familial, centre hospitalier spécialisé de Caen
- > **FRANCIS EUSTACHE**, directeur d'unité, **BÉRENGÈRE GUILLERY**, maître de conférences, Institut national de la santé et de la recherche médicale
- > **DR ÉLISABETH GOUPIL**, pédopsychiatre, **DR DOMINIQUE GRUJARD**, pédiatre, centre d'action médico-sociale précoce
- > **DR PATRICK GENVRESSE**, responsable de la Maison des adolescents du Calvados
- > **PR DIDIER HOUZEL**, ancien chef de service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, centre hospitalier universitaire G. Clémenceau, Caen

- > **M^{ME} LALLEMAN**, Conseiller principal d'éducation, lycée Fresnel, Caen
- > **CATHERINE RIOU**, cadre supérieur de santé, service obstétrique, centre hospitalier universitaire G.Clémenceau, Caen

Centre de Jeunes Détenus (CJD), Fleury Mérogis (Essonne)

- > **M^{ME} CHOPIN**, directrice, **M^{ME} AUXIETTE**, psychologue, **M^{ME} DELABRE**, psychologue centre d'action éducative, Juvisy
- > **DR CYRIL CANETTI**, médecin-chef de service du Service médico-psychologique régional, CJD
- > **M^{ME} HARDOUIN**, enseignante, CJD
- > **M^{ME} HUGUENIN**, magistrat à l'Administration pénitentiaire, Bureau des politiques sociales et d'insertion, chargée des mineurs détenus
- > **DR ROUSTAND**, médecin-chef, Unité de consultations et de soins ambulatoires, CJD
- > **M. SAUVAGE**, direction départementale et **M. BOUSQUET**, chef de service, protection judiciaire de la jeunesse
- > **M^{ME} VITON**, directrice du CJD
- > **ISABELLE WINCKLER**, directrice adjointe du Centre Pénitentiaire de Fleury-Mérogis

Mâcon (Saône et Loire)

- > **DR GÉRARD ALLOY**, pédopsychiatre, médecin-chef d'intersecteur de psychiatrie juvénile, centre hospitalier, Mâcon
- > **ALAIN BOISSAU**, secrétaire général du centre hospitalier, Mâcon
- > **M^{ME} BREDY**, assistante sociale, Établissement régional d'enseignement adapté
- > **JEAN-LOUIS COSTE**, procureur de la République
- > **FRANÇOISE CUSIN**, conseillère technique, médecine scolaire, inspection académique Salornay, Saône et Loire
- > **M. GREHAL**, directeur général, **M. LIMOZIN**, directeur, **M. DECOLIN**, directeur adjoint, et **ABDERAZZAK IZZAR**, directeur de la Maisonnée, du Prado de Salornay
- > **HADI HABCHI**, directeur des services sociaux, Conseil général, Saône et Loire
- > **M. LEROY**, principal du collège de Cluny

- > **DR MANGOLA**, médecin-chef des urgences, Centre hospitalier de Mâcon
- > **XAVIER MOISSENET**, substitut chargé des mineurs
- > **M. NOAILLY**, directeur général de la Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence, Saône et Loire
- > **M. ROPERS**, directeur, et **M^{ME} ROBERT**, éducatrice spécialisée à l'Espace de ressource et de soutien à la parentalité
- > **M. PUTINIER**, éducateur spécialisé et **M^{ME} MARION**, psychologue, Protection judiciaire de la jeunesse
- > **M^{ME} THEVENET**, conseillère conjugale et familiale, Centre Vie et Liberté
- > **BRIGITTE TROCHET**, conseillère technique, service social en faveur des élèves, inspection académique

Metz (Moselle)

- > **DR BLANCHARD**, chef de service de l'Unité des Adolescents, Hôpital Sainte Croix, Metz
- > **DR JEANNE MEYER**, médecin responsable du Centre d'accueil et de soins des adolescents et toute leur équipe

Nîmes (Gard)

- > **DR JEAN DAVID ATTIA**, président de l'association départementale de santé mentale infantile, Nîmes
- > **MICHEL BARGETON**, mission locale d'insertion, Bagnols sur Cèze
- > **M^{ME} BECUE**, direction enfance et famille, direction générale adjointe au développement social, Conseil général, Gard
- > **DR BOULKHESSAIM**, responsable du service de pédiatrie du centre hospitalier de Bagnols sur Cèze
- > **SERGE DELHEURE**, directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, et **SIMONE POUINET**, directrice adjointe, Gard
- > **M^{ME} DELORS**, réseau adolescents du Gard
- > **M. DUBOIS**, directeur de l'Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique, les Allicantes, Nîmes
- > **DR GIRARD**, chef de service, unité pour adolescents, Centre hospitalier universitaire, Nîmes

- > **DR GIRET**, pédopsychiatre, responsable de RESAGARD, Hôpital de jour la Maison Lune, Le Vigan
- > **DR JEAN MENARD**, psychiatre, directeur de la Clinique du Pont du Gard, Remoulins
- > **M^{ME} MEILLAN**, coordonnatrice du réseau départemental parentalité, Réseau d'écoute d'appui et d'accompagnement des parents
- > **DR MIREILLE ODIER**, médecin scolaire, Inspection Académique
- > **M. POLGE**, directeur de la maison d'enfant à caractère social Samuel Vincent, Nîmes
- > **M. SAUVAIRE**, directeur de l'ITEP et de la maison d'enfant à caractère social le Mas Cavaillac, Molières-Cavaillac
- > **SONIA YASSA**, conseillère technique service social, Inspection académique

Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA),

Hôpital Sainte Anne, Paris

- > **DR MARIE JEANNE GUEDJ**, chef de service,
- > **DR PIERRE LANA**, psychiatre responsable de l'accueil des adolescents
- > **TYPHAINE GUERNION**, surveillante,

Rennes (Île et Vilaine)

- > **M. COQUAND**, directeur régional adjoint de la jeunesse et des sports
- > **DR DELAMARE**, médecin de l'Union régionale des médecins libéraux de Bretagne
- > **M. DESCOMBES**, Vice-procureur chargé des mineurs
- > **M. GUILLEMOIS** et **ANNE PIRAULT**, responsables de la brigade des mineurs
- > **M. HUCHET**, inspecteur de l'Académie, Rennes
- > **M^{LE} JESTIN**, **M^{ME} BERTAU**, mairie de Bain de Bretagne
- > **M^{ME} LECOMTE-TRIBEHOU**, directrice du pôle enfance-famille, Conseil général
- > **M^{ME} LEON**, Vice-présidente du Tribunal pour enfants
- > **M^{ME} LUCAS**, service accompagnement médiation de la Direction Diocésaine de l'Enseignement Catholique du Finistère
- > **DANIÈLE MOUZAN**, directrice départementale de la Protection judiciaire de la jeunesse

- > **M. RAYNAL**, directeur, et
M^{ME} GUIVARCH, directrice adjointe,
centre hospitalier Guillaume Regnier
- > **PR SYLVIE TORDJMAN**, chef du service
de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,
DR MATTHIAS WISS, pédopsychiatre, centre
hospitalier Guillaume Regnier et l'ensemble
de l'équipe
- > **DR ÉRIC LE HUEDE**, chef de service
au Centre d'accueil et de soins spécialisés
pour adolescents et jeunes adultes

Association vers la vie pour l'éducation des jeunes (AVVEJ),

St Quentin-en-Yvelines

- > **ABDALLAH BOUHAMIDI**, directeur
du Vieux Logis, Montgeron
- > **JULIE BUTERI**, éducatrice de jeunes enfants
au foyer maternel du Bief, Antony
- > **PIERRE CADOUX**, directeur général, et
SERGE RAGUIDEAU, directeur général
adjoint de l'AVVEJ
- > **M^{ME} KOCH**, chef de service,
- > **JEANINE GUILLON**, et
M^{ME} ALLARD, éducatrices spécialisées,
foyer maternel Clairefontaine,
le Plessis-Robinson
- > **NATHALIE JEANJEAN**, psychologue et
NATHALIE HUCHET, éducatrice, service
d'accueil d'urgence 92, Colombes
- > **DR JOULIA**, pédopsychiatre
- > **ÉLODIE SVAY**, psychologue au service
d'Investigation et d'orientation éducative,
Île-de-France
- > **FRANCIS VAN HOOLANDT**, éducateur
scolaire, service d'accueil d'urgence 78,
Bois d'Arcy

Seine-Saint-Denis

- > **DR HERVÉ BENTATA**, pédopsychiatre,
chef de service, hôpital Casanova, Saint Denis
- > **DR SYLVAIN BERDAH**, pédopsychiatre, chef
du service de psychiatrie infanto-juvénile, Centre
hospitalier intercommunal Robert Ballanger,
Aulnay-Sous-Bois
- > **LOUIS BAILLY**, psychologue clinicien
FANNY DARGENT, psychologue clinicienne, et
LYDIE MILLER, psychologue, Centre hospitalier
intercommunal R. Ballanger, Aulnay-Sous-Bois

- > **DR JEAN-PIERRE LANTRAN**,
pédopsychiatre, médecin directeur CMPP,
La Courneuve
- > **DR DANIELLE LECOQ**, pédopsychiatre, unité
petite enfance, Centre hospitalier intercommunal
R. Ballanger, Aulnay-Sous-Bois
- > **DR DOMINIQUE MOREL**, psychiatre
et psychanalyste, Centre hospitalier
intercommunal R. Ballanger,
Aulnay-Sous-Bois
- > **PR MARIE-ROSE MORO**, chef de service
de psychopathologie de l'enfant et de
l'adolescent, Hôpital Avicenne, chef de service
de la MDA la Casita, Bobigny
- > **DR CLÉMENTINE RAPPAPORT**,
pédopsychiatre, unité d'hospitalisation
pour adolescents, Centre hospitalier
intercommunal R. Ballanger,
Aulnay-Sous-Bois
- > **CLAUDE ROMEO**, directeur de l'enfance
et de la famille, Conseil général
- > **DR ROGER TEBOUL**, pédopsychiatre,
responsable du centre médico-psychologique,
Montreuil
- > **DR BERTRAND WELNIARZ**, pédopsychiatre,
chef de service secteur hospitalisation enfants
« la Nacelle », Neuilly-sur-Marne,
établissement public de santé mentale
de la Ville Evrard

L'équipe du **Point accueil jeunes**, Saint Denis
L'équipe de l'espace « **Tête à tête** »,
Rosny-Sous-Bois

Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence des Yvelines (SEAY), Versailles

- > **ANNETTE BELTRAN**, directrice adjointe,
- > **MARIE-CLAIRE LEFER**, éducatrice spécialisée,
Institut médico-éducatif Bel Air
- > **ISABELLE BERTI**, psychologue au Service
d'éducation spécialisée et de soins
à domicile
- > **EWA CARLETTI**, psychologue accueil
adolescents
- > **SYLVIE DUBOIS MOREL**, chef de service
du placement familial, antenne de Mantes
- > **M^{ELLE} LOUMEAU**, éducatrice spécialisée et
GÉRARD NOURY, éducateur spécialisé,
Foyer La Maison,

- > **JEAN-MARIE POUJOL**, directeur général et **MIREILLE FELTESSE**, secrétaire de direction, SEAY
- > **M^{ELLE} RENAULT**, assistante sociale

II) GROUPES DE TRAVAIL SUR LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

- > **DR MICHEL BOTBOL**, psychiatre, direction de la Protection judiciaire de la jeunesse, Paris
- > **DR ALAIN BRACONNIER**, pédopsychiatre, chef de service de l'unité d'ados et de jeunes adultes, centre Alfred BINET, Paris
- > **THIERRY CHOUBRAC**, pédopsychiatre, correspondant territorial de la Défenseure des enfants, Béziers
- > **PATRICIA BRISTOL-GAUZY**, infirmière conseillère technique, rectorat de Versailles
- > **DR DIDIER COHEN-SALMON**, anesthésiste, hôpital Trousseau, président de l'association SPARADRAP, Paris
- > **MICHEL DEFRANCE**, président de l'Association des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques et leurs réseaux,
- > **SERGE HEUZE**, directeur de l'ITEP d'Hallouvy, Ille et Vilaine
- > **OLIVIER GALLAND**, directeur de recherche, Centre national de la recherche scientifique
- > **FRANÇOISE FINON**, pédopsychiatre, correspondant territorial de la Défenseure des enfants
- > **DR YANNICK FRANCOIS**, praticien hospitalier du centre Alfred BINET, responsable du centre familial d'action thérapeutique, Soisy
- > **DR ALAIN FUSEAU**, pédopsychiatre, fondateur et responsable médical de la maison de l'adolescent du Havre
- > **ISABELLE LESAGE**, directrice de l'hôpital Necker Enfants malades, Paris
- > **ANNE PUIG COURAGE**, présidente du tribunal pour enfants, Melun
- > **DR BRIGITTE TASTET**, médecin conseiller technique, rectorat de Créteil

- > **DR STÉPHANE TEYSSIER**, médecin de santé publique au Comité régional d'éducation pour la santé d'Île-de-France
- > **CATHERINE TOURETTE**, ancien professeur de psychologie du développement à l'Université de Poitiers, correspondant territorial de la Défenseure des enfants

Groupe des psychiatres parisiens d'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile (GPPI) :

- > **DR SYLVIE BARRETEAU**, psychiatre, secteur GPPI 1^e, 2^e, 3^e et 4^e, et 11^e ardt
- > **DR CATHERINE DOYEN**, pédopsychiatre, secteur GPPI 16^e ardt, Hôpital Ste Anne
- > **DR PASCALE LE LOHER**, psychiatre, secteur GPPI 17^e, 7^e et 8^e ardt
- > **DR FRANÇOISE MOGGIO**, pédopsychiatre et psychanalyste, chef de service du 13^e ardt secteur Infanto-juvénile, Asm 13
- > **DR MARIE-ODILE PEROUSE DE MONCLOS**, psychiatre, chef de service, secteur GPPI 14^e - Hôpital Ste Anne
- > **DR PATRICK ECHE**, chef de service du département de Psychiatrie infanto-juvénile de l'établissement public de santé mentale Perray-Vauchuse, secteur GPPI 7^e et 17^e

Groupe de travail collèges et lycées

- > **FRANÇOIS ANTONIOTTI**, conseiller principal d'éducation
- > **ROSELYNE SCHNEIDER**, professeur de lettres, lycée professionnel Paul Poiret, Paris
- > **SYLVIE BEZAT**, principale adjoint,
- > **SOPHIE OLLIVIER**, conseiller principal d'éducation
- > **DELPHINE THOMAZO**, assistante sociale, collègue Elsa Triolet, Paris
- > **DOMINIQUE DELAY**, principale et **M^{ME} TRUFFANDIER**, conseiller principal d'éducation, collègue Jean Moulin, Chevilly-Larue
- > **CHRISTINE SABATIER**, infirmière scolaire, DASES lycée Jacques. Monod, Paris
- > **MATTHIEU VERRIER**, professeur de français, collègue Édouard Vaillant, Gennevilliers

III) AUDITIONS

Psychiatres et médecins généralistes

- > **PR DAVID COHEN**, pédopsychiatre et chef de service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris
- > **DR JACQUES CONSTANT**, pédopsychiatre, président de la Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et des disciplines associées, Chartres
- > **DR VINCENT GARCIN**, responsable du service de psychiatrie publique pour enfants et adolescents, secteur 59103 et son équipe, Lille
- > **DR PATRICE HUERRE**, pédopsychiatre chef de service, centre Joan Rivière, Montrouge
- > **PR PHILIPPE JEAMMET**, pédopsychiatre, ancien chef de service à l'Institut Mutualiste Montsouris, Paris
- > **PR MARIE-CHRISTINE MOUREN SIMEONI**, chef du service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, et l'ensemble de son équipe, hôpital Robert Debré, Paris
- > **PR GÉRARD SCHMIT**, président du collège de pédopsychiatrie de la fédération française de psychiatrie, chef de service de psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital Robert Debré, Reims
- > **JACQUES SÉDAT**, psychanalyste, membre d'Espace analytique, Président du CA de l'hôpital de jour du parc de Saint-Cloud (Ville d'Avray) et du Centre Chimène (Issy-les-Moulineaux)
- > **DR FRANÇOIS BAUMAN**, médecin généraliste, fondateur de la société française de formation thérapeutique du généraliste
- > **DR ALAIN DELVAT**, médecin généraliste, Paris

Associations et institutions

- > **MALEK BOUTIH**, directeur des relations institutionnelles et
- MAMADOU GAYE**, directeur des affaires publiques, SKYROCK
- > **BRIGITTE CADEAC D'ARBAUD**, responsable de la ligne Fil-Santé-Jeunes
- > **MARIE-CATHERINE CHIKH**, psychologue, responsable du secteur de Fil-Santé-Jeunes, l'École des parents et des éducateurs d'Île-de-France

- > **M^{ME} CASEAU**, directrice du point accueil jeunes, Valence
- > **JACQUELINE COSTA-LASCOUX**, présidente et
- CLAIRE JODRY**, directrice, Fédération nationale des écoles des parents et des éducateurs, Paris et les représentants des écoles des parents
- > **DR CHARRITAT**, unité d'accueil de jeunes victimes, hôpital Trousseau, Paris
- > **OLIVIER CHAZY**, chargé de mission, direction générale des affaires sociales, ministère des Affaires Sociales
- > **MARIE CHOQUET**, épidémiologiste, directrice de recherches Unité 472, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale,
- > **ROLF COULON**, directeur général de la Fondation santé des étudiants de France, Paris
- > **THÉRÈSE HANNIER**, présidente et
- JOANNA MARTIN DE LAGARDE**, responsable de l'espace d'accueil et d'écoute, association Phare enfants-parents, Paris
- > **JACQUEMINE LAHRAM-KOENIG**, psychanalyste, directrice de l'hôpital de jour du centre du Parc de Saint Cloud, Ville d'Avray
- > **JEAN-YVES NOËL**, directeur du centre Chimène, Issy-les-Moulineaux
- > **PATRICK ROUGEVIN-BAVILLE**, directeur du service d'accueil des jeunes et des familles, Fondation d'Auteuil, Paris
- > **MICHAEL STORA**, psychologue, Observatoire des mondes numériques, Paris

Les correspondants territoriaux de la Défenseure des enfants ont rencontré des professionnels de la Santé, de la Justice, des équipes éducatives et médico sociales de l'Éducation nationale, du monde associatif, des collectivités locales et territoriales dans : les Alpes-Maritimes, l'Ardèche, les Bouches-du-Rhône, le Cher, la Côte-d'Or, les deux Sèvres, la Drôme, les Hautes-Pyrénées, l'Indre, l'Isère, la Meuse, la Meurthe et Moselle, la Moselle, la Nouvelle Calédonie, la Polynésie française, le Rhône, la Réunion, la Saône et Loire, le Var, le Vaucluse, la Vienne, les Vosges. Nous remercions tous ces professionnels qui ont bien voulu leur consacrer du temps.