



**Master 2 Mention santé publique
Parcours « Enfance, jeunesse : politiques
et accompagnements »**

Promotion : **2022-2023**

Eduquer et soigner :
**des enjeux de santé publique pour les professionnels des
structures éducatives de la protection de l'enfance et les
professionnels de la pédopsychiatrie**

Lydie FRAPPIER

Septembre 2023

*Sous la direction de
Virginie MUNIGLIA*

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui de près ou de loin ont contribué à ce mémoire :

- ❖ Virginie Muniglia, ma tutrice, pour ses interventions pertinentes, me permettant de prendre du recul et de continuer l'écriture de ce mémoire. Virginie, je vous suis infiniment reconnaissante pour votre disponibilité, votre écoute, votre bienveillance et votre accompagnement tout au long de cette année
- ❖ L'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) et l'ensemble des enseignants et enseignants-chercheurs du Master 2 ENJEU, pour leur engagement. La diversité des contenus des cours m'a intellectuellement animée
- ❖ Mes camarades de promotion pour la richesse des échanges
- ❖ Tous les professionnels des services éducatifs ou de pédopsychiatrie, qui ont participé à cette enquête
- ❖ Les équipes des unités de soins que j'accompagne au quotidien, pour leur disponibilité et leur professionnalisme
- ❖ Gye, pour les relectures précieuses de mes travaux
- ❖ Mon cercle amical, toujours présent et disponible
- ❖ Les membres de ma famille, pour leur soutien, leur patience et leur encouragement

Je pense aussi à tous ces enfants en souffrance psychique, qui nous sont confiés...

Sommaire

Liste des sigles	5
Introduction	7
Méthodologie	13
Annonce du plan	16

Partie I - Les représentations de la pédopsychiatrie sur les besoins des enfants souffrant de psycho-traumatismes complexes

1 - Profils des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance, nécessitant l'intervention de la pédopsychiatrie	19
a. Le point de vue de la psychologie sur les troubles des enfants souffrant de psycho traumatismes complexes	20
b. Le regard médical porté sur les enfants souffrant de psycho-traumatismes complexes.....	23
2 - L'accompagnement des équipes éducatives par la pédopsychiatrie, dans le décodage des comportements des enfants en souffrance psychique	24
a. La souffrance, les troubles, le mal-être, éprouvés par ces enfants, de quoi parle-t-on ?	24
b. Les troubles de l'enfant s'externalisent, il passe à l'acte	25
c. Pour éviter les ruptures, une attention conjointe portée sur le parcours de l'enfant, sur le plan sanitaire et éducatif	29
d. La dimension du soin : un accompagnement essentiel dans le développement psychique et physique des enfants protégés	31
3 – Conclusion de la Partie I	34

Partie II - Les difficultés des équipes éducatives face aux situations des enfants souffrant de psycho traumatismes complexes

1 - Les représentations des infirmiers de pédopsychiatrie sur les pratiques éducatives jugées négativement	35
2 - Des éducateurs en demande d'expertise de la pédopsychiatrie	38
a. Des clés de lecture des situations	38
b. Les soignants et les équipes éducatives, en demande de sécurité dans l'exercice de leurs missions	43
1) Différence de fonctionnement entre les équipes du soin et les équipes éducatives	43
2) Rôle du pédopsychiatre	44
3) Place des psychologues	45
4) Le désir d'exercer son métier dans un cadre sécurisant	50
3 - Conclusion de la Partie II	54

Partie III - Le pouvoir et la domination de la pédopsychiatrie, renforcés, par l'absence de circulation de l'expertise	55
1 - Une revendication des infirmiers : la spécialisation de leur expertise	55
2 - La domination médicale	61
3 - Le secret professionnel : un outil de domination	64
4 - Stratégies d'adaptation adoptées par les équipes éducatives pour contourner la relation de domination	68
a. S'adresser aux urgences	68
b. Intervention des équipes mobiles de pédopsychiatrie	70
5 - Conclusion de la Partie III	72
Conclusion	73
Bibliographie	77

Liste des sigles utilisés

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ONPE : Observatoire Nationale de la Protection de l'Enfance

PMI : Protection Maternelle et Infantile

HAS : Haute Autorité de Santé

COVID : Maladie à coronavirus

MECS : Maisons d'Enfants à Caractère Social

CMP : Centre Médico-Psychologique,

HDJ : Hôpital De Jour

CSP : Comportements Sexualisés Problématiques

CSE : Cadre Socio-éducatif

CSP : Code de la Santé Publique

INTRODUCTION

Tous les professionnels gravitant autour de l'enfant confié à l'aide sociale à l'enfance (ASE), ont à cœur de travailler ensemble. Mais, forte de mes expériences en pédopsychiatrie dans des missions d'encadrement et de coordination des équipes en hôpital de jour, en hôpital de semaine et auprès d'une équipe mobile de pédopsychiatrie, je constate une complexité dans la mise en œuvre du travail en réseau entre les équipes éducatives et de pédopsychiatrie.

Ainsi, lors d'une conversation informelle, une éducatrice spécialisée et cheffe de service en pouponnière, me dit :

« Qu'il est difficile de travailler avec la pédopsychiatrie. Lors des rencontres vous voulez connaître des éléments de vie de l'enfant, son histoire, mais vous en retour, la pédopsychiatrie vous ne donnez pas grand-chose ... »

Cette remarque m'interpelle sur le travail partenarial, sur la collaboration entre professionnels et sur les notions de secret professionnel.

Une deuxième situation se passe à la fin d'une réunion de concertation au sujet d'un enfant, entre les soignants de la pédopsychiatrie et l'équipe éducative de l'ASE. Lors du départ des éducateurs, l'équipe soignante dit :

« Comme l'enfant est suivi par la pédopsychiatrie, ils se déchargent un peu de leur responsabilité... »

Je m'interroge sur le regard que porte les professionnels de l'ASE concernant ces temps de rencontres interprofessionnelles. L'incompréhension, voire le désaccord, sont-ils la norme des relations entre les deux institutions ?

Un rapport de 2022 de l'ONPE¹, élaboré suite à une enquête auprès des services de direction enfance et familles, mentionne d'ailleurs la nécessité de poursuivre l'analyse des

¹ Observatoire Nationale de la Protection de l'Enfance, La santé des enfants protégés, 16^{ème} rapport au gouvernement et au parlement, juillet 2022

partenariats et des relations entre les services départementaux de protection de l'enfance et le secteur de la pédopsychiatrie, pour faciliter l'accès aux soins de ces enfants.

J'ai ainsi choisi de centrer ce mémoire sur l'articulation entre les services de pédopsychiatrie et les services éducatifs de la protection de l'enfance en m'intéressant particulièrement aux points de vue des équipes éducatives de première ligne, travaillant auprès des enfants confiés à l'ASE et aux soignants exerçant en pédopsychiatrie.

De nombreux partenaires gravitent autour de l'enfant protégé : les services de la protection de l'enfance, de l'ASE, de la pédiatrie, de la pédopsychiatrie, de la protection maternelle et infantile (PMI), des professionnels en activité libérale, du juge des affaires familiales ou du juge pour enfants... Tous ces acteurs, dans leur champ de compétence agissent pour accompagner la parentalité et répondre au mieux aux besoins de l'enfant.

Dans le cadre de la protection de l'enfance, deux lois récentes, celle du 5 mars 2007, réformant la protection de l'enfance et la loi du 14 mars 2016², ont eu pour objectif d'améliorer la qualité du dispositif en prenant en compte les besoins fondamentaux et en assurant une plus grande stabilité dans les parcours des enfants protégés. L'objectif est notamment de réduire de façon significative la part des jeunes présentant des troubles psychiques et/ou des difficultés sociales à leur majorité. Cette préoccupation pour la santé des jeunes relevant de la protection de l'enfance est confirmée dans la loi du 7 février 2022 qui fixe quant à elle que l'évaluation de la situation d'un jeune, à partir d'une information préoccupante, doit être réalisée sur la base du référentiel national élaboré par la Haute Autorité de Santé (HAS)³.

De leur côté, les politiques de santé publique mettent un accent fort sur la volonté de s'occuper des enfants protégés et surtout de prendre en considération leur santé en permettant l'accès aux soins de façon égalitaire et ce dès le plus jeune âge. Le ministère de la santé sous la direction de François Braun a organisé en 2022-2023, les Assises de la pédiatrie

² <https://www.legifrance.gouv.fr>

³ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3120418/fr/evaluation-globale-de-la-situation-des-enfants-en-danger-ou-risque-de-danger-cadre-national-de-reference

et de la santé de l'enfant⁴. Un plan d'actions centré sur les besoins de l'enfant est ainsi défini : garantir à tous les enfants un parcours de santé de qualité et sans rupture, améliorer le parcours en santé des enfants aux besoins particuliers, relever le défi de la santé mentale des enfants, mieux prévenir pour améliorer la santé globale des enfants, renforcer la formation des professionnels et faire évoluer les métiers de la santé de l'enfant, améliorer les connaissances et les pratiques en santé de l'enfant par la recherche et favoriser les pratiques innovantes. De plus, selon les recommandations de l'HAS, un cadre national de référence sur l'évaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger, incite à une vigilance accrue sur l'impact des violences conjugales ou violences intrafamiliales, sur le développement psychique de l'enfant, les risques de décrochage scolaire, les dégradations des conditions de vie des enfants et sur l'accompagnement des parents souffrant de troubles psychiatriques.

Une des questions de santé publique réside dans l'idée que la population des enfants confiés à l'ASE devrait être une préoccupation médicale et pas que médico-sociale. En effet, dans une vision de prise en charge globale, le lien entre la santé et les enjeux éducatifs favorisent l'accès à l'autonomie de l'enfant.⁵

Les liens entre la pédopsychiatrie et la préoccupation éducative des enfants sont quant à eux anciens, les deux secteurs apparaissant comme profondément intriqués. Je souhaite ici faire un bref rappel historique sur la naissance de la pédopsychiatrie, pour montrer l'apparition des soins dans la prise en charge des enfants protégés. Datant de 1972⁶, la pédopsychiatrie est une spécialité récente. Son avènement correspond à l'aboutissement d'une longue évolution sociétale témoignant progressivement de l'intérêt porté à l'enfant. En effet, au 18^{ème} et 19^{ème} siècles, le traitement de la folie et l'assistance aux enfants atteints de troubles passent du champ de la religion à celui de la médecine. Longtemps, les aliénistes puis les psychiatres nient l'existence de la maladie mentale plus couramment nommée "la folie" chez l'enfant. Ces jeunes seront considérés comme "des idiots", inaccessibles au traitement.

⁴ <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/article/assises-de-la-pediatrie-et-de-la-sante-de-l-enfant>

⁵ <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/article/assises-de-la-pediatrie-et-de-la-sante-de-l-enfant>

⁶ Postel J., Quétel C., *Nouvelle histoire de la psychiatrie, Naissance de la psychiatrie infantile*, Dunod, Paris, 2004, p. 387-405

Ils sont alors "dressés" pour leur permettre d'être socialement toléré. Se pose alors la question de l'orientation de ces enfants, qui dépendent soit de la médecine pour des soins psychologiques, ou bien ils sont confiés au système éducatif pour une prise en charge s'appuyant sur des méthodes pédagogiques. Le choix est fait en faveur de l'éducation. Philippe Pinel, Jean Itard, sont, entre autres, les médecins précurseurs de la prise en soin des enfants. La pédopsychiatrie d'inspiration psychanalytique voit alors le jour. René Spitz est l'un des pionniers de la pédopsychiatrie. Il interroge l'évolution du développement psychique des enfants lorsqu'ils vivent dans un environnement carencé sur le plan psycho-affectif et éducatif. Il décrit la dépression anaclitique du bébé, résultante de la séparation brutale entre la mère et son enfant. Cette découverte est fondamentale et permet la nécessité d'une approche spécifique de la souffrance psychique de l'enfant, en considérant son développement psychomoteur et psychoaffectif.

Les missions de la protection de l'enfance et celles de la pédopsychiatrie reposent sur des logiques différentes. En effet, l'établissement de santé a pour fonction le soin⁷. Les structures d'accueil et d'hébergement de l'ASE apportent aux enfants, la protection et l'orientation vers des assistants familiaux ou des lieux de vie ou vers un retour en milieu familial. Cependant, ces deux institutions sont régulièrement amenées à traiter des situations communes et ce, de façon encore plus marquée depuis la pandémie de COVID. En effet, les troubles psychiques des enfants ont évolué suite au confinement et en post COVID. Sur le plan national, les problématiques de la crise suicidaire, les traumatismes sexuels et "les situations complexes" ont augmenté de 30 %⁸. Selon les statistiques départementales⁹, nous constatons une évolution de 25 % dans les procédures d'information préoccupante.

L'enfant est une préoccupation centrale des équipes éducatives et du soin. Lors des échanges entre les membres de l'équipe de soins, il apparaît que la dimension thérapeutique est inhérente à la fonction éducative.

⁷ Pierron J.P., « Les institutions hospitalières : des institutions de la reconnaissance ? » *Revue d'éthique et de théologie morale*, 2014/HS (n° 281), pages 149-164

⁸ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3289297/fr/idees-suicidaires-chez-l-enfant-et-l-adolescent-reperer-evaluer-et-orienter-la-prise-en-charge

⁹ <https://www.vendee.fr/Solidarite-et-education/Enfance/19590-Protection-de-l-enfance/Enfant-en-danger>

« Lors d'une réunion, le médecin, les deux infirmiers, la psychologue, la cadre de santé, de l'équipe mobile de pédopsychiatrie, réfléchissent ensemble sur la plus-value de la relecture médicale des situations exposées par les équipes éducatives aux infirmiers. Elles sont en attente et demandent un retour émanant des soignants sur les comportements des enfants évoqués, pour mieux les comprendre. Je me demande alors si ce temps de restitution permet aux éducateurs d'alimenter le projet éducatif des enfants ? » (Extrait du journal de terrain, le 2 mars 2023).

La notion de travail conjoint pour prévenir, pour repérer les besoins des enfants et accompagner les professionnels qui gravitent autour de ces jeunes est considérée comme un préalable à toute démarche de projet. Se pose alors la question de comment construire le travail interdisciplinaire et inter institution ?

Les deux institutions se préoccupent pour ces enfants confiés, de limiter "la perte de chance" d'accès au système éducatif et de soins. Dans cette perspective, tous les acteurs s'accordent sur la nécessité d'une prise en charge plurielle de l'enfant. Un travail de prévention, de repérage des troubles et de développement des soins précoces semble indispensable. Cependant, les professionnels du soin marquent une insatisfaction dans la prévention et la prise en charge de la vulnérabilité psychique de ces enfants protégés. La coordination entre les deux systèmes dédiés à l'enfant semble à ce jour difficile à mettre en œuvre et nous observons une forme de clivage entre les deux institutions. Existe-t-il des obstacles, si oui, à quel niveau se situent-ils ?

J'aimerais ainsi, dans le cadre de ce mémoire, **comprendre ce qui différencie ou rapproche le travail de soins en pédopsychiatrie du travail éducatif à l'ASE dans la prise en charge des enfants souffrant de psycho traumatismes complexes.**

Plusieurs hypothèses guident ce travail :

- La prise en charge des enfants souffrant de psycho traumatismes complexes nécessite des connaissances spécifiques
- Les éducateurs ont besoin de s'appuyer sur l'expertise de la pédopsychiatrie pour construire et consolider leur pratique professionnelle éducative

- Les infirmiers pensent détenir l'expertise de la relation et portent un regard négatif sur les pratiques éducatives
- Les difficultés de dialogue entre les professionnels de la pédopsychiatrie et les équipes éducatives de la protection de l'enfance reposent entre autres, sur la méconnaissance des pratiques et des enjeux institutionnels
- Les psychologues jouent un rôle central dans l'accompagnement des équipes éducatives et soignantes autour des situations d'enfants rencontrés
- Les professionnels du soin et les équipes éducatives désirent exercer leurs missions dans un environnement sécurisant
- La domination médicale et la place du secret professionnel, représentent des enjeux dans les relations entre les professionnels de la pédopsychiatrie et les équipes éducatives de la protection de l'enfance

METHODOLOGIE

Afin de réaliser mon mémoire, je me suis appuyée sur ma pratique professionnelle en tant que cadre de santé en pédopsychiatrie et particulièrement lors de mes missions de coordination en équipe mobile. Cette dernière est mise en place depuis dix mois. Les professionnels de l'équipe mobile interviennent quotidiennement auprès des équipes éducatives exerçant dans des structures accueillant des enfants confiés à l'ASE, âgés de zéro à treize ans. Nous nous déplaçons vers les équipes éducatives pour nous présenter, pour expliquer nos missions et notre rôle de soutien auprès des équipes éducatives, visant à favoriser la cohérence et la coordination des parcours de soins en santé mentale en lien avec le projet de vie de l'enfant. Je porte un intérêt sur l'aménagement des liens entre tous les professionnels de la santé et des équipes éducatives et sur les enjeux de cette activité partenariale. Je souhaite explorer le fonctionnement de la protection de l'enfance et le regard porté par les soignants sur les situations évoquées des enfants confiés.

Pour construire ce travail, j'utilise différents outils :

Mon journal de terrain, se matérialise par un carnet, il me suit tout au long de mon cheminement. Il me permet de déposer mes observations, de tracer des extraits du discours des professionnels rencontrés, et de faire des liens avec les contenus théoriques sociologiques.

J'envisage la visite des locaux d'une structure d'accueil d'urgence pour les jeunes confiés à l'ASE. En effet, en concentrant les problématiques identiques vécues par ces enfants, la vie communautaire peut impacter leur vie psychique. Après une réunion, l'équipe éducative m'invite à découvrir une structure de leur établissement. Quelle aubaine ! Je découvre alors le lieu de vie collectif de ces enfants que nous prenons aussi en soins. Le point de départ de mon enquête de terrain s'inscrit ici. Dans cet espace, j'observe des enfants âgés de six à treize ans. Je découvre alors qu'ils n'investissent pas les lieux communs et peu leur chambre, ils sont de "passage".

Une jeune fille, âgée de 13 ans dit :

« Je n'ai plus de chez moi, ni ici ni dans ma maison car je suis placée » (Extrait du journal de terrain, le 22 novembre 2022).

Pour poursuivre mes investigations, j'effectue aussi des observations participantes. Je m'appuie sur l'ethnométhodologie, un des courants de la sociologie qui permet la compréhension et la description de la réalité sociale à travers les pratiques ordinaires de la vie quotidienne. Pour ce faire, je participe à neuf rencontres interprofessionnelles entre les équipes éducatives et les professionnels de l'équipe mobile de pédopsychiatrie. Dans cette équipe nouvellement constituée, j'exerce la fonction de cadre de santé. La présentation de ce nouveau dispositif de soins auprès de nos différents partenaires est l'opportunité de m'inscrire dans le groupe et de réaliser des observations participantes, dans le cadre de mon mémoire. J'élabore une grille d'analyse de mes observations¹⁰. Je m'attache à plusieurs éléments : la date, la durée des rencontres, le contexte, le nombre de personnes présentes, la description de l'environnement, les attitudes des professionnels, les sujets abordés. Qu'est-ce que l'on dit ? Qu'est-ce que l'on tait ? Quelles sont les questions ? Quelles sont les demandes ?

Les réunions formelles organisent le siège de mes observations. Elles s'effectuent dans des salles dédiées. Les rencontres ont une durée moyenne de deux à trois heures. L'esprit de convivialité est présent, des boissons sont proposées. Ces temps de réunions s'organisent de part et d'autre des différentes institutions. Elles ont pour objectif d'aménager des rencontres entre les membres de l'équipe mobile de pédopsychiatrie et les professionnels des structures accueillant des enfants confiés à l'ASE. Elles permettent d'évoquer la situation spécifique d'un enfant pris en charge de façon commune lors de concertation.

J'assiste aussi à une réunion entre les professionnels du sanitaire et professionnels éducatifs en présence des directions pour présenter et définir les orientations départementales dans la prise en charge des enfants confiés à l'ASE. Ces rencontres me permettent de construire en partie mon étude, elle s'enrichit par les matériaux recueillis lors des entretiens et par mes lectures. En effet, les observations ne se suffisent pas à elles-mêmes,

¹⁰ Annexe 1 : grille d'analyse des observations participantes

les entretiens représentent un outil complémentaire pour aller plus loin et pour situer les positionnements individuels¹¹.

Je recueille une matière de travail conséquente lors d'échanges formels ou informels auprès des différents acteurs de la protection de l'enfance et de la santé. Les échanges informels ont lieu à la fin des réunions, ou lors d'échanges téléphoniques avec des éducateurs, des chefs de service, des soignants.

La collecte de données qualitatives s'effectue lors des entretiens auprès des acteurs de terrain de première ligne gravitant autour de ces enfants. Pour ce faire, l'enquête repose sur douze interviews réalisées auprès de professionnels choisis pour leur intérêt et leur travail auprès de ce public. De plus, l'enregistrement du récit des professionnels a permis un recueil d'éléments riches sur leur parcours, leur pratique et leur vécu, au cœur de leur métier. La grille d'entretien se trouve en annexe 2¹².

Je décris la typologie des personnes rencontrées exerçant au sein des services éducatifs et de la santé en Vendée et en Loire-Atlantique, en annexe 3.¹³ Dans un souci de confidentialité et d'anonymat, je modifie les prénoms et je ne précise pas les lieux d'exercice des professionnels exerçant en pédopsychiatrie. Je vous présente brièvement les personnes rencontrées.

Au sein des structures éducatives :

- Antoine = éducateur spécialisé exerçant en maison d'enfants à caractère social (MECS)
- Julie = cheffe de service en MECS
- Emma = éducatrice spécialisée en foyer d'accueil d'urgence
- Brigitte = cadre socioéducatif (CSE), exerçant dans une structure d'accueil d'urgence
- Clara = agent éducatif, professionnelle non diplômée en remplacement en foyer d'accueil d'urgence

¹¹ Quivy R., Campenhoudt L.V., *Manuel de recherche en sciences sociales*, Dunod, Paris, 2006, p. 173-176

¹² Annexe 2 : grille d'entretien

¹³ Annexe 3 : typologie des professionnels interviewés

En milieu hospitalier :

- Mathieu = psychologue ayant exercé en protection de l'enfance et en pédopsychiatrie
- Jérémie = infirmier en pédopsychiatrie
- Sandrine = infirmière en pédopsychiatrie
- Laurent = éducateur spécialisé en pédopsychiatrie
- Emile = cadre socioéducatif en pédopsychiatrie
- Estelle = pédopsychiatre
- Laetitia = infirmière en pédiatrie et urgences pédiatriques, avec une expérience en pédopsychiatrie

A travers ces rencontres, les personnes interviewées relatent leurs expériences professionnelles.

ANNONCE DU PLAN

Dans mon mémoire, j'aborde dans un premier temps, les représentations de la pédopsychiatrie sur les besoins des enfants souffrant de psycho traumatismes complexes. J'explique le profil de ces enfants, confiés à l'ASE, pour lesquels la pédopsychiatrie est sollicitée. Puis, j'évoque l'accompagnement des équipes éducatives de la protection de l'enfance par la pédopsychiatrie, dans le décodage des comportements de ces enfants.

Dans une seconde partie, je décris les difficultés des équipes éducatives face aux situations des enfants souffrant de psycho traumatismes. Ainsi, j'explore les représentations des infirmiers de pédopsychiatrie sur les pratiques éducatives jugées négativement. Je développe aussi les attentes des éducateurs de la protection de l'enfance, en demande de l'expertise de la pédopsychiatrie. Cette réflexion me conduit à préciser les besoins de sécurité des soignants et des équipes éducatives dans l'exercice de leurs missions.

Enfin dans une dernière partie, j'explore les concepts de pouvoir et de domination de la pédopsychiatrie, renforcés, par l'absence de circulation de leurs savoirs. Je montre alors

que les infirmiers revendiquent la spécialisation de leur expertise. Je m'intéresse à la place dominante du médecin et à la notion du secret professionnel, comme outil de domination. Puis je termine ce travail par l'exposé des différentes stratégies d'adaptation, adoptées par les professionnels des équipes éducatives de la protection de l'enfance, pour contourner la relation de domination.

PARTIE I - LES REPRESENTATIONS DE LA PEDOPSYCHIATRIE SUR LES BESOINS DES ENFANTS SOUFFRANT DE PSYCHO TRAUMATISMES COMPLEXES

Dans le cadre de mon activité professionnelle, je note que les équipes éducatives sollicitent la pédopsychiatrie pour prendre en soins des enfants présentant des troubles du comportement. Je m'interroge alors sur la place des soins pédopsychiatriques dans la prise en charge des enfants confiés à l'ASE. Un enfant sur deux confiés à l'ASE a subi des violences ou des négligences sévères, ils ont été exposés à la maltraitance intrafamiliale. Ils sont plus vulnérables aux risques de développement de troubles psychiques. Selon plusieurs études¹⁴, la moitié des enfants placés présentent des troubles de santé mentale. Le psycho traumatisme complexe fait partie de ces troubles. Lors des interviews avec les éducateurs et dans le cadre des réunions entre l'équipe mobile de pédopsychiatrie et les équipes éducatives, je constate que cette notion n'est pas abordée par les éducateurs. Il paraît alors, indispensable d'expliquer ce terme issu du vocabulaire médical et psychologique, afin d'en préciser les contours. Dans cette première partie, j'aborde le profil des enfants confiés à l'ASE, pour lesquels la pédopsychiatrie est sollicitée. J'évoque le regard psychologique et médical porté sur les caractéristiques de cette souffrance liée à des psycho traumatismes complexes. Puis, selon le point de vue de la pédopsychiatrie adressé aux équipes éducatives, je développe le décodage des troubles du comportement de ces enfants pour traduire leurs difficultés et apporter une réponse adaptée à leurs besoins.

1 - Profils des enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance, nécessitant l'intervention de la pédopsychiatrie

Penser la prise en charge des enfants souffrant de psycho traumatismes complexes est difficile, lourde et troublante, car ils ont subi des situations traumatiques de façon précoce et répétée dans le cadre de négligence grave dans leur milieu familial, empreint de maltraitance.

¹⁴ https://cn2r.fr/wp-content/uploads/2023/05/Ressource_protection_enfance_Cn2r.pdf

Sandrine, infirmière en pédopsychiatrie dit :

« Ces enfants présentent des troubles du comportement, une instabilité, des passages à l'acte, de la tristesse. Ils présentent des comportements externalisés d'agressivité, des comportements sexualisés ou d'intolérance aux frustrations et de violence. La mémoire traumatique et la dissociation chez ses enfants souffrant de traumatismes complexes déclenchent subitement une colère ou un passage à l'acte. Il y a la notion de traumatisme simple et de traumatisme complexe. Pour des traumatismes simples cela correspond à un événement, le traumatisme complexe, peut-être qu'il faudrait trouver un autre terme mais ça veut dire que c'est quelque chose qui est présent depuis une longue durée sur un long temps, sur une longue période. Une enfance avec des traumatismes répétés, intenses, ils sont tout le temps brûlé au 3e degré. »

Afin de préciser les propos de Sandrine, le regard de la psychologie et du médical étaye et guide les professionnels du soin et les équipes éducatives dans la compréhension du fonctionnement psychique de l'enfant. Il permet de mettre du sens sur les troubles du comportement présentés par l'enfant et sur les difficultés qu'il rencontre. Les troubles psychiques de ces enfants souffrant de psycho traumatismes complexes appellent des soins psychiques dispensés dans un environnement matériel et affectif stable. Les éléments traumatiques à l'œuvre dans l'histoire des enfants sont pris en compte par les professionnels du soin et ne font pas l'objet de faits administratifs liés au placement et à l'orientation de l'enfant.

a. Le point de vue de la psychologie sur les troubles des enfants souffrant de psycho traumatismes complexes

Pour Emmanuelle Bonneville-Baruchel¹⁵, l'évocation de la clinique du traumatisme se caractérise *« par la répétition compulsive de mode de relation et d'attachement distordus,*

¹⁵ Bonneville-Baruchel Emmanuelle, docteur en psychologie, maitresse de conférences à l'université Paris V et exerce comme clinicienne au service de pédopsychiatrie du CHU de Saint-Etienne.

dominés par l'alternance brutale de phase de collage et de destruction, cela en constitue un trait caractéristique, établi précocement. »¹⁶

En lien avec la théorie de l'attachement décrite par Bowlby¹⁷ et définie comme le lien émotif, qui s'établit entre la mère et l'enfant ou un adulte et l'enfant qui prend soin de lui. Ce lien favorise la proximité physique et psychique entre les deux protagonistes et permet d'assurer à l'enfant des soins et de la protection. Pour ces enfants, j'évoque particulièrement la notion d'attachement insécure, En effet, ils ont été traumatisés par des répétitions de séquences interactives d'attachement manqué, ce qui génère de l'angoisse, un des signes de la souffrance psychique. Ces enfants présentent ainsi un état de stress précoce chronique.

Les éducateurs, exerçant en structures d'accueil, utilisent les termes de troubles ou de mal-être. Lors des entretiens, je note que les éducateurs exerçant en milieu hospitalier utilisent un vocabulaire emprunt au milieu de la santé.

Laurent, éducateur spécialisé en pédopsychiatrie explique :

« Nous sommes confrontés à la problématique de l'attachement, à la mise en sens des symptômes, les décrypter pour que l'action éducative soit cohérente et non délétère pour l'enfant. »

Ces enfants ont évolué dans un environnement caractérisé par le chaos et l'imprévisibilité des relations. La symptomatologie de l'enfant montre des éléments dissociatifs. La dissociation est un mécanisme de défense contre les traumatismes. Pour Fareng Marion et Plagnol Arnaud, *« Elle peut être comprise comme un phénomène "auto-hypnotique". L'état de conscience est modifié, ce qui permet à l'enfant de se protéger dans les situations de tension auxquelles il ne peut plus faire face.*¹⁸». Ce phénomène dissociatif permet à l'enfant de se distancier de certaines expériences ou émotions négatives vécues. La dissociation se définit par un trouble des fonctions intégrées tel que : l'identité, la mémoire,

¹⁶ Bonneville-Baruchel Emmanuelle, Les traumatismes relationnels précoces chez l'enfant : effets sur le développement, conférence du 16 mai 2019

¹⁷ Marcelli D., Cohen D., *Enfance et psychopathologie*, Elsevier Masson, 9^{ème} édition, Issy-les-Moulineaux, 2012, p. 36

¹⁸ Fareng M. (psychologue clinicienne), Plagnol A., (psychiatre), « Dissociations et syndromes traumatiques : apports actuels de l'hypnose », *PSN*, volume 12, n°4, 2014

la conscience et la perception de l'environnement.¹⁹ Lorsqu'un enfant est dissocié, il faut le ramener dans le présent.

« Quand "il est parti", on le ramène dans le présent de l'action. Il est important de mettre des mots sur les émotions de l'enfant, de le mettre dans un bain de langage, de ne pas nourrir son imaginaire » (Extrait du journal de terrain, échanges informels avec des professionnels du soin, le 18 avril 2023).

En effet, les éléments subis, répétés qui font traumatisme chez l'enfant, génèrent une reviviscence du passé, qui le fait dissocier. Une part de lui est ancrée dans la réalité, l'autre part est hors réalité. Ce phénomène de dissociation est un processus inconscient, il permet d'atténuer, de faire baisser la tension liée à l'angoisse. Cette manifestation amène une réflexion autour des notions de la mémoire traumatique, sur le développement psychique insécure, sur les éléments dépressifs, sur la notion de traumatisme complexe. L'instabilité physique et psychique présentée par l'enfant est un moyen de défense pour lutter contre l'effondrement dépressif, communément appelé "angoisse archaïque". La majorité des enfants pris en charge en structures d'accueil de l'ASE, présentent ces troubles. Les éducateurs y sont confrontés et sont souvent démunis pour accompagner les enfants.

« Lors des interviews, j'ai rencontré entre autres, deux éducateurs et un agent éducatif. Lors de la présentation de leur parcours de formation, ils précisent avoir obtenu une licence en psychologie. Ils expliquent avoir quelques notions, que cela les aide parfois, mais je note qu'ils ne mettent pas en avant leur niveau de formation, lors de nos échanges. Pour quelles raisons ne mobilisent-ils pas leurs connaissances ?» (Extrait du journal de terrain, le 3 mai 2023).

¹⁹ Berger M., *Soigner les enfants violents*, Dunod, Paris, 2012, 320 p.

b. Le regard médical porté sur les enfants souffrant de psycho-traumatismes complexes

En évoluant auprès de parents en grande difficulté psychique et sociale, les enfants vivent des situations de négligences graves ou de violences, générant chez l'enfant des vécus d'expériences sous le signe du traumatisme.

Estelle, pédopsychiatre précise :

« L'apparition de troubles psychologiques en lien avec des maltraitances est extrêmement rapide. Il ne faut pas des années de maltraitance, il ne faut même pas nécessairement de maltraitance active sur un bébé pour que cela génère des troubles psychiatriques graves et c'est toute la question des troubles de traumatismes relationnels précoces. Et il est relativement établi qu'une « simple situation de violence conjugale », ce qui est extrêmement fréquent, qui est extrêmement peu nommé et extrêmement mal accompagné, peut amener des troubles aussi graves que d'allure autistique. Donc pour moi dans une démarche sanitaire, on arrive sur une sorte d'impasse, on peut agir au plus vite, le plus tôt possible bien sûr. Je ne pense pas qu'un placement soit un traumatisme au sens médical du terme. Je ne pense pas qu'un placement en lui-même, essentiellement et indépendamment de ce qui va se passer, de ce qui se passait avant ou après puissent constituer un traumatisme au sens susceptible de générer un état de stress post-traumatique. Parce que finalement, il n'expose quand même clairement pas à la peur de mourir à la peur pour son intégrité physique. Il y a des situations qui constituent des reviviscences fréquentes et quotidiennes des traumatismes. Par exemple, les violences ont lieu en début de soirée, l'enfant soumis à des violences conjugales de ses parents en début de soirée, et qui du coup développe des symptômes d'évitement, la peur de s'endormir. Les troubles de l'enfant sont compatibles avec un vécu de violence intra familiale, traumatismes répétés dans la petite enfance de l'individu et génère un florilège de symptômes autres que la pure présentation d'état de stress post-traumatique. Les intrusions sont des reviviscences dès lors qu'il y a eu des maltraitances caractérisées, qu'elles soient verbales, physiques et ou psychologiques. Qu'elles soient directes ou indirectes sur l'enfant ou sur une figure d'attachement, je parle pour l'enfant de la mère en l'occurrence, car c'est souvent voire

toujours dans cette situation, la mère qui est concernée, ce qui génère des troubles de traumatismes relationnels précoces. »

2 – L’accompagnement des équipes éducatives par la pédopsychiatrie, dans le décodage des comportements des enfants en souffrance psychique

Lors des différentes rencontres entre les équipes éducatives et l’équipe mobile, je constate que les éducateurs sont demandeurs d’éléments de compréhension, ils se saisissent des éclairages apportés par la pédopsychiatrie sur les troubles des enfants, pour mieux appréhender leurs situations. Ainsi, il est fondamental de définir la notion de souffrance, de crise pour éviter les ruptures dans les dispositifs de la prise en charge des enfants.

a. La souffrance, les troubles, le mal-être, éprouvés par ces enfants, de quoi parle-t-on ?

La notion de souffrance est couramment utilisée en milieu sanitaire. En revanche, les professionnels de l’équipe éducative n’utilisent pas ce terme, ils évoquent les troubles, ou le mal-être. Pour autant, ils sont confrontés à la souffrance psychosociale. Les professionnels du soin et l’équipe éducative donnent-ils le même sens à ces notions en utilisant un vocabulaire différent ? Les professionnels du sanitaire et de l’éducatif sont tentés par la pratique de "la patate chaude" car les uns et les autres considèrent qu’ils se trouvent dans leurs pratiques en dehors de leurs champs de compétences²⁰. Les équipes éducatives expriment un sentiment d’impuissance et d’inadéquation dans leurs activités quotidiennes auprès de ces jeunes. Démunis, ils interrogent alors les professionnels de la santé sur le comment faire pour les prendre en charge ?

²⁰ Le Ferrand P., *L’accompagnement psychologique dans le travail social*, Apogée, Rennes, 2021, 192 p.

Antoine, éducateur en MECS explique :

« Ce sont des jeunes qui sont assez dans l'instant, c'est compliqué pour eux de se projeter, d'être dans une régularité, mais pas seulement au niveau du soin dans tout ce qu'ils entreprennent. Il y a aussi la période de l'adolescence, avec la consommation de produit (alcool, drogues), il y a les troubles : faire accepter au jeune son placement, impression du mal être par rapport au placement pourquoi eux sont placés alors que ce sont les parents qui sont défaillants. Ils ont le sentiment de subir et ont du mal à comprendre. La vie en collectivité est compliquée avec des jeunes et des adultes inconnus. Il y a une absence de figure d'attachement, ce qui entraîne une difficulté à être en lien avec les autres, c'est dissonant avec leur milieu familial et cela fait ressurgir les troubles. Tous les troubles ne sont pas psychiatrisables, mais de plus en plus. Nous avons besoin de la pédopsychiatrie car nous sommes parfois démunis, sans savoir comment agir. On assiste à des passages à l'acte, en lien avec une frustration, ils cassent du matériel, ils sont dans le conflit, ils veulent frapper les adultes ou les autres jeunes, ils se bagarrent entre eux, ils tiennent des propos suicidaires, les filles se scarifient, les garçons se renferment, se déscolarisent, leurs consommations les mettent en danger. »

b. Les troubles de l'enfant s'externalisent, il passe à l'acte

Les foyers sont très souvent des lieux de "crise", marqués par de la violence physique verbale et des conflits. En effet, les jeunes publics accueillis ont souvent vécu d'importants traumatismes. Leur souffrance est externalisée par de l'agir, mais la violence peut aussi être la conséquence d'un vécu institutionnel malmenant.²¹

Julie, cheffe de service en MECS précise :

« Les jeunes arrivent d'un autre lieu, parfois au dernier moment, ils sont obligés de vivre en collectivité. Il y a des passages à l'acte plus violents, de la violence physique, verbale. Les jeunes sont les professionnels de la faille. Le téléphone, c'est leur

²¹ Charles C., *Tensions et émotions dans le travail social précaire, Une sociologie des éducateurs et éducatrices dans les foyers pour enfants*, Octares, Toulouse, 2021, 226 p.

prolongement. Quand survient un gros clash, c'est en lien avec les écrans, cela génère de la violence physique. »

L'équipe éducative perçoit parfois un mode de fonctionnement relationnel qui se caractérise par de la tyrannie, de l'avidité, de l'agitation, de l'évitement, par la violence auto et hétéro-agressive, par la destruction du matériel et par l'attaque de la pensée. Pour eux, ces comportements d'instabilité, de chaos et de violence peuvent renvoyer un sentiment de provocation.

Emma, éducatrice spécialisée en foyer d'accueil d'urgence raconte :

« Parfois, nous avons l'impression que le jeune vient à la confrontation, qu'il nous cherche ou vient chercher les limites, qu'il nous teste, le regard de certains jeunes nous met mal à l'aise, un sentiment de méfiance s'installe. »

Lorsque l'enfant est placé, il serait de bon augure de penser que celui-ci est en protection et qu'il va s'apaiser puisqu'il est extrait de son milieu familial. Pour autant, les manifestations exposées par les jeunes sont parfois déroutantes. Il s'agit ici d'essayer de comprendre d'où viennent les difficultés et pourquoi celles-ci s'expriment avec autant de virulence dans un environnement "censé" être adapté et protecteur.

En effet, les enfants souffrant de psycho traumatisme présentent des manifestations de troubles graves de la cognition, de la gestion des émotions, du comportement et des capacités relationnelles entravant la socialisation.

Les enfants présentent des troubles affectifs qui se manifestent par des difficultés d'endormissement, des troubles du sommeil, des cauchemars, des terreurs nocturnes, un état de vigilance, une instabilité, une agitation, de l'agressivité, des consommations illicites, une dévalorisation avec une perte de l'estime de soi. Cette dernière peut-être le signe d'un trouble dépressif marqué par un sentiment de culpabilité décuplée.

Julie, cheffe de service en MECS précise :

« Les manifestations du quotidien, l'expression du mal être, le passage à l'acte, l'histoire vécue, les vécus traumatiques, les victimes d'agressions sexuelles, les victimes de violence physique grave "je me suis vu mourir quand j'étais petit", les difficultés à l'endormissement, les terreurs nocturnes sont les critères nécessitant des soins. Les

prises de stupéfiants, les consommations excessives sont des manières d'oublier le vécu. Cela nécessite d'avoir des espaces pour le travailler mais le jeune est réfractaire à la proposition, il y a aussi des parents qui s'opposent aux hospitalisations. Alors face à ça, comment peut-on faire avec le jeune ? »

La crise clastique se caractérise par une colère très violente, pendant laquelle, l'enfant brise des objets et du matériel. Il peut aussi se confronter physiquement à l'adulte ou aux autres jeunes qui l'entourent. Les soignants comprennent que c'est compliqué pour les éducateurs de gérer à deux un groupe de dix jeunes. Lorsqu'un enfant explose et monopolise l'attention d'un adulte, le reste du groupe est en tension.

Clara, agent éducatif, professionnelle non diplômée en remplacement en foyer d'accueil d'urgence dit : *« Il faut protéger le jeune et protéger les autres jeunes. »*

Laetitia, infirmière en pédiatrie et aux urgences pédiatriques, explique :

« Lorsque c'est possible, il est essentiel d'extraire le jeune du lieu où ça pose problème. La mise à distance suffit à calmer et à apaiser les choses aussi bien pour le jeune que pour les éducateurs. La mise en mots est impossible, le jeune est en état de crise, il n'est pas accessible à l'écoute, à parler ou dire quoi que ce soit, il est fragilisé. Oui en urgence, lorsqu'il « pète » un câble, seule l'extraction permet de calmer le jeune. Aux urgences, on le laisse se calmer, le jeune se pose, on demande aux éducateurs de rester là mais d'aller prendre un café, d'aller dans la salle d'attente, de sortir du box et laisser le jeune se poser seul. Oui ça peut vite exploser, une réponse n'est parfois pas donnée, quand il y a un traitement si besoin, les éducateurs attendent qu'il y ait une chaise qui vole pour donner le "si besoin". Pour nous, l'agressivité est un des symptômes qui met en lumière la souffrance psychique interne vécue par le jeune. »

Pour les professionnels du soin, il est indispensable de prendre en compte l'expression de cette souffrance. En effet, face à leur vécu, la reconnaissance du statut de victime est importante pour ces enfants.

Emile, cadre socioéducatif en milieu hospitalier explique :

« Ces enfants passent du statut de victime de violence à statut de bourreau par les troubles qu'ils présentent. La reconnaissance en tant que victime de sévices est

fondamentale. L'impensé de l'inceste est une hérésie. Ces jeunes ont des parcours ASE avec beaucoup de ruptures. Ils sont toujours aux prises avec des vécus abandonniques et ils viennent vérifier la solidité de l'institution, les liens avec les éducateurs. »

A contrario, lors des échanges informels avec des éducateurs, je note que :

« Du côté éducatif, l'enfant victime de violence intrafamiliale est plus souvent regardé comme un potentiel "agresseur" et non comme une victime de violence. Il peut passer à l'acte sur les autres enfants présents au sein de la structure et particulièrement lorsqu'il s'agit de passage à l'acte d'ordre sexualisé » (Extrait du journal de terrain, le 2 février 2023).

Malgré toutes les caractéristiques développées en amont, l'équipe éducative explique aussi que le jeune ne se définit pas seulement par la crise. En effet, Julie, cheffe de service en MECS, précise :

« Un jeune violent n'est pas que violent. Certains demandent une certaine affection, ils sont attachés aux éducateurs et au lieu. Il y a chez leurs parents et chez eux, le foyer. Un jeune qui s'effondre qui craque ne sera pas rejeté physiquement par un éducateur. Cela nécessite un besoin de rapprochement corporel, parfois ils sont demandeurs de câlin. De temps en temps, ils mangent l'espace des éducateurs. Le travail sur la distance est un savant dosage à trouver. Les jeunes n'ont pas choisi de venir là. Ils vivent un vrai conflit de loyauté avec leur famille. Ils viennent casser la relation dans la peur de trahir leurs parents. Dans la confrontation, ils viennent vérifier la solidité du cadre. »

De fait, la question de la gestion de la crise mobilise les équipes sanitaires et éducatives, elle fait l'objet d'échanges entre les professionnels autour de la prévention de celle-ci afin d'éviter les ruptures dans la prise en charge de l'enfant. En effet, lors des rencontres professionnelles, je note que tous les acteurs s'accordent sur l'idée de limiter les scissions dans le parcours du jeune.

c. Pour éviter les ruptures, une attention conjointe portée sur le parcours de l'enfant, sur le plan sanitaire et éducatif

Afin d'éviter les ruptures, les équipes éducatives et soignantes mentionnent le travail d'accompagnement sur la parentalité, le regard positif porté sur les parents pour cheminer ensemble en prenant en compte leur difficulté, leur disponibilité, pour développer leurs compétences parentales. Force est de constater que la majorité des familles suivies cumulent les difficultés d'ordre économique, sociale, familiale et éducative. Elles sont parfois isolées et en grande précarité.

Malgré les dispositifs d'accompagnement mis en place auprès des familles, des enfants sont placés, entre autres, sous décision judiciaire. Ces enfants risquent trois à quatre fois plus de souffrances somatiques et psychiques par rapport à la population générale.²² En entrant dans les parcours éducatifs, ces enfants pour un certain nombre, portent des vulnérabilités qui s'accroissent en fonction des offres de soins, ne répondant pas toujours aux besoins de l'enfant.

Brigitte, cadre socioéducatif exerçant dans une structure d'accueil d'urgence dit :

« La notion de traumatisme est en lien avec leur vécu et les ruptures vécues dans le parcours ASE. Ces enfants sont extrêmement déstructurés. Ils présentent des troubles qui sont aussi en lien avec des problèmes éducatifs. Tout n'est pas psychiatrisable. »

La préoccupation des professionnels de santé demeure dans l'idée que les enfants hospitalisés suivis en psychothérapie sortent de l'hôpital et s'adaptent socialement. Pour offrir une dimension éducative et scolaire dans un environnement sécurisé et facilitant, les apprentissages, il est essentiel d'assurer le lien entre les services éducatifs, du soin et de l'éducation nationale.

Selon la pédopsychiatrie, les psycho traumatismes complexes dont souffrent ces enfants appellent des soins psychiques. Mais pour qu'ils soient bénéfiques, il est impératif que les besoins fondamentaux soient satisfaits. Ainsi, la condition indiscutable de l'efficacité de ces soins repose sur la stabilité matérielle et affective quotidienne. Il s'agit bien ici d'éviter à

²² Ravon B., Laval C., *L'aide aux adolescents difficiles, Chroniques d'un problème public*, ERES, Toulouse, 2015, 166 p.

tout prix les ruptures dans le parcours des enfants. Dans son ouvrage, Emilie Potin explique « *le parcours est dynamique, il a un passé, un présent et un devenir. Il ne s'agit pas de le figer au travers de ce qui a été vécu mais de rendre visibles ses potentialités pour la suite.* »²³. Le parcours engage l'enfant, sa famille et tous les adultes professionnels qui les entourent et les guident, avant, pendant et après le placement.

Lors des entretiens, l'équipe éducative explique que les jeunes changent de lieux de vie plusieurs fois, ils passent du placement en foyer d'accueil d'urgence, en famille d'accueil, ils viennent vivre parfois dans les MECS. Tous ces changements déstabilisent et ne favorisent pas entre autres, la disponibilité du jeune à entrer dans les apprentissages scolaires, ni à poursuivre des soins.

Laurent, éducateur spécialisé en milieu hospitalier précise :

« Les jeunes arrivent en foyer dans une situation de rupture avec les familles d'accueil, ils vivent de nombreuses ruptures dans leur parcours, ils changent de lieu de vie, d'école. »

Julie, cheffe de service en MECS évoque l'idée suivante :

« Quelques jeunes ont des suivis en pédopsychiatrie, des rendez-vous espacés. Le jeune ne veut plus y aller. Parfois, les parcours de soin sont longs, ils ont rencontré un nombre important de professionnels, ils n'ont plus envie de poursuivre : " j'ai déjà raconté mon histoire 10 fois, je ne veux pas recommencer". Certains ont des prises en charge en centre médico-psychologique (CMP), en hôpital de jour (HDJ). Le travail de lien est extrêmement compliqué avec la santé car nous sommes tous débordés dans nos milieux. Je me rends compte que les différents partenaires ne connaissent pas les spécificités des uns et des autres. »

L'équipe éducative évoque aussi les conditions d'accueil des jeunes en foyer. Ils sont extraits de leur environnement familial, ils se retrouvent dans un lieu de vie collectif, parfois

²³ Potin E., *Enfants placés, déplacés, replacés : parcours en protection de l'enfance*, ERES, Toulouse, 2021, p. 63-64

séparés de leur fratrie. Ils sont quelquefois amenés à changer plusieurs fois d'espace de vie entre les structures collectives et les familles d'accueil. Si des soins sont engagés et que le jeune déménage, un relai entre les CMP s'exerce en raison de la sectorisation de soins, ce qui ne facilite pas la continuité de la prise en charge.

Emile, cadre socioéducatif en milieu hospitalier explique :

« J'ai connu des enfants qui étaient déplacés, qui venaient agiter leur mal être dans différents espaces, je me souviens d'un gamin qui avait quatre lieux de vie dans la semaine et on l'avait reçu en entretien avec le chef de service. Il explosait tout et il venait nous montrer à quel point ce dispositif d'accueil était malmenant. »

d. La dimension du soin : un accompagnement essentiel dans le développement psychique et physique des enfants protégés

Dans le cadre d'une prise en soins, une articulation entre les services de pédiatrie, de pédopsychiatrie, les services éducatifs et les parents est nécessaire.

Pour répondre au mieux aux besoins fondamentaux de l'enfant, un intérêt est porté sur sa prise en charge holistique.

La dimension du soin est faite d'imbrication. Lors des entretiens et des échanges informels, avec les professionnels de la santé et du milieu éducatif, je m'aperçois qu'il est difficile d'aborder la prise en charge des troubles psychiques externalisés chez les jeunes accueillis, souffrant de psycho traumatismes complexes, la notion de crise et de rupture de parcours marquées par la violence, les comportements sexualisés problématiques (CSP). Ces questions renvoient à la notion de la "patate chaude" évoquée précédemment, entraînant des divergences de points de vue, quelle institution doit assurer la prise en charge de ces enfants ? Pour le milieu éducatif, les troubles sont gérés par la pédopsychiatrie et les enfants sont hospitalisés lors de la crise. Pour le milieu de la santé, les enfants ont des troubles qui peuvent être pris en charge en milieu hospitalier, mais l'hôpital ne peut pas être et devenir un lieu de vie.

Le matériel recueilli lors des entretiens permet de dire que le travail partenarial avec les soins lorsqu'il existe, est qualifié d'efficace par les services éducatifs, mais des tensions

persistent. Ce lien collaboratif favorise la relation avec l'enfant. Pour autant, le regard porté sur les situations des enfants peut être différent.

Mathieu, psychologue ayant exercé en protection de l'enfance et en pédopsychiatrie aborde l'idée suivante :

« En pédopsychiatrie, on pense la souffrance psychique de l'enfant et comment traiter ou soigner cette souffrance psychique. En protection de l'enfance, on réfléchit la réalité du danger de l'enfant sans prendre en compte les impacts en termes de souffrance psychique plus que ça, ou en tout cas on ne vise pas à apporter des réponses à la souffrance psychique puisque cette question-là est dévolue à la psychiatrie. On apporte des réponses aux besoins de protection et à la question de la scolarisation et du projet au sens très large d'orientation de l'enfant. Les comportements externalisés, les états de crise, l'agitation, la peur générée pour les autres enfants et pour les équipes appellent à une prise en soins en pédopsychiatrie. C'est souvent pour les comportements externalisés avec hétéro agressivité et des mouvements très clastiques qui font réagir l'équipe éducative. L'enfant va tester et attaquer trop fort la relation pour savoir si elle tient. »

Lors de notre rencontre, Emma, éducatrice spécialisée en foyer d'accueil d'urgence explique :

« Lorsque l'enfant arrive, on l'accueille avec ses difficultés. Ce qui est compliqué, c'est le groupe, les jeunes ont tous des problèmes, ils auraient besoin de soins pour la plupart et quand on interpelle le soin c'est que l'on arrive plus à gérer la situation, c'est la crise... Notre fonction première est d'accompagner le jeune dans son projet de placement, les troubles qui s'aggravent ne sont pas de notre ressort. On ne sait pas faire ou bien faire. Enfin, je pense que je ne sais pas quoi faire. Il faudrait que je me forme. Je pense aussi que l'on devrait développer le partenariat avec les structures de soins pour faciliter le travail entre nous, car on voit bien que la protection de l'enfance est mal perçue par les soins. »

Définir le soin en pédopsychiatrie reste un exercice difficile. En effet, la pratique du soin demeure complexe et se réfère à plusieurs courants de pensées théoriques : de la psychanalyse, en passant par les thérapies comportementalistes ou intégratives. Pour Lévi-Strauss, (1949), "l'efficacité symbolique" repose sur l'idée que toutes les formes thérapeutiques auraient pour point commun la croyance et le pouvoir du thérapeute. Par ailleurs, Michel Foucault (2003) explique que « *les professionnels de la santé considèrent le soin comme une forme de gestion et contrôle sociale de la souffrance.* »²⁴. Ils ont pour objectif de soigner ou de stabiliser la maladie, le soin par les mots est difficilement quantifiable, à contrario, d'un soin technique comme la pratique d'un pansement. Il est difficile pour l'extérieur de distinguer une activité thérapeutique d'une activité occupationnelle. Pour Robert Barret, psychiatre et anthropologue, « *la thérapie est un mode de construction sociale* »²⁵, par les manières de penser, d'agir et de classer les troubles.

Le travail engagé avec l'enfant par le biais du récit de son histoire, l'instaure comme un individu dans le soin. Les symptômes sont repérés et pris en compte par l'équipe soignante. Par la succession de gestes, de mots, d'interactions, de disponibilité psychique et physique des soignants, le patient peut être amené à surmonter son chaos psychique.

Être hospitalisé en service de soins pédopsychiatriques ou de façon séquentielle, ou bien bénéficier d'un suivi en CMP, fait peur aux enfants et aux familles. Le terme de "folie" plane toujours dans l'inconscient collectif.

Selon Erving Goffman, « *le travail psychiatrique n'est pas un travail comme un autre : il s'agit de travailler avec et sur les émotions.* »²⁶. En effet, dans le modèle de la thérapie institutionnelle, l'ensemble constitué de l'architecture, de l'équipe pluri professionnelle, des patients, des échanges, des actions et des savoirs contribuent au soin thérapeutique. Laurent Morasz précise que : « *La relation soignante constitue un élément fondamental du soin psychique, elle repose sur des processus précis qui fondent sa valeur thérapeutique.* »²⁷ Ainsi, les processus comprennent le soin relationnel comme un espace transitionnel, marqué par un

²⁴ Brossard B., *L'organisation sociale des « hasards heureux ».* Qu'est-ce qu'un soin en psychiatrie ? Elsevier Masson, Paris, 2012, p.1-19

²⁵ Borelle C., « C'est uniquement social. Sur la production d'un dualisme social/psychiatrique en sciences sociales et dans le travail ordinaire de la psychiatrie », *Politix*, n°117, De Boeck Supérieur, 2017, p. 201-222

²⁶ Goffman E., *Asiles*, les éditions de minuit, Lonrai, 1968, 438 p.

²⁷ Morasz L., *L'infirmer(e) en psychiatrie*, ELSEVIER MASSON, Issy-les-Moulineaux, 2012, p. 89

espace de rencontre entre le soignant et le soigné, par des mouvements de transfert et contre-transfert, par un projet de soin, par la notion de pare-excitation, de maternage, de contenance physique et psychique et par la parole comme base de la relation.

3 – Conclusion de la Partie I

La prise en charge des enfants souffrant de psycho traumatismes complexes est au centre des préoccupations dans le travail de liens entre les services éducatifs et les soins en pédopsychiatrie. Cette première partie est volontairement développée car elle répond à un constat émanant de mes expériences professionnelles en pédopsychiatrie. En effet, la clinique des enfants souffrant de psycho traumatismes complexes est une approche extrêmement difficile à accueillir et à traiter pour les professionnels du système éducatif et du soin.

L'approche psychologique et médicale apporte des éléments indispensables, de compréhension et un éclairage sur le fonctionnement psychique de ces enfants. Les troubles psychiques de ces enfants souffrant de psycho traumatismes complexes appellent des soins psychiques dispensés dans un environnement matériel et affectif stable. Les situations de ruptures sont délétères pour le développement psycho-affectif de l'enfant, elles ne facilitent pas la reconstruction d'un autre possible. La vie de l'enfant ainsi dispersée ne permet pas de tirer le fil manquant pour tisser l'étoffe de leur vie. Pour Pierre Delion, pédopsychiatre, il est fondamental d'avoir une vision globale de la situation des enfants et « *de recréer un espace de pensée en constellation* »²⁸ pour penser les prises en charge complexes de ces enfants.

Ces enfants sont déroutants, et obligent les soignants et les équipes éducatives à comprendre leurs difficultés et mettre du sens ensemble, à l'expression virulente de leur souffrance.

²⁸ Delion P., *Ecouter, soigner, la souffrance psychique de l'enfant*, Albin Michel, Paris, 2013, p. 56

PARTIE II - LES DIFFICULTES DES EQUIPES EDUCATIVES FACE AUX SITUATIONS DES ENFANTS SOUFFRANT DE PSYCHO TRAUMATISMES COMPLEXES

Définir et préciser la notion de psycho traumatismes complexes est nécessaire dans mon cheminement et pour l'élaboration de ce travail. En effet, ces troubles caractérisent la majorité des enfants protégés pris en charge par la pédopsychiatrie et par les équipes éducatives. Pour explorer la question des différences et des concordances entre l'activité soignante et le travail éducatif, je poursuis ma réflexion et j'aborde dans cette deuxième partie les difficultés des équipes éducatives face aux situations des enfants souffrant de psycho traumatismes complexes. J'évoque les représentations infirmières sur les pratiques éducatives, puis je développe l'idée des éducateurs en demande d'expertise de la pédopsychiatrie. Je termine l'écriture de cette deuxième partie, en explorant les demandes de sécurité par les équipes du soin et éducatives, dans l'exercice de leurs missions.

1 – Les représentations des infirmiers de pédopsychiatrie sur les pratiques éducatives jugées négativement

Les professionnels de la santé interviewés défendent une expertise singulière et entretiennent leur territoire professionnel. Ils disposent de connaissances dans le champ de la psychologie et utilisent un vocabulaire technique et spécifique. Les infirmiers, par leur formation initiale et nourris de leurs expériences et plus précisément de leur savoir expérientiel, élaborent des diagnostics relevant de leurs compétences.

Les soignants rencontrés lors des entretiens ou lors des observations participantes montrent une tendance à l'ultracréditarisme. De fait, ils expriment un avis sur des situations pour lesquelles ils n'ont pas de connaissance et qui se situent en dehors de leur domaine de compétences. Ils reconnaissent leur incompétence sur le sujet mais assurent malgré tout un point de vue.

Laetitia, infirmière en pédiatrie et urgences pédiatriques dit :

« En fait dans la formation d'éducateurs, je n'ai pas jugé le contenu, je ne le connais pas suffisamment, mais je trouve qu'il y a des manques et pourtant ils ont des stages longs en structure. Ils ont le contact avec la réalité et du coup j'ai du mal à comprendre pourquoi les éducateurs ne comprennent pas les troubles des enfants. »

Lors des entretiens, les infirmiers interrogent le contenu de la formation des éducateurs spécialisés en lien avec les connaissances sur la psychopathologie. Ils questionnent aussi les pratiques éducatives.

Sandrine, infirmière en pédopsychiatrie, exprime l'idée :

« Qu'il y a probablement un manque de connaissance autour des problématiques traumatiques des enfants, un manque de formation, comme s'ils ne voulaient pas voir ou ne pas prendre en compte les phénomènes plus compliqués. »

Laetitia, infirmière en pédiatrie et urgences pédiatriques explique :

« Les éducateurs sont à la fois demandeurs et en même temps tellement attentistes on ne sait pas toujours ce qu'ils veulent. Est-ce qu'ils sont attentistes ou qu'ils essaient de trouver des solutions avant de faire appel à l'urgence ? Quand ils arrivent aux urgences, c'est déjà trop tard. Pour nous, les associations se font très rapidement, de façon limpide presque. Quand on voit que pour les équipes éducatives ça les met dans des situations d'impasse, d'incompréhension alors que pour nous cela s'éclaire tout de suite. On propose une hypothèse, une lecture de la situation mais du coup on sent qu'ils s'en saisissent tout de suite car ils sont plongés eux aussi dans les problématiques de ses enfants. Elle ajoute : « Nous sommes dans l'obligation de donner des explications aux éducateurs dans ce que c'est que les carences éducatives et affectives. C'est dommage car ce n'est pas à nous d'apprendre ça aux éducateurs. »

Lors des interviews, je note que les attitudes et les postures professionnelles des éducateurs, différents des infirmiers, sont re-questionnées et interrogent leur reconnaissance professionnelle par les infirmiers. Je constate ici la mise en œuvre des processus de

segmentation²⁹ qui pourraient conduire à la confrontation des points de vue sur le sens des interventions, sur les approches relationnelles.

La question des représentations exprimée par les infirmiers, en lien avec la formation et les pratiques professionnelles des éducateurs spécialisés, s'interroge ici ? Quelles connaissances ont-ils du fonctionnement du système éducatif ? Quelles informations possèdent-ils sur les contraintes et les enjeux du travail éducatif ?

Jérémie, infirmier en pédopsychiatrie explique :

« Pour avoir côtoyé beaucoup d'éducateurs, qui accompagnaient les jeunes en prise en charge, ça m'est arrivé de reprendre la relation entre un éducateur et le jeune. Pas devant le jeune bien sûr. Il y a un truc que je ne pige pas. Je ne comprends pas pourquoi l'éducateur lui fait la bise quand il le laisse ou quand il le retrouve. Pourquoi il offre une de ses clopes ? Il y a une relation de proximité qui n'est pas normale pour moi. De mon point de vue, il n'y a pas d'alliance mais plutôt du copinage. En pédopsychiatrie, on passe pour des bourreaux à côté car on a un cadre extrêmement bien... enfin je ne dis pas que l'on fait bien mais de ce point de vue là on n'est pas les copains du gamin. »

A contrario, Antoine, éducateur spécialisé en MECS, précise :

« Oui, parfois on fume une clope ensemble avec les jeunes, mais en même temps ça me permet de rentrer en contact avec eux, cela permet de créer une alliance, on vit tous les jours ensemble, des liens se tissent. »

Le verbatim de Jérémie met en évidence le jugement porté sur la posture professionnelle des éducateurs. Ce professionnel du soin pose un regard critique sur les pratiques éducatives sans essayer d'interroger le référentiel professionnel des éducateurs. S'agit-il ici, d'une absence de reconnaissance par le professionnel du soin, d'une expertise de la relation éducative propre aux professionnels du secteur éducatif ? Le professionnel du soin estime-t-il détenir l'expertise de la relation ?

²⁹ Coutant I., Eideliman J.S., *À l'écoute de la souffrance. Traiter les fragilités dans une maison des adolescents, Juger, réprimer, accompagner. Essai sur la morale de l'État*, Éditions du Seuil, Paris, 2013, p. 281

Les capacités d'empathie, de non-jugement, d'écoute active et d'attention sont des attitudes essentielles dans l'acte éducatif comme dans le soin. Pour les équipes éducatives et soignantes, il est nécessaire de construire une alliance avec le jeune et sa famille. Cependant, les conditions d'exercice ne sont pas les mêmes pour les deux secteurs. Si dans le cadre du service de pédopsychiatrie, l'intervention directe auprès du jeune s'effectue de façon individuelle, pour les équipes de la protection de l'enfance, cette intervention prend place, la plupart du temps, au sein du groupe.

2 - Des éducateurs en demande d'expertise de la pédopsychiatrie

a. Des clés de lecture des situations

A la demande du chef de service d'un lieu de vie, une réunion entre les professionnels de l'équipe mobile de pédopsychiatrie et les équipes psycho-socio-éducatives a eu lieu. L'équipe éducative souhaitait rencontrer les soignants pour évoquer les comportements sexualisés préoccupants d'un enfant, qui questionnaient et malmenaient les éducateurs. Ils ont relaté leurs observations et ont interrogé les soignants sur le mode opératoire à mettre œuvre auprès de cet enfant. Les professionnels du soin se sont appuyés sur le discours des éducateurs pour réfléchir ensemble sur cette situation, émettre des hypothèses, mettre du sens aux comportements de cet enfant et à leur pratique. A la fin de cette réunion, les éducateurs ont exprimé l'intérêt des échanges sur l'éclairage et l'identification des besoins en santé mentale des jeunes.

L'équipe éducative explique à l'équipe soignante :

« Nous avons plus appris en 2h de réunion avec vous que lors de nos temps d'analyse des pratiques » (Extrait du journal de terrain, le 28 novembre 2022).

Je me demande alors de quoi ont besoin les éducateurs dans l'expertise de la pédopsychiatrie pour effectuer le travail éducatif. Malgré leurs expériences et leur savoir-faire, les éducateurs ont-ils nécessairement besoin de venir confirmer auprès de la pédopsychiatrie la légitimité de leurs actes ?

Une des fonctions de l'éducation est de transmettre des valeurs, des savoir-faire et d'accompagner des actes ordinaires, essentiels à l'intégration sociale. En prenant en compte le vécu du jeune, les éducateurs l'accompagnent pour se poser à réfléchir et donner du sens à ses projets, tout en le responsabilisant. Les éducateurs par leur expertise professionnelle manient « *divers savoirs psychologiques dans le cadre d'une rhétorique professionnelle visant à donner sens à la trajectoire biographique et à l'environnement familial des jeunes.* »³⁰

Apparaît alors, l'intérêt de définir des clés de compréhension et la nécessaire réponse médico- psycho-éducative face aux situations complexes relevant du soin³¹.

Emile, cadre socioéducatif exerçant en pédopsychiatrie explique :

« La pédopsychiatrie invite pour des concertations. L'équipe éducative se déplace. On ressort de la concertation, on a fait du bon boulot. Le médecin là-dessus peut être très intéressant car il explique ce qu'il fait, il partage, peut-être trop parfois, il faut faire attention, je trouve que parfois, il va un peu vite pour partager les infos. L'équipe éducative, c'est plus leur cœur qui parle, c'est leur émotion et du coup je ne sais pas comment dire ça mais ce n'est pas facile non plus de venir se confronter à une autre équipe (soins) qui va amener une autre lecture des choses. Plus on va partager et moins on va se faire bouffer par la réalité institutionnelle des autres, plus on va tenir compte de la parole de l'autre et plus on sera bien traitant pour les enfants. »

Être à l'écoute du jeune demande un état de vigilance, d'alerte, nécessitant la capacité à être préparé à décoder certains aspects de la réalité externe du jeune, en s'appuyant sur l'expression concrète de ce dernier dans le quotidien pour décrypter la réalité interne de l'autre. En pédopsychiatrie, les professionnels du soin abordent les comportements des enfants en référence à un cadre théorique. Je me demande alors, si l'équipe éducative s'appuie sur un cadre de référence défini, précis et explicite, étayé par une psychologue exerçant en structure d'accueil pour comprendre les situations rencontrées.

³⁰ Chantraine G., Sallée N., « Eduquer et punir », *Presses de Sciences Po, Revue française de sociologie*, 2013

³¹ Borelle C., « C'est uniquement social. Sur la production d'un dualisme social/psychiatrique en sciences sociales et dans le travail ordinaire de la psychiatrie », Dans *Politix*, 2017/1 (n° 117), Éditions De Boeck Supérieur, p. 201-222

La compréhension des enjeux par les équipes éducatives et du soin, entrainera des réponses et un accompagnement ajusté auprès des jeunes.

Jérémy, infirmier en pédopsychiatrie raconte :

« Nous développons le savoir co-construit. Les éducateurs sont assez preneurs des connaissances que l'on a en psychologie du sujet même si on précise que l'on n'a pas de baguette magique on nous met dans cette posture-là. Très rapidement, quand ils nous présentent la situation, on fait une lecture et une analyse, on raisonne autour de la situation et des liens se font tout à fait avec la clinique et la théorie. »

A la fin des réunions, avec les professionnels des services éducatifs, dans nos échanges informels, je note que les éducateurs mobilisent et défendent leur monopole sur l'acte éducatif.

« Nous partageons et nous accompagnons le quotidien des enfants. Nous gérons l'imprévu. La rencontre avec le jeune se fait de façon individuelle ou collective. C'est le cœur de notre pratique. Nous devons nous apprivoiser l'un et l'autre. On essaie d'organiser des temps d'entretiens hebdomadaire. C'est important d'avoir un espace d'écoute privilégié avec le jeune. Les éducateurs sont des équilibristes, toujours sur le fil. Nous accompagnons le jeune en douceur mais aussi avec fermeté parfois. Nous sommes là, ni trop loin, ni trop près. En équipe, nous partageons les situations complexes pour évacuer la charge émotionnelle » (Extrait du journal de terrain, le 12 décembre 2022).

Dans le cadre des rencontres entre les services éducatifs et de santé, je constate que l'équipe éducative évoque le placement comme seule cause du vécu traumatique. L'équipe soignante parle des raisons du placement et du vécu traumatique en lien avec l'histoire globale de l'enfant sans occulter le vécu du placement. Ces temps d'échanges permettent de préciser l'analyse des situations rencontrées. De plus, je remarque que l'équipe éducative intègre bien la dimension de la santé dans la prise en charge des enfants qui leur sont confiés, *« elle est en partie socialisée aux soins.³²»*

³² Arborio A.M., « L'observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier », *recherches en soins infirmiers*, N°90, 2007, p. 26-34

Lors de mes observations, je note :

« Que les éducateurs accompagnent les jeunes pour les rendez-vous médicaux et paramédicaux, ils distribuent les traitements, ils s'inquiètent de l'hygiène bucco-dentaire, ils se préoccupent de la douleur physique et interrogent la douleur psychique... » (Extrait du journal de terrain, le 16 mars 2023).

Cependant, l'équipe éducative est parfois démunie face aux troubles bruyants des enfants. Les éducateurs prennent en considération le mal-être de ces enfants mais ils estiment que cette question concerne les équipes sanitaires aguerries et spécialistes de l'état de santé psychique de ces jeunes. En général, quand l'enfant est en crise, une pression, une tension s'exerce. Le service éducatif voudrait voir le jeune "ailleurs" et particulièrement en milieu hospitalier, par peur peut-être de ne pas maîtriser la situation et/ou dans un souci de protection de l'enfant, du groupe et d'eux-mêmes. De fait, l'équipe éducative se représente l'institution hospitalière détentrice de l'expertise, plus contenante, plus adaptée et sécuritaire pour prendre en charge le jeune.

Antoine, éducateur spécialisé exerçant en MECS indique :

« Le jeune était mal, il était en incapacité de gérer, il se faisait du mal, et ce n'est pas dans nos compétences de gérer le mal-être et les troubles psychiques, pour moi c'est du ressort de la pédopsychiatrie. »

Jérémy, infirmier en pédopsychiatrie ajoute :

« Dans nos rencontres, on rapporte des éléments de compréhension par rapport à ces situations on voit que les éducateurs sont très preneurs. »

Les professionnels soignants rencontrés dans le cadre de cette recherche, remarquent un décalage entre le profil de ces jeunes souffrant de psycho-traumatismes complexes et l'approche éducative proposée. Selon eux, la connaissance du développement psychoaffectif n'est pas mobilisée et prise en compte dans la mise en œuvre de la démarche éducative. Cette incompétence repérée, mais non dite aux équipes éducatives, par l'équipe soignante relève de la compétence du soin. C'est à travers celle-ci que les soignants sont attendus par l'équipe

éducative. Pour les éducateurs, les soignants ne prennent pas en charge les soins à la hauteur des attentes du milieu éducatif. En effet, ce dernier souhaiterait que le jeune soit hospitalisé.

Sandrine, infirmière en pédopsychiatrie explique :

« Les éducateurs sont embarqués dans des situations transférentielles qui les amènent à avoir des attitudes, des comportements contre transférentiels qui empêchent aussi de penser. C'est des problématiques d'enfants tellement abîmés que penser peut-être dangereux. On sait aussi que ça peut être normal qu'ils soient aspirés dans ce tourbillon-là. En intervenant, on leur permet de faire avant tout un pas de côté. On entend très régulièrement les équipes dirent que cela leur permet de faire un pas de côté, d'apprendre des choses dont il n'avait pas connaissance. En plus d'être dans une position de rapporter un savoir, on fait en sorte de leur faire faire un pas de côté. »

Dans le cadre de cette enquête, l'équipe soignante estime posséder des compétences dans le décryptage des troubles présentés par les enfants. Elle pense qu'il est possible d'attendre des éducateurs plus d'autonomie dans la gestion de ces troubles. Les éducateurs rencontrés expliquent à l'unanimité ne pas être formés pour le faire. Ils disent avoir fait le tour des possibles dans la gestion de la crise, lorsqu'elle survient. Ils délèguent alors les troubles psychiques externalisés aux professionnels de la santé en précisant que les troubles présentés par les jeunes sont du ressort du soin.

Les réalités professionnelles peuvent non seulement être différentes, s'opposer, voir être conflictuelles. Ainsi, les professionnels de la santé et ceux du milieu éducatif gèrent des situations similaires d'enfants, mais l'entrée en relation reste différente en raison du regard et de la définition donnée à la situation rencontrée. De plus, chacun aurait tendance à estimer que ce qu'il fait est important et le justifie, souhaitant ainsi la reconnaissance de son travail.

b. Les soignants et les équipes éducatives, en demande de sécurité dans l'exercice de leurs missions

1) Différence de fonctionnement entre les équipes du soin et les équipes éducatives

Force est de constater que toutes les activités éducatives et sanitaires des professionnels se fondent sur la relation.

Une des particularités de la psychiatrie réside dans la pluridisciplinarité de ses équipes, nécessitant une collaboration entre les différents corps de métiers, tout en tenant compte des logiques spécifiques qui peuvent se compléter ou s'affronter. Ainsi, la co-construction des liens professionnels favorise la mise en commun du travail d'équipe de part et d'autre.

En milieu hospitalier, la notion de strates hiérarchiques est fortement ancrée au sein des organisations administratives mais aussi dans les services de soins. Le lien entre le médecin, les psychologues et les paramédicaux n'est pourtant que d'ordre fonctionnel. Le cadre de santé, quant à lui, a un lien hiérarchique avec les paramédicaux. En pédopsychiatrie, l'équipe d'encadrement repose sur la triade médecin, cadre et psychologue en partenariat avec l'équipe soignante.

Auparavant, les postes médicaux étaient tous pourvus, les médecins se rendaient disponibles et présents sur les structures de soins. Les soignants paramédicaux et les psychologues se référaient à l'avis médical, la présence du médecin, ses prises de décision rassuraient. Des réunions pluri professionnelles étaient planifiées, des espaces de discussion et de réflexion étaient alors possibles, cela favorisait les échanges et permettait aux infirmiers d'intégrer une façon différente d'élaborer leur rôle soignant.

A ce jour, le pôle de pédopsychiatrie dans lequel je travaille rencontre des difficultés de recrutement des médecins. En trois ans, nous avons assisté à cinq départs de pédopsychiatres. Depuis, sur des missions intérimaires, des médecins interviennent ponctuellement. De fait, dans toutes les unités de pédopsychiatrie, le turn-over médical impacte la continuité des soins et rend les organisations instables. Nous rencontrons des

difficultés dans la mise en œuvre des projets en l'absence de "pilote", ou de "leadership", représenté par le corps médical. Une réorganisation des soins s'impose donc.

2) Rôle du pédopsychiatre

Basée sur l'étude de la maladie, la culture médicale est fondée sur des connaissances scientifiques et techniques. Elle s'acquiert par l'éducation médicale, par l'apprentissage en stage. Elle s'effectue par l'imprégnation culturelle qui conditionne une identité dans la socialisation professionnelle. (DUBAR, 1991)³³

L'équipe médicale pose le cadre thérapeutique dans la prise en charge de ces jeunes protégés. Pour les médecins pédopsychiatres présents lors de la réunion entre l'établissement de santé et la protection de l'enfance, en présence des directions des deux institutions :

« Les troubles de l'attachement, les psycho traumatismes, tout comme les troubles neuro développementaux et les carences subies, nécessitent l'accès aux soins de façon prioritaire. Si les troubles de l'attachement sont isolés et sans gravité, les soins ne sont pas une priorité. Et enfin, si l'enfant montre une souffrance morale et/ou psychique, alors les soins ne sont pas forcément d'orientation pédopsychiatrique » (Extrait du journal de terrain, le 23 mars 2023).

En référence à la clinique du psycho traumatisme complexe et par sa légitimité psychiatrique, le médecin fait figure d'autorité. Ainsi, dans tous les groupes, les professionnels les plus diplômés, sont les plus dominants, ils se distinguent des subalternes.

Pour Yannis Gansel,³⁴ *« Les psychiatres seraient en position asymétrique de domination, l'autorité psychiatrique serait naturellement liée au capital symbolique de ses acteurs, à la pertinence de leurs savoirs cliniques et à leur capacité de catégorisation... Cette*

³³ Sarzier M., « Des déclassés immobiles. Comprendre l'évolution des rapports au travail dans un service hospitalier », *Sociologie du travail*, Vol. 62 - n° 4 | Octobre-Décembre 2020

³⁴ Gansel Yannis, psychiatre

asymétrie donnerait autorité aux psychiatres pour lever l'incertitude des autres professionnels³⁵. »

Le médecin n'exerce pas son métier en solitaire. Il partage son activité professionnelle avec de nombreux acteurs issus du milieu sanitaire, médico-social, et la famille. Invariablement, le pédopsychiatre prescrit le plan de soins en co-construction avec l'équipe pluridisciplinaire. Il doit être le garant de sa mise en œuvre, et s'assure lors des réunions de synthèse de l'atteinte ou non des objectifs de soins posés.

Dans les unités de soins, les psychologues accompagnent les soignants dans leur réflexion, dans la prise de distance, dans le questionnement et la mise en sens de leur pratique éducative et/ou soignante.

3) Place des psychologues

❖ Le psychologue : traducteur des notions théoriques

Le psychologue, par son positionnement tiers, a le recul nécessaire pour faire un pas de côté. Il permet la restauration de la fonction "penser" des professionnels paramédicaux et éducatifs et aide ainsi au déblocage de la problématique rencontrée. Ainsi, les psychologues cliniciens jouent un rôle de traducteur conceptuel en psychopathologie, auprès des soignants et de l'équipe éducative.

Mathieu, psychologue ayant exercé en protection de l'enfance et en pédopsychiatrie précise :

« Dans toutes les fiches de postes des psychologues, il y a la question de l'aide à la compréhension du fonctionnement de l'enfant et de guider l'équipe dans le décodage des troubles présentés par l'enfant et ses difficultés. »

Emma, éducatrice spécialisée en foyer d'accueil d'urgence explique :

« En foyer d'accueil d'urgence, nous travaillons avec la psychologue. Elle nous aide à décortiquer les situations, les troubles des enfants, car parfois nous sommes démunis et nous ne savons pas comment aider les jeunes. »

³⁵ Gansel Y., *Vulnérables ou dangereux*, ENS éditions, Lyon, 2019, p. 113-130

❖ Un exercice partenarial et collaboratif

Les psychologues des deux institutions font le lien entre eux lors de la prise en charge des enfants placés. Les liens entre catégories socioprofessionnelles sont facilités.

Mathieu, psychologue ayant exercé en protection de l'enfance et en pédopsychiatrie énonce l'idée suivante :

« Il existe une différence de background théorique, entre le soin, la protection et l'orientation de l'enfant. Le lien est facilité en fonction des individus. D'où l'importance de la connaissance du réseau. En protection de l'enfance, les psychologues font le lien pour les demandes d'hospitalisation et le suivi de l'hospitalisation. Quand l'équipe éducative va en pédopsychiatrie, on lui demande de donner plus d'informations sur l'enfant et en retour, elle n'a jamais rien. Quand un enfant est pris en charge, les soins se poursuivent, l'accès aux soins est plus difficile pour des enfants présentant des retards de développement, du langage. On pourrait considérer que ce sont des facteurs de risques. S'il y a crise, l'enfant est pris en charge rapidement parfois. »

Julie, cheffe de service en MECS évoque les difficultés pour obtenir des informations auprès des professionnels de la pédopsychiatrie.

« Le lien avec la pédopsychiatrie n'est pas hyper simple. Tout dépend de qui s'adresse à qui. Quand la psychologue fait les démarches ça va mieux. Quand on accompagne un jeune, le rendez-vous se passe seul et nous n'avons pas de retour, sauf si la psychologue les contacte. »

Mathieu, psychologue ayant exercé en protection de l'enfance et en pédopsychiatrie apporte une précision au sujet de sa pratique :

« En tant que psychologue, on me demandait de contacter des services de pédopsychiatrie notamment pour demander l'hospitalisation d'un enfant comme c'était dans ma mission de fiche de poste de faire l'interface avec les services de pédopsychiatrie, je remplissais ma mission j'appelais les services de pédopsychiatrie et les médecins et j'expliquais que j'avais la demande qui m'était faite de les contacter pour demander l'hospitalisation d'un enfant. »

Par ces témoignages, je note que le lien entre les deux institutions est facilité par le travail des psychologues. Cette activité, dans le champ de la communication, représente-elle le pivot central, entre les professionnels du soin et les équipes éducatives ?

❖ La psychologie : un outil de légitimation

La psychologie est perçue comme une discipline de légitimation de l'autorité soignante. Les exigences professionnelles des paramédicaux sont cautionnées par les références psychologiques. Ils ont recours à la psychologie pour mettre du sens à leur pratique et pour légitimer leurs attentes professionnelles. Pour Yannis Gansel, psychiatre, la clinique de la psychopathologie, *"comme corpus de savoirs"*, sert à la construction et au décryptage des situations. Il précise que *« la référence à la subjectivité et les concepts psychopathologiques permettent d'analyser les "difficultés" du jeune, en particulier sa violence... La violence de l'adolescent est analysée avec des termes savants : "incestuel", "incestueux", "psychose blanche", "narcissiser", "trouble identitaire", "surmoi" [...] L'usage non seulement de ces termes psychopathologiques mais des concepts qui s'y rapportent fait l'objet d'une forme de revendication de la part des travailleurs sociaux.³⁶ »* De fait, lors des rencontres entre l'équipe mobile de pédopsychiatrie et les éducateurs de la protection de l'enfance, je remarque que l'équipe éducative, utilise un langage issu de la psychologie mais les éducateurs ne maîtrisent pas toujours les notions, puisqu'ils sollicitent les équipes soignantes pour expliciter les termes psychopathologiques et psychologiques.

Lors des entretiens, je découvre que le registre de la psychologie est mobilisé dans le travail éducatif mais la parole du psychologue n'est pas toujours prise en compte.

Lors des rencontres entre les équipes éducatives et les soignants de l'équipe mobile :

« Je note que les échanges entre professionnels (infirmiers, éducateurs, psychologues), centrés sur la clinique et la mise en sens des comportements de l'enfant, mettent en avant des notions dans le champ de la psychologie. Le psychologue de la structure éducative précise "en aparté", qu'il a déjà expliqué ces notions aux équipes éducatives,

³⁶ Gansel Y., *Vulnérables ou dangereux*, ENS éditions, Lyon, 2019, p.113-130

mais que sa parole n'a pas été entendue, prise en compte. » (Extrait du journal de terrain, le 22 novembre 2022).

Je me demande alors si l'intervention d'un tiers au sein des équipes éducatives permet la prise de distance et favorise la compréhension des troubles présentés par les enfants. Quelle est la place du psychologue au sein de l'équipe ? Quelle reconnaissance ont les éducateurs de ses missions ?

Mathieu, psychologue ayant exercé en protection de l'enfance et en pédopsychiatrie précise :

« L'éclairage par des notions en psychologie peut être pris en compte même si ce n'est pas la même lecture que celle de l'équipe éducative ou soignante. Dans des services éducatifs, la compréhension complémentaire avec une grille de lecture émanant de la psychologie est complètement balayée et ne peut pas être intégrée, puisque que ce sont les réponses éducatives qui prévalent, les éducateurs sont experts des réponses éducatives. »

Sandrine, infirmière en pédopsychiatrie précise :

« La place de la psychologue, on fait le constat que la place de la psychologue dans le milieu éducatif, dans le foyer d'accueil elle n'est pas simple. »

❖ Le rôle et les missions du psychologue en structures sanitaires ou éducatives

De façon informelle, j'ai eu l'occasion d'échanger avec plusieurs psychologues de la protection de l'enfance travaillant sur les structures d'accueil ou à l'aide sociale à l'enfance. Elles expliquent³⁷ qu'elles sont parfois amenées à rencontrer les enfants pour s'inscrire dans une démarche d'évaluation des besoins en soins. Elles accompagnent aussi les professionnels lorsqu'ils expriment des besoins concernant les problématiques rencontrées.

Effectivement, le travail de mise à distance, "de prise de hauteur" face aux situations d'enfants rencontrées par les équipes est attribué aux psychologues présents dans les

³⁷ Je n'ai rencontré que des femmes à la protection de l'enfance

structures sanitaires ou éducatives. Ainsi, en remettant quotidiennement l'enfant au centre des préoccupations, l'accompagnement sur la mise en sens et le décryptage des troubles et des symptômes doit favoriser la qualité des projets de soins et éducatifs. Les références théoriques en psychologie et les repères en psychopathologie visent à faciliter la compréhension sur le vécu du jeune.

Mathieu, psychologue ayant exercé en protection de l'enfance et en pédopsychiatrie raconte :

« En milieu éducatif, la parole de la psychologue est prise en compte en fonction des équipes éducatives et du management, plus précisément de l'engagement fort en tout cas du chef de service, avec une centration sur les besoins de l'enfant et les besoins de sécurité psychique pour pouvoir embarquer l'équipe éducative. »

Dans le cadre du placement, je m'interroge aussi sur l'accompagnement psychologique des enfants par les psychologues de la protection de l'enfance. Selon le discours de l'équipe éducative, je constate que les jeunes seraient plus enclins à être suivis par la psychologue de la structure d'accueil. S'agit-il d'une volonté de rester dans un environnement connu et sécurisant ou est-ce par peur d'être identifié comme un jeune souffrant de troubles psychiatriques en consultant au CMP ?

En effet, Julie, cheffe de service en MECS explique :

« Dès que l'on parle de psychologue, de CMP, c'est compliqué car souvent les jeunes ont un long parcours avant d'arriver ici. Ils ont vu X psychologues et X prises en charge en CMP. Il y a l'image sociétale où tu vas avoir une étiquette, tu es fou. Souvent ils disent je ne suis pas fou. Dans beaucoup de cas, les parents sont aussi contre le soin et du coup dans un rapport de loyauté ils finissent par être contre. »

Clara, agent éducatif, professionnelle non diplômée en remplacement en foyer d'accueil d'urgence témoigne :

« Les jeunes expriment des angoisses. Ils ont des suivis par un pédopsychiatre mais ils n'aiment pas trop les pédopsychiatres par rapport au traitement, parce qu'ils mettent des traitements qui les assomment. Ils préfèrent être suivi par la psychologue du

service. Certains sont très réfractaires à voir un psychiatre car ils disent qu'ils n'ont pas le feeling. »

Antoine, éducateur spécialisé en MECS ajoute :

« Certains jeunes préfèrent le suivi par la psychologue du foyer, elle est bien repérée par les jeunes, ils acceptent les entretiens, elle mange avec eux le mardi, cela permet d'enlever l'étiquette "psychologue". La psychologue fait le relai entre le CMP et les éducateurs. Elle est bien repérée par les services de soins. Elle donne des pistes de travail. »

Lors de notre rencontre, Estelle, pédopsychiatre, confirme la nécessité du travail partenarial avec les psychologues exerçant en structure d'accueil et de la protection de ces enfants.

« Le travail de l'élaboration familiale c'est une chose qui peut relever de nos services de soins mais qui je trouve est plutôt bien fait par les psychologues de l'aide sociale à l'enfance. Il faut protéger d'abord cet enfant et on le prend en charge ensuite parce que finalement le fait de le prendre en charge pendant qu'il subit des maltraitances ça on sait déjà que ça ne marche pas bien. Le problème c'est que protéger ça prend du temps. Donc finalement ne pas soigner pendant ce temps-là c'est plutôt discutable. De plus, le soin participe ou peut participer à la protection, puisqu'il est susceptible de faire émerger des éléments nécessaires à la protection de l'enfant. »

4) Le désir d'exercer son métier dans un cadre sécurisant

En pédopsychiatrie, le travail en équipe pluri professionnelle renforcée par la présence médicale offre un cadre sécurisant d'intervention. Si ce cadre sécurisant semble assuré par la structuration du service de pédopsychiatrie, il paraît beaucoup plus fragile dans les services de protection de l'enfance.

Brigitte, cadre socioéducatif exerçant dans une structure d'accueil d'urgence précise :

« En pédopsychiatrie, il y a la présence du médecin, des infirmiers, des éducateurs, des psychologues. En protection de l'enfance le service de santé est à part. Il y a turn-over

important des éducateurs qui rend les enfants plus vulnérables, qui entraîne des ruptures et des problèmes de continuité. »

Emma, éducatrice en structure d'urgence estime que :

« Le chef de service avec qui je travaille est peu présent sur la structure car il a en référence d'autres lieux d'accueil, il passe beaucoup de temps en réunion, il fait de l'administratif. Moi j'aimerais qu'il soit plus proche de nous, qu'il vienne au moins dire bonjour, prendre "la température", on se sent vraiment seul face aux situations parfois. J'estime, ne pas être soutenue, pas comprise et pas reconnue dans mon travail. »

Dans les structures d'accueil, les liens hiérarchiques sont présents entre les directions, les chefs de service, et l'équipe éducative. Lors des échanges informels, les équipes éducatives en protection de l'enfance ne retrouvent pas forcément ce cadre sécurisant.

« Les éducateurs revendiquent un manque de moyen humain. Ils estiment que le nombre d'enfants par groupe est trop important, que les tranches d'âge des enfants seraient à repenser car les besoins divergent entre des enfants de 10 ans et des jeunes de 15 ans. Pour les équipes qui travaillent en structures d'accueil d'urgence, les éducateurs demandent un accompagnement plus conséquent des psychologues et de l'encadrement, car ils font face à des situations très complexes. Ils désirent ainsi, être soutenus et entendus dans leur pratique professionnelle. Ils regrettent la lenteur des décisions de justice, qui entrave l'orientation des enfants dans des lieux de vie plus adaptés à leurs besoins. Ils souhaiteraient bénéficier de formation sur la prise en charge des situations d'enfants complexes, car face à la violence exprimée, ils se sentent démunis. » (Extrait du journal de terrain, le 16 mars 2023).

Au cours d'un échange informel sur les liens entre les deux institutions, un infirmier exprimait l'idée suivante :

« Nous n'avons pas besoin de cadre, on n'y arriverait plus facilement sans cadre ni chef de service, car les éducateurs et les infirmiers sont ok pour travailler ensemble. » (Extrait du journal de terrain, le 13 octobre 2022).

Ces remarques suscitent des réflexions sur les modalités de management auprès de professionnels proches des enfants, sur leur vécu, leurs attentes, leurs besoins et leur désir en termes d'accompagnement de ces enfants souffrant de traumatismes complexes.

De ce fait, Jérémie, infirmier en pédopsychiatrie, s'interroge sur ce qu'admet la hiérarchie :

« Est-ce qu'elle autorise le dialogue, rassure, sécurise, en authenticité, sans jugement. C'est une histoire de sécurité et de confiance ». Il précise aussi : « Je sais que cliniquement mon cadre va m'apporter. De mon point de vue, il est nécessaire que le cadre reprenne des éléments dans la pratique des professionnels. Je pense que le boulot du cadre, c'est de soutenir son équipe, d'accompagner les équipes, de les aider à mettre du sens. On peut être en désaccord, on peut avoir des avis divergents. Le cadre a ce rôle de portage psychique et tant que l'on n'a pas ce portage, ou si on l'a moins, ou un peu bancal, et bien les équipes ne vont pas bien. »

Clara, agent éducatif, professionnelle non diplômée en remplacement en foyer d'accueil d'urgence pense :

« Le cadre doit être disponible, à l'écoute, qu'il a à cœur de faciliter les organisations et le travail des éducateurs. Qu'il peut intervenir auprès des jeunes si nécessaire pour reposer le cadre. Au quotidien, le cadre n'est pas toujours présent et cela pose problème. »

En général, les chefs de service ou les cadres de santé sont désignés comme des cadres de proximité pour les équipes. Elles sont en demande d'une certaine présence pour soutenir, entendre, comprendre le quotidien des professionnels de première ligne qui s'occupent des enfants.

Julie, cheffe de service en MECS confirme cette mission :

« Je pose des sanctions en lien avec les actes dans le cadre de la réparation. Parfois il y a aussi le rapport à la loi par le dépôt de plainte nommé aux jeunes. J'incarne la responsabilité du groupe, le management de l'équipe. Quand le jeune vient dans mon bureau ce n'est pas bon signe. Il y a une nécessité à mettre de la distance entre le chef de service et les jeunes. Par exemple, il est important aussi que le cadre prenne le relai

pour les transferts aux urgences, car cela permet de décaler et de préserver la relation avec les éducateurs. »

Antoine, éducateur spécialisé en MECS, émet l'idée que :

« Les demandes soient entendues, que l'on peut être orienté si besoin. »

Par ces extraits, je pressens aisément les demandes des équipes. Il est vrai que la gestion du quotidien mérite que l'on se préoccupe autant des patients et de la qualité des soins, que de la sécurité physique et psychique de l'équipe, en assurant des moyens qui permettent de travailler dans de bonnes conditions.

Le cadre tient un rôle organisationnel des soins et des activités éducatives en concertation avec les différents acteurs. L'encadrement occupe parfois plusieurs postes dans différentes structures et des missions transversales. Il peut manquer de disponibilité. Alors que les équipes de première ligne attendent que l'encadrement soit au plus près d'eux. Ils comptent sur leurs connaissances spécifiques de la prise en soins et/ou de la prise en charge éducative des enfants protégés pour faciliter les échanges et coordonner les activités.

La notion de repères est aussi abordée. Ainsi, Emile, cadre socioéducatif en milieu sanitaire explique que :

« Le turn-over des chefs de service ne facilite pas les liens. Un nombre conséquent de professionnels qui gravitent autour de l'enfant peut être délétère dans la prise en charge. Nous rencontrons des difficultés dans les liens entre l'ASE et les structures d'accueil. Il y a des sacrés trous dans la raquette au niveau de la protection de l'enfance quand même, c'est inquiétant. »

Une attention au bien-être des équipes semble essentielle. Laurent, éducateur spécialisé en pédopsychiatrie, évoque la notion de :

« La violence institutionnelle, en structure éducative, il y a un seul professionnel la nuit pour un groupe d'enfants. Il y a nécessité de se faire confiance, car certaines situations sont difficiles à gérer et d'autant plus quand on est seul, et en termes de sécurité c'est moyen, non ? »

Je constate alors que le lien le plus évident qui relie les acteurs du soin et les équipes éducatives est l'intérêt porté à l'enfant, comme individu, dans sa dimension clinique du soin et éducative. Je note que les conditions de travail dégradées impactent les pratiques professionnelles. En revanche, je remarque que les équipes éducatives rencontrées ne bénéficient pas de formations spécifiques à la prise en charge de ces enfants. De plus, la présence médicale montre une différence notable, dans l'accompagnement de ces enfants. Enfin, je me demande alors si les conditions d'encadrement n'impactent pas le travail éducatif.

3 – Conclusion de la partie II

Dans l'idée de faciliter le "travail ensemble", les notions de connaissance et de reconnaissance des missions et du fonctionnement des équipes éducatives et soignantes paraissent fondamentales. De fait, les entretiens ont montré que le discours des infirmiers, était plutôt négatif concernant les connaissances cliniques et les pratiques éducatives tout en reconnaissant les difficultés de l'exercice de leurs missions au sein d'un fonctionnement institutionnel complexe.

De leur côté, les éducateurs confirment leur manque de connaissances cliniques et expriment sans détour, leur besoin d'éclairage par la pédopsychiatrie, sur les situations rencontrées.

Tous les professionnels revendiquent la nécessité de travailler dans un cadre sécurisant qui dans le milieu sanitaire est en partie représenté par la présence médicale. Les équipes éducatives n'en bénéficient pas. Dans leurs organisations, elles souhaitent plus de présence et de collaboration avec l'encadrement de proximité. Cependant, les éducateurs travaillent en proximité avec les psychologues sur toutes les situations complexes rencontrées.

PARTIE III - LE POUVOIR ET LA DOMINATION DE LA PEDOPSYCHIATRIE, RENFORCES, PAR L'ABSENCE DE CIRCULATION DE L'EXPERTISE

L'objectif de cette troisième partie est de montrer le processus du pouvoir et la domination de la pédopsychiatrie sur les équipes éducatives, dans l'accompagnement des enfants souffrant de psycho traumatismes complexes. Je souhaite poursuivre mon cheminement et comprendre ce qui différencie ou rapproche le travail du soin de l'activité éducative dans la prise en charge de ces enfants. Je montre ici, comment les infirmiers revendiquent une spécialisation de leur expertise. J'explique ensuite en quoi la compétence est l'une des principales ressources du pouvoir. Puis j'aborde la notion de la domination médicale et le secret professionnel comme outil de domination. Je conclus cette dernière partie en développant les stratégies d'adaptations adoptées par les équipes éducatives pour contourner la relation de domination.

1 - Une revendication des infirmiers : la spécialisation de leur expertise

En référence à leur capacité réflexive, les professionnels de la santé légitiment leur activité par le développement des connaissances et du raisonnement clinique. La clinique est un moyen de légitimation de l'action. Elle correspond à un corpus de savoirs mobilisés dans la compréhension des situations rencontrées. La référence à la subjectivité et aux concepts psychopathologiques oriente l'analyse des vécus traumatisants, rapportés par les jeunes. En pratique, lors des réunions entre les professionnels de la santé, je perçois que les troubles des enfants sont discutés, disputés parfois. Il est impensable de réfléchir sans se référer à des concepts en psychopathologie. Dans les champs sanitaires et éducatifs, il est difficile de penser hors de la clinique. Ainsi, les savoirs recadrent les désaccords possibles. Ce phénomène entraîne un consensus entre les professionnels du soin et du milieu éducatif dans la prise en charge des jeunes qui leur sont confiés.

Un sentiment de déséquilibre apparaît alors dans la transmission de l'information, force est de constater que les professionnels du milieu éducatif apportent et transmettent de

nombreux éléments sur le vécu de l'enfant, ce qui n'est pas le cas pour les professionnels de la santé. Un lien avec la notion du secret médical peut-il s'envisager ici ?

Ainsi, Emma, éducatrice spécialisée en foyer d'accueil d'urgence dit :

« Lors des concertations avec la pédopsychiatrie, le médecin nous demande de raconter l'histoire de l'enfant, de fournir des éléments de son quotidien, d'évoquer la relation avec les parents. Mais lorsque nous demandons des précisions sur les troubles du jeune, nous constatons que les réponses sont très généralistes, très vite on a l'impression qu'il botte en touche, enfin cela dépend du médecin mais c'est très souvent le cas. »

Généralement, en pédopsychiatrie, les professionnels paramédicaux et les psychologues expriment leur point de vue lors des réunions de synthèse. Ils pensent ainsi contribuer à la décision médicale. Ils attendent une écoute, une reconnaissance médicale de leur pratique. Les infirmiers sont confrontés à l'absence d'un savoir qu'ils ne possèdent pas en totalité ou à une approche différente en formation initiale, ce qui est vécu comme une dévalorisation de leur savoir-faire. En effet, dans le référentiel de formation infirmière du 31 juillet 2009³⁸, les notions du développement psycho-affectif et moteur de l'enfant sont intégrées dans le programme de formation. La psychopathologie de l'enfant quant à elle, est abordée succinctement. Depuis 2009, les contenus de formation concernant l'enfant sont proposés dans le référentiel de formation des puéricultrices. Les infirmiers développent donc leurs connaissances en psychopathologie par le partage des savoirs expérimentiels en équipe pluri professionnelle, par l'accès à la formation continue, les lectures. En pratique, lors de l'élaboration des plans de soins, construits sur des valeurs communes et collectives, je constate que le corps médical s'appuie sur les discours et les observations des professionnels paramédicaux. Ce recueil de matériel est possible grâce aux prises en charge des enfants individuellement, lors des groupes thérapeutiques, ou lors des visites au domicile de l'enfant. Les qualités soignantes sont basées entre autres, sur la qualité de l'observation, l'esprit de synthèse, la réflexivité et l'humanisme.

« Cette observation s'inscrit lors d'une réunion de concertation en présence du médecin, de la psychologue, des infirmières et de la cadre de santé, d'une éducatrice

³⁸ <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020961044/>

ASE référente de l'enfant. Il s'agit de faire le point sur la prise en charge de cet enfant. L'infirmière référente de l'enfant propose une synthèse précise, détaillée de ses observations lors de la prise en charge en groupe thérapeutique et lors des visites à domicile en présence de l'enfant et de sa mère. Son discours est empreint d'humanisme, de respect, d'empathie, face aux difficultés rencontrées par la maman dans sa parentalité. L'infirmière fait preuve d'une capacité à se distancier des affects mis en mouvement, par les échanges entre tous les professionnels et par un travail de réflexivité accompagné par la psychologue et par le médecin » (Extrait du journal de terrain, le 17 janvier 2023)

La compétence : principales ressources du pouvoir :

En pédopsychiatrie, la notion de temps est fondamentale dans l'accompagnement des jeunes pour subvenir à leurs besoins. Cela suppose une acquisition de compétences théoriques, techniques et éthiques impliquant un entraînement pratique et une analyse des retours d'expérience³⁹.

« Lors d'échanges informels avec des infirmiers, ils évoquent le sentiment de "courir après le temps", dans la prise en charge des jeunes. Ce constat se heurte aux valeurs et aux pratiques du soin relationnel basées sur la notion de temps nécessaire à l'enfant pour "digérer" les éléments de son vécu. Les soignants préconisent un temps de respiration, de réflexion aux jeunes. Le rythme lent du soin par les mots se confronte aux exigences sociétales marquées par la nécessité d'une réponse rapide et efficace pour effacer les troubles au plus vite. Les infirmiers s'adaptent à cette contrainte, tout en revendiquant la nécessité de maintenir le sens de leurs pratiques professionnelles » (Extrait du journal de terrain, le 3 mars 2023).

Des enjeux autour de la protection, de l'éducation, de l'orientation et des soins structurent le quotidien de la prise en charge des enfants placés. En effet, ils mettent en

³⁹ Denise T., Divay S., Dos Santos M., Fournier C., Girard L., Lumeau A., *Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques*, Chloé BUSSI, *Travailler ensemble pour soigner. Travailleurs sociaux et (para)médicaux : quelles coopérations et quels rapports de pouvoir autour du soin ?* IRDES, Paris, 2022, 492 p.

lumière l'existence de territoires professionnels et des champs de compétences bien identifiés dans le domaine social, psychologique et médical.⁴⁰

Estelle, pédopsychiatre précise qu'il est indispensable de développer le partenariat entre les services sanitaires et éducatifs :

« De mon point de vue, le travail partenarial et même au-delà de ça, un travail en interaction avec les référents éducatifs me paraît indispensable. Les contraintes du milieu de la protection de l'enfance sont en partie liées à la nécessité de trouver rapidement un lieu de vie pour les jeunes hors des structures d'accueil d'urgence. On constate parfois le nombre conséquent de changements de lieux de vie proposés à ces enfants. D'un point de vue psychopathologique, je confirme que tous ces changements ont un impact sur l'enfant car ils ne favorisent pas la stabilité psychique. J'ai connaissance des enjeux institutionnels, mais je défends l'abord systémique des situations rencontrées. J'ai l'impression que cette part systémique, elle nous oblige à un travail partenarial institutionnel extrêmement serré et pour autant finalement le fait de le faire est pour l'instant pas toujours, voire rarement, très efficace finalement. Car dès qu'il y a des processus de clivage, dès qu'il y a des tensions et bien elles sont perçues plus comme des tensions institutionnelles que des signes sémiologiques systémiques et cela pose problème dans le travail de lien entre les institutions. »

Les différents échanges informels auprès des éducateurs et des professionnels de la santé laissent penser qu'ils sont d'accord pour développer un partenariat.

Un éducateur dit : *« Lors des réunions de synthèse, nous devons plus communiquer avec les infirmiers, développer les liens et plus travailler ensemble pour les gamins. »* Une infirmière précise : *« Après les réunions, nous nous retrouvons parfois avec les éducateurs, nous poursuivons la discussion, il y a moins de barrage, j'ai l'impression que les échanges sont plus simples »* (Extrait du journal de terrain, le 14 février 2023).

⁴⁰ Schlegel V., « Partage juridictionnel et socialisation au travail pluridisciplinaire dans la prise en charge des personnes sans domicile », *Sociologie du travail*, Vol. 63 - n° 3, Juillet-Septembre 2021

La question de l'organisation du travail et des liens entre partenaires formés et compétents est primordiale. Effectivement, les intrications et l'articulation des dimensions sociales et sanitaires sont à considérer. Le regard pluridisciplinaire mobilisant des registres de connaissances différents, complémentaires, ouvre le champ des possibles dans la prise en charge de ces enfants. Cette pluridisciplinarité conduit à considérer les processus de socialisation impliqués. Ainsi, ce phénomène permet d'observer le lien entre les différents groupes professionnels dans le milieu sanitaire et éducatif dans le cadre du travail en présentiel ou à distance.

La transmission de connaissances en psychopathologie émane le plus souvent du milieu sanitaire vers le service éducatif. Pour autant, les professionnels des deux institutions ne pourraient-ils pas bénéficier de temps d'information ou de formation sur les dimensions inextricables, dans le champ social, psychologique, psychiatrique et éducatif, dans le but de porter un regard holistique sur l'enfant ? Ce travail réflexif de diagnostic pluridisciplinaire apporterait des regards croisés et permettrait l'élaboration d'hypothèses sur des problématiques à résoudre. Il est aussi le siège d'enjeux symboliques de reconnaissances de l'identité professionnelle de chaque corps de métiers.

Strauss (1985), met en évidence le partage de ressources professionnelles liées aux positions occupées dans l'organisation du travail. Ainsi, l'équipe éducative considère être incompetente dans la gestion des troubles psychiques bruyants et dans l'usage des psychotropes à distribuer aux jeunes. Les éducateurs estiment ne pas posséder suffisamment de connaissances en pharmacologie. Ils craignent l'erreur dans le dosage des médicaments à administrer.

Julie, cheffe de service en MECS précise :

« En fonction des éducateurs, le traitement "si besoin" n'est pas donné lorsque le jeune est tendu, ils attendent qu'il y ait une chaise qui vole pour le donner. »

Le niveau de compétence s'exprime aussi par la capacité à évoquer son ressenti, son épuisement et son impuissance face à la complexité des situations rencontrées. Il s'agit ici de permettre aux professionnels soignants et/ou éducatifs, l'expression des affects, l'un des

signes de leur maturité professionnelle. Ainsi, la réponse apportée aux besoins des enfants sera ajustée.

« En effet, lors des différentes rencontres entre l'équipe mobile de pédopsychiatrie et les équipes éducatives, je note que les éducateurs s'autorisent à raconter leurs difficultés face à la prise en charge et aux comportements des enfants et particulièrement lorsque qu'il s'agit de troubles à caractère sexualisé. De la même façon, lorsqu'elles en ressentent le besoin, les équipes paramédicales que j'encadre, expriment leurs difficultés face à des prises en charge complexes » (Extrait du journal de terrain, le 1^{er} décembre 2022).

Lors des entretiens, je constate que les médecins ne sont pas le seul groupe professionnel exerçant une domination dans le contexte de la collaboration entre le secteur de la pédopsychiatrie et celui de la protection de l'enfance. En effet, les infirmiers en pédopsychiatrie ont tendance quant à eux à considérer que leurs priorités sont au-dessus de celles des équipes éducatives de la protection de l'enfance.

Sandrine, infirmière en pédopsychiatrie évoque :

« Les éducateurs n'ont pas compris ce qui fait soins. Ils ne sont pas organisés, il y a un nombre important d'enfants qui loupent des rendez-vous en CMP. Tous les établissements de la protection de l'enfance posent des lapins au service de soins, c'est un vrai problème pour l'enfant. J'ai demandé aux éducateurs s'ils avaient un cahier de transmissions, d'organisation. »

Lors de notre rencontre, Emma, éducatrice spécialisée en foyer d'accueil d'urgence précise :

« Parfois les jeunes refusent au dernier moment d'aller au rendez-vous avec le pédopsychiatre ou avec la psychologue, et aussi en HDJ. On ne peut pas les mettre de force dans la voiture. Je tente de négocier, je peux passer le relai, et on laisse tomber si c'est trop compliqué, et pris dans le chaos, je ne suis pas sûre de prévenir les services de soins à chaque fois. C'est vrai... ce n'est pas cool pour eux, (silence). »

2 - La domination médicale

Une des stratégies utilisées par les professionnels du soin pour maintenir leur pouvoir consiste à maîtriser la pratique du secret professionnel et l'utilisation d'un vocabulaire spécifique.

La notion du pouvoir se développe dans le cadre d'une relation de domination constituée d'échanges et de négociation, dépendant d'un contexte et de ressources des individus. Selon Max Weber⁴¹, « *le pouvoir signifie toute chance de faire triompher, au sein d'une relation sociale, sa propre volonté, même contre les résistances, peu importe sur quoi repose cette chance.* »⁴²

Pour Michel Crozier⁴³, il n'y a pas « *d'organisation sans pouvoir et tout pouvoir suppose de l'organisation.* » Il précise aussi que « *le pouvoir est la capacité pour certains individus ou groupes d'agir sur d'autres individus ou groupes.* »

En ce sens, il existe une asymétrie des positions qui permet à la pédopsychiatrie, grâce à la possibilité qu'elle a de refuser une prise en charge, d'exercer un pouvoir sur les équipes de protection de l'enfance. En effet, le médecin, après évaluation de la situation, peut décider de ne pas prendre en soins des enfants, qui selon son avis, ne nécessitent pas une prise en charge pédopsychiatrique. Quant aux foyers d'accueil d'urgence, ils ont l'obligation d'accueillir tous les enfants confiés à l'ASE. Cette prise de décision a des conséquences négatives sur les relations entre les acteurs des deux institutions. En effet, les équipes éducatives vivent au quotidien avec ces enfants en souffrance, face auxquels ils se sentent démunis.

Les équipes paramédicales, l'équipe éducative, les psychologues se situent par ailleurs dans un rapport de domination avec le médecin dans l'accompagnement des enfants placés, lorsque ces derniers sont pris en soins. Cette domination s'exerce indépendamment du lien

⁴¹ Weber Max, sociologue et économiste allemand

⁴² Rui Sandrine, « Pouvoir », in Paugam Serge (dir.), *Les 100 mots de la sociologie*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Que Sais-Je ? », pp. 85-86.

⁴³ Crozier M., Friedberg E., *L'acteur et le système*, Editions du seuil, Paris, 1977, 478 p.

hiérarchique et peut parfois générer un sentiment d'infériorisation⁴⁴. Par leur profession de savoir, les médecins exercent en effet une influence significative. Ils tirent leur légitimité de leur expertise et de leur statut. Le médecin décide par exemple le plan de soins qu'il prescrit et qui doit être mis en œuvre par les soignants. Il possède alors un pouvoir lié à la responsabilité qu'il engage pour permettre une prise de décision.

Leur expertise cristallise des ressources composées de connaissances savantes, de diagnostics cliniques, de décisions dans la prescription d'un traitement médicamenteux, de prise en soins en groupe ou en individuel. Au sein des relations professionnelles et sociales asymétriques, ils assoient ainsi leur légitimité, et engendrent un processus de domination. Pour Eliot Freidson, psychologue, ce phénomène se traduit aussi par l'existence d'une « *hiérarchie des expertises instituées* »⁴⁵, sur laquelle les savoirs et les compétences cliniques légitiment entre autres, la dominance des professionnels de santé sur les équipes éducatives.

Lors des réunions de concertation, je note que les éducateurs ASE référents de l'enfant expose une synthèse. Des échanges ont lieu entre les différents professionnels présents. Le pédopsychiatre intervient parfois en éclairant la symptomatologie de l'enfant par des ancrages théoriques et informe du plan de soins. Il est écouté "religieusement", il n'est pas interrompu, il donne peu d'éléments sur la psychopathologie de l'enfant.

« Dans une salle dédiée, les réunions s'organisent toujours de la façon suivante : Systématiquement, le médecin s'installe en bout de table. Un tour de table est demandé par le médecin pour que chaque personne puisse se présenter. Dans un premier temps, l'éducateur référent est invité par le médecin à évoquer la situation de l'enfant, il peut être interrompu par les différents professionnels présents afin d'apporter des éléments de précision. Dans un deuxième temps, des échanges ont lieux entre les professionnels. Puis, le médecin prend la parole et n'est pas interrompu au cours de son intervention. Il peut apporter des éléments de compréhension sur la psychopathologie et fait part du plan de soins envisagé, ou il peut aussi nommer l'arrêt des soins. Des échanges sont

⁴⁴ Sarzier M., « Des déclassés immobiles. Comprendre l'évolution des rapports au travail dans un service hospitalier », *Sociologie du travail*, Vol. 62 - n° 4 | Octobre-Décembre 2020

⁴⁵ Freidson E., « *La profession médicale* », *Sciences sociales et santé, ERES, Paris, 1985, p. 129-143*

possibles ensuite. Enfin, le médecin met un terme à la réunion » (Extrait du journal de terrain, le 25 octobre 2022).

Tous les personnels soignants évoquent la place prépondérante et indispensable du médecin qui peut à la fois être pesante mais aussi et surtout tranquillisante et apaisante dans la prise en soins des enfants protégés. Les soignants pensent s'adresser aux médecins qui vont avoir le pouvoir de décision. Malgré tout, ils cherchent à se préserver du contrôle de la domination ou de la dépendance médicale, en revendiquant leur autonomie dans leurs pratiques professionnelles.

Emile, cadre socioéducatif en pédopsychiatrie indique :

« Un médecin qui tient le cap, c'est parfois étouffant et aussi très sécurisant, rassurant, car ça tient la route, ça libère et du coup, tu es disponible pour prendre en charge les enfants. Le médecin prescrit le soin. Il y a de moins en moins de présence médicale, car on manque de médecins. Quand les soignants de l'hôpital interviennent auprès des enfants, ils vont ensuite faire un retour en réunion clinique et en synthèse. Derrière, il y a une prescription, il y a le médecin et c'est aussi ça qui sécurise le soin. Le médecin donne son avis, quelqu'un à distance, qui a une connaissance clinique, chose que tu ne peux pas faire quand tu es dans du quotidien, et ça en milieu éducatif, tu n'as pas. Moi, je suis venu chercher la sécurité en pédopsychiatrie vraiment, parce que porter des situations hyper merdiques où tu es tout seul, sans appui, il y a des moments où c'est invivable. J'avais envie de bosser avec des médecins qui allaient comme ça nous apporter un regard, qui allaient nous permettre de nous libérer et de nous déporter de nos premiers ressentis. »

Laurent, éducateur spécialisé en pédopsychiatrie précise :

« La hiérarchie est très présente en pédopsychiatrie, plus que dans la protection de l'enfance, le médecin a vraiment une place très importante. Notre autonomie est moindre, il faut toujours en référer au médecin, il y a un lien de travail important avec la psychologue, la psychomotricienne et l'orthophoniste. »

Les professionnels exerçant en pédopsychiatrie, expriment un sentiment d'appartenance à une équipe, de la reconnaissance dans leurs fonctions, par le travail de coopération avec le médecin.

Brigitte, cadre socioéducatif exerçant dans une structure d'accueil d'urgence, explique son vécu lorsqu'elle exerçait ses missions d'éducatrice spécialisée en pédopsychiatrie :

« En pédopsychiatrie, avec l'encadrement des médecins, c'est contenant et rassurant. Les psychologues interrogeaient notre pratique et les passages à l'acte ou les comportements des enfants. On n'avait pas forcément des réponses mais une écoute forte et des tentatives de mise en place de solutions avec des allers/retours d'observation, de réajustement à la fois avec des références théoriques complètes et riches, des échanges riches. Une reconnaissance des places de chacun, tout le monde était écouté de la même manière, tout le monde participait aux réunions. »

Sous couvert de la domination médicale, les équipes éducatives rencontrées sont en attente de l'avis du milieu sanitaire et particulièrement du positionnement de l'équipe de pédopsychiatrie face aux troubles présentés par les enfants.

3 - Le secret professionnel : un outil de domination

Une des barrières dans la mise en œuvre du travail partenarial repose sur la question du secret, et particulièrement les éducateurs pensent que le secret médical accentue l'absence de communication entre les institutions. En pratique, il est vrai que le milieu sanitaire divulgue très peu d'éléments sur les observations cliniques et les troubles de l'enfant sous couvert du secret médical. Sur le plan juridique, le secret médical n'existe dans aucun code, ni texte, il s'agit plutôt du secret professionnel (CSP, Article 4, art. R. 4127-4, code de déontologie médicale de la santé publique, art. 4)⁴⁶. *« Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret*

⁴⁶ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912862

couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. »

Le secret médical regroupe l'ensemble des informations liées à la santé qui ne peuvent être échangées qu'entre professionnels de santé soumis au secret. Ainsi, pour clarifier les points de vue, des précisions sur un plan législatif concernant le secret partagé et le secret professionnel seraient un véritable levier dans la prise en charge des enfants protégés en matière d'enjeux sanitaires et éducatifs.

Ainsi, les médecins (CSP, art. R. 4127-4), les infirmiers (CSP, art. L. 4314-3), les éducateurs spécialisés (art. D. 142-1-1 du code de l'action sociale et des familles) sont soumis au secret professionnel "par état" du fait de leur diplôme⁴⁷ et ce de façon permanente. En lien avec l'article L. 121-6 du code général de la fonction publique, les psychologues appartenant à la fonction publique, sont soumis au secret professionnel (art. 226-13 et 226-14 du code pénal)⁴⁸.

Laurent, éducateur spécialisé en pédopsychiatrie dit :

« Il n'y a pas de partage de tous les éléments avec les éducateurs sous couvert du secret médical, selon certains médecins, psychologues voire des soignants paramédicaux, les éducateurs n'ont pas besoin de tout savoir du parcours de l'enfant, mais j'estime que c'est eux qui les ont le plus au quotidien. »

L'article 26 de la loi du 13 juillet 1983⁴⁹ portant sur les droits et les obligations des fonctionnaires précise qu'ils sont tenus au secret professionnel dans le cadre des règles instituées dans le code pénal. Cet article astreint aussi à l'obligation de discrétion professionnelle.

Antoine, éducateur spécialisé exerçant MECS s'exprime :

« Entre éducateurs et psychologues, on parle souvent de secret professionnel, ce qui se passe dans les espaces thérapeutiques reste dans les espaces thérapeutiques pour moi c'est assez cloisonné entre ce qui se passe du côté du soin et ce qui se passe du côté

⁴⁷ Lebrun P.B., Derville G., Rabin G., *La protection de l'enfance*, DUNOD, 4^{ème} édition, Paris, 2020, 380 p.

⁴⁸ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044427903

⁴⁹ https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000006366539

éducatif. Quand on parle de ce que l'on fait c'est compliqué pour le soin d'entendre et inversement. Nous aimerions avoir des pistes car nous sommes en difficulté avec certains jeunes au sujet de la sexualité et comment les accompagner ? Il n'y a pas de réelle piste de travail. Quand on interpelle le soin c'est en état de crise. On va avoir pour réflexe d'appeler le 15, il se déplace et souvent on est en difficulté pour être pris au sérieux sur ce qui vient de se passer parce que le délai est tellement long entre le moment où on appelle et le moment où ils arrivent et bien le jeune il va bien. Nous interpellons les professionnels de la santé quand nous pensons que le jeune a besoin de soins. La communication est difficile quand les soins sont en cours, pas grand-chose ne filtre. C'est plus difficile de communiquer, la relation est plus difficile à entretenir. »

Le "secret partagé" qui n'est que médical et très limité, existe entre professionnels de santé. Ainsi, l'article L. 1110-4 du code de la santé publique modifié par la loi 2016-41 du 26 janvier 2016, permet de communiquer "des informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou au suivi médico-social et social".

Cette notion de secret professionnel reste complexe dans les pratiques professionnelles et dans les rapports entre les établissements de santé et les services éducatifs. Pour autant, une certaine évolution voit le jour. De fait et dans l'intérêt de l'enfant, la communication et le partage d'informations s'instaurent entre les institutions. Pour éviter la stigmatisation de ces enfants, déjà repérés par l'environnement social et scolaire comme des "enfants placés", les services de pédopsychiatrie s'attachent à ce que ces jeunes ne portent pas en plus, "l'étiquette d'enfant souffrant de troubles psychiatriques". Ainsi, certaines précautions sont prises dans le souci de transmettre seulement les éléments psychopathologiques essentiels à la prise en charge des enfants protégés par les éducateurs. En effet, en pratique, les enfants confiés à l'ASE et suivis en pédopsychiatrie sont à risque d'être hospitalisés, car le maintien en structure d'accueil est compliqué. La mise en œuvre d'un projet de vie dans une structure d'accueil est alors difficile et les durées d'hospitalisation s'allongent faute de solution. Cette situation semble délétère pour l'enfant.

L'exercice d'une violence symbolique :

Au cours de cette enquête, la notion de pouvoir et de domination de la pédopsychiatrie, renforcés, par l'absence de circulation de l'expertise me laisse penser qu'une certaine violence symbolique s'exerce dans les relations entre les équipes du soin et éducatives. En effet, les interviews des soignants montrent un discours plutôt négatif sur les connaissances et les pratiques éducatives.

Lorsque des groupes professionnels travaillent ensemble, un certain nombre de conflits apparaissent. Les enjeux de pouvoir sont indissociables des enjeux de coopération et de collaboration.

Ce travail fait apparaître la complexité des relations interpersonnelles dans le monde du travail. Ainsi un groupe social peut s'imposer à l'égard d'un autre reconnu plus faible par le groupe dominant.

De fait, la notion de violence symbolique⁵⁰ étudiée par Bourdieu, est exercée par les groupes dominants sur les dominés. La culture dominante s'impose nécessairement à travers la violence symbolique.

Pour Sylvie Morel : « *La violence symbolique renvoie à l'intériorisation par les agents de la domination sociale inhérente à la position qu'ils occupent dans un champ donné et plus généralement à leur position sociale. Cette violence est infra consciente et ne s'appuie pas sur une domination inter subjective (d'un individu sur un autre) mais sur une domination structurale (d'une position en fonction d'une autre). Cette structure qui est fonction des capitaux possédés par les agents fait violence car elle est non perçue par les agents et elle est donc source d'un sentiment d'infériorité ou insignifiante qui est uniquement subi puisque non objectivé* »⁵¹

⁵⁰ <https://www.cairn.info/revue-raisons-politiques-2003-1-page-33.htm> : Philippe Braud, Violence symbolique et mal-être identitaire, Raisons politiques, 2003/1 (n° 9), p. 33-47

⁵¹ Conférence sur la sociologie de la santé, les représentations de la santé et de la maladie, Sylvie Morel, maîtresse de conférence à Nantes, le 22 mai 2014

Estelle, pédopsychiatre explique :

« Moi, la première, je dois en être bourrée de représentations et de jugement sur les pratiques de l'aide sociale à l'enfance, bien sûr, j'ai un avis. J'ai bien conscience que la position médicale impacte les décisions. Mais finalement ça pose justement la question de : à quel moment on ne se pose même pas de question ? Parce qu'on a une représentation fautive de l'autre, qu'est-ce que l'on connaît de l'autre, des enjeux, des institutions et aussi des contraintes et au final quel impact ça a sur le travail ensemble. »

Lors des échanges informels avec les éducateurs exerçant en MECS, je note ceci :

« Ce qui est le plus compliqué avec la pédopsychiatrie, c'est de ne pas avoir les informations quand le jeune est suivi, et être en grande difficulté pour accéder aux soins quand le jeune explose, les portes du soin ne s'ouvrent pas facilement, c'est galère pour les enfants qui éclatent, pour les autres du groupe et pour nous qui devons gérer la crise avec les moyens du bord. » (Extrait du journal de terrain le 12 décembre 2022)

4 - Stratégies d'adaptation adoptées par les équipes éducatives pour contourner la relation de domination

Afin de contourner cette relation de domination, les équipes éducatives vont mettre en place des stratégies d'adaptation et ainsi permettre un accès aux soins aux enfants confiés à la protection de l'enfance.

a. S'adresser aux urgences

A défaut de prise en charge par les soins, et pour les situations très complexes à gérer, un des recours en cas de crise, un des lieux de rencontre entre l'institution éducative et le soin est le passage par les urgences pédiatriques. En effet, l'accueil d'urgence en milieu hospitalier sert d'interface entre les structures d'accueil de l'enfant protégé et la prise en charge par les services de soins.

Mais Julie, cheffe de service en MECS, dit que la relation avec les professionnels de santé aux urgences est complexe.

« On accompagne le jeune aux urgences lorsqu'il crise. On nous répond souvent qu'il y a un manque de place en hospitalisation. On passe de longues heures aux urgences pour s'entendre dire vous allez repartir avec le jeune car il n'y a pas de place en pédiatrie ou en pédopsychiatrie. Sur certaines situations parfois aller aux urgences est une perte de temps pour le jeune et pour les équipes. Ce sont souvent les mêmes jeunes qui vont aux urgences. Parfois le jeune va mal mais aux urgences, il y a d'autres jeunes qui vont encore plus mal et du coup il n'est pas pris en soins. Par contre, l'hospitalisation est systématique pour les jeunes filles lorsqu'elles ont ingéré volontairement des médicaments. »

Mathieu, psychologue ayant exercé en protection de l'enfance et en pédopsychiatrie indique :

« Ce jeune a besoin de soins mais il n'y a pas de place. Ce jeune n'a pas besoin de soins en psychiatrie. Ce n'est pas évident à entendre pour les équipes éducatives. Les troubles ne sont pas toujours d'ordre psychiatrique. Le lien avec le traitement n'est pas évident car les jeunes prennent de façon systématique le "si besoin"⁵². L'évaluation est propre à chaque éducateur. Certains jeunes refusent de prendre le si besoin ce qui peut entraîner de l'impulsivité, une incapacité à gérer les émotions. Ce qui entraîne de la violence. »

L'accès aux urgences est une porte d'entrée dans les soins. Malgré tout, je note que les hospitalisations aux urgences sont la conséquence des représentations des uns et des autres, face à l'urgence, face à des situations de crise et de conflits non résolus. Les professionnels éducatifs, lorsqu'ils s'adressent au service de soins, ne comprennent pas les décisions de non-orientation vers les soins. Ils ressentent alors, du rejet, de l'exclusion. Ainsi,

⁵² Le terme : "si besoin", correspond à la prescription médicale d'un médicament, administré à l'initiative des infirmiers, des éducateurs travaillant en lieu de vie, ou à la demande du jeune s'il en ressent la nécessité. Il peut être donné lors des moments d'angoisse, de forte anxiété, de panique, lors des difficultés à l'endormissement ou de douleurs physiques ...

faute de connaissance ou de reconnaissance, des incompréhensions de fonctionnement entre professionnels s'installent.

Laetitia, infirmière en pédiatrie et urgences pédiatriques, avec une expérience en pédopsychiatrie, explique :

« L'importance de la connaissance et de l'interconnaissance, est une des missions pour faire en sorte qu'il y ait un peu moins de passage par les urgences, il est important de comprendre comment se passe le passage par les urgences et d'avoir le retour sur ce qui amène les gamins aux urgences, ce qui permettrait de mettre des leviers. Qu'est ce qui les amène aux urgences ? Tous les enfants et ados qui viennent pour une problématique psychique éducative ou socioéducative sont vus. »

Brigitte, cadre socioéducatif exerçant dans une structure d'accueil d'urgence dit :

« Les passages à l'acte auto hétéro-agressif, la crise clastique, la protection du jeune et des autres jeunes du groupe, la crise c'est quand le gamin explose dans tous le sens. Le recours aux urgences pédiatriques peut s'avérer utile en cas de crise. »

b. Intervention des équipes mobiles de pédopsychiatrie

Lors de l'interview de Brigitte, cadre socioéducatif exerçant dans une structure d'accueil d'urgence, elle explique l'importance du lien entre l'équipe soignante et éducative.

« Une équipe de psychiatrie, qui vient en milieu éducatif, qui est à l'écoute, enfin je pense qu'il faut qu'il y ait beaucoup de bienveillance, pas de jugement, pas d'à priori. La notion de continuité est une vraie question, il faut maintenir ce lien. »

Les enfants placés expérimentent la sécurité avec les adultes présents au quotidien. Ainsi, le jeune, sécurisé, met en mots, il exprime son vécu, ce qui lui était impossible auparavant puisqu'il était en état de sidération.

Antoine, éducateur spécialisé en MECS précise :

« Le travail que l'on fait avec l'équipe mobile est hyper intéressant, car ils apportent un éclairage théorique des troubles des enfants et ils sont là pour l'équipe. »

Lors des rencontres entre l'équipe éducative et les soignants de l'équipe mobile de pédopsychiatrie, les soignants représentent des tiers neutres, facilitateurs, qui épaulent les équipes éducatives parfois démunies, ce qui par ricochet peut mettre à mal les enfants. En effet, pour limiter la reviviscence des vécus traumatiques de ces enfants souffrant de psycho-traumatismes complexes, l'intervention des équipes mobiles auprès des professionnels des structures d'accueil représente l'interface entre les services de soins et les services éducatifs.

Julie, cheffe de service en MECS dit :

« Le travail avec l'équipe mobile nous réconcilie avec la pédopsychiatrie. »

Cette équipe mobile symbolise alors, la médiation entre les deux institutions, elle facilite l'interconnaissance entre les deux institutions et désamorce certaines situations. Un des objectifs est d'éviter l'hospitalisation des enfants.

Pour Sandrine, infirmière en pédopsychiatrie :

« Il y a une demande de soin quand les troubles sont externalisés. L'intervention de l'équipe mobile, comme tiers, permet d'explicitier en équipe les comportements des enfants et la mise en sens des troubles et des symptômes, cette rencontre peut éviter l'arrivée aux urgences. »

Ainsi, lors de réunions entre les membres de l'équipe mobile et les équipes éducatives, une réflexion commune s'établit, des connaissances se transmettent, des pratiques d'accompagnement s'opèrent. Un processus de socialisation apparaît, permettant à chacun d'intégrer les normes, les valeurs, les rôles et les pratiques des professionnels éducatifs et soignants au sein des deux institutions. De fait, un des objectifs de la pédopsychiatrie est de favoriser la cohérence et la coordination des parcours de soins en lien avec le projet de vie de l'enfant confié à l'ASE.

Sur le plan national, il existe plusieurs modèles de fonctionnement des équipes mobiles de pédopsychiatrie. Leurs interventions visent à soutenir les équipes psycho-socio-éducatives, à tisser les liens entre les partenaires engagés auprès des enfants et à identifier les besoins concrets pour faciliter l'accompagnement éducatif.

5 – Conclusion de la Partie III

L'équipe infirmière revendique une spécialisation de son expertise dans la prise en charge des enfants souffrant de psycho traumatismes complexes. Le développement des connaissances et du raisonnement clinique, la diversité des soignants, leur singularité, leur originalité contribuent à la richesse du soin psychique et participe aussi à cette reconnaissance.

L'équipe éducative quant à elle, estime manquer de connaissances et de formation pour gérer les troubles psychiques complexes et reconnaît cette compétence dévolue aux soignants.

Les professionnels du soin disposent d'un pouvoir sur les équipes de la protection de l'enfance, pouvoir incarné par la possibilité des équipes médicales de dire "non" aux professionnels de la protection de l'enfance.

Ce pouvoir s'exerce également par le biais d'une violence symbolique qui met à mal les professionnels qui la subissent.

Afin de s'affranchir de cette relation de domination, les équipes éducatives utilisent des moyens pour accéder aux soins, par l'accès aux urgences ou en sollicitant l'équipe mobile de pédopsychiatrie.

CONCLUSION

Dans ce mémoire, je me suis appliquée à comprendre ce qui différencie ou rapproche l'activité de soins en pédopsychiatrie du travail éducatif à l'ASE dans la prise en charge des enfants souffrant de traumatismes complexes.

Lors des rencontres avec les professionnels, j'ai observé le clivage entre deux propositions : tout est médical et/ou tout est social, en assignant à la psychiatrie le côté médical par la présence entre autres des médecins pédopsychiatres. Pour autant, les problématiques sociales constituent des préoccupations pratiques et quotidiennes en pédopsychiatrie. Loin de se ranger derrière l'idée d'une spécificité médicale, la pédopsychiatrie est traversée par une réelle tension entre le soin psychiatrique et le social.

Il s'agit ici de considérer la notion de culture professionnelle différente dans la prise en charge de ces enfants. La tension ontologique entre la pédopsychiatrie et le champ éducatif est palpable et met en jeu le diagnostic et la prise en charge des comportements des enfants confiés à l'ASE. Il est important de repenser la place de l'éducation dans le soin, la réciproque étant vraie. Ainsi, en respectant la pluralité des champs de compétences, il sera alors plus facile d'accepter et de reconnaître les différentes dimensions de la prise en charge de l'enfant pour construire un projet commun et non l'un contre l'autre. Ainsi, les professionnels vont risquer ensemble une véritable rencontre. Pour ce faire, les deux institutions ont chacune un travail à faire sur la construction du lien pour faciliter les relations de coopération.

Concevoir la façon dont se nouent les relations de coopération entre ces deux secteurs suppose tout d'abord de comprendre la spécificité de l'objet de cette coopération, les enfants souffrant de psycho traumatismes complexes. J'ai ainsi montré que ces enfants sont plus vulnérables aux risques de développement de troubles psychiques. Ils présentent des troubles du comportement, une instabilité, des passages à l'acte auto et hétéro-agressifs, de la tristesse. Ils ont parfois des comportements sexualisés problématiques, ils se montrent intolérants aux frustrations et font preuve de violence. La mémoire traumatique et la dissociation chez ses enfants peuvent subitement déclencher une colère ou un passage à l'acte. Accompagner ces enfants nécessite des connaissances et une prise en charge spécifique

de leurs troubles. Les équipes soignantes de pédopsychiatrie sont formées à ces problématiques.

A contrario, l'enquête a également montré que les éducateurs exprimaient des difficultés face aux troubles des enfants souffrant de psycho traumatismes complexes. Force était de relever les besoins des éducateurs, en demande d'aide et d'expertise de l'équipe soignante pour éclairer les situations d'enfants rencontrées. Cette attente des éducateurs est notamment liée à un manque de sécurité dans les pratiques professionnelles, sécurité dont bénéficient les équipes de pédopsychiatrie grâce entre autres à la présence médicale.

Par ailleurs, l'absence de circulation de l'expertise soignante, légitimée notamment par le secret médical renforce la domination et le pouvoir de l'équipe soignante sur l'équipe éducative. Si les équipes éducatives tentent de retrouver des marges de manœuvre dans leur relation à la pédopsychiatrie, en recourant notamment aux urgences psychiatriques, on perçoit cependant que la pédopsychiatre garde le pouvoir sur l'amélioration possible du dialogue entre les deux secteurs. Ainsi la démarche des équipes mobiles issues de la pédopsychiatrie, allant à la rencontre des professionnels de la protection de l'enfance, pour les appuyer dans le décryptage des situations problématiques facilite les relations et les liens entre les deux institutions.

L'équipe mobile de pédopsychiatrie, que je coordonne depuis un an, fait évoluer son projet initial. Un des axes d'intervention de cette équipe correspond à la formation auprès des équipes éducatives. Les professionnels du soin vont intervenir auprès des éducateurs de la protection de l'enfance, pour répondre aux besoins de formation exprimés par les éducateurs et repérés par les soignants lors des rencontres. Différents thèmes sont pensés : la théorie de l'attachement, les psycho traumatismes complexes, les comportements sexualisés problématiques, le développement psycho-affectif de l'enfant... La nécessité du travail en réseau par le biais de la formation transversale apparaît alors comme une évidence. Ainsi, l'organisation de journées d'études communes, dont un des objectifs serait de modéliser un socle de connaissance pour développer un langage commun, serait à envisager.

Lors de ce travail, la pratique éducative auprès des enfants souffrant de psycho traumatismes complexes m'interpelle. En effet, lors des entretiens je me suis aperçue que les éducateurs n'évoquaient pas cette notion de souffrance majeure chez les enfants. Ils parlaient

de troubles externalisés, marqués par les passages à l'acte bruyant, la violence et l'agressivité sans exprimer de lien direct avec cette souffrance. Je m'interroge alors sur le fait que la majorité des enfants confiés à l'ASE souffrent de psycho traumatismes sévères et que les professionnels qui les accompagnent au quotidien ne soient pas formés à cette question fondamentale. Le contenu de la formation initiale des éducateurs spécialisés⁵³ aborde la personne de l'enfance à l'âge adulte et reste généraliste. Je me questionne alors sur les moyens mis à disposition par les structures de la protection de l'enfance pour accompagner les équipes éducatives dans le repérage des troubles psychiques présentés par les enfants qu'ils accueillent.

Pour Claude Dubar, « *se confronter à l'impuissance devant l'utilisateur, devoir régler des situations sans moyens (théoriques ou pratiques), comprendre sa marginalité, sont autant de facteurs qui contribuent à construire le rôle du travailleur social.* »⁵⁴

Je questionne aussi la reconnaissance par les pouvoirs publics, des métiers de l'humain dans leur pratique et les dispositifs mis en œuvre pour contribuer à la prise en charge de ces enfants emprunts de complexité.

Je me demande alors comment soutenir les équipes éducatives dans ce qu'elles savent faire et les accompagner dans ce qu'elles considèrent ne pas être dans leur champ de compétence.

Dans les institutions, le débat repose sur la qualité de vie au travail mais peu sur la qualité du travail. Ne serait-il pas essentiel de mailler les deux, ainsi, l'individu pourrait se servir du collectif pour interroger sa propre pratique et sur la notion du "bien faire" ce qui permettrait le bien-être ou le mieux-être. Ainsi, l'évaluation de la qualité du travail passe en outre par l'organisation de réunions d'équipe, des espaces importants pour évoquer les situations rencontrées.

J'évoque à nouveau la volonté des politiques de santé publique à mettre un accent fort et prioritaire sur l'importance de s'occuper des enfants protégés et surtout de prendre en

⁵³ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dees_arrete_ssaa1812297a_annexes_i_et_ii.pdf, référentiel professionnel DE éducateur spécialisé

⁵⁴ Ruggero I., Nicourd S., « La construction des discours vocationnels comme support de légitimité dans le champ de l'intervention sociale », *Vie sociale*, 2014/4 (n° 8), p. 101-112

considération leur santé en permettant l'accès aux soins de façon égalitaire et ce dès le plus jeune âge. Une réflexion en termes de santé mentale et non sur les soins psychiatriques serait intéressante à poursuivre tout en développant les pratiques et la connaissance du réseau.

En regard des préconisations des politiques publiques, un travail de coordination entre la pédopsychiatrie et l'ASE pourrait inclure la prévention précoce des risques de troubles psychiatriques. De plus, en lien avec les besoins des enfants protégés, l'accès amélioré aux soins psychiques, tout comme le soutien des équipes éducatives et du soin, seraient un gage de chance pour ces enfants.

Bibliographie

Ouvrages et chapitres d'ouvrages :

Berger M., *Soigner les enfants violents*, Dunod, Paris, 2012, 320 p.

Brossard B., *L'organisation sociale des « hasards heureux »*. *Qu'est-ce qu'un soin en psychiatrie ?* Elsevier Masson, Paris, 2012, p.1-19

Charles C., *Tensions et émotions dans le travail social précaire, Une sociologie des éducateurs et éducatrices dans les foyers pour enfants*, Octares, Toulouse, 2021, 226 p.

Coutant I., Eideliman J.S., *À l'écoute de la souffrance. Traiter les fragilités dans une maison des adolescents, Juger, réprimer, accompagner*. Essai sur la morale de l'État, Éditions du Seuil, Paris, 2013, p. 281

Crozier M., Friedberg E., *L'acteur et le système*, Editions du seuil, Paris, 1977, 478 p.

Delion P., *Ecouter, soigner, la souffrance psychique de l'enfant*, Albin Michel, Paris, 2013, p. 56

Denise T., Divay S., Dos Santos M., Fournier C., Girard L., Lumeau A., *Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques*, Bussi C., *Travailler ensemble pour soigner. Travailleurs sociaux et (para)médicaux : quelles coopérations et quels rapports de pouvoir autour du soin ?* IRDES, 2022, 492 p.

Freidson Eliot, *La profession médicale, Sciences sociales et santé*, ERES, Paris, 1985, p129-143

Gansel Y., *Vulnérables ou dangereux*, ENS éditions, Lyon, 2019, p.113-130

Goffman E., *Asiles, les éditions de minuit*, Lonrai, 1968, 438 p.

Lebrun P.B., Derville G., Rabin G., *La protection de l'enfance*, DUNOD, 4ème édition, Paris, 2020, 380 p.

Le Ferrand P., *L'accompagnement psychologique dans le travail social*, Apogée, Rennes, 2021, 192 p.

Marcelli D., Cohen D., *Enfance et psychopathologie*, Elsevier Masson, 9ème édition, Issy-les-Moulineaux, 2012, p 36

Moras L., *L'infirmier(e) en psychiatrie*, ELSEVIER MASSON, Issy-les-Moulineaux 2012, p. 89

Postel J., Quétel C., *Nouvelle histoire de la psychiatrie, Naissance de la psychiatrie infantile*, Dunod, Paris, 2004, p. 387-405

Potin E., *Enfants placés, déplacés, replacés : parcours en protection de l'enfance*, ERES, Toulouse, 2021, p. 63-64

Quivy R., Campenhoudt L.V., *Manuel de recherche en sciences sociales*, Dunod, Paris, 2006, p. 173-176

Ravon B., Laval C., *L'aide aux adolescents difficiles, Chroniques d'un problème public*, ERES, Toulouse, 2015, 166 p.

Rui S., « Pouvoir », in Paugam Serge (dir.), *Les 100 mots de la sociologie*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Que Sais-Je ? », p. 85-86

Articles :

Arborio A.M., « L'observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier », *recherches en soins infirmiers*, N°90, 2007, p. 26-34

Borelle C., « C'est uniquement social. Sur la production d'un dualisme social/psychiatrique en sciences sociales et dans le travail ordinaire de la psychiatrie », *Politix*, n°117, De Boeck Supérieur, 2017, p. 201-222

Chantraine G., Sallée N., « Eduquer et punir », *Presses de Sciences Po, Revue française de sociologie*, 2013

Fareng M. (psychologue clinicienne), Plagnol A., (psychiatre), « Dissociations et syndromes traumatiques : apports actuels de l'hypnose », *PSN*, volume 12, n°4, 2014

Pierron J.P., « Les institutions hospitalières : des institutions de la reconnaissance ? » *Revue d'éthique et de théologie morale*, 2014/HS (n° 281), pages 149-164

Ruggero I., Nicourd S., « La construction des discours vocationnels comme support de légitimité dans le champ de l'intervention sociale », *Vie sociale*, 2014/4 (n° 8), p. 101-112

Sarzier M., « Des déclassé-es immobiles. Comprendre l'évolution des rapports au travail dans un service hospitalier », *Sociologie du travail*, Vol. 62 - n° 4 | Octobre-Décembre 2020

Schlegel V., « Partage juridictionnel et socialisation au travail pluridisciplinaire dans la prise en charge des personnes sans domicile », *Sociologie du travail*, Vol. 63 - n° 3, Juillet-Septembre 2021

Rapports et textes officiels :

Observatoire Nationale de la Protection de l'Enfance, La santé des enfants protégés, 16^{ème} rapport au gouvernement et au parlement, juillet 2022

Conférences :

Bonneville-Baruchel Emmanuelle, Les traumatismes relationnels précoces chez l'enfant : effets sur le développement, conférence du 16 mai 2019

Morel Sylvie, conférence sur la sociologie de la santé, les représentations de la santé et de la maladie, maîtresse de conférences à Nantes, le 22 mai 2014

Sitographie :

<https://www.cairn.info/revue-raisons-politiques-2003-1-page-33.htm> Philippe Braud, Violence symbolique et mal-être identitaire, Raisons politiques, 2003/1 (no 9), p. 33-47, consulté le 21 mars 2023

https://cn2r.fr/wp-content/uploads/2023/05/Ressource_protection_enfance_Cn2r.pdf, consulté le 28 février 2023

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3120418/fr/evaluation-globale-de-la-situation-des-enfants-en-danger-ou-risque-de-danger-cadre-national-de-referance, consulté le 24 janvier 2023

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3289297/fr/idees-suicidaires-chez-l-enfant-et-l-adolescent-reperer-evaluer-et-orienter-la-prise-en-charge, consulté le 24 janvier 2023

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020961044/>, consulté le 24 janvier 2023

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912862, consulté le 24 janvier 2023

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044427903, consulté le 24 janvier 2023

https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000006366539, consulté le 24 janvier 2023

<https://www.legifrance.gouv.fr>, consulté le 24 janvier 2023

<https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/article/assises-de-la-pediatrie-et-de-la-sante-de-l-enfant>, consulté le 25 avril 2023

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dees_arrete_ssaa1812297a_annexes_i_et_ii.pdf, référentiel professionnel DE éducateur spécialisé, consulté le 31 mai 2023

<https://www.vendee.fr/Solidarite-et-education/Enfance/19590-Protection-de-l-enfance/Enfant-en-danger>, consulté le 31 mars 2023

Liste des annexes

ANNEXE 1 : La grille d'observation

ANNEXE 2 : La grille des entretiens

ANNEXE 3 : Typologie des personnes interviewées

ANNEXE 1 : La grille d'observation

Pour élaborer la grille d'observation, je m'appuie sur la construction d'un tableau qui facilite la prise de notes. Les observations sont notées dans mon journal de terrain. Pour des raisons d'anonymat et de confidentialité lors de mes observations participantes, j'ai fait le choix, ici, de ne pas compléter ce tableau.

Lieux	Obs n°1	Obs n°2	Obs n°3	Obs n°4	Obs n°5	Obs n°6	Obs n°7	Obs n°8	Obs n°9	Réunion en présence des directions des deux institutions
Dates										
Durée des réunions										
Description de l'environnement										
Qualification des personnes présentes										
Contexte de la réunion et sujets abordés										
Ce qui est dit										
Ce que l'on tait										
Quelles sont les questions ?										
Quelles sont les demandes ?										
Attitudes caractéristiques des professionnels										

ANNEXE 2 : La grille des entretiens

Présentation de la personne :

- Parcours
- Situation professionnelle
- Ancienneté
- Tranche d'âge des enfants pris en charge

Présentation du contexte :

Je m'interroge sur les liens entre les services éducatifs et la pédopsychiatrie dans la prise en charge des enfants confiés à l'ASE, souffrant de psycho traumatismes complexes.

J'ai fait le choix d'interviewer des professionnels de 1^{ère} ligne, qui gravitent auprès de ces enfants. En fait, je rencontre non seulement des professionnels du soin (pédopsychiatre, infirmiers, cadre), mais aussi des éducateurs et des chefs de service en protection de l'enfance.

Question principale :

J'ai fait le choix de poser une question ouverte très généraliste, dans l'idée de favoriser la liberté d'expression.

- Je souhaiterais que vous me parliez de votre expérience professionnelle en lien avec le travail partenarial soit avec la pédopsychiatrie ou avec les équipes éducatives ? (La question évolue en fonction des personnes interviewées)

J'ai prévu des questions de relance pour préciser le discours des professionnels.

- Quelles sont vos représentations sur le travail en pédopsychiatrie ou en service éducatif ? (La question évolue en fonction des personnes interviewées)
- Selon vous, pour quelles raisons le fait de travailler ensemble est compliqué ?
- Quels sont selon vous, les points de divergences ou les points de convergence entre les deux institutions ?
- Comment gérer vous la crise, lorsque les troubles des enfants sont externalisés ?

Des thèmes se sont dégagés lors de l'analyse des entretiens : les liens entre les deux institutions (structures éducatives et la pédopsychiatrie), place du médecin, et des psychologues, pratiques professionnelles exercées dans un environnement de travail sécurisant, le besoin/le manque de formation, profils des enfants accueillis, éviter les ruptures dans les prises en charge, notion de crise, les compétences professionnelles.

ANNEXE 3 : Typologie des personnes interviewées

Au sein des structures éducatives :

Prénoms (modifiés)	Professions	Secteur d'activité	Public pris en charge	Ancienneté	Informations complémentaires
Antoine	éducateur spécialisé	MECS	Jeunes 8/17 ans	10 ans	
Julie	Educatrice spécialisée Cheffe de service	MECS	Jeunes 8/17 ans	8 ans 7 ans	A obtenu une licence en psychologie
Emma	éducatrice spécialisée	foyer d'accueil d'urgence	Jeunes 11/15 ans	4 ans	A obtenu une licence en psychologie
Brigitte	cadre socioéducatif	Structure d'accueil d'urgence	0/3ans	38 ans	A obtenu une licence en sciences de l'éducation A travaillé auprès des enfants âgés de 8 à 12 ans en pédopsychiatrie A travaillé avec les adolescents dans des foyers d'accueil d'urgence
Clara	agent éducatif	foyer d'accueil d'urgence	Jeunes 11/17 ans	1 an	A obtenu une licence de psychologie Elle remplace un arrêt maladie long sur un poste d'éducateur

En milieu hospitalier :

Prénoms (modifiés)	Professions	Secteur d'activité	Public pris en charge	Ancienneté	Informations complémentaires
Mathieu	psychologue	pédopsychiatrie	Jeunes 0/17 ans	22 ans	psychologue ayant exercé en protection de l'enfance et en pédopsychiatrie
Jérémie	infirmier	pédopsychiatrie	Jeunes 0/17 ans	7 ans	A travaillé en psychiatrie adulte, en pédopsychiatrie
Sandrine	infirmière	pédopsychiatrie	Jeunes 0/17 ans	23 ans	A travaillé en psychiatrie adulte, en pédopsychiatrie
Laurent	éducatrice spécialisée	pédopsychiatrie	3/14 ans	8 ans	A travaillé avec les adolescents dans des foyers d'accueil d'urgence
Emile	cadre socio-éducatif	Pédopsychiatrie	Jeunes 6/15 ans	13 ans	A travaillé en MECS
Estelle	pédopsychiatre	Pédopsychiatrie	Jeunes 0/18 ans	16 ans	
Laetitia	infirmière	pédiatrie et urgences pédiatriques	Jeunes 0/18 ans	27 ans	A travaillé en pédopsychiatrie

FRAPPIER	Lydie	07 septembre 2023
Master 2 mention santé publique Parcours : « Enfance, jeunesse : politiques et accompagnements »		
Eduquer et soigner : des enjeux de santé publique pour les professionnels des structures éducatives de la protection de l'enfance et les professionnels de la pédopsychiatrie		
Promotion 2022-2023		
<p>Résumé :</p> <p>Dans ce mémoire, les représentations de la pédopsychiatrie sur les besoins des enfants souffrant de psycho traumatismes complexes, sont abordées. Le profil de ces enfants, confiés à l'ASE, pour lesquels la pédopsychiatrie est sollicitée, est expliqué. L'accompagnement des équipes éducatives par la pédopsychiatrie, dans le décodage des comportements de ces enfants, est évoqué.</p> <p>Puis, une description des difficultés des équipes éducatives face aux situations de ces enfants, est développée. Les représentations des infirmiers de pédopsychiatrie sur les pratiques éducatives jugées négativement, sont explorées. Les attentes des éducateurs de la protection de l'enfance, en demande, de l'expertise de la pédopsychiatrie, sont développées.</p> <p>Enfin, les concepts de pouvoir et de domination de la pédopsychiatrie, renforcés, par l'absence de circulation de leurs savoirs, sont explorés. Une spécialisation de leur expertise est revendiquée par les infirmiers. Un intérêt est porté sur la place dominante du médecin et sur la notion du secret professionnel, comme outil de domination. Ce travail se termine par l'exposé des différentes stratégies d'adaptation, adoptées par les professionnels des équipes éducatives de la protection de l'enfance, pour contourner la relation de domination.</p>		
<p>Mots-clés :</p> <p>Enfants placés, psycho traumatismes complexes, représentations, expertise, compétences, pouvoir, domination, stratégies</p>		
<p><i>L'École des Hautes Études en Santé Publique, l'Université Rennes 1 et l'Université Rennes 2 n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		