



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MEDECIN DE L'ÉDUCATION NATIONALE

Promotion - 2003

**Rôle du médecin de l'éducation nationale
dans un dispositif innovant d'évaluation
psychopédagogique et de soins pour
adolescents**

Sylvie MORANDI

Remerciements

Je remercie Geneviève Connault-levai, Médecin Responsable Conseiller Technique auprès de l'Inspecteur d'Académie ainsi que Michelle Béhar, mon maître de stage pour toute l'aide et le soutien qu'elles m'ont apportées au cours de cette année.

Je remercie toute l'équipe du C.E.S.A. pour leur accueil chaleureux et leur aide dans le recueil des données à partir des dossiers.

Je remercie mon mari, ainsi que mes enfants, Audrey, Aurore, Paul et Alexandre pour leur soutien et leur patience tout au long de cette année.

A toute la promotion, Merci..... !

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 CONTEXTE	6
1.1 État de la question	6
1.1.1 Définition de la souffrance psychique chez l'adolescent	6
1.1.1.1 Définition de l'adolescence	6
1.1.1.1.1 Les modifications physiques de l'adolescent	7
1.1.1.1.2 L'adolescent et la société.....	8
1.1.1.1.3 L'adolescent et la psyché.....	8
1.1.1.1.4 Les changements cognitifs	9
1.1.1.1.5 Définition administrative de l'adolescent.....	9
1.1.1.2 Définition de la souffrance psychique.....	10
1.1.2 Politique de Santé Mentale.....	12
1.1.2.1 Politique de Santé Mentale Nationale	12
1.1.2.2 Politique de Santé Mentale Régionale	13
1.2 Contexte local	16
1.2.1 Le contexte géographique et démographique de la Seine-et-Marne	16
1.2.2 Quelques dispositifs de santé mentale en Seine-et-Marne	16
1.2.2.1 Au niveau de l'Éducation Nationale	16
1.2.2.2 Au niveau de la Psychiatrie	17
1.2.3 Les équipements psychiatriques pour adolescents en Seine-et-Marne	17
1.2.4 La création du CESA	18
1.2.4.1 Pourquoi le CESA ?.....	18
1.2.4.2 Les particularités du CESA.....	18
2 MÉTHODES ET RÉSULTATS	20
2.1 Méthodes	20
2.1.1 Les entretiens	20
2.1.2 La grille de recueil	21
2.1.3 Étude d'un dossier.....	23
2.1.4 Participation à une demi-journée : Bilan et perspectives du C.E.S.A. de travail ..	23
2.1.5 Limites des méthodes et de l'étude	23
2.2 résultats	25
2.2.1 Fonction du médecin de l'EN et les outils de l'intégration (P.A.I., P.I.I.S.,P.E.I.) ..	25
2.2.2 Les particularités des adolescents évalués par le CESA	28
2.2.3 Les liens entre les partenaires.....	33

2.2.4	Les atouts du C.E.S.A. et ses limites	35
2.2.5	L'accès aux soins et le mode de recrutement (tout n'est pas « psy »).....	37
3	DISCUSSION-PROPOSITIONS	39
3.1	Discussion	39
3.2	Propositions.....	49
3.2.1	Amélioration de la prise en charge au niveau de l'Éducation Nationale.....	49
3.2.2	Amélioration de la prise en charge au niveau du CESA.....	50
3.2.3	Amélioration de la prise en charge au niveau des autres institutions.....	50
3.2.4	Au niveau de toutes les institutions	51
	CONCLUSION	52
	BIBLIOGRAPHIE	54
	LISTE DES ANNEXES.....	60

Liste des sigles utilisés

A.E.M.O. Aide Éducative En Milieu Ouvert
A.N.A.E.S. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
A.R.H. Agence Régionale de l'Hospitalisation
A.S.E. Aide Sociale à l'Enfance
C.A.T.T.P. Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
C.C.P.E. Commission de Circonscription Préscolaire et Élémentaire
C.C.S.D. Commission de Circonscription du Second degré
C.D.E.S. Commission Départementale d'Éducation Spécialisée
C.D.S.M. Conseil Départemental en Santé Mentale
C.E.S.A. Centre d'Évaluation et de Soins pour Adolescents
C.H.L.M.V. Centre Hospitalier Lagny Marne la Vallée
C.M.P. Centre Médico-Psychologique
C.M.P.A. Centre Médico-Pédagogique pour Adolescents
C.P.E. Conseiller Principal d'Éducation
D.D.A.S.S. Direction Départementale des Affaires Sanitaires et sociales
D.E.R.P.A.D. Dispositif Expert Régional Pour Adolescents en Difficultés
D.G.L.D.T. Direction Générale à la Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
D.R.A.S.S. Direction Régionale des Affaires Sanitaires et sociales
F.E.H.A.P. Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non
lucratif
F.S.E.F. Fédération Santé des Étudiants de France
H.C.S.P. Haut Comité de Santé Publique
I.N.S.E.R.M. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
M.I.L.D.T. Mission Interministérielle de la Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
M.R.C.T. Médecin Responsable Conseiller Technique
O.M.S. Organisation Mondiale de la Santé
O.R.S. Observatoire Régional de la Santé
P.A.I. Projet d'Accueil Individualisé
P.E.I. Projet Éducatif Individualisé
P.I.I.S. Projet Individuel d'Intégration Scolaire
P.J.J. Protection Judiciaire de la Jeunesse
P.M.S.I. Programme de Médicalisation du Système d'Information
P.R.A.P.S. Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

P.R.S. Projet Régional de Santé

R.A.S.E.D Réseau d'Aides Spécialisées aux Élèves en difficulté

S.R.O.S. Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire

S.E.G.P.A. Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté

I.A. Inspecteur d'Académie

U.A.R. Unité d'Accueil Rapide

INTRODUCTION

- La souffrance psychique, l'enjeu est d'importance.

La santé mentale est un problème de Santé Publique. Le colloque d'experts de l'INSERM va dans ce sens (31).

P. Jeammet souligne « L'adolescence est entrée en force dans le champ de la psychopathologie ces quatre dernières décennies, au point que les difficultés des adolescents sont présentées depuis quelques temps comme un véritable problème de santé publique. » (34).

Des enquêtes épidémiologiques sur la population générale d'adolescents affirment que la dépression dans sa forme majeure concerne entre 3 et 7% de la population. Les «problèmes dépressifs» connaissent une prévalence allant de 30 à 45% (13) dans cette tranche d'âge. La dépression n'est qu'un versant de la souffrance psychique (41).

Les signes de cette souffrance sont multiples : difficultés scolaires et d'apprentissages, troubles du comportements, absentéisme, consommation de produits psychoactifs, passages à l'acte (violence, fugue, tentative de suicide...) (32), conduites à risque (sports extrêmes, conduite dangereuse sur la voie publique ...) ou plaintes somatiques multiples. Ces signes sont repris dans plusieurs études (11, 13, 14, 49) et dans de nombreux écrits (5, 8, 9, 17, 20, 33).

Ce thème préoccupe les pouvoirs publics des pays industrialisés.

La France, prenant en compte ce problème, décide, dès 1998, de mettre place une véritable politique de santé publique, tant sur le plan national, que régional.

La Conférence Nationale de Santé de mars 2001 apporte un éclairage sur ce sujet.

La politique de santé mentale régionale de l'Île-de-France, inscrite dans le cadre des stratégies nationales met l'accent sur la santé mentale (1).

- La souffrance psychique des adolescents, une priorité pour le médecin de l'ÉN

Le médecin de l'ÉN s'intéresse à la souffrance psychique des jeunes au niveau de son dépistage, de sa prise en charge et de son accompagnement, d'autant que cette souffrance s'exprime dans et par le milieu scolaire car c'est essentiellement à l'école que se trouvent (et se retrouvent) les adolescents.

C'est bien dans l'école où il passe un moment important de sa vie, que l'adolescent va émettre les signes qui peuvent devenir autant d'indicateurs pour l'éducateur (9).

Ce lieu scolaire est important pour deux raisons, parce que l'élève y passe en moyenne huit heures par jour et parce que l'institution scolaire cristallise tous ses problèmes. Les jeunes y subissent des pressions de la part de leurs parents et des enseignants. Ils doivent y respecter des règles qui leurs sont parfois difficiles à suivre.

En effet, l'adolescence est un temps délicat de la vie, période de mutation, de perte de l'enfance, de processus de réorganisation structurante mais aussi moment d'acquisition d'autonomie.

Le changement corporel inéluctable, la sexualisation de son identité, les sentiments de deuil (perte de l'objet maternel) font de cette période une étape difficile, souvent nommée « crise d'adolescence » ; crise qu'il ne faut en aucun cas banaliser.

Parfois, l'adolescent peut par des comportements divers qui vont du trouble du comportement, de l'absentéisme...à la tentative de suicide, exprimer ses difficultés, son mal-être.

Le médecin de l'ÉN doit être particulièrement attentif à toutes manifestations pathologiques car pendant cette période aussi délicate, certains adolescents peuvent initier les tous premiers signes d'une pathologie psychiatrique.

Souvent repéré par l'équipe éducative, CPE, professeurs, cet adolescent doit être orienté vers une structure adaptée et pris en charge au sein de l'établissement

- sur le plan médical d'une manière spécifique (P.A.I.)

- sur le plan pédagogique par la mise en place d'un aménagement spécifique du temps scolaire ou des matières (P.I.I.S, P.E.I.) pour améliorer son intégration (72, 73, 74, 80).

Le médecin de l'EN se positionne à l'interface des partenaires extérieurs et des professionnels de l'établissement. Étant donné sa connaissance du système éducatif, il joue un rôle charnière entre les institutions extérieures (structures hospitalières, psychiatriques, éducatives, judiciaires), l'élève et sa famille et l'Éducation Nationale tout en restant garant du secret médical.

Il doit également développer des actions de prévention (prévention primaire, secondaire et tertiaire) auprès des adolescents.

L'ensemble de ses missions est défini par le décret de 91 et par la circulaire de janvier 2001 (71, 77).

- La Seine-et-Marne est pauvre en structure psychiatrique.

Sur le plan local, la Seine-et-Marne est sous équipée en structures psychiatriques. Selon l'étude de l'O.R.S. d'Île-de-France, l'offre en psychiatrie est insuffisante dans la moitié du département. Ce département étendu et en pleine explosion démographique accuse un déficit en structures psychiatriques pour l'enfant et l'adolescent, par exemple : absence de lit d'hospitalisation, à l'exception du C.M.P.A. de Neufmoutiers. Le département en matière de psychiatrie a des moyens inférieurs de l'ordre de 50% vis à vis du reste du pays, selon les statistiques nationales.

Devant cet état de fait et en cohérence avec les politiques Nationale et Régionale, en novembre 2001, la DDASS propose deux orientations de travail au cours du Conseil Départemental en Santé Mentale :

- le renforcement des secteurs en psychiatrie de l'enfant et l'adolescent
 - et la création de structures de prise en charge pour adolescents en situation de crise.
- Une des réponses apportée est la création d'une structure d'accès aux soins : le C.E.S.A. (Centre d'Évaluation et de Soins pour Adolescents).

C'est une structure psychiatrique ambulatoire d'accès aux soins et d'évaluation pour adolescents. Elle existe depuis un an, implantée dans une ville nouvelle, Lognes dans le bassin de Val Maubué. Cette agglomération se situe dans la partie Ouest de la Seine-et-Marne.

Le C.E.S.A. accueille des adolescents de 12 à 20 ans de la région Nord et nord-Ouest du département.

Bien que le C.E.S.A. ne soit pas une structure d'urgence mais une structure d'accès aux soins pour adolescents dont les manifestations psychopathologiques sont dans le registre scolaire, il s'inscrit dans la politique de développement d'unité ambulatoire au sein du département.

Ce dispositif évalue donc des adolescents de 12 à 20 ans présentant des difficultés au sein de la scolarité adressée au centre par le psychiatre du C.M.P. ou le médecin de l'ÉN. Ce fonctionnement est déterminé par le protocole du centre. Cette évaluation porte sur trois aspects, pédagogique, psychiatrique et familiale.

Nous précisons les particularités et les modalités de fonctionnement dans le chapitre 1.2.4.2.(page 18).

Nous allons étudier la place du médecin de l'ÉN et les difficultés qu'il peut rencontrer dans la prise en charge d'élèves en difficultés scolaires (absentéisme, violence, échec scolaire, hyper investissement scolaire). Les problèmes au niveau de la scolarité peuvent être de plusieurs ordres : social, éducatif ou psychiatrique, isolés ou mêlés selon les cas.

Dans le cas présent, sans pour cela nous désintéresser des autres domaines, nous allons étudier la prise en charge de jeunes dont le principal symptôme ou tout au moins le symptôme annoncé, c'est à dire la difficulté dans la scolarité, est de l'ordre de la psychopathologie.

Nous allons donc analyser la re scolarisation ou l'insertion scolaire des adolescents évalués par le C.E.S.A. avec comme question de départ « Pourquoi l'intervention du médecin de l'ÉN auprès des adolescents en difficultés scolaires en lien avec une problématique psychiatrique, évalués par le C.E.S.A., se heurte t-elle à des difficultés? ».

Devant cette interrogation, nous nous sommes intéressés à cinq hypothèses.

- 1) Le rôle du médecin de l'ÉN est méconnu par les équipes pédagogiques.
Est-il connu dans les établissements ? Se fait-il connaître ?
- 2) Le médecin de l'ÉN a des difficultés à mettre en place une prise en charge individuelle au sein des établissements. Les outils de l'intégration des jeunes porteurs de handicaps existent (P.I.I.S.). Sont-ils utilisés pour intégrer des jeunes présentant des difficultés scolaires à dominante psychique ?
- 3) Les relations sont parfois délicates entre les parents, l'adolescent et le Médecin de l'Éducation Nationale
La représentation du rôle du MEN et notamment dans le cadre de la psychiatrie pour l'adolescent et sa famille est parfois négative.
- 4) Il existe des difficultés de lien avec les partenaires extérieurs
Les difficultés de partenariats sont réelles du fait du manque d'institutionnalisation des relations et de la multiplicité des partenaires.

5) Le manque de structures de soins est un problème majeur

Le problème de l'accès aux soins, le délai d'attente pour les rendez-vous, l'absence de diversité de soins entrave le succès de cette prise en charge.

Certaines de ces hypothèses, comme les relations avec les parents, la méconnaissance du rôle du médecin de l'ÉN, les difficultés de lien avec les partenaires extérieurs pourraient être retenues dans d'autres domaines, par exemple médico-social ou judiciaire.

Après une présentation du C.E.S.A., de sa spécificité structurelle et de son originalité (double évaluation : pédagogique et psychiatrique), la seconde partie de ce mémoire se consacre à la présentation des différentes méthodes mise en œuvre pour étudier la prise en charge au sein de l'école de ces jeunes en difficultés.

- Des entretiens semi-directifs auprès de différents professionnels (professeurs d'établissement et du CESA, psychiatres du CESA, du CMP, de l'U.A.R., du Centre Hospitalier de Lagny Marne la Vallée, médecin de l'EN, parents) fournissent des informations, des points de vue sur cette prise en charge. Ils pointent les difficultés et donnent des pistes pour améliorer cette remédiation.
- L'étude de la population des jeunes évalués par le CESA sur un certain nombre de critères permet une analyse plus fine des besoins spécifiques de ces adolescents et peut être d'améliorer le dépistage et la prise en compte de la souffrance mentale.
- Cette étude est complétée par l'étude d'un dossier avec une analyse longitudinale (de la maternelle au collège) et transversale (dossier médical scolaire, évaluation du CESA, dossier de la CCSD) du parcours de cet élève.
- Au cours d'une demi-journée en mars 2003, le CESA a présenté aux différents partenaires son activité clinique au terme de cette première année de travail. L'analyse du bilan d'activité de ce dispositif ambulatoire permet de déterminer les plus, les améliorations et les limites de cette prise en charge.

Au terme de cette présentation, nous discutons des limites de cette enquête et de la méthodologie.

Dans une troisième partie, nous développons la discussion des résultats obtenus. Des résultats confirment certaines hypothèses, d'autres permettent de faire émerger de nouvelles réflexions.

Nous abordons les éventuelles propositions ou pistes de travail émergentes de l'étude et de l'analyse des dossiers et des entretiens pour améliorer la prise en charge individuelle de ces élèves, c'est à dire :

- Une augmentation des structures psychiatriques pour enfants et adolescents (accès aux soins, hospitalisation) et une mise en place de dispositifs facilitant l'accès aux soins par une diversification des unités et de la prise en charge (psychiatrique, éducative, pédagogique ; individuelle et familiale ; notion de clinique éducative).
- Un diagnostic plus précoce et un suivi plus adapté.
- Une meilleure formation pour les médecins de l'ÉN dans le domaine de la psychopathologie (filtre pour un meilleur diagnostic et une meilleure orientation).
- Une meilleure connaissance des différents partenaires (notion de cultures communes tout en gardant ses spécificités).
- La création d'un outil (fiche de suivi) qui permette de pérenniser les liens entre l'école et le CESA.

1 CONTEXTE

1.1 État de la question

1.1.1 Définition de la souffrance psychique chez l'adolescent

1.1.1.1 Définition de l'adolescence

L'adolescence est une période difficile à définir car il n'y a pas une mais de multiples définitions (3).

Si l'on part du sens étymologique du mot, l'adolescence a pour origine un participe présent « adolescens » d'un verbe latin : celui qui croît, qui grandit.

Le petit Robert définit lui l'adolescence comme l'âge qui suit la puberté et précède l'âge adulte, l'adulte étant lui au terme de sa croissance, celui qui a cessé de grandir.

Ces définitions font apparaître une constante : l'adolescence est une période de transition et selon V.Hugo « la plus délicate des transitions ».

Cette période ne peut pas être définie de façon fixe dans le temps puisqu'elle est variable selon l'individu, selon la société dans laquelle l'adolescent évolue.

L'Organisation Mondiale de la Santé définit cette population par un âge compris entre 10 à 19 ans. Selon les pays, les cultures, les sociétés et selon les époques, ces chiffres varient.

Il serait donc peut-être plus simple de parler de l'adolescent ou de l'adolescente puisque selon son identité sexuelle, sa propre physiologie et psychologie, son appartenance sociale et la société dans laquelle il évolue, l'adolescent ou l'adolescente ne présentera pas les mêmes signes, les mêmes caractéristiques.

1.1.1.1.1 Les modifications physiques de l'adolescent

Les modifications physiques se traduisent chez l'adolescent par la maturation des gonades, de l'appareil génital et le développement des caractères sexuels secondaires.

La puberté, période du développement où apparaît l'aptitude à la procréation dure environ 2 à 3 ans. Ce développement pubertaire est codifié par 5 stades (de Tanner) dont les éléments sont le développement des seins et de la pilosité pubienne chez les filles et celui des organes génitaux externes et la pilosité pubienne chez les garçons (28).

Cette différenciation sexuelle qui transforme profondément l'enfant en adolescent est le résultat d'un mécanisme endocrinien complexe mettant en jeu l'hypothalamus, l'hypophyse et les différentes gonades.

Ce processus provoque chez la fille l'apparition des menstruations et chez le garçon la première éjaculation consciente. Ces deux signes achèvent symboliquement la puberté.

Il existe des variations chronologiques individuelles et collectives dans l'apparition de la puberté. Des variations génétiques et environnementales (niveau socio-économique, santé exercice physique) peuvent influencer la date de la puberté.

Les variations collectives existent. En effet, la date des premières règles avance depuis quelques années dans certains pays industrialisés (Norvège, Allemagne, France) ce qui ne va pas sans poser quelques problèmes (42). L'âge d'activité sexuelle avance alors que l'insertion dans le monde professionnel se fait de plus en plus tardivement dans ce type de pays.

1.1.1.1.2 L'adolescent et la société

L'enfant et l'adolescent existent depuis peu dans la société en tant qu'individu à part entière. De l'enfant (infans : celui qui ne parle pas) à l'enfant, phénomène moderne, l'évolution n'a pas été linéaire. Au Moyen Âge, l'enfance et l'adolescence n'existent pas. Ils sont considérés comme des adultes en miniatures (littérature, peinture).

P. Ariès, dans son ouvrage « l'Enfant et la vie familiale sous l'ancien régime » situe l'apparition d'une nouvelle conscience qui attribue à l'enfant une spécificité, au XVIIème siècle.

Jean-Jacques Rousseau, dès la seconde moitié du XVIII siècle va regarder l'enfant comme une personne ayant sa propre valeur et comme un être plein de potentialités.

L'insertion professionnelle de l'adolescent, sa place parmi ses pairs et les caractéristiques socioculturelles des groupes sont autant de sujet étudiés dans le domaine de la sociologie. Les adolescents sont différents selon les époques, les milieux socioéconomiques, les cultures, et les religions. L'adolescence n'est donc pas un phénomène universel et homogène.

La majorité des sociétés ont développé des rituels de passage qui sont différents d'une société à l'autre. Dans nos sociétés occidentales, ces rites sont dilués dans le temps et dans leur charge symbolique.

La place des relations familiales, de la structure familiale, de la personnalité des parents est un des déterminants de la « crise de l'adolescent ». La dimension culturelle et sociologique influence l'adolescent.

1.1.1.1.3 L'adolescent et la psyché

Si souvent lorsque l'on parle d'adolescence, on pense « crise d'adolescence », il ne faut pas oublier que cette « crise » nécessaire à ce changement d'état qui est le passage de l'enfant à l'adulte, ne doit être ni négligée, ni dramatisée.

Ce passage « obligé », même s'il est conflictuel au sens de conflits internes à l'individu, se passe dans la majorité des cas sans difficulté majeure.

La frontière entre le travail psychique de l'adolescent qui est la composante spécifique de cette évolution et les manifestations qui peuvent être davantage de l'ordre du pathologique est floue. D'où la difficulté pour les adultes de prendre en charge ces jeunes en prenant en

compte ses particularités sans poser de diagnostics hâtifs et laisser à l'adolescent le temps de son évolution. Le temps est le facteur thérapeutique essentiel (Winnicott).

Selon Freud, le rôle joué par l'accession à la sexualité est primordial dans ce processus. L'accent est mis selon les auteurs sur un aspect plus spécifique : l'excitation sexuelle, le corps, le deuil et la dépression, les moyens de défense, le narcissisme, l'idéal du Moi ou les problèmes de l'identité et de l'identification. Mais pour tous, l'adolescence est caractérisée par ces différents éléments dont l'importance respective varie selon les points de vue et évidemment selon les adolescents eux-mêmes (42).

1.1.1.1.4 Les changements cognitifs

Au moment de l'adolescence, il existe des bouleversements dans les structures cognitives des jeunes. Piaget et Inhelder ont décrit l'apparition à l'adolescence d'une nouvelle forme d'intelligence, l'intelligence opératoire formelle. Ces structures sont mise en place vers 12-13 ans. D'autres auteurs rappellent l'importance des apprentissages au moment de l'adolescence, notamment sociaux, ce qui suppose un fonctionnement intellectuel opérationnel.

1.1.1.1.5 Définition administrative de l'adolescent

Il n'existe pas de limites bien établies pour borner cette période. Selon les experts, les institutions ou les circulaires concernant cet âge, les chiffres varient.

Les études épidémiologiques concernant le suicide, en particulier françaises considèrent souvent la tranche des 15-24 ans.(18)

La période d'étude retenue par le groupe de travail (29) sur « la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes » est la tranche d'âge de 12-25.

La réglementation de l'hospitalisation française introduit une séparation entre les services de pédiatrie et les services adultes. La limite supérieure d'admission dans les services pédiatriques est de 15 ans et 3 mois. Ces services admettent souvent dans les limites de leurs possibilités des patients plus âgés. La limite d'âge inférieure pour l'admission en service adulte est de 16 ans. Son application est souvent respectée.

Dans le S.R.O.S. psychiatrique de l'Île de France, sont visés comme adolescents ceux dont l'âge se situe entre 16 et 18 ans, et les jeunes adultes entre 18 et 25 ans.

Le Baromètre santé jeune détermine pour son enquête téléphonique en 1997/1998 auprès de 4 115 jeunes un âge de 12 à 19 ans (49).

L'enquête nationale de M.Choquet et S. Ledoux en 94-94 sur la population suivie par la PJJ porte sur des adolescents de 14 à 21 ans (14).

La scolarité obligatoire jusqu'à 16 ans (65) rattache l'adolescence au monde de l'enfance.

L'adolescent est donc un être en évolution physique, psychique et intellectuelle dans un milieu social avec un passé culturel, historique et religieux. Ce milieu est à sa famille, l'école, la cité et la société. Cette évolution, pleine de paradoxe n'est pas simple. L'adolescent peut vivre cette période de changement plus ou moins bien, avec plus ou moins de souffrance.

1.1.1.2 Définition de la souffrance psychique

La souffrance psychique, une définition difficile.

Nous allons dans un premier temps tenter de définir la santé, puis à partir de ce concept s'orienter vers la souffrance psychique et la pathologie psychiatrique sachant que cette souffrance n'est qu'une composante de la santé mentale.

La santé est un concept difficile à cerner. L'Organisation Mondiale de la Santé définit, en 1946 la (bonne) santé comme « un état complet de bien être physique, psychique et social,. » ; alors que Georges Canguilhem qui la considère comme « la capacité prolongée d'un individu à faire face à son environnement physiquement, émotionnellement, mentalement et aussi socialement. »

En 1986, à Ottawa, l'O.M.S. complète sa définition de 1946 par : « le pouvoir d'identifier et de réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec le milieu ou s'y adapter ». Nous ne pouvons pas opposer souffrance et santé. La souffrance n'est certainement pas qu'une absence de santé mais plutôt une expression douloureuse de la vie, quelle soit physique ou psychique.

Le petit Robert précise que la souffrance est le fait de souffrir, douleur physique ou morale.

Selon Marie Choquet, directeur de recherche à l'INSERM U.169 (13), les jeunes expriment leur malaise psychologique et relationnel à travers des troubles très diversifiés.

Les manifestations de cette souffrance sont multiples :

- Troubles du comportement
- Absentéisme
- Conduites addictives
- Passages à l'acte (violence, fugue, tentative de suicide (53)...) (45)
- Conduites à risque (sports extrêmes, conduites sur la voie publique dangereuse...)
- Multiplications des plaintes somatiques

et peuvent avoir comme conséquence des difficultés scolaires et d'apprentissages (54, 55)

On constate que les troubles peuvent être de nature différente selon les sexes : les garçons s'expriment à travers des troubles du comportement et les filles à travers les troubles du corps.(12)

La santé mentale des adolescents est un problème de santé publique :

Le suicide des jeunes pose une réelle difficulté aux pouvoirs publics et aux professionnels. L'absentéisme scolaire intéresse les ministères de tutelles.

A propos de l'absentéisme, il existe des différences de pourcentages obtenus par des enquêtes réalisées par M. Choquet et C. Hassler (11) ou S. Roché (sociologue) et les statistiques officielles, environ 5% pour les premiers et 0,8% pour les seconds. Alors que B Ribes avance des chiffres différents : « L'absentéisme scolaire ne touche que 14% des garçons et 11% des filles, au total 12,5% des élèves de tous âges » (57). Cette variation masque des appréciations différentes du phénomène (50) (décrochage léger ou absentéisme lourd, exclusion ou désinvestissement scolaire allant vers la déscolarisation).

La mortalité par suicide des adolescents est en constante augmentation dans la plupart des pays industrialisés depuis les années 1960, augmentation qui s'avère plus nette pour les garçons que pour les filles.(8)

C'est la deuxième cause de décès, en 1997 après les accidents de la route pour les 15-25 ans. Ce nombre ne prend pas en compte certains phénomènes de sous-déclarations estimés de 20 à 25%.(19). L'I.N.S.E.R.M. révèle un certain nombre de cas de morts « suspectes » non élucidées (les résultats de l'enquête des Instituts médico-légaux n'étant pas transmis) (6).

Dans le cas présent, nous allons nous intéresser à des adolescents de notre époque, dans un pays industrialisé, qui peuvent avoir des origines ethniques, culturelles ou religieuses

différentes. Ces adolescents vivent dans une société où les repères leur apparaissent flous et où l'école n'est plus, au moins pour certains, un moyen d'insertion sociale.

1.1.2 Politique de Santé Mentale

1.1.2.1 Politique de Santé Mentale Nationale

Devant un nombre préoccupant de suicides et de tentatives de suicides chez les adolescents et les jeunes adultes, le gouvernement considère la prévention du suicide comme un axe majeur de sa politique de Santé publique et décide de mettre en place un programme d'actions pour la période 2000-2005.

Ce programme : « Stratégie française d'actions face au suicide 2000/2005 » se décline selon 4 axes :

1. Favoriser la prévention par un dépistage des risques suicidaires
2. Diminuer l'accès aux moyens mis en œuvre lors des suicides
3. Améliorer la prise en charge
4. Améliorer la connaissance épidémiologique

Des mesures sont préconisées. Elles vont de la prise en compte de cette problématique dans le cadre des programmes régionaux, au renforcement de la prévention primaire et secondaire du suicide dans les établissements scolaires en passant par la mise en place d'un travail de partenariat des équipes éducatives confrontées à la souffrance des jeunes ou la mise en place de formations « d'échange de pratiques ».

Un certain nombre d'études et de travaux, faits sur la santé mentale des jeunes, comme,
- l'élaboration par l'A.N.A.E.S., en 1998, de recommandations sur la « prise en charge hospitalière des adolescents ayant fait une tentative de suicide » suivi d'une conférence de consensus en octobre 2000 (5),
- le rapport du groupe de travail du H.C.S.P. sur la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes (29),
- les enquêtes de M. Choquet (11, 12, 13, 14) viennent compléter ces données.

Pour améliorer la prévention des conduites à risques et des conduites suicidaires au sein des établissements scolaires, deux fascicules « Repères » sont proposés aux professionnels de l'Éducation Nationale (16, 23).

En novembre 1999, le ministère de l'Éducation nationale, de la recherche et de la technologie, avec le concours de la M.I.L.D.T., édite dans le numéro hors série de son Bulletin Officiel, un guide sur la prévention des conduites à risques.

Conjointement à ces actions, en novembre 2001 est mis en place le Plan de Santé mentale (51) qui dégage huit axes pour rénover ce dispositif de santé :

- Lutter contre la stigmatisation par une campagne de communication en 2003 à destination des médecins de soins primaires, des médecins de prévention et du grand public
 - Renforcer les droits des malades,
 - Améliorer les pratiques professionnelles par une dynamique de prévention et de réseau, par la révision des formations des professionnels
 - Développer les partenariats entre les acteurs concernés par la santé mentale par l'organisation de formation, en déclinant ces formations en formations interdisciplinaires
 - Poursuivre la mise en œuvre des programmes de prévention et d'actions spécifiques : la stratégie nationale d'actions face au suicide (2002-2005)
 - Amplifier le développement d'actions d'insertion sociale et professionnelle
 - Organiser une offre de soins diversifiée, graduée et coordonnée en relation avec les besoins de santé mentale
 - Inciter au développement de la recherche

Dans son rapport sur la « santé des jeunes », en avril 2002, Xavier Pommereau souligne l'importance d'une approche épidémiologique et globale de la santé mentale des jeunes.

La médecine scolaire est concernée à plusieurs niveaux : prévention, repérage et orientation, insertion scolaire et recueil des données épidémiologiques.

1.1.2.2 Politique de Santé Mentale Régionale

La politique de santé mentale au niveau régional s'inscrit dans le cadre de la politique de santé nationale qui s'organise autour de plusieurs instances de compositions et d'objectifs différents.

Les conférences régionales de santé et les Programmes Régionaux de Santé (P.R.S.) constituent avec les Schémas d'Organisation Sanitaires (S.R.O.S.) des instruments privilégiés des politiques régionales de santé.

Les conférences régionales de santé ont deux missions complémentaires : elles sont un lieu de débat et de propositions pour une politique régionale de santé. Elles enrichissent les réflexions de la conférence nationale de santé. La prise en compte au niveau régional des

priorités de santé et des propositions de la conférence régionale de santé se fait de plusieurs façons :

- Par la mise en place de Programmes Régionaux de Santé qui permettent avec l'ensemble des acteurs concernés d'élaborer des objectifs et de mettre en œuvre des actions cohérentes pour la promotion de la santé, de prévention, de soins et d'insertion.

Ils sont le complément des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (S.R.O.S.) qui déterminent la répartition géographique des installations et activités de soins pour permettre d'assurer une satisfaction optimale des besoins de la population.

- Par la rédaction d'un rapport des conférences de santé qui est transmis à l'Agence Régionale de l'hospitalisation (A.R.H.), à l'Union Régionale des Caisses d'Assurances Maladie (U.R.C.A.M.) et à l'Union Régionale des Médecins exerçant à titre Libéral (U.R.M.L.).

Toutes ces instances ainsi que des représentants des collectivités territoriales et le Directeur régional des affaires sanitaires et sociales constituent le comité permanent des conférences régionales de santé.

Le Programme Régional d'accès à la Prévention et aux Soins (P.R.A.P.S.) doit permettre de faciliter la mobilisation et la coordination des différents acteurs agissant dans le domaine de la santé. Pour cela, il définit

- des actions coordonnées de prévention et d'éducation à la santé, de soins, de réinsertion et de suivi, mises en œuvre dans le département,
- les conditions dans lesquelles les services de l'état, les collectivités territoriales, les organismes de sécurité sociale, l'agence régionale de l'hospitalisation, les mutuelles, les associations, les professionnels de santé... participent à la mise en œuvre des actions de prévention et de soins,
- les actions de lutte contre les pathologies aggravées par la précarité ou l'exclusion.

Il est composé de trois instances :

Le Comité Régional des Programmes qui assure le pilotage du P.R.A.P.S., valide ses orientations et les objectifs proposés par le Groupe Technique Régional. Il assure la concertation, le suivi et l'évaluation des programmes pluriannuels de la Conférence Régionale de Santé.

Le Groupe Technique Régional qui élabore la synthèse régionale des besoins à partir de l'analyse de l'existant, propose au comité des objectifs. Il assure un rôle de conseil technique et de soutien à ceux qui participent à l'élaboration du P.R.A.P.S.

Les groupes de travail départementaux qui élaborent un plan départemental d'accès à la prévention et aux soins en intégrant l'analyse départementale de l'existant, les objectifs régionaux et départementaux.

Après cette présentation générale de l'organisation de la politique de santé sur le plan régional, nous allons nous intéresser à l'Île-de-France.

Pour la région Île-de-France, les conférences ayant pour thème les jeunes en situation de crise ont eu lieu en 1998, 1999 et pour la dernière 2002. Le 8 février 2002, la 6^{ème} Conférence Régionale aborde le thème de la souffrance psychique des jeunes (1). Lors de cette conférence, madame Beau, chargée de mission à l'A.R.H. précise : « La psychiatrie et notamment la psychiatrie de l'enfant et d'adolescent est la priorité numéro 1 de l'Agence régionale d'hospitalisation d'Île-de-France depuis sa création (1997) ».

Ces objectifs sont déclinés à travers trois actions

- 1) Le contrat d'objectifs et de moyens, signé en 1998 avec la Fondation santé des étudiants de France,
- 2) Le projet de groupement d'intérêt public (G.I.P.) adolescent qui développe et renforce le dispositif D.E.R.P.A.D.,
- 3) Le développement et la création de nouvelles structures de soins pour adolescents et jeunes adultes.

La concertation régionale sur la problématique des adolescents en difficulté a permis, en 1996 la création d'un dispositif propre à l'Île-de-France : le D.E.R.P.A.D. (Dispositif Expert Régional pour Adolescents en Difficulté). Ce dispositif paritaire dispose de cinq modules : une consultation et d'évaluation, un lieu tiers, un lieu ressource (Cd-rom : les structures sanitaires, sociales, éducatives et scolaires pour jeunes en difficulté), un lieu de soin, un module de recherche et de formation. Il s'agit d'un outil qui a pour vocation première de promouvoir une meilleure articulation entre l'éducatif et le soin.

De nombreuses enquêtes, réalisations et projets ont été diffusés lors de cette conférence, démontrant l'intérêt des différents partenaires pour la santé mentale des jeunes (1).

L'O.R.S., par ses différentes enquêtes participe à l'évaluation de la santé des jeunes en Île-de-France (48, 49).

La région Île-de-France bien que dynamique et porteuse de nombreux projets reste inégalitaire quant à la répartition des infrastructures et des équipements selon les départements.

1.2 Contexte local

1.2.1 Le contexte géographique et démographique de la Seine-et-Marne

La Seine-et-Marne est le département le plus étendu de la région Île-de-France puisqu'il représente la moitié de la superficie de cette région, soit 5 915 km².

C'est l'un des plus vastes départements de France. Longtemps à prédominance rurale, il est aujourd'hui en pleine expansion. Son espace rural a en effet tendance à reculer devant l'urbanisation croissante de la grande couronne parisienne et le développement de villes nouvelles comme Melun-Sénart et Marne la vallée.

Cette urbanisation se traduit par une forte expansion démographique. La Seine-et-Marne compte 1 191 775 habitants (43). Le taux de variation annuel 2000-1999 pour la Seine-et-Marne est de 0,71% alors qu'il est de 0,30% pour l'Île-de-France (30). Malgré cette forte progression, la Seine-et-Marne reste un département rural avec une densité de 202,92 habitants/km². La densité de l'Île-de-France est de 914,06 habitants/km² (30). Schématiquement, ce département est coupé en deux par son milieu dans le sens vertical avec à l'est une zone rurale, pauvre en structure médicale, médico-sociale, sociale et psychiatrique et à l'ouest, une zone urbanisée, en pleine expansion mais dont les structures restent encore sous dimensionnées. Dans l'ensemble du département, les transports sont insuffisants (annexe n°1).

1.2.2 Quelques dispositifs de santé mentale en Seine-et-Marne

1.2.2.1 Au niveau de l'Éducation Nationale

Les médecins de l'éducation nationale réalisent, dans le cadre de leurs missions, des examens à la demande et, dans le département, participent aux cellules de crise pour événement psychotraumatisant.

- Les examens à la demande

Au cours de l'année 2000-2001, dans le secondaire, les médecins de l'EN ont effectués 358 examens à la demande pour absentéisme et 1008 pour troubles du comportement sur l'ensemble du département. Ces troubles du comportement atteignent 10% des motifs d'examens cliniques.

« Il sera indispensable qu'à terme les pédopsychiatres et les médecins de l'Éducation nationale puissent travailler ensemble autour de ces enfants » (52).

- Gestion de crise et événement psychotraumatisant pour la collectivité

Depuis 1995, la Seine-et-Marne répond aux urgences de la collectivité, de façon empirique, sans véritable formation. En 1999, dans le cadre du Programme Régional de Prévention et d'Accès aux soins, le M.R.T.C. auprès de l'inspecteur d'académie a mis en place une formation de formateur pour des personnels « santé-social ».

Au cours de l'année 2000-2001, 25 cellules de crises ont été mises en place (52).

1.2.2.2 Au niveau de la Psychiatrie

Au delà de l'inter secteur psychiatrique et la psychiatrie de liaison, des structures ou dispositifs originaux ont vu le jour en Seine-et-Marne. Nous en citons quelques uns.

Le Sextant, né des interrogations des personnels du secteur de psychiatrie adulte de Coulommiers assure des permanences d'accueil deux demi-journées par semaine, sans rendez-vous et des permanences téléphoniques deux fois par semaine. Ces rencontres individuelles ou collectives avec un binôme infirmier/psychologue peuvent amener les adolescents vers une thérapie ou un traitement psychiatrique (1).

Un protocole expérimental de travail entre la psychiatrie du C.H.L.M.V. et la P.J.J. en collaboration avec le juge des enfants de Meaux a été signé pour permettre l'accès aux soins à des jeunes difficiles.

Une structure d'accueil pour adolescents est en train de voir le jour sur la ville de Chelles.

L'U.A.R. est une unité destinée à l'accueil d'adolescents présentant des troubles psychiatriques aigus (décompensation psychiatrique). L'agrément porte sur des jeunes de 14 à 20 ans. Il s'agit d'un accueil de la crise .

Devant le succès du C.E.S.A., les professionnels réfléchissent à la possibilité de créer une structure l'identique sur le sud du département.

1.2.3 Les équipements psychiatriques pour adolescents en Seine-et-Marne

La Seine et Marne, sous équipée en psychiatrie est un département qui tente de rattraper son retard par la création de structures nouvelles dans le cadre de la sectorisation. Il n'existe pas sur le département de Centre Hospitalier Spécialité (CHS), les secteurs sont donc exclusivement rattachés à des hôpitaux généraux.

Selon l'étude de l'ORS d'Île-de-France, l'offre de soins en psychiatrie est insuffisante dans la moitié des départements. La Seine-et-Marne est celui qui représente le taux d'équipement le plus bas de la région. Le taux d'équipement (hospitalisation complète et alternatives à l'hospitalisation) est inférieur en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'indice national : 0,91 pour l'indice national et 0,32 pour la Seine-et-Marne. Il est de 0,96 pour l'Île-de-France

Le bilan d'étape du S.R.O.S de juin 2001 fait le point des créations effectuées et des opérations en cours, grâce à une dotation globale augmentée de 18,66%. La moyenne régionale se limite à une augmentation de 7,32%.⁽¹⁸⁾ La priorité du S.R.O.S. étant le développement des structures pour adolescents et jeunes adultes, des réalisations ont vu le jour : l'augmentation de la capacité de l'hôpital de jour du C.M.P.A., la création d'une unité d'accueil rapide, la création d'un C.A.T.T.P. pour adolescents sur le secteur de Nemours, des projets de S.E.S.S.A.D.... et le C.E.S.A. qui fait parti de ses réalisations.

1.2.4 La création du CESA

1.2.4.1 Pourquoi le CESA ?

Pourquoi le C.E.S.A. ? : Pour apporter aux adolescents de ce bassin une nouvelle possibilité d'accès aux soins, qui vient compléter le dispositif actuel, encore insuffisant, dans un contexte particulièrement préoccupant. En effet, cette région compte plus de 72 000 adolescents de 13 à 25 ans, et près du tiers de la population de la Seine-et-Marne a aujourd'hui moins de 20 ans.

Dans cet environnement démographique, géographique, social et scolaire, le nombre de demandes de soins psychiques concernant des adolescents collégiens ou lycéens, ne cesse de croître.

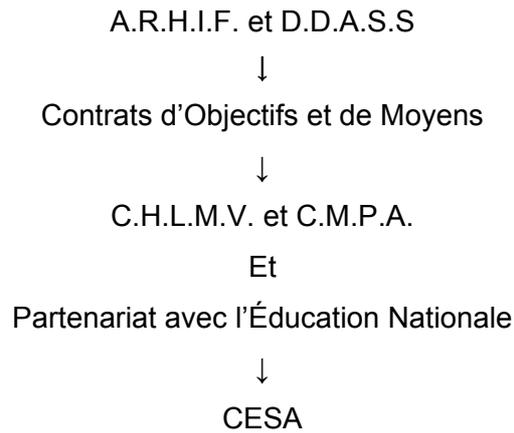
1.2.4.2 Les particularités du CESA

Le CESA est donc d'abord un mode d'accès aux soins dans un département où les problèmes de transport et de distance se posent spécifiquement.

C'est également un dispositif de soins (soins-études ; approches conjointes pédagogiques et psychiques).

C'est aussi un lieu ressource pour les professionnels du secteurs, les enseignants et professionnels de santé des établissements et les familles des adolescents en difficulté.

Le CESA est un dispositif commun au C.H.L.M.V. (hôpital public) et au C.M.P.A. (structure hospitalière privée) en partenariat avec l'éducation nationale (annexe n°2).



Il est piloté par deux comités : un comité de gestion et un comité médical (cf. annexe n°3).

Le budget en personnel est réparti à part égale sur le plan financier entre Lagny et Neufmoutiers . L'identité du C.E.S.A. est celle d'une unité fonctionnelle transversale rattachée au service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du C.H.L.M.V.,

La population concernée est celle de la Seine-et-Marne nord, au cœur du Val-Maubuée. Ce secteur comprend 101 établissements scolaires publics dont 71 collèges, 24 lycées et 6 lycées professionnels.

Le CESA reçoit des jeunes de 12 à 20 ans, en difficultés scolaires.

Ces jeunes sont scolarisés ou en voie de déscolarisation. Ils présentent des troubles psychiques et des difficultés rencontrées dans le cadre de la scolarité, des troubles cognitifs et des troubles spécifiques des acquisitions scolaires, un absentéisme scolaire répété, un échec scolaire ou hyper investissement, des phobies scolaires ou des difficultés d'intégration avec les pairs.

Ils sont adressés par le psychiatre du secteur ou le médecin de l'établissement selon un principe de fonctionnement déterminé par la convention rédigée par les différents partenaires Les parents contactent alors le C.E.S.A. pour prendre le premier rendez-vous.

Les parents ainsi que l'adolescents sont reçus. Le bilan s'effectue en quatre entretiens.

1. Un premier rendez-vous qui est divisé en deux entretiens :

Un premier entretien avec le psychiatre et un soignant référent.

Un deuxième entretien où sont présents l'assistante sociale et le soignant référent et dans la mesure du possible un enseignant.

La synthèse hebdomadaire détermine l'organisation de la poursuite ou non de la prise en charge et hiérarchise les priorités cliniques. Elle peut déboucher sur la planification des deux autres rendez-vous.

2. Un entretien de l'adolescent avec l'un des deux psychologues du service.

Dans certains cas, les psychologues n'ayant pas les mêmes orientations, les adolescents sont vus par les deux au cours de plusieurs rendez-vous.

3. Un entretien met l'adolescent en présence des pédagogues avec le soignant référent.

4. Le quatrième rendez-vous fait l'objet de la restitution du bilan par le médecin responsable avec le soignant référent à l'adolescent et sa famille.

Une restitution est également faite à l'adresseur et aux professionnels de l'établissement d'origine du jeune (annexe n°4).

Le C.E.S.A. est donc particulier à deux niveaux :

- 1) une convention signée en partenariat entre une structure hospitalière privée à but non lucratif (F.E.H.A.P.) , le C.M.P.A. de Neufmoutiers (F.S.E.F) et un hôpital public, le C.H.L.M.V. et l'Éducation Nationale
- 2) un dispositif de soins axé autour de la dimension Soins / Études, approches conjointes pédagogiques et psychiques.

2 MÉTHODES ET RÉSULTATS

2.1 Méthodes

2.1.1 Les entretiens

Nous exposons dans ce chapitre les modalités des entretiens auprès des différents professionnels qui travaillent autour de l'adolescent en difficultés scolaires évalué par le C.E.S.A..

L'adolescent est souvent repéré par l'équipe pédagogique, puis adressé au médecin de l'EN. Celui-ci, compte tenu de la symptomatologie de l'adolescent, l'oriente vers le C.E.S.A. où le jeune sera évalué par le psychiatre et les professeurs du C.E.S.A.

Les professeurs et le médecin de l'établissement accompagnent l'élève après son évaluation.

Nous avons donc choisi d'interroger sur ce sujet, un professeur d'établissement, un médecin de l'ÉN, le psychiatre et un professeur du C.E.S.A.

Nous avons interviewé un psychiatre du C.M.P. de Lognes car il adresse au C.E.S.A. certains adolescents. Il effectue également le suivi psychiatrique des jeunes évalués par le C.E.S.A. et d'autres adolescents.

Pour compléter cette étude, nous avons décidé de rencontrer le chef de service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du C.H.L.M.V., le chef de service de l'U.A.R. du C.M.P.A. de Neufmoutiers car à la fois, ils s'occupent d'adolescents en souffrance psychique et font partie des comités de gestion et médical du C.E.S.A.

Par faute de temps, nous n'avons pu rencontrer la représentante de la Fédération de la Psychiatrie Générale et membre des comités de gestion et médical.

Nous avons également interrogé le M.R.C.T. auprès de l'inspection académique car il a un point de vue général puisqu'il a en charge l'ensemble du département. De plus, conscient des problèmes de santé mentale des adolescents, il a participé à la rédaction de la convention qui définit le fonctionnement du C.E.S.A.

Nous avons effectué huit entretiens, semi-directifs à partir de grilles d'entretiens (annexes n° 5, 6, 7).

Toutes les personnes sollicitées ont été intéressées par le sujet et se sont prêtées de bonne grâce aux entretiens, même si pour certaines, leur emploi du temps ne leur permettait pas de prolonger le rendez-vous au delà d'une demi-heure.

Les entretiens ont duré entre une demi heure et deux heures. A l'occasion de ces entrevues riches et chaleureuses, nous avons pu rencontrer d'autres professionnels travaillant autour de l'adolescent notamment au C.E.S.A., les psychologues, l'assistante sociale, la secrétaire et le cadre infirmier du service.

2.1.2 La grille de recueil

La grille de recueil a été définie de la manière suivante.

Nous avons décidé de nous intéresser aux patients évalués par le CESA, depuis son ouverture à ce jour ; c'est à dire un an. Pendant cette période, le CESA a reçu soixante et un jeunes.

En accord avec la psychiatre du CESA, vingt et un critères ont été définis.

1. Le sexe
2. L'âge
3. La catégorie socioprofessionnelle des parents (CSP)
4. Le niveau de classe du jeune
5. L'absentéisme scolaire

6. Les troubles du comportement
7. La phobie scolaire
8. Le conseil de discipline
9. Les antécédents de maltraitance
10. Les antécédents d'abus sexuel
11. Les dysfonctionnements familiaux
12. La séparation des parents
13. La valeur du quotient intellectuel (QIT, QIV, QIP)
14. L'existence d'une mesure éducative ou judiciaire
15. Les addictions (tabac, alcool, cannabis)
16. Le motif de consultation évoqué par la famille
17. L'existence d'une tentative suicide dans la vie du jeune
18. Les antécédents de suivis psychiatriques
19. La date du début des troubles
20. Le diagnostic posé par le CESA
21. Le suivi de l'élève après le CESA

Ces renseignements ont été recensés à partir des dossiers du CESA.

Les dossiers CESA sont constitués

- d'une fiche d'inscription (nom, prénom, adresse, classe, profession des parents, le nom du médecin adresseur : médecin de l'EN ou psychiatre du CMP), (annexe n°8)
- d'un compte rendu de première consultation, effectuée par la psychiatre, le ou les psychologues, l'assistante sociale
- d'un dossier psychiatrique
- d'un dossier élaboré par le ou les psychologues
- d'une évaluation pédagogique
- d'une évaluation sociale
- d'un dossier pédagogique (avis, bulletins scolaires)

Certains dossiers contiennent la totalité de ces évaluations, d'autres n'en renferment que certaines.

Les motifs de consultations ont été codifiés selon la classification des situations cliniques (P.M.S.I.).

Les diagnostics posés par le CESA ont été codifiés selon la classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent CFRTMEA. R-2000 (46).

A partir de ces données, rentrées dans un tableau créé sur le logiciel ACCESS, des requêtes (analyses croisées) ont été effectuées. Nous avons calculé des fréquences.

2.1.3 Étude d'un dossier

Nous avons étudié le cas de Y à partir du dossier médical scolaire, du dossier du CESA et de quelques entretiens avec des professionnels qui le suivent tant sur le plan médical que sur le plan pédagogique.

2.1.4 Participation à une demi-journée : Bilan et perspectives du C.E.S.A. de travail

Le mercredi 19 mars 2003, le CESA propose une demi-journée : Premier Bilan et Perspectives à ses partenaires, au Centre Hospitalier de Lagny Marne la Vallée. L'objectif de ce bilan est de rendre compte aux partenaires de l'activité clinique du CESA au terme d'un an de fonctionnement.

Les particularités du C.E.S.A. sont énoncées (voir chapitre : les particularités du C.E.S.A.). Certains points émergent de cette journée.

- La file active du C.E.S.A. depuis un an
- Quels sont les plus et les améliorations à apporter ? (suivi de cohorte)
- Les indications d'orientation au C.E.S.A.
- Les perspectives du C.E.S.A.

Ces différents points seront repris dans les chapitres résultats et discussion.

2.1.5 Limites des méthodes et de l'étude

Cette étude présente des limites.

Les entretiens

Pour avoir une vision plus large de la problématique de ces jeunes et de leurs prises en charge, il aurait été intéressant d'aller interviewer des professionnels de différents horizons (P.J.J., A.S.E., Assistante sociale scolaire et médecin généraliste...), mais nous avons préféré nous limiter aux professionnels travaillant dans le domaine de la psychopathologie et de la pédagogie.

Donc au début du travail, nous avons prévu 11 entretiens.

2 entretiens de médecin de l'EN

1 entretien de parent d'adolescent évalué par le C.E.S.A.

1 entretien d'adolescent

1 entretien de C.P.E.

1 entretien de professeur d'établissement

1 entretien d'un enseignant du C.E.S.A.

1 entretien du M.R.C.T. auprès de l'inspecteur d'académie

1 entretien du psychiatre du C.E.S.A.

3 entretiens de psychiatre du C.M.P. de Lognes , de l'U.A.R. du C.M.P.A. de Neufmoutiers, du service psychiatrie de l'enfant et l'adolescent du C.H.L.M.V..

Par manque de temps, nous n'avons rencontré qu'un médecin de l'EN. Nous n'avons pas interviewé les parents, ni l'adolescent sur les conseils de la psychiatre du C.E.S.A. Etant dans le champ de psychiatrie, il lui est apparu indispensable de prendre du temps pour aménager ces deux rencontres. Nous n'avons donc pas pu recueillir leurs avis sur la fonction du médecin de l'EN et sa place dans l'insertion scolaire, ni leurs représentations de la psychiatrie car, pris par la demi-journée « Bilan et perspectives », les professionnels du C.E.S.A. n'ont pas pu programmer ces entretiens.

Les différents interviewés, certainement intéressés et disposés à participer aux entretiens étaient eux aussi pris par le temps (réunions de travail, synthèses, rendez-vous...).

La grille de recueil

Le nombre de patients (61) permet de donner un aperçu à un moment donné de la population évaluée par le C.E.S.A.. Il s'agit d'un instantané qui n'a pas pu être comparé à d'autres populations.

Répertorier les données à partir des dossiers du C.E.S.A. s'est avéré difficile. La lecture des dossiers n'a pas toujours permis le recueil de l'ensemble des renseignements, soit qu'ils manquaient dans les différentes évaluations, soit qu'ils étaient difficiles à codifier.

Au cours du recueil des données de la grille, les critères suivis scolaire et psychiatrique après l'évaluation du C.E.S.A. n'ont pas pu être retrouvés dans leurs dossiers. Il aurait été intéressant d'aller chercher ces informations dans les dossiers médicaux scolaires mais le manque de temps ne nous a pas permis de faire cette recherche auprès des médecins de l'EN, ni auprès des psychiatres pour les suivis psychiatriques.

Cette recherche aurait permis d'obtenir d'autres données : l'existence de passage en commission (C.C.P.E., C.C.S.D., C.D.E.S.), la symptomatologie des premiers troubles, la date du début des troubles dans le milieu scolaire et donc de préciser la description de ces jeunes.

2.2 Résultats

Fonction du médecin de l'EN et les outils de l'intégration (P.A.I., P.I.I.S., P.E.I.)

Repérage de ces adolescents

L'école est fréquemment le lieu où l'on repère les troubles des comportements au sens large car elle est le lieu d'insertion sociale des jeunes, à la fois normalisatrice et attentive à la différence.

Lorsqu'un jeune est repéré, il l'est souvent par l'équipe pédagogique car ces troubles perturbent sa scolarité et le groupe classe quand ils sont trop bruyants. Les enseignants ont appris à considérer comme un symptôme les changements de comportements.

En cas d'absentéisme ou de problème de discipline, l'adolescent est repéré par la C.P.E. ou l'administration.

Dans un premier temps, c'est l'institution (l'équipe pédagogique, le C.P.E.) qui alerte les parents par rapport au comportement de leur enfant ou ses résultats scolaires. Le professeur d'établissement précise : « quand je pense qu'il y a une détresse psychologique, je l'adresse au médecin de l'EN. »

Souvent ces attitudes ou propos déstabilisent les enseignants. Une enseignante rapporte les dires d'une élève : « madame, j'ai des visions, j'ai vu ma copine, elle se faisait écraser dans un accident, ça s'est passé. La vision s'est réalisée. Est-ce que je suis folle ? ».

« Un autre élève se tape la tête contre la table sans raison apparente en disant qu'il veut se suicider ». Il est clair que ce genre de discours inquiète les enseignants mais peut aussi perturber les autres élèves de la classe.

Parfois, c'est l'infirmière qui interpelle le médecin de l'EN du fait de visites trop fréquentes du jeune à l'infirmerie ou de son comportement.

Il rencontre alors le jeune et peut demander un rendez-vous avec les parents. Lorsque la symptomatologie lui semble relever de la psychopathologie, il conseille aux parents un suivi. D'ailleurs le médecin de l'EN confirme lors de l'entretien : « ...c'est dans un deuxième temps que je les rencontre pour recadrer la situation dans un contexte plus psychopathologique, pour orienter vers le C.E.S.A. si besoin ou vers une autre structure ».

En effet, devant ces signes d'appels qui peuvent être de l'ordre de la psychopathologie, l'enseignant préfère, parfois rester dans le registre de la pédagogie, du savoir à transmettre et laisse au médecin l'analyse de la situation. D'autre part, dans une institution qui, certes

prend en compte les différences, ces signes de turbulence peuvent apparaître comme déstabilisants et en dehors de la travail pédagogique de l'enseignant.

Au cours de la journée Bilan du C.E.S.A., la psychiatre précise le mode de recrutement des jeunes. « Les adolescents sont adressés par les psychiatres des C.M.P. et les médecins l'ÉN ». La psychiatre responsable du C.E.S.A. confirme la pertinence de ce mode de fonctionnement « Toutes à une près étaient de bonnes indications ».

Le rendez-vous avec le médecin l'ÉN : une évaluation médicale et aussi une rencontre

Le psychiatre de l'U.A.R. insiste sur cette notion de rencontre. « le soin, il naît de la rencontre » au cours de cet entretien, il reprend l'idée en parlant de l'adolescent « c'est parce que, j'ai rencontré telle ou telle personne qui m'a fait croire en ce que je pouvais faire que j'ai pu continuer à travailler auprès du psy, à pouvoir prendre en compte ma dimension pathologique, à pouvoir y revenir quand je suis adulte pour espérer avoir une continuité dans la longueur mais non pas une continuité dans la régularité. ».

Cette notion de rencontre est aussi valable pour chacun des adultes qui travaille avec le jeune. Comme si ces « micro espaces » permettaient à l'adolescent de se construire.

Le médecin de l'ÉN, lors de notre entretien, n'évoque pas la dimension thérapeutique de la rencontre. Il se place davantage dans l'orientation et dans l'accompagnement au sein des établissements.

Le chef de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent estime que dans l'école, pour améliorer la prise en charge de ces jeunes, il faut augmenter l'écoute en formant de façon spécifique des personnels existants R.A.S.E.D. dans les écoles élémentaires ou les médecins de l'ÉN.

Les propositions faites à un jeune et sa famille quand celui-ci présente des difficultés dans le cadre de la scolarité

Lorsque un adolescent présente des difficultés dans le champ scolaire, la communauté éducative, à des degrés variables, peut proposer différentes orientations.

Les modalités de prise en charge de la scolarité de l'élève sont multiples :

- classe ordinaire avec un suivi ambulatoire
- classe ordinaire avec un aménagement de l'emploi du temps au sein de l'établissement associé à un prise en charge extérieure (P.I.I.S., P.A.I., P.E.I)
- classe spécialisée au sein des établissements (U.P.I., classe Relais)
- orientation vers des établissements ou des structures médico-sociaux

Toutes les personnes rencontrées s'accordent pour placer le médecin de l'ÉN dans ce rôle d'évaluation, d'analyse et d'orientation. Mais selon les intervenants les visions des aménagements peuvent parfois diverger.

Pour la psychiatre du C.M.P. la prise en charge est différente selon l'âge des patients. Autant les enfants du primaire, quand cela est nécessaire, sont scolarisés avec un P.I.I.S. ou un P.A.I., autant ce type de prise en charge n'est pas évoqué pour les adolescents : « il n'y a pas un référent : l'instituteur ».

Le médecin de l'ÉN précise qu'il utilise les outils d'intégration qui existent déjà soit : le P.I.I.S. dans le champs du handicap et le P.A.I. dans celui de la maladie chronique. Il souligne que « cet outil est adaptable, modulable » et indique que l'aménagement de la scolarité se fait « au coup par coup, selon les besoins du jeune ». Le P.E.I. n'est pas évoqué spontanément.

L'enseignante de l'établissement souhaite qu'il s'instaure une régularité dans l'accompagnement de ces jeunes avec le médecin d'autant plus s'il s'agit d'un problème médical. Elle conclut en disant : « ce n'est pas à moi de fixer les réunions, ce n'est pas à moi de donner le rythme, c'est au chef d'établissement ou au médecin de l'EN selon, si c'est pédagogique ou médical ».

L'enseignante de C.E.S.A. note que « dans certains cas, les P.I.I.S. n'ont même pas été proposés ; parfois, ça fait peur aux établissements » ; « ce n'est pas la culture de certains enseignants ou de chef d'établissements ».

Au cours des divers entretiens, les mots les plus fréquemment revenus sont : disponibilité, souplesse, adaptabilité. Pour l'enseignante, ces notions signifient : soutien, aide dans la proximité. En effet, l'examen régulier de l'aménagement de la scolarité de l'élève permet de prendre en compte ses difficultés à enseigner au sein de la classe dans le cadre d'un P.I.I.S. et de trouver auprès des différents professionnels des solutions à des problèmes spécifiques.

Pour les psychiatres, ces concepts témoignent de la crainte de cataloguer et de fixer le jeune dans un diagnostic ou un état.

En ce qui concerne les orientations en classe relais, en classes spécialisées ou en établissements spécialisés, les différents professionnels ont peu évoqué le sujet.

Le médecin de l'EN remarque qu'une classe relais avait été proposée à un jeune ayant des troubles du comportement et que cette orientation n'avait rien arrangé. : « Il s'est retrouvé dans un groupe plus ou moins délinquant qui vu sa structure psychologique, n'a pas arrangé

du tout sa situation ». Elle précise qu'elle ne sait pas qui est à l'origine de cette orientation. Ce qui est paradoxal puisque pour toute orientation en classe relais, les adolescents doivent être vus par le médecin de l'ÉN.

Le psychiatre de service de psychiatrie au C.H.M.L.V. ajoute « Les créations d'U.P.I. dans les établissements montrent la volonté d'intégration de la part de l'Éducation Nationale » et insiste sur la place particulière du médecin de l'EN dans l'institution scolaire.

L'étude du dossier met le doigt sur la difficulté à travailler sur la régularité dans l'aménagement de la scolarité et souligne l'importance de la programmation suivie des Équipes Éducatives.

2.2.1 Les particularités des adolescents évalués par le CESA

L'analyse de la grille de recueil fait apparaître un certain nombre de caractéristiques au sujet de la population évalué par le C.E.S.A

1. Le sexe

Le C.E.S.A. reçoit plus de garçons que de filles, soit 40 garçons pour un total de 61 patients, soit 65,6 % de la population évaluée.

2. L'âge

Plus de 72% des patients qui sont évalués au C.E.S.A. ont entre 14 et 17 ans, soit 44 adolescents.

La fourchette d'orientation des filles est de 13 à 18 ans alors que celle des garçons est de 12 à 20 ans.

âges	Filles	Garçons	Total
12 ans	0	3	3
13 ans	1	6	7
14 ans	3	7	10
15 ans	7	7	14
16 ans	5	6	11
17 ans	3	6	9
18 ans	2	1	3
19 ans	0	1	1
20 ans	0	3	3

Tableau n°1 : répartition des âges des adolescents selon le sexe.

3. La catégorie socioprofessionnelle des parents (CSP)

Les parents se situent dans toutes les catégories socioprofessionnelles.

4. Le niveau de classe du jeune

26 élèves sont en classe de quatrième et de troisième, soit plus de 50% de la file active.

57 adolescents sont en classe ordinaire avec pour 2 un aménagement contractualisé par un P.I.I.S. et un avec un passage en classe relais. Un élève est en classe d'insertion, un en classe technologique et deux en S.E.G.P.A.

Quelque soit leur Q.I.T., quand celui-ci est calculé, les adolescents sont tous en classe ordinaire. Celui-ci peut aller de 64 à 144.

5. L'absentéisme scolaire

Sur l'ensemble de la population, 40 jeunes sont déscolarisés soit du fait de l'institution soit absentéisme volontaire ou individuelle dont un pour maladie, soit 66,6% des élèves.

L'étude des dossiers n'a pas permis de faire cette distinction.

absence	Filles	Garçons
Non renseigné	2	1
oui	11	29
Oui pour maladie	0	1
non	8	10
total	21	40

Tableau n°2 : nombre d'élèves concernés par l'absentéisme selon le sexe.

6. Les troubles du comportement

Nous répertorions les troubles du comportement évoqués par la famille.

Sur l'ensemble des jeunes adressés au C.E.S.A., 44 présentent des troubles du comportement, soit 75,9% des jeunes . Trois dossiers n'ont pu être renseignés. Ces troubles vont de l'agitation ou l'agressivité à la violence ou le vol (annexe n° 9).

Troubles du comportement	Filles	garçons	Total
Non renseigné	1	2	3
Oui	13	31	44
non	7	7	14

Tableau n°3 : troubles du comportement selon le sexe

7. La phobie scolaire

4 dossiers n'ont pas été renseignés. 9 élèves présentent une phobie scolaire ou des signes d'évitement.

8. Le conseil de discipline

17 adolescents sont passés en conseil de discipline, 2 en conseil des transgressions et 2 autres élèves ont été exclus sans passer devant une instance de ce type, soit au total 21 élèves sur 61 ont eu des problèmes de sanctions scolaires. 28% ont eu des sanctions scolaires dont 24% élèves sont passé devant un conseil de discipline.

sanctions	Filles	garçons
Non renseigné	2	2
Conseil de discipline	3	14
Conseil des transgressions	0	2
exclusion	1	1
aucune	15	21

Tableau n°4 : nombre d'adolescents concernés par les sanctions selon le sexe.

4 filles sur 19 ont été sanctionnées par l'établissement alors que 17 garçons sur 38 l'ont été. Les filles semblent moins sanctionnées que les garçons alors que sur les 17 filles, 13 présentent des troubles du comportement. Le manque de sanction n'est donc pas lié à l'absence de troubles du comportement. Sont-elles « protégées » par l'institution ?

9. Les antécédents de maltraitance

Parmi ces jeunes, 5 ont des antécédents de maltraitance, dont un possible. Dans deux dossiers, nous n'avons pas pu retrouver d'information.

10. Les antécédents d'abus sexuel

Quatre abus sexuels sont retrouvés dans les antécédents de ces jeunes. Trois dossiers n'ont pas été renseignés.

11. Les dysfonctionnements familiaux

3 dossiers ne sont pas renseignés. 56 familles présentent un dysfonctionnement, soit 89,6% des familles. Ces dysfonctionnements familiaux sont multiples, ils vont de l'absence de communication dans le couple et la famille à la polygamie. Le détail des causes est répertorié en annexe n° 10.

12. La séparation des parents

Pour 30 jeunes, les parents vivent encore ensemble.

13. La valeur du quotient intellectuel (QIT, QIV, QIP)

29 adolescents ont eu un calcul de leur Quotient Intellectuel Total sur les 61, soit 7 filles et 22 garçons. Donc 33,3% des filles et 55% des garçons ont été évalués par rapport à leur Q.I.T. Les filles semblent moins testées que les garçons. Dans ce cadre là, les filles sont-elles protégées ou attache-t-on moins d'importance au QI chez les filles que chez les garçons ?

14. L'existence d'une mesure éducative ou judiciaire

15 adolescents ont été orientés vers une prise en charge administrative ou judiciaire (signalement, AEMO, placement).

15. Les addictions (tabac, alcool, cannabis.)

Sur les 61 dossiers, 3 ne sont pas renseignés. Nous avons noté 11 cas présentant des conduites addictives avérées (tabac, alcool, cannabis, hyper investissement scolaire). Ces chiffres paraissent sous estimés par rapport à ceux nationaux (13).

16. Les motifs de consultations évoqués par la famille

Les motifs de consultations sont pour la plupart des motifs d'ordre scolaire (difficultés scolaires, absentéisme) associés le plus souvent à des manifestations psychopathologiques, comme les conduites à risque, des syndromes dépressifs.

Nous n'avons pas simplifié la codification de ce critère pour ne pas perdre la diversité des perturbations psychologiques des ces jeunes .L'ensemble des manifestations sont répertoriées en annexe n° 11.

17. L'existence d'une tentative suicide dans la vie du jeune

Sur l'ensemble des 61 jeunes, 14, soit 23% ont une tentative de suicide dans leurs antécédents, soit 8 filles pour 6 garçons. 38% des filles évaluées par le C.E.S.A. ont fait une tentative de suicide pour 15% des garçons.

18. Les antécédents de suivis psychiatriques

1 dossier n'a pas été renseigné. 40 adolescents ont dans leurs antécédents un suivi psychiatrique, 66% des jeunes. Nous pouvons analyser ces chiffres de plusieurs façons, par

la difficulté des parents à se mobiliser sur le long terme, par l'interrogation que l'on peut se poser sur l'adéquation entre la pathologie ou tout au moins les prémices d'une pathologie et la réponse de soins proposée à ce jeune et sa famille.

19. La date du début des troubles

Pour 12 adolescents, nous n'avons pas pu retrouver l'âge de début des troubles dans le dossier. L'âge de début des troubles de 22 adolescents se situe dans la tranche d'âge 12-15. 15 adolescents semblent avoir commencé à présenter des troubles pendant la période 4-6 ans.

20. Le diagnostic posé par le CESA

Sur l'ensemble des dossiers, trois diagnostics n'ont pas été renseignés. Les deux pathologies les plus fréquentes sont les pathologies limites avec dominance des troubles de la personnalité (10 cas) et les pathologies limites à dominante comportementale (10 cas) Les dysharmonies évolutives et psychotiques sont respectivement au nombre de 6 et 5. Les autres diagnostics sont inventoriés dans l'annexe n° 12.

21. Le suivi des élèves après le CESA

Dans le dossier C.E.S.A., les données sur le suivi médical ou scolaire ont été difficiles à réunir.

La journée Bilan donne davantage de renseignements.

- Un tiers de la file active est orienté sur le plan médical soit au C.M.P. soit dans le privé.
- Deux tiers de la file active sont maintenus dans le milieu scolaire.
- 12 adolescents sont réintégrés dans des établissements classiques, spécialisés ou professionnels.

L'entretien avec le professeur du C.E.S.A. permet de préciser qu'il y a eu sur l'ensemble des adolescents évalués un aménagement scolaire « sauvage » et un P.I.I.S..

Lors des différents entretiens, les interviewés ont évoqué les particularités de ces jeunes évalués par le C.E.S.A.

La psychiatre du C.M.P. pense que le C.E.S.A. est confronté à des pathologies plus graves, plus destructrices que celles rencontrées au C.M.P.

Le M.R.C.T. auprès de l'inspecteur d'académie note que ces adolescents ont un profil psychopathologique particulier : « jeunes porteurs d'une psychopathologie, en voie de

déscolarisation qui ont pour la plupart arrêté un suivi psychiatrique, adressés au C.E.S.A. par le médecin de l'EN ou le psychiatre du C.M.P. ».

2.2.2 Les liens entre les partenaires

A l'unanimité, les différents professionnels interrogés disent accorder une certaine importance aux liens entre les partenaires mais à des degrés différents dans la pratique. Pour qu'il y ait une réelle communication entre les partenaires, il faut que l'information circule dans les deux sens. Souvent, la difficulté relève de ce double échange.

Les partenaires se posent la question : « quelle information dois-je faire passer à l'autre ? ». Cette liaison semble difficile pour plusieurs raisons, l'éthique de chacun ou une habitude de pratique, le manque de temps et le manque d'institutionnalisation de la relation.

L'éthique de chacun ou une habitude de pratique ?

La psychiatre du C.M.P., à la question : « pourquoi, dans certains cas, n'y a eu t-il pas de liens avec les établissements ? » ; répond : « à la limite j'aurais plus attendu que ce soit eux qui nous contactent ». Les relations avec le médecin scolaire représentent assez peu de temps. Elle précise « c'est un état de fait, on est toujours prêt à lui parler s'il appelle,..... mais on protège le lieu ». «de tout façon, on est limité dans les informations que l'on peut donner, au médecin de l'EN oui, les autres...non ».

Ce lieu de soins est un espace thérapeutique, il est le lieu de construction de l'intime et ne doit pas être porté sur la scène de l'école. D'ailleurs G. Jolivet en parlant du secteur psychiatrique, dit : « Ce qui définit la nature thérapeutique de ces actions ce n'est pas un statut, celui du psychothérapeute, mais les coordonnées de lieu (le cadre), de lien appuyées sur la notion de transfert, de sujet à sujet, au groupe et du projet de soins mobilisé par les équipes pluricatégorielles de secteur qui le distribuent. » (37).

Le médecin de l'EN souligne qu'il est parfois difficile de travailler en équipe avec certains partenaires tel que les psychiatres libéraux et certains centres hospitaliers parisiens pour lesquels il n'y a jamais de retour.

Dans l'ensemble, les professionnels du C.E.S.A. sont plutôt dans une culture de l'échange mais en gardant leur spécificité et leur identité.

Le manque de temps de chacun des partenaires

Le lien C.M.P.- médecin de l'EN existe mais par manque de temps c'est souvent l'assistante sociale du service qui assiste aux Équipes Éducatives ou aux C.C.P.E. dans l'élémentaire. Dans le secondaire, la psychiatre du C.M.P. précise que le médecin de l'EN appelle directement pour parler d'un élève adressé au service. Elle ajoute qu'elle connaît ses coordonnées dans les différents établissements.

Le psychiatre du C.H.L.M.V. précise qu'il travaille avec certains médecins scolaires, mais souligne leur problème de temps et leurs effectifs trop importants d'élèves. Il remarque que ce problème n'est pas seulement celui des médecins de l'EN mais aussi celui de l'ensemble des professionnels qui s'occupent de l'enfance et de l'adolescence. Il se plaint de manque de temps.

L'enseignante du C.E.S.A. explique qu'elle travaille 6 heures par semaine au C.E.S.A., « 3 heures sont consacrés aux synthèses, il reste 3 heures pour recevoir les jeunes et effectuer les démarches auprès des établissements sans compter les déplacements ».

Le médecin de l'EN souligne également le « handicap temps ».

Le manque d'institutionnalisation de la relation.

Pour l'ensemble des professionnels, le lien se fait au cas par cas.

« La restitution au médecin de l'EN peut se faire par courrier, cela s'est fait deux, trois fois » remarque l'enseignante du C.E.S.A. « l'autre jour, la principale adjointe m'a appelée pour me donner des nouvelles ».

L'enseignante de l'établissement regrette que l'information n'aille que dans un sens et qu'il n'y ait pas de régularité dans les réunions.

La psychiatre du C.E.S.A. indique qu'elle téléphone davantage au médecin scolaire quand il y a des difficultés dans le suivi de l'élève que lorsque la prise en charge ne pose pas de problème. Elle précise qu'il n'y a pas de protocole de restitution de l'évaluation vers les autres institutions.

2.2.3 Les atouts du C.E.S.A. et ses limites

Les atouts du C.E.S.A.

- Dans l'accès aux soins

L'un des points positifs du C.E.S.A. se situe dans un premier temps dans l'accès aux soins pour une catégorie de jeunes.

La psychiatre du C.E.S.A. confirme comme la majorité des professionnels interrogés cette particularité dans le mode d'accès aux soins : des jeunes souffrants d'une symptomatologie psychiatrique ayant un retentissement dans le champs scolaire. Le psychiatre de l'U.A.R. précise : « une population de garçons très envahis par la crainte de la folie dont l'accès ne se fait que par la pression urgente de la contrainte extérieure qu'elle soit de la famille, de la structure scolaire »

Les adolescents acceptent de venir consulter au C.E.S.A. parce que cette structure propose une double évaluation : psychiatrique et surtout pédagogique. L'enseignante du C.E.S.A. analyse cette attitude : « l'évaluation pédagogique les sécurise » « des gens « normaux » parmi les « psy », cela les rassure. Sinon ils ne viendraient pas »

Ce dispositif oblige le jeune et sa famille à faire une démarche souligne le M.R.C.T. auprès de l'I.A.

- Pendant le temps d'évaluation au C.E.S.A.

Le C.E.S.A. est un sas qui peut remobiliser les équipes médicales et les familles autour du soin car souvent ces adolescents ont eu des suivis psychologiques interrompus, constate le M.R.C.T. auprès de l'inspecteur d'académie.

L'équipe du C.E.S.A. remarque que les adolescents et leurs familles sont pour la plupart d'accord pour que les enseignants du C.E.S.A. aillent dans les établissements. La psychiatre précise qu'une seule famille a opposé un refus.

- Au cours des re scolarisations ou scolarisations avec ou sans aménagement

Le dispositif peut permettre une meilleure acceptation des contraintes de la part des équipes pédagogiques. « L'équipe pédago-éducative va pouvoir porter un regard différent sur le

jeune, avec une prise en compte de sa pathologie » note le M.R.C.T. auprès de l'inspecteur d'académie.

Il pense que cette évaluation oblige peut-être à retravailler sur les outils et sur les remédiations au sein des structures scolaires.

Le médecin de l'EN pense que cette double prise en charge est bénéfique : « ces remédiations sont positives ; l'adolescent revient en cours, il y a encore des difficultés mais c'est gérable ».

Pour le cas d'un adolescent, il précise : « l'intégration était bien préparée, un dispositif était mis en place. Ce n'était plus un élève lambda mais un jeune qui pouvait poser des difficultés ». il insiste sur le rôle de conseil de l'équipe du C.E.S.A..

Le lien entre les enseignants du C.E.S.A. et ceux des établissements, parce qu'ils ont la même logique, le même langage, facilite l'intégration des ces jeunes dans l'institution scolaire. Nous notons une meilleure prise en compte de leurs problèmes.

Les limites du C.E.S.A.

- Dans l'accès aux soins

Le psychiatre de l'U.A.R. remarque qu'il existe un biais dans le recrutement de ces jeunes puisque, sont adressés au C.E.S.A. des jeunes dont la symptomatologie est bruyante. En effet selon lui, ceux sont plutôt des adolescents qui ne rentrent pas dans la norme et qui posent des problèmes à l'institution Le nombre de conseils de discipline et de sanctions posé par l'institution à l'égard de ces jeunes va dans ce sens.

- Pendant le temps de l'évaluation

L'enseignante du C.E.S.A. regrette de n'avoir pas plus de temps, d'une part pour les évaluations pédagogiques et les liens avec les équipes enseignantes et d'autre part pour le travail de recherche sur des outils d'évaluation. Elle précise : « je n'ai pas assez de temps, pour les observations pédagogiques d'ailleurs je refuse de les appeler bilan. Si l'évaluation était plus poussée, nous pourrions donner davantage de conseils aux équipes éducatives. ».

- Dans les remédiations

L'enseignante de l'établissement estime qu'après une prise de contact très positive avec l'équipe du C.E.S.A., elle s'est sentie seule dans l'accompagnement quotidien de la scolarité de l'adolescent. Elle conclut en disant « je ne veux pas être injuste mais je ne me sens pas assez soutenue, pas assez encadrée. ».

Le M.R.C.T. auprès de l'inspecteur d'académie confirme ce problème de temps pour les restitutions pédagogiques aux équipes éducatives.

- Dans l'après C.E.S.A.

Au cours de l'entretien, le M.R.C.T. auprès de l'inspecteur d'académie dit ne pas connaître le devenir scolaire et psychiatrique des adolescents. Elle évoque la possibilité de créer une fiche de suivi réfléchi au sein du comité médical en liaison avec la médecine scolaire.

L'étude du dossier de Y, nous a permis de suivre l'évolution scolaire avant son évaluation par le C.E.S.A. mais surtout de prendre connaissance des dispositifs mis en place par le médecin de l'EN dans le système scolaire : P.I.I.S. et P.A.I.

Le P.I.I.S. a été contractualisé à l'occasion d'une équipe éducative qui réunissait l'équipe du C.E.S.A., l'équipe pédagogique de l'établissement, le médecin scolaire et les parents de Y.

L'ensemble des professionnels et notamment ceux de C.E.S.A. regrettent que le versant plus spécifiquement soin, C.A.T.T.P. et thérapie familiale, ne soit pas mis en place.

Pour un grand nombre d'interviewés, même si le C.E.S.A. n'est pas la panacée universelle, il offre à une population spécifique une possibilité d'accès aux soins. Ses limites ne doivent pas être perçues comme des échecs.

2.2.4 L'accès aux soins et le mode de recrutement (tout n'est pas « psy »)

L'accès aux soins pour le secteur psychiatrique semble être un véritable problème sur cette zone géographique.

Le chef de service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du C.H.L.M.V. annonce un délai de 6 à 7 mois pour un premier rendez-vous. Ce service a mis en place un protocole particulier pour les adolescents. Ils sont évalués par les psychiatres ou psychologues volontaires pendant le mois qui suit la demande.

La psychiatre du C.M.P. regrette un problème de délai d'attente dans son service, plus de 6 mois. Au sujet d'un cas de tentative de suicide, elle évoque ses difficultés à hospitaliser cette jeune : « Il faut chercher entre la psychiatrie adulte, la pédiatrie et les services psychiatriques parisiens ». L'admission à l'U.A.R. est de 1 mois. Elle explique qu'une hospitalisation avec un délai d'attente de 2 mois n'est plus pertinente : « Cela n'a plus de sens. ».

Le délai de prise en charge des adolescents par le C.E.S.A. est en moyenne de 15 jours précise a la psychiatre du C.E.S.A.. Leur mode de recrutement et de fonctionnement permet une prise en charge plus rapide.

Les files actives de ces trois structures sont différentes : 280 pour le C.M.P., 600 pour le service de l'enfant et de l'adolescent du C.H.L.M.V. et de 61 pour le C.E.S.A. Ces chiffres ne peuvent être comparés car leurs fonctionnements sont différents.

La psychiatre du C.M.P. regrette qu'il n'existe pas d'autres structures qui offrent des cadres différents dans la prise en charge, éducative et/ou pédagogique : « il faudrait pouvoir proposer des aides pédagogiques, aides aux devoirs pour donner du cadre, des repères à des jeunes qui sont parfois perdus dans la scolarité ».

L'ensemble des professionnels souligne la pauvreté des structures psychiatriques en Seine-et-Marne.

3 DISCUSSION-PROPOSITIONS

3.1 Discussion

L'analyse des entretiens, l'étude du dossier, les résultats de la journée « Bilan et perspectives du C.E.S.A. » ainsi que les données recueillies dans la grille de recueil ont permis de confirmer certaines hypothèses de départ, avec quelques nuances pour certaines.

Première hypothèse : le rôle du médecin scolaire est méconnu par les équipes pédagogiques. Est-il connu dans les établissements ? Se fait-il connaître ?

Au sein de l'établissement, l'équipe pédagogique connaît le médecin de l'EN. Au fil des entretiens, nous découvrons que la collaboration avec lui n'est pas systématique. Il semble que le médecin scolaire soit davantage sollicité lorsqu'il y a une mise en danger de l'adolescent ou lorsque le jeune est dangereux pour les autres.

Dans plusieurs cas, des aménagements scolaires n'ont pas été mis en place. Cela, nous semble-t-il, pour un certain nombre de raisons :

- la composante psychopathologique de l'adolescent a pris le dessus sur celle pédagogique, même si l'équipe du C.E.S.A. reconnaît qu'une prise en charge pédagogique aurait pu être bénéfique pour l'adolescent.
- L'équipe pédagogique ou administrative n'est pas dans une culture d'intégration. Dans ce cas, le C.E.S.A. n'a pas proposé de P.I.I.S ni de P.A.I. et n'a pas contacté le médecin de l'EN pour qu'il travaille avec l'équipe pédagogique à la mise en place d'un aménagement scolaire. Il nous semble indispensable que les partenaires pensent à le solliciter comme médiateur au sein des établissements. Le médecin de l'EN se trouvant à l'intersection de l'équipe éducative et des partenaires extérieurs peut, par cette position particulière, informer et peut-être convaincre les professionnels réticents à l'intégration et à l'aménagement d'une scolarité pour le bien de l'élève. Cette démarche doit se faire pour toutes situations dans lesquelles, l'adolescent pose un souci à la communauté éducative. Le médecin scolaire doit être interpellé le plus souvent possible, à sa charge de réfléchir à la pertinence de son intervention. Le manque de disponibilité ne saurait être un prétexte à cette non-sollicitation.

X. Pommereau, dans la revue l'Observatoire (38) écrit : « Parce que leur présence est réduite et que leur fonction reste mal reconnue dans certains établissements, les médecins scolaires déplorent à juste titre de ne pas être toujours sollicités à temps lorsqu'un élève ne va pas bien. ».

- L'adaptabilité, la souplesse, la proximité, l'ajustement au coup par coup, la continuité sont des notions qui sont revenues fréquemment dans les propos des professionnels au sujet de l'aménagement de la scolarité. Il nous paraît prioritaire d'œuvrer dans ce sens. Certes, le manque de disponibilité des médecins de l'EN ne facilite pas ce travail mais il nous semble indispensable que celui-ci prenne le temps de collaborer de façon étroite avec l'équipe éducative pour contractualiser sous forme de P.I.I.S., de P.A.I. ou de P.E.I., l'intégration des jeunes. Les écrits, signés par les parents, sont réétudiés régulièrement par les professionnels afin d'ajuster au plus près les modifications à apporter aux projets selon l'évolution pédagogique et psychologique du jeune.

Dans cette enquête, les réponses faites par les différents professionnels ont été faussées par le fait, que l'enseignante et les personnels administratifs rencontrés de manière informelle avaient déjà travaillé avec le médecin scolaire. En général, les professionnels cités en première ligne sont plutôt les infirmières ou les assistantes sociales scolaires.

Même si dans les faits, l'équipe éducative connaît le médecin de l'établissement et dit pouvoir le contacter, dans la réalité, elle fait plutôt appel à l'infirmière qui sert d'intermédiaire pour interpeller le médecin. Ce circuit est intéressant car l'infirmière peut apporter des informations supplémentaires (plaintes somatiques, fréquents passages à l'infirmerie) mais ce mode de transmission ne doit pas être exclusif. L'équipe doit pouvoir contacter le médecin de l'EN « en direct » selon un cadre préétabli pour que l'échange n'existe pas en fonction des personnes et des personnalités mais de façon institutionnelle.

Pour que cette communication existe, même si la présence du médecin de l'EN est peu importante, elle doit être d'une grande lisibilité pour l'équipe éducative et pour l'ensemble de la communauté, élèves compris.

La régularité des Équipes Éducatives qui permettent de suivre les élèves, des réunions de synthèse (assistante sociale, infirmière, C.P.E., professeurs), sa présence à la cantine pendant les temps de repas, ses jours de permanence sont autant de points qui constituent le fil conducteur de la présence du médecin dans l'établissement.

Deuxième hypothèse : le médecin de l'EN a des difficultés à mettre en place une prise en charge individuelle au sein des établissements Les outils de l'intégration des jeunes porteurs de handicaps existent (P.I.I.S.). Sont-ils utilisés pour intégrer des jeunes présentant des difficultés scolaires à dominante psychique ?

La difficulté semble se situer à plusieurs niveaux :

- Le médecin de l'éducation nationale n'est pas toujours sollicité par les professionnels du C.E.S.A. ou de l'éducation nationale, certainement plus par manque d'habitude que de méconnaissance du médecin. Parfois les limites des fonctions ne sont pas respectées, par exemple : l'enseignant pouvant jouer le rôle du thérapeute.

De ce fait, l'intégration avec un accompagnement spécifique à type de P.I.I.S. ou de P.A.I. n'est pas proposée. Il semble que pour certains enseignants et administratifs, le domaine de la psychiatrie ne soit pas inscrit dans une logique d'intégration et peut-être également dans le registre de la médecine scolaire.

Bien que la politique nationale (67, 72, 74) aille dans le sens de l'intégration, tous les professionnels travaillant dans l'éducation nationale ne sont pas dans cette logique, d'autant plus quand celle-ci est de l'ordre de la psychopathologie.

Les outils existants P.I.I.S., P.A.I. qui restent, pour certains, du champ du handicap ou de la maladie chronique, peuvent être utilisés dans le domaine de la psychiatrie, d'autant que la pathologie ou le dysfonctionnement psychique ont des répercussions dans la scolarité.

Mais la prise en compte des difficultés ne passe pas forcément par la rédaction d'un P.I.I.S., d'un P.A.I. ou d'un P.E.I.. D'autres solutions peuvent être proposées :

- Une alternance : stages en entreprise-enseignement théorique, lorsque l'adolescent vit mieux sa scolarité entrecoupée de stage en entreprises.
- Une orientation en classe spécialisée de type S.E.G.P.A. ou U.P.I.
- Une orientation en établissement spécialisé

Toutes ces options sont, elles aussi le résultat d'une concertation de la communauté éducative.

- Lorsque le médecin de l'éducation nationale est sollicité par l'équipe éducative, l'enquête démontre la pertinence du tri effectué par celui-ci. De ce fait, le médecin est amené à faire la distinction entre : ce qui relève de la « crise d'adolescence » de ce qui est plus du champ de la psychopathologie (10). Dans le premier cas, les manifestations, sans être dramatisées doivent être prise en compte par une écoute, un accompagnement

non psychiatrique, alors dans le second cas, l'adolescent doit être orienté vers une structure psychiatrique. R. Mises écrit : « Un meilleur partage entre ces deux versants a ultérieurement fait restreindre les indications de psychothérapie à des perturbations avérées tandis que les manifestations moins caractérisées pouvaient bénéficier d'autres formes d'aides, d'ordre éducatif, pédagogique, ré éducatif. »(47).

La mise en place de P.I.I.S. ou P.A.I. est une solution tout à fait intéressante si cet aménagement est une étape à plus ou moins long terme vers la normalisation de la scolarité. Si l'aménagement perdure du fait de la constance des manifestations de la pathologie du jeune, l'intégration peut poser un problème pour la suite de la scolarité.

L'étude du cas de Y fait apparaître cette difficulté. La prise en charge par le C.E.S.A. et l'aménagement du temps scolaire a permis de scolariser Y qui était déscolarisé depuis plusieurs mois. Mais, à la fin de l'année, se pose la décision du passage dans la classe supérieure sur des critères qui sont exclusivement pédagogiques (temps de présence pendant la scolarité, notion de programme, de niveau). Nous ne sommes plus dans le soin, ni dans la prise en compte d'une pathologie. Le niveau de Y et le temps partiel de scolarisation ne lui permettront certainement pas le passage dans la classe supérieure.

B. Rives décrit dans un article, les enfants du barème. « Tous les enfants, tous les adolescents d'aujourd'hui sont répartis en classe, notés, jugés, non pas en fonction de leurs goûts réels, ni même de ce qu'ils ont assimilé et se sont appropriés de l'enseignement imposé, mais en fonction d'une moyenne ; entendez l'effarant discours des parents et des maîtres : « Est-ce que tu as TA moyenne »» (57).

Cet réflexion s'applique à tous les jeunes scolarisés, mais aussi à tous ces adolescents qui sont dans la même situation que Y.

Pour Y, ce nouvel élément devra être étudié en Équipe Éducative avec l'aide des personnels du C.E.S.A. pour prendre en compte la dimension pédagogique mais aussi pathologique de cet élève afin de réfléchir au devenir scolaire de cet élève et aux propositions d'orientations.

Troisième hypothèse : les relations sont parfois délicates entre le médecin de l'EN, les adolescents et leurs parents La représentation du rôle du médecin de l'EN et notamment dans le cadre de la psychiatrie pour l'adolescent et sa famille est parfois négative.

Cette hypothèse n'a pu être vérifiée car nous n'avons pas pu interviewer les jeunes et leurs familles. Nous n'avons pas pu recueillir leurs points de vue.

Quatrième hypothèse : il existe des difficultés de lien avec les partenaires extérieurs.

Les difficultés de partenariats sont réelles du fait de la méconnaissance du rôle du médecin de l'Éducation nationale, du manque d'institutionnalisation des relations et de la multiplicité des partenaires.

Pour la plupart des professionnels que j'ai rencontré, cette première raison ne semble pas vérifiée. Ils ont tous une connaissance des missions du médecin de l'Éducation nationale et des spécificités de ses missions. Mais sont-ils représentatifs de la population générale des psychiatres et des professionnels ? En effet, la plupart font partie des comités de gestion ou médical du C.E.S.A. et ont mis en place un protocole permettant de travailler avec l'Éducation nationale.

Pour d'autres, d'une manière générale, même si ce lien existe, il peut prendre des formes et des intensités différentes. Cette variation est liée à des représentations des fonctions de chacun et au manque de temps. La plupart des personnes interrogées évoque le manque de temps. C'est sans doute une réalité mais n'est-ce pas une raison toute faite ? Ce prétexte avancé, certainement lié aussi au manque d'institutionnalisation de la relation freine le partenariat.

En effet, le partenariat fonctionne, bien souvent sur des motivations qui tiennent plus de l'engagement personnel que sur le fonctionnement intra ou extra institutionnel. D'ailleurs, si l'on souhaite l'existence d'un partenariat effectif et la pérennité de son réseau, celui-ci doit être pensé au niveau de l'institution et non au niveau des individus.

Dans le cas d'un dispositif comme le C.E.S.A., le partenariat entre la psychiatrie et l'Éducation nationale est bien codifié puisque décrit dans une convention, au moins en ce qui concerne le temps de « l'avant évaluation » C.E.S.A., les adolescents étant adressés par le médecin de l'Éducation Nationale et le psychiatre du C.M.P. La restitution de l'évaluation du C.E.S.A. aux établissements semble poser plus de problèmes. Une fiche de suivi (annexe n°13) a été élaborée par le C.E.S.A., ce qui prouve sa volonté d'échange mais cette fiche n'est pas souvent complétée. La réflexion de la restitution doit, nous semble-t-il se poser à deux niveaux, individuel et institutionnel.

- *Au niveau individuel* où plusieurs questions se posent :

Quelle restitution ? à qui ? et sous quelle forme ?

En effet, le C.E.S.A. se trouve devant un problème complexe, où l'éthique, le concept de lieu de soins et donc d'espace protégé, la notion de partage de l'information pour le bien du malade sont étroitement intriqués.

- *A l'échelle institutionnelle* (comité médical, partenaire jusqu'où ?)

Nous sommes dans le domaine de la Santé publique. Le secret médical reste préservé. La restitution vers l'institution scolaire devrait être réfléchie pour permettre à celle-ci d'effectuer des bilans quantitatifs et qualitatifs précis des aménagements scolaires. Ces bilans permettraient de les comptabiliser et de les évaluer sur l'ensemble du secteur d'action du C.E.S.A.. Ces données pourraient être comparées, au niveau départemental, à celles d'autres secteurs géographiques.

Cinquième hypothèse : Le manque de structures de soins est un problème majeur, l'attente pour les rendez-vous, l'absence de diversité de soins, la représentation de la psychiatrie par les adolescents entravent le succès de cette prise en charge.

Nous avons décidé d'ajouter à ce thème, un autre qui nous paraît découler du premier : **Le problème de l'accès aux soins**

Selon une enquête de M. Choquet et S. Ledoux reprise dans un article de l'Observatoire (38), 17% des jeunes en difficulté ne s'adressent à personne pour en parler. Il semble donc souhaitable que l'on puisse créer des lieux de parole. Dans certains établissements scolaires ; des lieux d'écoute existent, en sachant qu'il convient de rester prudent dans la mise en place de ce type de dispositif. Comme l'expose P. Jeammet : « le lien dont l'adolescent a le plus besoin est celui qui le menace le plus ».

J. Constant pense que : « la qualité du réseau entre la médecine scolaire et l'équipe pédopsychiatrique suffise à un travail de prévention et à une facilitation de l'accès aux soins (15).

Le problème des structures semble se situer à plusieurs niveaux :

Dans le nombre de structures psychiatriques proposées à la population

Il est un fait que la Seine-et-Marne est sous équipée en structures psychiatriques, même s'il existe de la part des décideurs, une volonté de changer cette situation. Le retard pris dans ce secteur et l'accroissement rapide de la population seine et marnaise sont des freins à l'atteinte de l'équilibre entre l'offre et la demande dans ce domaine.

En effet, des structures psychiatriques existent mais il y a 6 à 8 mois d'attente pour avoir un rendez-vous dans la plupart des C.M.P..Le secteur de Lognes, n'est pas le seul concerné par ce problème. Le délai d'attente pour un rendez-vous au C.E.S.A. est en moyenne de 15

jours. La rapidité de cet accès aux soins est un des atouts du C.E.S.A. mais cette jeune structure ne risque t-elle pas, dans l'avenir d'être saturée ?

Au niveau du C.E.S.A., l'absence d'un C.A.T.T.P. et d'une thérapie familiale pose un véritable problème à son équipe mais également aux équipes pédagogiques des établissements qui regrettent le manque de suivi dans le temps.

Dans la diversité des structures offertes aux patients

a. La diversité dans les modalités d'accès aux soins des structures psychiatriques

Les manifestations des troubles psychiatriques sont multiples. Les modalités d'accès aux soins sont différentes selon les pathologies et les prises en charges peuvent être différentes. Le C.E.S.A. offre une possibilité d'accès aux soins à une population d'adolescents mais celle ci est spécifique.

Au sujet de cette population, nous pouvons nous poser un certain nombre de questions.

- *Pourquoi ces jeunes sont-ils adressés au C.E.S.A. ?*

Parce qu'ils sont bruyants, que les professeurs ne savent pas ou ne peuvent plus les gérer individuellement et/ou dans le groupe classe. Ces manifestations intra scolaires peuvent paraître inquiétantes pour certains enseignants.

- *Quelles sont les particularité de ses jeunes ?*

Ce sont des garçons qui font parler d'eux dans le système scolaire, des adolescents qui rejettent l'école ou que l'école rejette.

Schématiquement, nous pouvons les décrire comme : des garçons présentant des troubles du comportement, ayant eu des sanctions dans le cadre de l'école, absentéistes et porteurs de pathologies psychiatriques.

- *Existe t-il un biais de recrutement ?*

Il est vrai qu'il semble exister un biais dans le mode de recrutement puisqu'ils sont adressés au C.E.S.A. à part égale par le médecin scolaire et par le psychiatre du C.M.P. La question que l'on peut se poser est : « les adolescents, porteurs des pathologies ou de dysfonctionnements psychiques dont les manifestations sont plus silencieuses, sont-ils repérés et pris en charge ? », en sachant que l'importance des perturbations ne préjuge en rien de la gravité de la pathologie, même si, dans le cas présent, la majorité des pathologies sont de l'ordre de la psychose ou des pathologies limites.

- *Est il bénéfique ?*

Il est bénéfique car l'accès aux soins est facilité. Les jeunes et leurs familles sont ravis d'avoir également une évaluation pédagogique d'autant que les enseignants du C.E.S.A. se mettent en lien avec ceux des établissements d'origine. L'évaluation psychiatrique n'est pas la seule motivation à cette prise charge. Cette double approche rassure l'adolescent et lui permet d'aborder ses difficultés scolaires avec des professionnels de l'éducation qui ne sont ses professeurs. La possibilité de parler d'un sujet qui les préoccupe : les résultats scolaires, l'image que l'on peut donner d'eux dans l'institution, sont autant de raisons pour accepter l'évaluation par le C.E.S.A. Que ces jeunes soient dans l'échec ou non, dans le rejet ou pas, la scolarité reste une part importante de leur vie. « Même les « cancre » ne se moquent pas de l'école ! ». L'échec scolaire est ressenti comme une blessure narcissique, l'orientation amène le jeune à se poser les questions fondamentales sur son identité et sur son plan de vie. (10).

M.A. Vinograd confirme qu'un accueil à deux facilite la rencontre. La venue des parents est également facilitée par cette modalité de contact (64).

b. La diversité dans les prises en charge d'adolescents qui ne relèvent pas de la psychiatrie (tout n'est pas « psy »)

Certains professionnels regrettent le manque de diversité dans la prise en charge de ces adolescents en difficulté ; des prises en charge pluridisciplinaires. De nombreux articles vont dans ce sens. D'ailleurs, quelques psychiatres interrogés insistent sur le fait que tout n'est pas « psy », ces données allant à contre courant de la psychiatisation à tout va qui est à la mode en ce moment, reprise régulièrement par les médias.

M. Rufo, dans un article, met l'accent sur ce sujet : « La consultation de « pédopsy » est une sorte de vaccin psychologique...Il y a abus de psy. Une sorte d'euphémisme pédagogique se répand : il faut que les enfants soient le plus conformes à l'école pour réussir » (61). A l'école comme ailleurs, la psychologie ne peut tout expliquer.

D'autant que la psychothérapie a ses indications et comme toute thérapie, elle a ses limites ; B. Granger écrit « Les psychothérapies ont aussi leurs limites, leurs effets secondaires, leurs contre-indications, leurs dangers. »(27).

La représentation de la psychiatrie par les adolescents

Il existe une forte réticence de la part des jeunes à accéder à une prise en charge psychiatrique. Pour ces adolescents, psychiatrie est synonyme de folie. Cette représentation freine l'accès aux soins d'autant plus que le fonctionnement de l'adolescent peut l'inciter à abandonner le suivi.

Le manque de structures, l'absence de diversité, la représentation de la psychiatrie par les adolescents sont autant de causes qui entravent la prise en charge sans oublier les particularités de la pathologie psychiatrique. En effet, cette pathologie peut être à l'origine de l'arrêt du suivi.

L'ambition légitime que l'adolescent ne devienne pas un adulte malade est limitée par deux butées : -la limitation en maints endroits de l'accessibilité à des soins optimaux ; - la force parfois si destructrice de la pathologie mentale que des soins même optimaux ne parviennent pas à la contrer (39).

Remarques et questions a propos des résultats de la grille de recueil

Cette étude, et particulièrement les résultats de la grille de recueil, font apparaître un certain nombre de remarques et de questions.

Près de 67% des adolescents sont absentéistes, 75% présentent des troubles du comportement, 28% ont des sanctions dans le cadre de la scolarité. Ces manifestations font peur, car ce sont des facteurs de risques pour les jeunes mais aussi parce qu'ils peuvent laisser croire à la communauté éducative, l'existence d'un dysfonctionnement de l'institution scolaire. 23% ont, dans leurs antécédents, une tentative de suicide .Tous ces chiffres vont dans le sens des chiffres de la littérature mais ils sont majorés.

Il nous semble donc important que le médecin de l'éducation nationale soit particulièrement attentif à tous ces signes de souffrance psychique et notamment qu'il se tienne informé des passages en conseil de discipline, non pas pour « défendre » un élève et ni alléger une sanction mais plutôt, si l'élève n'est pas exclu définitivement, de pouvoir le suivre spécifiquement. Au niveau du département, cette année, tous les rapports des conseils de discipline sont centralisés vers le M.R.C.T. auprès de l'I.A. ils sont étudiés par le médecin responsable. Lorsqu'il y a exclusion définitive, le médecin responsable avertit le médecin du futur établissement scolaire de l'élève de son arrivée.

Près de 66% ont, dans leurs antécédents, un suivi psychologique. La nature de l'étude ne permet pas de préciser ni le type de soin, ni sa durée mais elle pose la question

de l'adéquation entre le traitement et la pathologie. La réponse institutionnelle est elle la bonne ? Nous pouvons souligner que même si 89,6% des familles présentent un dysfonctionnement, elles ont à 66% accédé aux soins psychiatriques, à un moment donné, pour leur enfant. Cet accès aux soins ne présage pas de sa durée mais tend à montrer qu'elles ont été capables d'entendre la pathologie de leur enfant et d'aller vers un système de soin dont la représentation dans la société n'est pas toujours positive.

Près de 90% des familles présentent un dysfonctionnement (annexe n°12). Dans une étude sur la population d'un C.M.P., ces facteurs ont été regroupés sous le libellé : facteurs d'environnement. Ils ont été classés en quatre groupes : les pathologies mentales dans la famille, les ruptures de liens (décès), les contextes particuliers (familles monoparentales ou séparées) et les carences ou sévices. Ces résultats rejoignent les nôtres puisque 91% présentent un ou deux facteurs (36). Ces chiffres pourraient être comparés à ceux obtenus à partir d'une population « ordinaire ».

L'analyse des QI nous donne des chiffres allant de 64 à 144 avec, dans la population, un « surdoué ». 29 adolescents ont été testés, soit 33% de filles et 55% de garçons. Nous remarquerons que les garçons sont plus testés que les filles. Tous ces jeunes sont en classe ordinaire et sans accompagnement spécifique. Nous pouvons nous poser quelques questions.

Étaient-ils repérés depuis longtemps dans l'institution scolaire ?

Si oui, à partir de *quelles manifestations ?*

Sont-ils passés devant une commission de type C.C.P.E., C.C.S.D. ou C.D.E.S.?

15 adolescents sur 49 semblent avoir commencé à présenter des troubles pendant la période 4-6 ans.

Ces jeunes ont-ils été repérés à cette époque ?

Les limites de l'étude ne permettent pas de connaître le passé médical dans le système scolaire de ces jeunes et donc de pouvoir répondre à toutes ces questions. Mais un problème semble se poser, celui du repérage et la précocité de celui-ci.

3.2 Propositions

A l'issue de cette réflexion, nous ferons des propositions d'amélioration au niveau des différentes structures ou institutions, l'Éducation nationale, le C.E.S.A., le domaine psychiatrique et les autres institutions.

3.2.1 Amélioration de la prise en charge au niveau de l'Éducation Nationale

Les préconisations au sein de l'éducation nationale se déclinent sur les thèmes de la prévention primaire, secondaire et tertiaire, sur la formation, sur le travail en collaboration.

Il serait donc pertinent de développer notre action dans les directions suivantes :

- Réfléchir au niveau institutionnel à la prévention en faisant un groupe de travail sur le sujet. L'étude des expériences faites sur le plan national et international comme celle faite au Canada « La prévention des inquiétudes chez les adolescents : impact d'une intervention cognitive » (40) permettrait d'évaluer l'ensemble des actions de préventions faites dans le domaine scolaire.
- Augmenter la prévention primaire en améliorant l'information auprès des élèves et en travaillant des concepts tel que l'estime de soi, la résilience, les compétences psychosociales.
- Constituer des lieux d'écoute, des points d'accueil pour prévenir les situations de mal-être, de conflit et de délinquance tout en sachant qu'il faut être prudent sur ce type de dispositif. Les personnes qui écoutent doivent être formées. Elles ne doivent pas être seules à gérer la situation de difficulté.
- Former et sensibiliser les équipes pédagogiques et l'ensemble de la communauté éducative à repérer les adolescents en souffrance psychique.
- Constituer des groupes de travail inter-institutionnel et extra-institutionnel pour favoriser l'échange et la culture commune.
- Encourager la concertation avec la médecine libérale et hospitalière.
- Former plus spécifiquement les médecins scolaires dans les domaines de la psychopathologie.

Le médecin de l'EN est déjà dans la prise en compte de la santé mentale du jeune lorsqu'il pratique le bilan de santé de l'adolescent. Paradoxalement, s'intéresser à son corps, c'est donc déjà et par définition un processus de soin psychique (2).

- Utiliser les outils existants pour l'intégration (P.I.I.S., P.A.I., P.E.I.) pour améliorer la prise en charge de ces jeunes qui contractualisent les aménagements mis en place.

- Penser davantage aux Équipes Éducatives qui permettent de rediscuter les modalités d'aménagement tout au long de l'année.
- Connaître les jeunes qui passent un conseil de transgression ou de discipline.
- Étudier la population concernée sur le département.

3.2.2 Amélioration de la prise en charge au niveau du CESA

Nous proposons trois pistes de réflexion afin d'améliorer la prise en charge au niveau du C.E.S.A..

- Créer le C.A.T.T.P. et l'unité de thérapie familiale
Ces créations semblent indispensables à la prise en compte des pathologies de ces jeunes.
- Augmenter le temps effectif des enseignants au C.E.S.A. pour qu'ils puissent travailler sur des outils d'évaluation, approfondir les évaluations pédagogiques et rencontrer les enseignants dans les établissements.
- Travailler sur la restitution par l'amélioration de la fiche de suivi existante ou sur un autre mode de d'échange.

3.2.3 Amélioration de la prise en charge au niveau des autres institutions

L'accès aux soins et la prise en charge psychique et scolaire des adolescents présentant des perturbations de l'ordre de la psychopathologie, dans les établissements, pourraient être améliorés par différentes préconisations.

- Favoriser le développement des moyens de transports.
- Augmenter le nombre de structures psychiatriques.
- Diversifier les structures en proposant des modes de prise en charge pluridisciplinaires : psychiatrique, pédagogique, éducatif et social. L'institution psychiatrique doit s'organiser pour accueillir des adolescents. Elle doit repenser ses frontières avec les autres professionnels du soin et de l'aide sociale et modifier ses statuts (2). Dans le cas d'adolescents auteurs de transgression, M.G. Schweitzer précise « nous ne pouvons plus nous contenter d'analyses théorico-cliniques, il convient d'engager des actions à visée thérapeutique et socio-éducative » (59).

3.2.4 Au niveau de toutes les institutions

De nombreux écrits mettent en avant deux concepts, particulièrement intéressants qui devraient être appliqués au niveau des différentes institutions :

- Le travail en réseau

P. Alvin écrit « ...une nouvelle forme de relation de travail entre divers disciplines comme la pédiatrie, la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, la santé scolaire, les sciences sociales, l'épidémiologie et la santé publique » (4).

- La culture commune

Le D.U. sur les adolescents difficiles du PR JEAMMET est proposé à des professionnels de différents horizons. Ce type de diplôme correspond tout à fait à cette notion de culture commune.

CONCLUSION

Ce travail nous a permis de préciser certains points concernant la prise en charge psychiatrique et scolaire de ces adolescents évalués par le C.E.S.A. :

- Le manque de structures psychiatriques, particulièrement effectif en Seine-et-Marne, est un frein important dans la prise en charge des jeunes en souffrance qui s'avère être, en France, un problème de santé publique. L'A.R.H. de l'Île-de-France affirme sa volonté de pallier ce déficit de structures. Mais cet état de fait risque de s'aggraver dans le contexte actuel, entre une démographie médicale et notamment psychiatrique, particulièrement préoccupante et une augmentation des demandes de prise en charge psychiatrique de la part de la population (56).
- La diversité relative des structures, à dominante psychiatrique ou non, dans les modalités d'accès et de prise en charge, est également une entrave à l'accès aux soins de ces adolescents. Le C.E.S.A. est une des réponses proposées sur le secteur de Lognes-Marne la Vallée. Ce dispositif particulier, de double évaluation : pédagogique et psychiatrique, facilite l'accès aux soins et améliore la scolarisation ou la re scolarisation de ces jeunes porteurs de pathologies psychiatriques.
- Les autres causes de cette difficulté de prise en charge sont : la méconnaissance de ce que peut apporter le travail du médecin de l'EN, la représentation de la psychiatrie par les jeunes, la difficulté de partenariat extérieur.

Même si l'évaluation et l'orientation de ces adolescents par le médecin de l'éducation nationale sont tout à fait pertinentes, il nous semble important que celui-ci puisse repenser et s'approprier les outils de l'intégration, tels que les P.I.I.S. et les P.A.I. pour les utiliser dans le domaine de la psychopathologie.

Devant l'accroissement régulier et important des troubles du comportement et afin d'améliorer le repérage des adolescents en souffrance psychique, nous préconisons que la formation des médecins de l'EN soit davantage orientée vers la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent pour qu'il devienne aux yeux des équipes éducatives un référent également dans le domaine de la psychopathologie. Par sa position au sein de l'Éducation nationale, il peut, au même titre que tous les autres personnels de l'institution, contribuer à la construction psychique et sociale de ces jeunes en difficulté dans le système scolaire.

Membre de l'Éducation Nationale, à l'interface de celle-ci et des autres institutions, il est en lien avec les partenaires extérieurs. Dans cette mouvance actuelle de psychiatrisation

excessive, le médecin de l'EN, en collaboration étroite avec les différents partenaires, peut repérer, évaluer, orienter et intégrer dans le système scolaire. Il peut donc jouer un rôle modérateur dans ce phénomène.

Au terme de ce travail, quelques résultats n'ont pas pu être précisés comme le dysfonctionnement familial, les passages devant une commission (C.C.P.E., C.D.E.S., C.C.S.D.), le début des troubles....Des réponses pourraient être apportées par de nouvelles études.

Pou conclure, dans une école à la fois protectrice, structurante, vecteur d'insertion sociale mais aussi normative, le médecin de l'EN, par ses compétences et sa spécificité au sein de cette institution, a un rôle important à jouer, notamment dans le domaine de la psychopathologie des adolescents et leur intégration scolaire.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES-ARTICLES

1. Actes de Santé de la 6^{ème} Conférence Régionale de Santé d'Île-de-France. La souffrance psychique des jeunes- Quels partenariats ? Paris, 8 février 2002.
2. ACTES DU SEMINAIRE SANTE-JUSTICE. *La prise en charge des mineurs en difficulté*, 25 et 26 mai 2000
3. ALVIN P, MARCELLI D. *Médecine de l'adolescent*. Paris : Collection pour le praticien, Flammarion, 1999. 301p.
4. ALVIN P. *La santé des adolescents*. Échange. Santé-Social. N° 90. juin 1998.
5. ANAES.Conférence de consensus. *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*.Paris.2000.
6. ASSAILLY J.P., *La mortalité chez les jeunes*. Paris, que sais- je ? Puf, 2001
7. BONREPAUX C. *La « psy » envahit les préaux*. Dossier : L'école sur le divan ; Le monde de l'éducation. n° 312, mars 2003, pp. 20-22.
8. BRACONNIER A., *Émergences anxieuses à l'adolescence*. Annales médico-psychologiques, 2001 ; 159 : 688-91
9. BRACONNIER A., CHILAND C., CHOQUET M., POMAREDE R. *Adolescentes, adolescents : Psychopathologie*. Bayard édition/ Fondation de France, 1995
10. BRACONNIER A., CHILAND C., CHOQUET M., POMAREDE R. *Adolescentes, adolescents : Du souci au soin*. Bayard édition/ Fondation de France, 1997
11. CHOQUET M., HASSLER C. *L'absentéisme au lycée*. Équipe santé de l'adolescent. INSERM U472.
<http://ifr.vjf.inserm.fr/~ado472/ENQUETES/ABSENTEISME/absenteisme.htm>
12. CHOQUET M., LEDOUX S. ; *Adolescentes, Adolescents : Expression différentielle des sexes*. Paris, les éditions INSERM, 1994
13. CHOQUET M., LEDOUX S. ; *Adolescents, enquête nationale*. Paris, les éditions INSERM, 1994

14. CHOQUET M., LEDOUX S.. *Adolescents de la Protection Judiciaire de la Jeunesse et leur santé : enquête nationale*. INSERM, 1994, Paris : 1-346.
<http://ifr69.vjf.inserm.fr/~ado472/ENDUETES/PJJ/PJJ.htm>
15. CONSTANT J., *Innovations dans la prise en charge des adolescents*. Annales médico-psychologiques, 2001 ; 159 :679-87
16. DGLDT et Ministère de l'Éducation nationale. *Repères pour la prévention des conduites à risque dans les établissements scolaires*.
17. DOLTO F.. *La cause des adolescents*. Paris. Robert Laffont, octobre 1998.
18. DRASS-SAE. *La psychiatrie*
<http://www.sante.gouv.fr/drees/statiss/1999/psychiatrie2/psychiatrie277.htm>
19. DREES *Études et résultats : suicides et tentatives de suicide en France, une tentative de cadrage statistique*. N°109, avril 2001
20. DUMAS J.E., *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Bruxelles, De Boeck, 2002
21. DUPUIS M.. *Souffrance scolaire : l'arbre qui cache la forêt*. Dossier : L'école sur le divan ; Le monde de l'éducation. n° 312, mars 2003, pp. 23-25.
22. FAKHARI E., EPELBAUM C., FERRARI P. *Les centres d'accueil à temps partiel en psychiatrie infanto-juvénile : une enquête nationale*. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. Juin 1995. v : 43. n° 6.pp. 244-250.
23. Fondation de France et Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la recherche : *Repères : conduites suicidaires*. Avril 1997.
24. GARCIA J-L ., SICARD D., *Les jeunes et la santé en France*. Paris, Hachette Observatoire de l'enfance en France, 2002
25. GARNERO S. *Mise en place d'un projet de prévention auprès des adolescents de Montreuil et perspectives pour le CMP*. Perspectives Psy. Volume 40.n °3. juin-juillet 2001.pp.189-193.
26. GERMAIN C., *Thérapie familiale : restaurer l'alliance parents-enfants*. La revue du praticien-Médecine générale. Tome15. N° 536. 23 avril 2001pp.917-919.
27. GRANGER B., *La dépression est-elle une mode ?* La Recherche, l'actualité des sciences. n ° 363, avril 2003.pp.35-40.
28. GRENIER B., GOLD F.. *Développement et maladies de l'enfant*. Paris, Masson, Abrégé, 1986.
29. HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Rapport du groupe de travail sur la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*. Paris. 2000
30. INSEE.*Indicateurs démographiques*
<http://www.sante.gouv.fr/drees/statiss/1999/demographie77.htm>

31. INSERM Expertise collective, *Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*, Paris, Édition INSERM, 2003
32. INSERM. Argumentaire sur les tentatives de suicides chez les adolescents
<http://psydoc-fr.inserm.fr:conf&rm/Rpc/argumentaire.html>
33. JEAMMET P., *Adolescences*. Paris, Fondation de France, Syros, 1993
34. JEAMMET P., *Innovations en clinique et psychopathologie de l'adolescence*, Annales médico-psychologiques, 2001 : 159 : 672-8
35. JEAMMET P.. *Approche psychodynamique de la violence chez les adolescents*. Perspectives psy. volume n° :40. n° 3. juin- juillet 2001.pp.182-188.
36. JOUBERT M., DURAND B. *Le CMP et la cité, analyse de la population des enfants fréquentant la consultation médico-psychologique (CMP) de Bonneuil-sur-Marne*. Neuropsychiatrie. Enfance Adolescence. Créteil. 1998 pp 141-155.
37. JOVELET G. *Quel devenir pour les pratiques psychothérapeutiques de secteurs ?* L'information psychiatrique, n° : 5. mai 2002.
38. L'OBSERVATOIRE. *Dossier : Suicide, Adolescents et milieu scolaire*. Revue d'action sociale et médico-sociale a.s.b.l. n° : 30. 2001.
39. LADAME F.*Les traitements psychanalytiques à l'adolescence : quelques principes généraux*. Adolescence, 2000,18, 1, pp.97-101.
40. LADOUCEUR R, TREMBLAY M., DUGAS M-J. *La prévention des inquiétudes chez les adolescents. Impact d'une intervention cognitive*. Journal de Thérapie Comportementale et cognitive. 1999, 9, 3, pp. 67-73.
41. MARCELLI D., *Les états dépressifs à l'adolescence* .Paris, Masson, 2000
42. MARCELLI D BRACONNIER A., *Adolescence et psychopathologie*. Paris, Masson, Les âges de la vie, 5^{ème} édition, 1999.
43. MAYET G., *Pourquoi la prise en charge des adolescents présentant des troubles du caractère et du comportement pose-t-elle problème ?* Mémoire IASS, 2001
44. MAZET J.M. éd., BALELEYTE J.M., DES LIGNERIS J., LOUET E., MARTIN M ., THOMPSON C., CHAUVIN D., HAMBourg N., LANTHIER D., RAHMOUN S., GERARDIN P., HERGUETAT T. *Difficultés et échecs scolaires*. Impact Médecin Hebdo. n° 505 6 octobre 2000 pp. 3-22.
45. MICHEL G., LE HEUZEY M.L., PURPER-OUAKIL D., MOUREN-SIMEONI M.C., *Recherche de sensations et conduites à risque chez l'adolescent*. Annales médico-psychologiques, 2001 ; 159 : 708-16.
46. MISÈS R. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Congrès National Paris, 2-4 juin 1989.

47. MISÈS R. *Les psychothérapies chez l'enfant et l'adolescent : quelques remarques*. Société médico-psychologique. 2000,158, n° : 6, p. 504-509.
48. ORS d'Île-de-France. *La santé des jeunes en Île-de-France. Septembre 2001*.
49. ORS de l'Île-de-France. Analyse régionale du Baromètre CFES Santé Jeunes 97/98. *Conduites à risque chez les jeunes de 12 à 19 ans en Île-de-France*. Mars 2000.
50. PERUCCA B. *L'absentéisme n'est pas celui qu'on croit*. Le monde de l'éducation, n° 312, mars 2003.
51. PLAN DE SANTE MENTALE « *L'utilisateur au centre d'un dispositif* ». novembre 2001
52. PROMOTION DE LA SANTÉ EN FAVEUR DES ÉLÈVES. Bilan départemental de l'inspection académique de Seine-et-Marne. 2000-2001.
53. PURPER-OUAKIL D., MOUREN-SIMEONI M-C., *Troubles dépressifs : une prévalence élevée chez le jeune*. La revue du praticien-Médecine générale. Tome 14. n° 519. 11 décembre 2000.pp.2257-2260
54. RAYNAUD J.P., *Dépression de l'adolescent : mise au point*. Le quotidien du médecin. n° 6375. cahier 2.9 novembre 1998
55. RAYNAUD J.P., *Dépression de l'adolescent : situations pratiques*. Le quotidien du médecin. n° 6376. cahier 2.9 novembre 1998
56. Revue de la Fédération hospitalière de France : *Santé Mentale*. N ° 490. janvier-février 2003.
57. RIBES B., POMMEREAU X. Adolescents au présent 1997, Vies d'adolescents : quels sens à la vie ? Fondation de France, École des Parents et des Éducateurs d'Île-de-France, n° : 1312, juillet 1998.
58. SCHWEITZER M-G. PUIG-VERGES N.. *Discernement et passage à l'acte à l'adolescence. Évaluation et prise en charge des auteurs de transgression*. Annales Médico-psychologique. 2001, 159, pp. 726-730.
59. SEGADE J.P./ préf., DELANOE-VIEUX C., GILOUX N., FILIOD J.P. *Adolescence, âge des déviations ?* Congrès, cycle de rencontres « tumulte et silences de la psychiatrie ».Bron : Édition la ferme du Vinatier, 2001.
60. TORDMAN S., BOTBOL M., SEBBHA M-J., BRENGRAD D., FERRARI P.*Les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel : les effets dans le processus thérapeutique du soin à temps partiel associé au maintien de la scolarité*. Psychiatrie de l'enfant, XLII, 1, 1999, pp.245-267.
61. TRUONG N Propos de M. RUFO « *Il y a abus de psy* ». Dossier : L'école sur le divan ; Le monde de l'éducation. n° 312, mars 2003, pp. 26.
62. TRUSZ A., SOUTEYRAND Y., SALMI R., *Adolescence et risque*. Syros, 1993

63. VERA L. *Phobie scolaire : attention danger*. La revue du praticien-Médecine générale. 17 décembre 2001 Tome 15 n° 545 pp 1473-1476.
64. VINOGRAD M.A., *Aménagement et dispositif d'accueil et de consultation des adolescents*. Annales Médico-psychologiques, 2001, 159, pp.704-707.

TEXTES DE REFERENCE

65. Ordonnance 59-45 du 6 janvier 1959 : la prolongation de l'obligation scolaire à 16 ans
66. Circulaire n °443e du 16 mars 1972 : création des inter secteurs de psychiatrie infanto-juvénile
67. Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 : loi d'orientation en faveur des handicapés
68. Loi n° 89-486 du 10 juillet 1989 : loi d'orientation sur l'éducation
69. Décret n° 91-173» du 18 février 1990 : les dispositions relatives aux droits et obligations des élèves dans les EPLE du second degré
70. Circulaire n °du 14 mars 1990 : mise en place de structures ambulatoires et à temps partiel
71. Décret n° 91-1195 du 27 novembre 1991 : dispositions statutaires applicables au corps des médecins de l'éducation nationale
72. Circulaire n° 91-302 du 18 novembre 1991 : intégration scolaire des enfants et adolescents handicapés
73. circulaire n° 70 du 11 décembre 1992 : orientation de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents
74. Circulaire n° 93-248 du 22 juillet 1993 : accueil des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période dans les établissements d'enseignement public et privé sous contrat des premier et second degré
75. Circulaire n° 98-194 du 2 octobre 1998 : les dispositions en matière de lutte contre la violence en milieu scolaire et renforcement des partenariats
76. Circulaire n° 99-175 du 2 novembre 1999 : « repères » pour la prévention des conduites à risques dans les établissements scolaires
77. Circulaire n° 2001-013 du 12 janvier 2001 : missions des médecins de l'éducation nationale
78. Circulaire n° 2001-012 du 12 janvier 2001 : orientations générales pour la politique de santé en faveur des élèves
79. Circulaire n° DGS/SD6/2001/504 du 22 octobre 2001 : élaboration des schéma régionaux d'éducation à la santé

80. Circulaire n° DGS/DGAS/DHOS/DPJJ/2002/282 du 3 mai 2002 : prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et des adolescents en difficulté.

LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1 : Carte de la Seine-et-Marne – **non publiée**
- Annexe 2 : Composition structurelle du C.E.S.A. – **non publiée**
- Annexe 3 : Comités de gestion et médical – **non publiée**
- Annexe 4 : Tableau récapitulatif du fonctionnement du C.E.S.A – **non publiée**
- Annexe 5 : grille du médecin de l'EN
- Annexe 6 : Grille d'entretien du psy,
- Annexe 7 : Grille d'entretien d'un enseignant
- Annexe 8 : Fiche d'inscription au C.E.S.A - **non publiée**
- Annexe 9 : Tableau des troubles du comportement
- Annexe 10 : Tableau des dysfonctionnements familiaux
- Annexe 11 : Tableau des motifs de consultation évoqués par la famille
- Annexe 12 : Tableau des diagnostics établis par le C.E.S.A
- Annexe 13 : Fiche de suivi du C.E.S.A. - **non publiée**

ANNEXE 5

GRILLE D'ENTRETIEN DU Médecin de l'EN

Entretien semi-directif

Je m'appelle Sylvie Morandi et je suis médecin stagiaire de l'éducation nationale à l'École Nationale de Santé Publique.

Afin de valider cette année de stage, j'ai un mémoire à rédiger et à soutenir. Son thème est la remédiation, c'est à dire la réintégration, la prise en charge d'adolescents en difficultés scolaires à la suite d'une évaluation par le CESA qui est un Centre d'évaluation et de Soins pour Adolescents.

Dans le cadre de ce travail, j'ai souhaité vous rencontrer. Votre connaissance du sujet et votre fonction vont apporter un éclairage tout à fait intéressant pour ce travail.

Vous ne voyez pas d'inconvénient que j'enregistre ?

L'enregistrement, ainsi que son analyse resteront anonymes.

Consigne initiale

Pouvez-vous me raconter comment se passe l'intégration ou la prise en charge de l'adolescent en difficulté scolaire et/ou rupture scolaire ?

Freins-Facteurs favorisants

Propositions-Amélioration possibles

Repérage des ado en difficultés

Par qui ?

Dans quelles conditions ?

Quels signes : troubles du comportement, troubles d'apprentissages ?

Qui est contacté (famille, MEN, COP, AS, IDE...) ?

Vers qui sont-ils adressés (CMP, CESA, autres structures...) ?

Avait-il auparavant un suivi ? Si, oui le quel ? Début ? Fin ?

Quel type aménagement est-il proposé (PIIS, PAI autres...) ?

En partenariat (avec qui) ?-

Équipe pédagogique, structures de soins, autres structures : ASE,

Y a t-il eu des équipes éducatives ?

Au long cours, quelle évolution ?

Difficultés, freins :

Temps passé dans l'établissement /remédiation/autres missions

Outils utilisés pour cette remédiation

Partenaires (manque de connaissances...)

Manque de connaissance du MEN sur la psychiatrie et sur les systèmes d'intégration.

Facteurs favorisant

Pourquoi cette est-elle réussie ou non ?

Amélioration possibles

REPRESENTATION DU RÔLE DU MEN PAR L'EQUIPE EDUCATIVE

Le MEN se fait-il connaître dans l'établissement ? et comment ?

Jours de présence dans l'établissement ?

Sont-ils affichés ?

Plaquette avec ses jours de présence

Nom du MEN dans le carnet de correspondance de l'élève

Présent à la réunion de rentrée ?

Présent au CA, au CESC, au CHS ?

Fait-il parti des commissions d'élèves en difficultés avec l'assistante sociale, de l'infirmière, de la vie scolaire et de l'administration ?

DIFFERENCES SUR LE TERRAIN LIEES A LA FORMATION INITIALE DES MEN ?

Quelle est la formation du MEN ? Formation Longue- formation courte-à Rennes, à Nancy, à Bordeaux- vacataire- ou autres (DESS, DEA)

Dans l'intégration

Dans l'utilisation du système

Dans les connaissances

DIFFERENTES PRISES EN CHARGE APRES EVALUATION PAR LE CESA

Outil utilisé par le MEN pour cette remédiation

Un outil existant ou crée

Ses difficultés

LE MEDECIN DE L'EN: MEDECIN CLINICIEN ET/OU MEDECIN DE SANTE PUBLIQUE

Temps dans son emploi du temps consacré au examen individuel et au projet de santé publique

Temps consacré à l'intégration -réunion dans l'établissement, rendez-vous individuel, réunion avec les différents partenaires.

Volonté personnelle et/ou orientation départementale ?

Si le MEN ne sent pas médecin de santé publique, est ce par manque de formation ?

Représentation du rôle du MEN

Les partenaires et le médecin de l'EN

Lister les partenaires existants et ceux avec lesquels le MEN travaille

Le nombre de commissions, de réunions avec les partenaires extérieurs

Le temps pris dans ces réunions.

Le temps qu'il devrait accorder à ce type d'activité

Connaissance des structures de prise en charge thérapeutique

ANNEXE 6

GRILLE D'ENTRETIEN DU PSYCHIATRE DU CESA

Entretien semi-directif

Je m'appelle Sylvie Morandi et je suis médecin stagiaire de l'éducation nationale à l'Ecole Nationale de Santé Publique.

Afin de valider cette année de stage, j'ai un mémoire à rédiger et à soutenir. Son thème est la remédiation, c'est à dire la réintégration, la prise en charge d'adolescents en difficultés scolaire à la suite d'une évaluation par le CESA.

Dans le cadre de ce travail, j'ai souhaité vous rencontrer. Votre connaissance du sujet et votre fonction vont apporter un éclairage tout à fait intéressant sur ce sujet.

Vous ne voyez pas d'inconvénient que j'enregistre ?

L'enregistrement, ainsi que son analyse resteront anonymes.

Freins-Facteurs favorisants

Propositions-Amélioration possibles

REPERAGE DES ADO EN DIFFICULTES

Par qui ?

Dans quelles conditions ?

Quels signes : troubles du comportement, troubles d'apprentissages ?

Qui vous a adressé le jeune ?

Quel type aménagement est-il proposé (PIIS, PAI, autres...) ?

En partenariat (avec qui) ?-

Équipe pédagogique, structures de soins, autres structures : ASE,

Y a t-il eu des équipes éducatives ?

Quels ont été vos liens avec l'Éducation Nationale (professeurs, chef d'établissement, MEN, IDE,AS, autres....) et leurs **fréquences** ?

Implication du CESA dans ces intégrations et dans quelles **conditions** (Équipe éducative, contact téléphonique...) et les **suites** données ou à donner.

Freins-difficultés

Facteurs favorisants

Propositions-Amélioration possibles

REPRESENTATION DU RÔLE DU MEN PAR LE PSYCHIATRE DU CESA

Lien avec les MEN

Réunions, contacts téléphoniques.

Le temps consacré à ce lien

Connaissances des permanences du MEN.

Connaissance de la prise en charge faite par le MEN au sein de l'établissement

MANQUE DE STRUCTURE

Cartographie du secteur ou plus exactement la liste des structures du bassin concerné.

Nombre de place/population.

Demande de la population et des MEN.

Délai d'attente.

Liste d'attente

Les types de prise en charge par le CESA

LIENS AVEC LES AUTRES PARTENAIRES QUE LE MEN

Liste des autres partenaires du secteur.

Liste de ceux avec lesquels travaille le CESA.

ANNEXE 7

GRILLE D'ENTRETIEN D'UN PROFESSEUR DE L'ETABLISSEMENT

Entretien semi-directif

Je m'appelle Sylvie Morandi et je suis médecin stagiaire de l'éducation national à l'École Nationale de Santé Publique.

A. fin de valider cette année de stage, j'ai un mémoire à rédiger et à soutenir. Son thème est la remédiation d'adolescents en difficultés scolaire à la suite d'une évaluation par le CESA qui est un Centre d'évaluation et de Soins pour Adolescents.

Dans le cadre de ce travail, j'ai souhaité vous rencontrer. Votre connaissance du sujet et votre fonction vont apporter un éclairage tout à fait intéressant sur ce sujet.

L'enregistrement, ainsi que son analyse resteront anonymes.

Consigne initiale

Pouvez-vous me raconter comment se passe la prise en charge dans le milieu scolaire de l'adolescent en difficulté scolaire et/ou en rupture scolaire

Freins-Facteurs favorisants

Propositions-Amélioration possibles

Repérage de l'élève

Sur quels critères ? Par qui ?

Prise de contact :

Avec qui ? (famille, MEN, AS, IDE..).

Quel conseil donnez-vous aux parents ?

Que leurs dites-vous ?

Prise en charge particulière pédagogique, seule ou en lien avec d'autres personnes É.N et hors É.N (dans un premier ou un second temps ?)

Équipes éducatives ou non

Projet individualisé ou non, si oui de quel type ?

Autres prises en charge dans l'établissement ?

Suivi dans le temps et de quelle manière ?

Existe t-il une différence de prise en charge entre les «élèves passé par le CESA et les autres ?

Freins-Difficultés

Facteurs favorisants

Propositions-Amélioration possibles

REPRESENTATION DU RÔLE DU MEN PAR LE PROFESSEUR DE L'ETABLISSEMENT

Lien avec les MEN

Réunions, contacts téléphoniques.

Le temps consacré à ce lien

Connaissances des permanences du MEN.

Connaissance de la prise en charge faite par le MEN au sein de l'établissement
CESC, CA

Présence à la cantine

Réunion pour élève en difficultés

Travail en équipe avec le MEN

REPRESENTATION DE LA PSYCHIATRIE PAR LE PROFESSEUR

Difficulté d'accès au service de psychiatrie

..

ANNEXE 9

<i>Troubles du comportement évoqués par la famille</i>	<i>Filles</i>	<i>Garçons</i>	<i>Total</i>
Non renseigné	1	2	3
Agitation	0	1	1
Agressivité	0	2	2
Automutilation, agitation	0	1	1
Comportement à risque	1	1	2
« Crise »	0	1	1
Crise de nerf, insolence	1	0	1
Dépression, pulsions suicidaires	0	1	1
Evitement	0	1	1
Fugues, mise en danger	1	0	1
Hallucinations, ne veut plus voir son père	1	0	1
Impulsivité	0	1	1
insolence	0	2	2
Insolence, fugue	2	0	2
Insolence, violence	0	1	1
Troubles du comportement non spécifiés	1	5	6
Perturbateur	0	1	1
Conduites antisociales	1	0	1
Provocation, hyperactivité	0	1	1
Repli, scarification	0	1	1
Retrait	2	3	5
Symptôme psychosomatique	1	0	1
Violence	0	7	7
Violence, vol	1	1	2
Vol, forte opposition au père	1	0	1
Non	7	7	14

Tableau des troubles du comportement selon le sexe.

ANNEXE 10

<i>Existence d'un dysfonctionnement familial</i>	<i>nombre</i>
Non renseigné	3
Absence de communication dans le couple	2
Absence de cadre, mère dépressive	1
Adoptée	1
Alcoolisme des parents, mère dépressive	1
Discontinuité des processus de soins	1
Dysfonctionnement parental	2
Famille d'accueil, famille peu structurante	1
Famille immigrée ou transplantée	1
Grand-parent maternel décédé, mère dépressive	1
Grand-parent paternel, maternel pm décédé TS	1
Hospitalisation du père	1
Inadaptée, antécédent de troubles psychiques dans la famille	1
Lié à la séparation	3
Mauvaise adaptation éducative	1
Mère dépressive	1
Mère en souffrance, père déprimé	1
Mère présentant une pathologie psy,	2
Négligences dans l'éducation	1
Non	6
inadaptée	2
jumeau	1
oui	3
Absence de relation avec le père	1
Père absent	1
Père alcoolique	2
Père décédé	1
Père dépressif, antécédent de dépression chez la mère	1
Père en arrêt de travail	1
Père hémiplegique	1
Père présentant une pathologie psychiatrie	1
Surprotection parentale	2
<i>Existence d'un dysfonctionnement familial</i>	<i>nombre</i>

Surveillance inadaptée	
Troublions de relations mortifères et incestueuses	1
TS de la sœur, mère ayant un suivi psy	1
Violence dans le couple, mère déprimée	1
Violence des frères envers le père	1
Pression parentale	2
Relation fusionnelle mère-fils	1
Situation familiale conflictuelle	1
Polygamie, carence éducative	1

Tableau répertoriant l'existence d'un dysfonctionnement familial

ANNEXE 11

<i>Motifs de consultation</i>	<i>nombre</i>
Absentéisme scolaire répété	11
Absentéisme scolaire répété, conduite à risque	1
Absentéisme scolaire répété, crise d'agitation	1
Absentéisme scolaire répété, opposition	1
Absentéisme scolaire répété, perturbateur	1
Absentéisme scolaire répété, syndrome dépressif	1
Absentéisme scolaire répété, vol	1
Auto-mutilation, obsession	1
Comportement intolérant-opposant	1
déscolarisation	4
Déscolarisation, mutisme	1
Déscolarisation, syndrome dépressif	1
Déscolarisation, tentative de suicide	1
Difficultés scolaires	8
Difficultés scolaires, abus de toxiques	1
Difficultés scolaires, angoisse	1
Difficultés scolaires, autres retards d'acquisition	1
Difficultés scolaires, comportement intolérant-opposant	1
Difficultés scolaires, problème de concentration	1
Difficultés scolaires, évitement	1
Difficultés scolaires, introverti	1
Difficultés scolaires, repli	1
Difficultés scolaires, tentative de suicide	1
Difficultés scolaires, syndrome dépressif	1
Fugue	1
Gilles de la Tourette	1
Phobie scolaire	2
Phobie, manifestations somatiques	1
Retrait, isolement	1
Surdoué en difficulté, symptôme manique	1
Syndrome dépressif	3
Tentative de suicide	3

Tentative de suicide, absentéisme scolaire répété	1
<i>Motifs de consultation</i>	<i>nombre</i>
Tentative de suicide, difficultés scolaires	1
Troubles du cours de la pensée	1

Tableau des motifs de consultation évoqués par la famille

ANNEXE 12

<i>Diagnostic établi par le C.E.S.A.</i>	<i>Nombre de cas</i>
Pathologies limites avec dominance des troubles de la personnalité	10
Pathologies limites à dominante comportementale	10
Dysharmonies évolutives	6
Dysharmonies psychotiques	5
Troubles cognitifs et des acquisitions scolaires	3
Non renseigné	3
Aspects prodromiques de la schizophrénie à l'adolescence	3
Schizophrénie avérée de l'adolescent	3
Phobies scolaires	2
Pathologies limites à dominante schizotypique	2
Troubles spécifiques des acquisition scolaires	1
Troubles névrotiques à dominante hystérique	1
Troubles liés à l'usage du cannabis	1
Trouble psychotique aigu polymorphe sans symptôme schizophrénique	1
Syndrome de stress post-traumatique	1
Psychoses dysthymiques de l'enfant	1
Psychoses dysharmoniques de l'adolescent	1
Psychose précoce déficitaire	1
Manifestations réactionnelles	1
Gilles de la Tourette	1
Difficultés scolaires	1
Dépression	1
Déficience dysharmonique	1
Autres troubles caractérisés des conduites	1

Tableau des diagnostics établis par le C.E.S.A.