



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Directeur d'établissement social
et médico-social public
Promotion 2005**

**LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS SOUFFRANT
DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES DANS LES
ÉTABLISSEMENTS DE L'AIDE SOCIALE
À L'ENFANCE**

**ENJEUX ET PERSPECTIVES À TRAVERS
LE CAS DU FOYER FRANÇOIS CONSTANT**

David PALA

Remerciements

Je tiens à exprimer ma reconnaissance à mon maître de stage, Mme Lydie BALAS, Directrice du foyer François Constant à Libourne, pour ses suggestions, l'aide apportée au choix du thème de ce mémoire.

Je souhaite également remercier M. LHUILLIER, mon directeur de mémoire, pour ses conseils dans la construction du corps de cette étude.

Je tiens aussi à exprimer ma reconnaissance aux personnes rencontrées au sein du Conseil Général de Gironde et de Centres hospitaliers spécialisés.

Je remercie chaleureusement les Directeurs de Maisons d'Enfants à Caractère Social qui m'ont aimablement accordé leur temps et leur expérience.

Je souhaite remercier également toutes les personnes qui m'ont aimablement fourni de nombreux renseignements en Gironde

Je souhaite exprimer ma gratitude à ceux et celles, qui par leurs avis, leurs soutiens, ont enrichi ce travail et contribué à mener à son terme cette expérience :

- M. le Docteur René-Pierre BUIGUES, médecin inspecteur de santé publique à la DDASS de l'Aude, pour son analyse pertinente et ses conseils éclairés,
- Mme Nadège BARTKOWIAK, Directrice de la Maison de retraite de Patay, pour son soutien bienveillant,
- M. Ludovic BERGERAS, pour sa disponibilité,
- M. Marc KUGELSTADT, élève Directeur d'établissement social et médico-social à l'ENSP *promotion 2004 2005*, pour son aide avisée.

A Elisabeth, mon lecteur le plus attentionné, pour ses conseils et le soutien apportés tout au long de cette expérience.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES DES ADOLESCENTS : L'EXPRESSION D'UNE SOUFFRANCE INSTITUTIONNALISEE	7
1.1 L'ADOLESCENCE : LA DIFFICULTE D'« ETRE ».....	7
1.1.1 <i>Une entrée en adolescence complexe</i>	7
A) Un âge de la vie entre incertitudes et troubles	7
B) L'adolescence : le reflet de la société	10
1.1.2 <i>Une appréciation complexe des troubles psychiatriques infanto-juvénile</i>	14
A) Les explications sémantiques des troubles psychiatriques	14
B) Les manifestations des troubles psychiatriques à l'adolescence.....	17
1.2 ADOLESCENTS DIFFICILES : A LA RECHERCHE DES « CASES INTROUVABLES ».....	25
1.2.1 <i>Les troubles psychiatriques : un réel problème de santé publique</i>	26
1.2.2 <i>Le placement en MECS : un cadre inadapté ?</i>	28
A) L'institution sociale, une contenance thérapeutique ?	28
B) Les « incasables », symptôme des difficultés de la prise en charge des adolescents.....	32
1.3 CONCLUSION PARTIELLE.....	33
2 LES DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES : UN LONG CHEMINEMENT ENTRE CONCURRENCE ET COOPERATION	35
2.1 LA RENOVATION DES CHAMPS D'ACTION MIROIR DES MUTATIONS SOCIALES.....	35
2.1.1 <i>La rénovation du secteur de l'Enfance en danger ?</i>	35
A) Des difficultés contemporaines dans des schémas organisationnels anciens.	35
B) La place de l'évaluation des situations d'adolescents souffrant de troubles psychiatriques dans la perspective d'une prise en charge globale.	42
2.1.2 <i>La recomposition du secteur psychiatrique</i>	45
A) Une politique publique de l'effacement de la psychiatrie institutionnelle.....	45
B) Une représentation sclérosée de la maladie mentale.....	51
2.1.3 <i>Les « relations inadaptées » entre la psychiatrie et l'ASE : une politique de prise en charge incohérente</i>	52
2.2 UNE COLLABORATION INCERTAINE DANS LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS DIFFICILES.....	56
2.2.1 <i>Des pratiques professionnelles éprouvées par des logiques d'acteurs</i>	57
A) Des logiques de positionnement différencié.....	57
B) L'accompagnement des phénomènes d'usure professionnelle	58
C) Les risques de la « tentation asilaire »	59
2.2.2 <i>Des logiques institutionnelles à l'origine d'une faible collaboration</i>	61
A) Une coopération parcellisée pour un problème global.....	61
B) Les obstacles à une approche concertée.....	63
2.3 CONCLUSION PARTIELLE.....	65

3	LES PRECONISATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE DU TROUBLE PSYCHIATRIQUE	
	DANS UNE MECS	67
3.1	FAVORISER UNE ACTION LOCALE A TRAVERS UNE PENSEE GLOBALE.....	67
3.1.1	<i>Individualiser la prise en charge dans le cadre d'un modèle collectif de référence</i>	<i>67</i>
A)	« Des droits » renforcés pour une individualisation de la prise en charge	68
B)	La mise en place des modalités de l'individualisation au foyer François Constant	71
3.1.2	<i>S'appuyer sur les potentialités et la dynamique internes</i>	<i>74</i>
A)	Les points forts.....	74
B)	Les obstacles rencontrés.....	78
3.2	FAVORISER LA RENCONTRE ENTRE LES SECTEURS ET LES PUBLICS.....	79
3.2.1	<i>Les conditions d'une prise en charge globale.....</i>	<i>80</i>
A)	Des axes de partenariat internes	80
B)	Les axes de développement externes	82
3.2.2	<i>Les préconisations pour une prise en charge globale.....</i>	<i>84</i>
	CONCLUSION	89
	BIBLIOGRAPHIE.....	91
	LISTE DES ANNEXES	I

Liste des sigles utilisés

AED : Assistance Educative à Domicile
AEMO : Assistance Educative en Milieu Ouvert
ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CCPE : Commission de Circonscription Préscolaire et Elémentaire
CCSD : Commission de Circonscription de Second Degré
CDEF : Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille
CDES : Commission Départementale de l'Education Spécialisée
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CMP : Centre Médico-Psychologique
CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CMS : Centre Médico-Social
CSE : Cadre Socio-Educatif
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDPJJ : Direction Départementale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse
DEF : Direction Enfance et Famille du Conseil Général de la Gironde (service ASE)
DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale (Ministère de la santé et de la protection sociale)
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (Ministère de la santé et de la protection sociale)
DPJJ : Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Ministère de la santé et de la protection sociale)
ETP : Equivalent Temps Plein
HAD : Hospitalisation à Domicile
HCSP : Haut Comité en Santé Publique
HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers
HJPL : Habitat Jeune en Pays Libournais

HL : Hospitalisation Libre
HO : Hospitalisation d'Office
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IGSJ : Inspection Générale des Services Judiciaires
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IR : Institut de Rééducation
ITEP : Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique
JAE : Jugement d'Assistance Educative
JAF : Juge aux Affaires Familiales
MECS : Maison d'Enfant à Caractère Social
OPP : Ordonnance de Placement Provisoire
PMI : Protection Maternelle Infantile
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
VAD : Visite à Domicile

INTRODUCTION

L'évolution du paysage social actuel, notamment les transformations qui affectent l'enfance¹, l'institution familiale, la perte de repères régulateurs de l'organisation collective, génèrent chez les jeunes accueillis en structure collective, des comportements, attitudes et symptômes déroutants. Ces derniers rendent les professionnels perplexes, et mettent en jeu l'efficacité des pratiques professionnelles et la cohérence des dispositifs (inter-) institutionnels. Ainsi, les observateurs, décideurs ou professionnels de l'ASE s'inquiètent de la montée en nombre de jeunes présentant des troubles psychiatriques. Parmi les populations accueillies dans le cadre de la protection de l'enfance, il apparaît que les adolescents du fait de l'intense transformation psychique et physique dont ils sont l'objet sont plus sujets à des souffrances, à des inhibitions, des angoisses, un ensemble de difficultés qui peuvent être à l'origine de l'apparition de troubles psychiatriques.

L'adolescence occupe dans nos sociétés postmodernes une place centrale en tant que période de transition et de transformation entre l'enfance et l'âge adulte. Cet âge de la vie, source d'instabilité, de recherche, de conflit, de rejet, d'opposition et d'incompréhension, met en exergue une certaine fragilité psychologique. Ainsi, la santé physique et mentale des adolescents est aujourd'hui une préoccupation majeure de santé publique. La littérature sur le sujet des troubles psychiques des adolescents, relativement abondante, qu'elle soit adressée au grand public ou plus officielle, témoigne de l'attention croissante portée par les pouvoirs publics et les différents professionnels intervenant dans le cadre de la prise en charge de cet âge de la vie.

Ainsi, divers rapports, notamment celui du Haut Comité en Santé Publique relatif à la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes publié en 2000, celui de J.L. LORRAIN relatif à l'adolescence en crise, présenté le 3 avril 2003 au Sénat, soulignent l'importance de ce problème de santé publique, exposent les forces et les contraintes des dispositifs d'accompagnement, et proposent des actions à entreprendre pour améliorer le cadre d'intervention.

¹ *Le Débat, L'enfant problème*. Paris, éditions Gallimard, novembre – décembre 2004, 224 p.

Un rapport d'enquête de l'IGAS réalisé en 2004 a mis en évidence l'acuité de la problématique psychiatrique dont souffrent les adolescents, et les difficultés de prise en charge de ces troubles. Certes, cette problématique ne concerne qu'une partie marginale de l'ensemble des adolescents, mais elle touche en priorité les adolescents les plus vulnérables, et notamment ceux relevant du dispositif de l'ASE. En effet cette question de la prise en charge des adolescents identifiés en grande souffrance psychique ou souffrant de troubles psychiatriques accueillis en MECS se pose de manière plus aiguë aux professionnels de l'enfance en danger. Ces jeunes laissent ces institutions démunies face à des comportements ou des passages à l'acte violents et nécessitent des accompagnements extrêmement complexes qui déstabilisent les équipes. Les établissements habilités dans leurs missions à traiter les difficultés sociales et/ou familiales de ces jeunes, restent partiellement démunis quand il s'agit de prendre en charge les troubles psychiatriques.

Aussi, force est de constater que le parcours de ces adolescents stigmatisés, est jalonné d'échecs. Ils se trouvent fréquemment ballottés d'institutions en institutions, d'un mode de placement alternatif à un autre, circulant, sans cohérence, entre les différents dispositifs, social, sanitaire, médico-social et judiciaire, mettant à mal les pratiques professionnelles. Si les MECS disposent d'un bon outillage pour mettre en œuvre une politique de soutien éducatif, leur organisation rend difficile la prise en charge du trouble psychiatrique en dehors d'une politique partenariale fondée sur une approche concertée de ce problème de santé publique.

Cette problématique des adolescents souffrant de troubles psychiatriques interroge, par conséquent, différents champs institutionnels comme le stipule les différents rapports précités. La circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n°2002/282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge des troubles psychiques des adolescents en grande difficulté², ainsi que le rapport IGAS de février 2004 relative à la prise en charge des adolescents souffrant de troubles psychiatriques³, insistent sur la nécessité d'une approche pluridisciplinaire et partenariale de cette question et sur la complémentarité des actions conduites par les différents professionnels intervenants auprès des adolescents.

² DIRECTION GENERALE DE LA SANTE, 2002. – Circulaire conjointe DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n°2002/282 du 3 mai 2002 relative à *la prise en charge concertée des troubles psychiatriques des enfants et des adolescents en grande difficulté*.

³ JOURDAIN-MENNINGER Danièle, STROHL-MAFFESOLI Hélène. *Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et des jeunes adultes souffrant des troubles psychiatriques*. Paris, Inspection générale de l'Action Sociale, rapport n° 2004-.027, février 2004. 125 p. Disponible sur Internet : www.social.gouv.fr

Ce problème renvoie à l'organisation intra-sectorielle de la prise en charge de ces adolescents relevant de plusieurs champs d'action séparés par des dispositifs juridiques, des financements, une organisation administrative et des autorités de tutelle distinctes : chacun des champs, social, médico-social, judiciaire et psychiatrique obéissant à des logiques spécifiques.

Cette organisation en « tuyau d'orgue » où chaque secteur intervient sur une partie bien déterminée de la prise en charge, volet éducatif, insertion ou soins par exemple, concourt à une mauvaise lisibilité de l'action de chacun des partenaires et à un cloisonnement des dispositifs. Les auteurs du rapport IGAS de février 2004 précité rappelle que seule une prise en charge globale permet d'appréhender les politiques complexes de la prise en charge des troubles psychiatriques des adolescents. Ce qui suppose que les différents intervenants s'accordent pour mettre en place une approche concertée de l'accompagnement.

Les mutations internes de chaque secteur perturbent également la prise en charge de ces adolescents souffrant de troubles psychiatriques.

D'une part, le secteur psychiatrique infanto juvénile ne répond qu'imparfaitement à une demande croissante de prise en charge de la santé mentale de ces jeunes. Il existe peu d'unités d'hospitalisation spécialisées dans le soin de crise pour les adolescents. En outre, la politique publique de santé mentale mise en œuvre depuis plusieurs années est axée sur une réduction de l'offre hospitalière, la fermeture des lits dans les services des secteurs psychiatriques. Le rapport des Docteurs Eric PIEL et Jean-Luc ROELANDT⁴ sur l'avenir de la santé mentale expose clairement la volonté publique de transformer le dispositif de prise en charge de la psychiatrie publique.

D'autre part, le secteur de l'ASE est soumis également à des forces d'évolution tant structurelles que conjoncturelles, impulsées par la rénovation de l'action sociale ainsi que par celle de toute la politique de santé publique⁵.

Ces évolutions s'observent aussi à travers l'essoufflement des modes traditionnels de fonctionnement institutionnel ou le glissement dans la répartition des missions et des compétences entre les foyers de l'enfance et les MECS.

⁴ PIEL Eric et ROELANDT Jean-Luc. *De la psychiatrie vers la santé mentale*. Rapport de mission, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, ministère délégué à la Santé, juillet 2001. 86 p.

⁵ Les lois n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Disponible sur Internet : www.legifrance.gouv.fr

Enfin, le secteur médico-social, à travers la mise en place de la deuxième étape de la décentralisation, traverse également une période d'interrogation et de redéfinition du contenu de son action et des principes de son organisation.

C'est autour de l'ensemble de ces questions, évolution des profils des adolescents accueillis en MECS, mutation des politiques sociale, sanitaire et médico-sociale, obstacles organisationnels, cloisonnements institutionnels, barrières juridiques, réticences des professionnels, capacité de travail en commun et nécessité de créer des réseaux, que s'adossera notre étude, laquelle s'appuiera sur un contexte de stage réalisé dans une MECS. En effet, la réflexion développée dans ce travail reposera sur un positionnement en tant que directeur-stagiaire au sein du Foyer François Constant, une MECS accueillant des jeunes âgés de 6 à 21 ans.

Les MECS reçoivent la mission d'accompagner et soutenir ces jeunes à travers un projet individualisé qui leur permettent d'être soutenus dans les processus de socialisation et d'insertion scolaire et professionnel. L'expression des troubles psychiatriques dont souffrent les adolescents accueillis met en échec la réalisation de leur projet individualisé. Le corollaire de ces attitudes violentes, de ces mises en danger d'eux-mêmes, d'autrui, du personnel et des jeunes accueillis, peut être le rejet institutionnel et une rupture de placement. Ces institutions disposent des outils, d'un personnel qualifié, de la possibilité de développer des politiques partenariales. En outre, tout un cadre juridique, tant dans le secteur sanitaire que social et médico-social organise la coordination des actions et interventions sanitaires, sociales et médico-sociales ainsi que les modalités d'échanges, de rencontres et de coopérations inter et intra sectorielles.

Les institutions, de plus en plus appelées à travailler en réseaux les unes avec les autres, doivent pouvoir être évolutives et souples pour inventer des réponses adaptées aux souffrances toujours différentes selon les individus, leur histoire et leur milieu de vie. Les professionnels sont parfois contraints d'étendre leur champ d'activité ou de collaborer avec d'autres partenaires pour dénouer des situations complexes.

Nos structures sont parfois très inadaptées aux crises des adolescents. Les intervenants auprès des adolescents sont multiples, leurs actions doivent tenir compte de la spécificité de chaque individu et de leur environnement, dans des actions ponctuelles au moment des crises, mais également en prévention et en suivi. Cela suppose une bonne information, une formation de tous ces intervenants et leur articulation pour réussir cet accompagnement.

Dans ce cadre, le directeur d'une maison d'enfant à caractère social doit définir et conduire son intervention sociale en s'appuyant sur une analyse de son environnement, et ce, en repérant les constituants pertinents de ce dernier, en identifiant les institutions et acteurs en matière de tutelle, financement, contrôle, en analysant les besoins émergents et leurs réponses, enfin en recherchant et en favorisant alliances, complémentarités et synergies avec les acteurs de la prise en charge des adolescents.

Dès lors, pourquoi un établissement social relevant du dispositif ASE, et plus particulièrement une MECS, ressent-il une gêne pour effectuer une prise en charge de l'adolescent, notamment dans sa partie trouble du comportement et/ou de la personnalité ?

Ce faisant, l'analyse des difficultés rencontrées pour assurer une telle prise en charge, nous amène à réfléchir sur les facteurs qui empêcheraient, génèreraient des obstacles à la mise en place d'un accompagnement adapté.

D'une part, il existe des populations et des missions propres à chaque secteur, mais les pratiques de prise en charge attestent d'un glissement de ses missions.

D'autre part, il existe au sein de chaque secteur (social, sanitaire et médico-social) des mécanismes identitaires (rôle des professionnels, place dans l'institution) qui pénalisent cette prise en charge. Ce constat peut aussi bien s'appliquer entre corps professionnels du domaine social, qu'entre corps professionnels des différents secteurs.

Enfin, les logiques de fonctionnement et les identités/cultures professionnelles marquées ne favorisent pas l'articulation des domaines social et sanitaire dans la prise en charge d'un adolescent (sociologie des organisations, importance de la communication).

En préambule, les considérations précédentes nous amènent à identifier cet âge particulier, ses risques et ses difficultés, notamment au travers de la dimension pathologique des troubles dont il est porteur (1^{ère} partie). Ensuite, les problèmes que leur prise en charge soulève, seront discutés et analysés dans le cadre de dispositifs éprouvés, morcelés, oscillant entre coopération et concurrence (2^{ème} partie). Enfin, après avoir dressé le constat et la problématique, nous aborderons la question du comment, c'est-à-dire la manière dont une MECS peut intégrer ces préoccupations dans ses prestations éducatives et sa politique générale (3^{ème} partie).

1 LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES DES ADOLESCENTS : L'EXPRESSION D'UNE SOUFFRANCE INSTITUTIONNALISEE

L'adolescence se présente comme une période d'instabilité, d'incertitude, créatrice de souffrance (1.1). Ce faisant, cette instabilité psychologique, propre à cet âge, peut se transformer en troubles psychiques plus ou moins graves. Ainsi, les adolescents « en difficulté » pris en charge par l'ASE, semblent souffrir de plus en plus de troubles psychiques, et bousculer les dispositifs classiques d'accompagnement (1.2).

1.1 L'adolescence : la difficulté d'« être »

L'adolescent en tant que personne ne peut que souffrir d'être confondu avec l'adolescence. Cependant, si l'adolescence caractérise, décrit un processus de transformation, ce mouvement met en jeu en premier lieu les principaux concernés. Nous utiliserons par conséquent pour des raisons de simplification dialectique l'une ou l'autre des notions dans les développements qui vont suivre, tout en respectant leur cohérence sémantique.

L'adolescence est en soi une période de transformation physiologique, psychologique, physique et intellectuelle qui peut s'appréhender dans une dimension bio-sociologique (1.1.1). Ce faisant, dans un contexte de mutations sociétales, cet âge de fragilité psychologique, déstabilisant plus fortement les adolescents les plus vulnérables, peut créer les conditions de l'apparition d'une souffrance dont la caractérisation en terme de troubles psychiatriques ne semble pas aller de soi (1.1.2).

1.1.1 Une entrée en adolescence complexe

A) Un âge de la vie entre incertitudes et troubles

L'adolescence est une notion autant ambiguë que floue qui non seulement se confond avec d'autres qui lui sont proches, puberté, jeunesse, etc., mais est également déterminée culturellement et socialement. En effet, la puberté n'est qu'une composante de l'adolescence. Elle est la partie biologique de l'adolescence.

A ce titre, un grand nombre de sociétés fait reposer le passage de l'enfance à l'adolescence sur des modifications physiologiques induites par la puberté¹ Quant au passage à la condition d'adulte les critères varient fortement : majorité, fin des études, départ du foyer familial, etc.

Il existe des définitions médicales, psychologiques, ethnologiques, juridiques, historiques, sociologiques de l'adolescence.

Ainsi, l'OMS propose de définir cette notion comme une période où une personne atteint la maturité sexuelle, où les processus psychiques cessent d'être ceux d'un enfant pour devenir ceux d'un adulte et caractérise cette période comme le passage de la dépendance socio-économique totale à celui d'indépendance relative. Cette instance internationale estime que le terme adolescent fait référence aux jeunes âgés de 10 à 19 ans. Cette tranche d'âge nous servira de valeur de référence puisque la population ciblée par notre étude se situe dans cet intervalle.

Adolescent, le mot est ancien. On le trouve chez Platon dans *le Banquet*². Le mot semble provenir d'une racine indo-européenne qui signifie « nourrir » Cette racine renvoie à trois familles sémantiques : celle d'*alere* qui signifie à la fois « nourrir, faire grandir ; celle de *altus* qui signifie «qui a fini de grandir ; celle enfin de *ol*, qui a donné *adolescere* « grandir », *adulescens* « en train de grandir », *adultus* « qui a fini de grandir.

Même si la notion est connue dès l'Antiquité et au Moyen-Âge, l'adolescence n'occupe qu'une place modeste dans l'histoire. Il est même classique d'affirmer qu'avant le 19^{ème} siècle, l'adolescence n'existe pas, les adultes niant cet âge, dans l'espoir tu, de garder la maîtrise de la Cité. Le passage de l'enfance à la condition d'adulte se fait directement moyennant quelques rites d'initiation codifiés et gérés par la collectivité.

¹ Se référant au Nouveau Petit Robert, la puberté est définie comme le passage de l'enfance à l'adolescence. Elle désigne l'ensemble des modifications physiologiques s'accompagnant de modifications psychiques, qui font de l'enfant un être apte à procréer (apparition des caractères secondaires sexuels).

² PLATON. *Le banquet*, présenté par VICAIRE PAUL et ROBIN Léon. Paris, coll. les universités de France, les belles lettres, 1992. 92 p.

Même si cette période de la vie semble avoir bénéficié d'une reconnaissance sociale dès l'Antiquité, à travers l'institution de rites d'initiations gérés collectivement « *conduisant le jeune sujet à affronter sans éclats mais d'une manière éclatante la douleur et la mort* »¹, le concept d'adolescence est daté. S'il semble naître à la Révolution et acquérir au 19^{ème} siècle ses fondements médicaux et psychologiques, ce concept coïncide avec l'avènement d'un modèle socio-éducatif produit par l'idéologie bourgeoise de la fin du 19^{ème} siècle, notamment avec la naissance de l'enseignement secondaire. Il s'agissait d'assurer le pouvoir des enfants de la bourgeoisie sur le savoir. La conséquence de cette politique est l'instauration d'un nouvel âge social : l'adolescence moderne.

Les limites de l'adolescence ont profondément varié du fait du développement économique et de l'accroissement du savoir, lesquels a caractérisé l'industrialisation des nations avec son corollaire de mutations et transformations des structures socio-économiques. Ainsi cet âge de la vie met-il en jeu une identité problématique ?

D'un point de vue psychologique, la formation de l'adolescence mettrait en jeu un processus d'oppositions, de contradictions, ferait naître une crise de relations aux autres, à soi. L'adolescent, étymologiquement est « l'être en train de grandir », fondamentalement l'être d'un présent en instance de changement, en transition. Afin de réaliser et comprendre sa nouvelle individualité permise par cette nouvelle enveloppe qui l'assaille, le Docteur Xavier POMMEREAU² souligne que « *l'adolescent doit prendre ses distances vis-à-vis de ceux qui l'ont conçu, intégrer ses nouvelles formes et en éprouver les effets des contenances. Pour cela, il doit se distinguer à travers toutes sortes d'attitudes et de conduites qui ne sont pas toujours bien comprises par les adultes* ».

D'un point de vue sociologique, l'adolescent se définit par ses pratiques culturelles et ses conduites sociales. A propos de l'adolescence, est évoquée une période de transition entre la petite enfance, passée sous la dépendance étroite des parents, et l'âge adulte qui serait celui de l'autonomie. L'adolescent serait potentiellement apte à adopter les pratiques des adultes sans y être entièrement autorisé par la pratique ou la loi. Cela donne de cette période de la vie une image réductrice, d'importance mineure par rapport aux deux autres.

¹ POMMEREAU Xavier et alii. *Souffrances et violence à l'adolescence : Qu'en penser ? Que faire ?* Rapport au ministère délégué à la ville. Paris, coll. Actions sociales et confrontations, ESF, 2000. 161 p.

² POMMEREAU Xavier. Op. cit. p 124.

Ce serait un âge où on n'est plus l'un et pas encore l'autre, alors que tous les âges ont la même importance et se nourrissent l'un de l'autre. A. Braconnier et D. Marcelli¹, dans leur ouvrage, *l'adolescence aux mille visages* ; citent à ce propos la métaphore du coucher de soleil : « Tandis que le soleil se couche quelque part, il se lève ailleurs, et surtout il ne se couche jamais sans se relever : ainsi surgit l'adolescence ».

B) L'adolescence : le reflet de la société

La question de l'imbrication des problèmes psychiatriques et des problèmes sociaux est délicate. Il semble difficile de faire abstraction de l'expression sociale de tel ou tel trouble psychiatrique. Nombre d'études font des conditions de vie sociales les déterminants du mal être psychique, notamment des symptômes dépressifs, des idées suicidaires et autres troubles des conduites. En effet, on constate souvent une sur-représentation de personnes souffrant de troubles psychiques, notamment de dépression mais aussi à un niveau moindre de syndromes psychotiques type délires hallucinatoires parmi les personnes en situation d'exclusion, (DECLERCK 2002, KOVESS 2001)². Les enquêtes effectuées sur des populations de jeunes en grandes difficultés sociales et comportementales, par exemple des jeunes suivis par la PJJ montrent une prévalence plus importante de dépressions, d'idées suicidaires, l'expression d'une souffrance, de troubles psychiques³.

Des réflexions précédentes, nous pouvons déduire qu'il existe vraisemblablement une interaction entre une évolution sociologique et des constructions psychologiques personnelles. Les évolutions des structures sociales, des valeurs, de la famille, de l'école, l'abaissement de l'autorité de l'image masculine, l'infléchissement des contraintes éducatives, l'augmentation des libertés, l'égalisation des conditions de genre, ont fait émerger des comportements caractérisés par l'intolérance à la frustration.

¹ BRACONNIER Alain, MARCELLI Daniel. *L'adolescence aux mille visages*. Paris, Odile Jacob, 1998. 265 p.

² DECLERCK Patrick. *Les naufragés*. Paris, Plon, coll. Terre humaine, 2002. 463 p. KOVESS Viviane. *Précarité et santé mentale*. Rueil-Malmaison, coll. références en psychiatrie, Doin, 2001. 103 p

³ CHOQUET Marie, LEDOUX Sylvie, HASSLER Christine, PARE Catherine. Enquête épidémiologique de l'INSERM à l'initiative de la DPJJ, *adolescents (14-21 ans) de la protection judiciaire de la jeunesse et santé*, ministère de la justice. Octobre 1998.

Ces comportements peuvent même traduire des pathologies liées à l'absence de limites, ce que les auteurs du rapport de l'IGAS appellent « *une culture de l'instant au détriment d'une culture de la projection dans l'histoire* »¹.

En outre, la soudaine visibilité des problématiques psychiatriques adolescentes sur la scène sociale a conduit les pouvoirs publics à inscrire l'écoute de ces souffrances en tant que véritable leitmotiv de l'action sanitaire et sociale. Ce faisant, un nouveau paradigme sociologique fait de la souffrance des adolescents le révélateur des tensions de notre époque. L'apparition de ce *nouveau malaise dans la civilisation*² situe l'adolescence au carrefour des représentations sociales de notre époque où la diversité des expressions de cette souffrance est interprétée au mieux des intérêts en jeu en terme de santé publique ou de comportements déviants justifiant des pratiques sécuritaires. A ce titre, les adolescents souffrant de troubles psychiatriques se situant sur un mode de communication directe, physique et violente, ayant des comportements difficilement maîtrisables et compréhensibles, les amenant à commettre des actes d'agression d'une certaine gravité, sont perçus par les professionnels au mieux comme des délinquants, relevant du dispositif de la PJJ, et au pire comme des psychopathes³ relevant de « l'internement » psychiatrique.

Des théories, s'appuyant sur la souffrance des adolescents, établissent un lien entre ces souffrances, les processus inconscients et l'organisation sociale contemporaine, avec en toile de fond les modifications ayant affectées les valeurs, les figures de l'autorité et les rapports intrafamiliaux. La construction psychique des adolescents serait le résultat d'un certain *ordre social*.

¹ JOURDAIN-MENNINGER Danièle, STROLH-MAFFESOLI Françoise. *Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques*. Paris, Inspection Générale des Affaires Sociales, rapport n° 2004-027, février 2004. 125 p.

² RECHTMAN Richard. *Le miroir social des souffrances adolescentes : entre maladie du symbolique et aveu généralisé*. L'évolution psychiatrique, 2004 n° 69.

³ Remarques confirmées par diverses discussions avec des professionnels de l'ASE. Ce terme renvoie à la psychopathie qui désigne une déficience mentale constitutionnelle caractérisée essentiellement par l'impulsivité, l'instabilité, l'incapacité d'adaptation au milieu menant à des conduites antisociales, selon la définition du *Nouveau Petit Robert*.

La famille a, dans ce schéma, un rôle social apparemment déterminant. Hegel précise dans *les principes de la philosophie du droit*¹ que la famille prépare l'enfant à la vie sociale en ce qu'elle le situe dans une communauté, là même où doit s'éprouver de la solidarité. Elle permet l'apprentissage de la vie de groupe et des rapports de force inhérents à la vie en collectivité. La psychanalyse souligne même que la famille est le lieu où se détermine le rapport de chacun à l'autorité et à l'ordre. Nous pourrions dire que la famille détermine plus l'enfant à la vie sociale qu'elle ne le prépare. Le conflit oedipien a son rôle dans ce déterminisme. En effet, la découverte d'une volonté extérieure à la sienne, une volonté plus puissante que la sienne et qui contrarie la réalisation de ses désirs structure le rapport futur de l'adulte à la Loi. Par conséquent, le désordre de la vie familiale rend la vie sociale désordonnée.

De plus, l'accès des jeunes à une sexualité adulte, à un esprit critique, à un désir d'autonomie dans une société où les références éthiques et les modèles culturels se multiplient et se relativisent, où l'organisation sociale renvoie à beaucoup d'incertitude, place les parents dans une position difficile : celle d'assumer malgré tous ces aléas leur responsabilité, leur autorité, leur contenance. Les fonctions parentales face à ces bouleversements semblent devenir bien difficile à définir et à assumer. Autant souligner dès à présent que les jeunes accueillis dans les établissements dans le cadre d'un placement au titre de la protection de l'enfance vivent dans un milieu familial désorganisé. En effet, bien souvent, leurs parents absents et/ou défaillants, sont désinvestis de l'éducation de leurs enfants, voire maltraitants - les travailleurs sociaux parlent de parents inadéquats - eux-mêmes en souffrance psychique, dans un environnement, par conséquent, peu propice à donner des repères solides, cohérents et contenant à la construction psychique. Ces derniers, victimes de carences, parfois, de manière cumulative ou non, de maltraitances physiques et/ou psychiques développent un rapport au monde et aux autres inadéquat, cette situation socio familiale pouvant par la suite préparer le terrain à l'apparition de troubles psychiatriques.

Enfin, la difficulté rencontrée dans la relation avec les adolescents est amplifiée par l'évolution du schéma familial. A l'époque du père garant de l'unité familiale – la figure du *pater familias* - dans une organisation familiale et sociale strictement hiérarchisée, chacun connaissait ses droits et devoirs, sa place.

¹ HEGEL Georg Wilhelm Friedrich. *Principes de la philosophie du droit*, présenté par KERVEGAN Jean-François. Paris : coll. Quadrige, Presses Universitaires de France, 2003. 500 p.

Depuis quelques années, tout ce schéma traditionnel semble être renversé. Le père a perdu sa position de régent, la mère gagnant en autorité, les adolescents en liberté. Ainsi, la société s'est complexifiée face aux évolutions socio-économiques, l'insertion s'est ralentie, le désordre économique s'est établi donnant naissance à un modèle familial éclaté. Au sein de familles biparentales, monoparentales ou recomposées, les individus arguant de leurs droits, se sont imposés aux statuts, l'adolescent a grandi en puissance.

Nous pouvons rappeler, comme le laissent à penser les analyses de Michel FIZES, l'importance du père comme témoin de la loi sociale, porteur de l'autorité indispensable à la construction de l'enfant, à la relation avec l'adolescent. Il semblerait exister, en effet, une corrélation entre la détérioration du lien paternel et celle du lien social. Sans doute existe-t-il un lien entre l'effacement du père – de façon plus large des images masculines dans la sphère éducative globale, famille et école – et le mal-être des adolescents. Du moins, c'est ce que renvoie l'observation des situations des jeunes reçus au Foyer François Constant, dans la vie familiale desquels, le père était absent, ou dont le rôle, en tant que figure masculine, était présenté comme défaillant.

Cet âge critique est également une construction sociale, un fait culturel, d'autant plus sensible que la crise économique et morale est grave, profonde, interminable. « Déliée », « désorganisée », « démoralisée », représentent les termes souvent utilisés pour caractériser notre société de fin de siècle. Dans cette société meurtrie dont les mécanismes de régulation n'opèrent plus ou fort mal, le monde, devenu économique, est soumis à la dure loi de la compétitivité. De fait il est proposé aux jeunes un seul type de comportement, entouré d'un grand nombre d'interdits. La réussite individuelle est privilégiée au détriment de la confiance en soi et de l'appartenance à une institution et à un groupe social. C'est une société qui apparaît dépossédée de morale collective et de raison individuelle. Autant dire que la société du troisième millénaire souffre de dysfonctionnements organiques et de graves troubles de la conscience collective. A ce monde désenchanté répond une crise du sens, des certitudes perdues. Affronter les incertitudes, les incohérences, les manquements de la société n'est pas chose aisée pour un être ayant des difficultés à se situer, mais affronter ses propres doutes existentiels lui procure encore plus de souffrance et chaque hésitation, chaque revirement projettent de surcroît de la violence en lui et autour de lui.

En outre, la société se caractérise par un allongement considérable du temps de l'adolescence et de celui de la vieillesse assortit d'un écart croissant entre plénitude des potentialités et insertion réelle, autonomie et responsabilité.

Ce phénomène s'accompagne d'un estompage des lisières entre les âges charnières de la vie, mais encore la substitution des rites initiatiques par une multitude de pseudo rites privés, improvisés et personnels où le dépassement de soi par soi-même peut conduire le sujet à sa perte ou son fourvoiement. L'adolescent moderne le paie en ayant à trouver son chemin au sein d'un champ de possibles aux limites floues et extensibles avec trop souvent pour simples repères des injonctions paradoxales des adultes. Ces attitudes marquent combien les adultes sont en difficulté pour accompagner, guider et contenir les adolescents dans le long et périlleux cheminement qui est le sien.

On peut penser que les difficultés socio-économiques créent une ambiance suicidogène, des constructions psychiques vulnérables, des problèmes de santé mentale, minent le tissu social, fragilisent les individus les plus faibles, génèrent un sentiment d'inutilité sociale. En effet, la précarité sociale semble influencer la souffrance psychique et son expression comportementale à travers les conduites suicidaires, les conduites addictives et les conduites violentes. Les troubles psychiatriques peuvent se révéler comme l'aboutissement du processus qui va de la précarisation à la maltraitance en passant par l'exclusion.

Cependant la genèse des troubles psychiatriques s'organise autour d'un schéma multifactoriel, dépassant l'explication en terme de déterminisme socioculturel, et ne doit pas être confondue avec les situations de mal être adolescent provoquées par la crise d'adolescence plus ou moins difficile. Ceci étant, cette même crise, faite de ruptures et de changements rapides dans le développement psychique peut, dans un contexte d'histoire personnelle traumatique, être l'accélérateur ou le révélateur de troubles psychiatriques.

1.1.2 Une appréciation complexe des troubles psychiatriques infanto-juvénile

A) Les explications sémantiques des troubles psychiatriques

La littérature spécialisée, les écrits des scientifiques, les nosographies officielles nationales et internationales utilisent de manière indifférenciée les termes de troubles mentaux, troubles psychiques, troubles psychiatriques, pathologies mentales. Dans cette profusion linguistique qui renvoie à la même réalité objective, à savoir l'altération des fonctions intellectuelles de l'individu qui se manifeste par des modifications pathologiques du comportement, apparaissent des notions qui servent de sous-bassements à des discours scientifiques ou à la mise en place de mesures ou programmes de santé publique.

Il en va ainsi, en effet, des concepts de «souffrance psychique » ou de « pathologies limites », sans épiloguer sur les notions « d'enfants difficiles » ou « d'enfants en difficulté » ou encore « d'adolescents en crise ». Eu égard à la nature et à l'intensité des manifestations de ces « difficultés » de vivre une « vie adéquate », des troubles engendrés, ou aux orientations sémantiques qu'elles véhiculent, ces notions sont susceptibles de se raccrocher à une acception large des troubles psychiatriques. La clinique de ces affections fait état de conduites dangereuses, d'intolérance à la frustration, de violences irrépressibles, de troubles anxieux, de grande souffrance dépressive, sans pour autant que ces troubles se rattachent à des pathologies mentales identifiées.

Il sera question dans ce mémoire, analysant la prise en charge des adolescents souffrant des troubles psychiatriques dans le cadre institutionnel des MECS, de l'ensemble de ces troubles caractérisés relevant de la névrose ou de la psychose mais aussi de ces états limites, troubles des conduites, caractériels ou psychotiques dont les symptômes recouvriraient presque l'ensemble des affections psychiatriques, selon les classifications contemporaines des troubles mentaux.

Si nous avons abordé la crise d'adolescence en supra, c'est pour attirer l'attention sur la spécificité de la vie psychique adolescente traversée par ce mouvement de bouleversement biologique et psychique. Ces propos liminaires n'avaient pas pour finalité d'établir une corrélation étiologique entre cet état que tous les adolescents traversent et qui peut provoquer un certain mal être psychique et les troubles psychiatriques dont souffrent certains adolescents.

Certes, la psychose juvénile, au travers de laquelle les jeunes souffrent intensément d'hallucinations visuelles et auditives, de persécutions diverses et éprouvent un sentiment d'angoisse, n'a rien de commun avec un malaise adolescent. Il n'en reste pas moins que la souffrance psychique qu'ils développent à cette période de vulnérabilité, qui résonne bien souvent d'un avant et d'un après douloureux, peut favoriser l'apparition de troubles psychiques. Ces derniers, en fonction de leur intensité et leur manifestation, font référence au caractère protéiforme des troubles mentaux présentés ci-dessus. En effet, dans le rapport sur la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes, les experts sollicités par le Haut Comité pour la Santé Publique remarquent qu'à côté des troubles psychiatriques traditionnels, certains comportements sont susceptibles de traduire l'existence d'une souffrance psychologique sous-jacente.

Cependant, les auteurs soulignent la difficulté à définir cette souffrance qui n'est pas une pathologie mentale à proprement parler. Il s'agirait de conduites qui traduiraient ou seraient déterminées par une souffrance intérieure, comme dans le cas de certaines violences, de la petite délinquance, de l'usage de produits toxiques.

Reste que la manifestation bruyante et parfois brutale de cette souffrance la rend proche de certains troubles caractériels dont nous parle Maurice BERGER lequel les rattache à des troubles mentaux. On peut citer à ce propos la description de ces « troubles caractériels » faite par cet auteur.

« Les « troubles caractériels » constamment sous-évalués, consistent en des mouvements d'opposition brusques accompagnés d'explosions de colère au cours desquelles l'enfant ne peut être calmé ni par la parole de l'adulte, ni par des contacts psychiques doux ou fermes, ni par des sanctions. L'enfant hurle, tape ou fugue, ou, au mieux, part s'enfermer dans sa chambre ; aucune action de l'adulte ne peut modifier le cours de cette crise qui se prolonge parfois. Il s'avère que cet état est presque toujours déclenché par un événement relativement minime (interdit posé par un adulte, retard d'un adulte, report d'une activité promise, etc.) et que l'enfant réagit à cet événement d'une manière disproportionnée en étant hors de lui, c'est-à-dire dans un état hors réalité.

[...] un nombre important d'enfants manifeste une violence rendant impossible leur insertion dans un groupe. Plus tard ils causeront des dommages aux biens et aux personnes. Ces sujets présentent une violence incoercible, pathologique par son intensité, sa répétition incessante et qui peut surgir n'importe où et à n'importe quel moment [...].

Le nombre d'enfants souffrant de ce trouble est en augmentation [...]. Leur nombre recensé par certains Conseils Généraux est d'environ cinquante par département, soit environ cinq mille sujets hyper violents sur le territoire français. Ce chiffre sous-estimé dans certains départements par la mise en place de petits « lieux de vie » qui le plus souvent ne soignent pas le sujet, mais permettent d'attendre sa majorité, moment où il ne sera plus sous la responsabilité du dispositif de protection de l'enfance. »¹.

Même si ces troubles ne ressortent pas de la nosographie psychiatrique classique, ces derniers apparaissent accessibles, au vu de la description de M. BERGER, à des soins psychiatriques et ne relèvent pas seulement de la relégation dans des centres fermés. Ces troubles renvoient à ce que des spécialistes, comme Philippe JEAMMET, nomme « pathologies limites ». La notion d'état ou de « pathologie limite », nommé encore « borderline », désigne des organisations pathologiques ressortissant de troubles mentaux, ni psychotiques, ni névrotiques, qui occupent une position carrefour entre des pathologies psychiatriques bien identifiées, états rendant difficile tout diagnostic précis, le trouble étant mal identifié, souvent associé à d'autres. Néanmoins, les auteurs comme les nosographies officielles ont dégagé quatre composantes fondamentales de ce syndrome pouvant être explicitées en onze symptômes².

¹ BERGER M. *L'échec de la protection de l'enfance*. Paris : coll. Enfances, Dunod, 2003. 252 p.

² KERNBERG Otto et alii. *Les troubles limites de la personnalité*. Toulouse : coll. Psychismes, Privat, 1975. 286 p. ; SCHARBACH Hugues. *Les états limites approche compréhensive chez*

En s'appuyant sur les indications de différents rapports ou études¹, et en tenant compte du caractère protéiforme des troubles dont souffrent le plus fréquemment certains jeunes, pris en charge par les MECS, nous retiendrons sous l'appellation générique de troubles psychiatriques qui touchent surtout les adolescents, à savoir, les troubles anxieux, et dépressifs, les troubles de l'humeur, les bouffées délirantes et la schizophrénie, ainsi que les troubles caractériels et tous les troubles renvoyant aux pathologies limites.

B) Les manifestations des troubles psychiatriques à l'adolescence

1) *Discussion autour de la notion de « troubles psychiatriques »*

Pour la grande majorité des auteurs, relayés en cela par les professionnels travaillant avec ces jeunes dans le cadre d'une prise en charge collective au sein de MECS, les troubles du comportement ne ressortent pas d'un cadre psychiatrique précis. Les rapports et enquêtes sociaux font souvent référence lorsqu'ils présentent l'état de santé mentale du jeune, à des difficultés de conduites, ou lorsque la pathologie a été diagnostiquée, à des troubles psychotiques. Il est intéressant de signaler que les rapports ou enquêtes abordent et discutent d'une manière assez pudique de la pathologie mentale, voulant préserver par fétichisme, éthique professionnelle, ou intérêt institutionnel, l'image du jeune. Pour cela, le travailleur social présentant la situation, devra se montrer convainquant pour faire accepter le jeune dans l'institution, même s'il doit travestir légèrement la réalité en question. Il n'est pas question de préjuger du jeu mis en place entre les différents acteurs du dispositif ASE. Que ce soit, l'assistant de travail social du centre médico-social (CMS) dont dépend le jeune, l'inspecteur de l'aide sociale, le directeur du service responsable de l'ASE qui est soumis à la dialectique paradoxale entre le politique et l'administratif, le directeur de MECS, tous répondent aux mêmes missions en s'appuyant sur un *corpus* de principes sensiblement identiques, mais en mettant en jeu des responsabilités et des intérêts propres aux espaces sociaux de référence.

l'adulte et chez l'enfant. Rapport de psychiatrie et de neurologie de langue française. Paris : Masson, 1983. 238 p.

¹ Il est fait référence, entre autre, au rapport de l'IGAS n° 2004-027 relative à la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques et au rapport d'information au sénat n° 242 sur l'adolescence en crise, à l'étude de l'INSERM à la demande de la DPJJ sur les comportements de jeunes relevant de l'autorité judiciaire, précédemment cités.

Les rapports sociaux, les entretiens avec les référents sociaux, tout en présentant de manière honnête la situation de tel jeune peuvent par des tournures d'esprit, des constructions rhétoriques, travestir, du moins minimiser certains aspects dérangeants du jeune. Il en va ainsi de ceux se rapportant aux troubles des conduites du jeune en question afin que l'établissement sollicité accepte de déclencher la procédure d'admission, ou d'accueillir sans formalité préalable le jeune, dans le cas d'un accueil immédiat imposé par les circonstances.

Dans le discours de terrain, les professionnels utilisent assez fréquemment la notion de « troubles de nature psychotique » pour qualifier les désordres psychiques, les débordements caractériels incontrôlés et souvent violents, en fait les troubles de la conduite et de la personnalité. Les diagnostics médicaux établissant une psychose pour les jeunes reçus en MECS sont rares et de surcroît sujet à des analyses différentes d'un médecin psychiatre à un autre. Les jeunes accueillis en établissements sociaux relèvent plus de la grande souffrance psychique qui, dans le cas des adolescents, au regard de la vulnérabilité psychique de ces derniers, peuvent glisser vers des catégories s'inscrivant dans les troubles psychiatriques.

Il ne semble pas exister de déterminisme biologique clairement mis en évidence dans la genèse des troubles du comportement, notamment les troubles qui concernent les pathologies limites, ce qui renvoie, comme nous l'avons signalé en *infra*, à la question du déterminisme environnemental, à savoir l'ensemble des défaillances familiales et sociales liées aux grandes transformations structurelles des idées et des pratiques sociales. Celles-ci génèreraient à l'adolescence, et ce, sans nier l'importance de l'histoire de la petite enfance, des troubles relevant de la clinique psychiatrique.

Notons que l'agressivité se transformant rapidement en agression directe et brutale lors de passages à l'acte, accompagne souvent ces états pathologiques. Or, la dimension biologique de l'agressivité semble bien réelle à travers l'influence des hormones sexuelles et surrénales. Par conséquent, la dimension médicale peut apparaître également comme un facteur déterminant de ces troubles.

L'éclosion des processus psychiques participe également à l'apparition des troubles à l'adolescence. Les modifications/pubertaires participant au travail de structuration psychique de l'adolescent donneraient naissance à un pouvoir de destruction propre à la construction identitaire qui rendrait difficile la gestion de l'agressivité à l'adolescence.

Ces considérations environnementale, biologique et psychologique expliquent la propension de l'adolescent à développer plus aisément à cet âge de la vie des troubles psychiatriques.

Ce faisant, ces états de profonds bouleversements peuvent souvent déboucher sur des états d'angoisse mal maîtrisés, proches de la désespérance, et parfois sur des cas relevant de la pathologie. A ce sujet, les évolutions sociales et familiales contribuant à amplifier ces situations, de nouvelles expressions des états pathologiques proches de psychoses ou de lourdes névroses, ou encore des troubles des conduites et de la personnalité se développent et s'enracinent dans la pratique de la clinique psychiatrique de l'adolescent. Cependant, certains auteurs considèrent qu'il n'y a de maladies mentales que celles qui ressortent des états névrosés ou psychotiques. D'autres experts incluent dans les troubles psychiatriques, en accord avec les nosographies officielles des troubles mentaux, les nouvelles expressions de la souffrance psychique, les troubles de la personnalité et des conduites, les pathologies limites. La classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA)¹ répertorie, au niveau de l'axe 1, ces nouvelles pathologies au chapitre 3 pour les pathologies limites, et au chapitre 7 les troubles des conduites et des comportements.

Cette classification précise néanmoins que ce dernier chapitre regroupe des troubles à dominante comportementale qui, tout en constituant des syndromes suffisamment individualisés en tant que tel, peuvent s'intégrer dans l'un des quatre premiers chapitres. La lecture méthodique de cette classification donne, au néophyte, une impression d'exhaustivité sur-abondante, avec une symptomatologie qui semble se recouper entre certains paragraphes, ces derniers comportant des domaines d'inclusion et d'exclusion pour éviter d'évidentes confusions. Reste que les troubles psychiques que nous rencontrons chez les adolescents trouvent tous une correspondance symptomatique dans la CFTMEA et peuvent par conséquent être considérés comme de réels troubles psychiatriques nécessitant une prise en charge spécialisée.

La CFTMEA – R-2000 a pour originalité de mettre en valeur les spécificités de la pédopsychiatrie française, mais aussi d'établir de nouvelles correspondances avec la Classification internationale des maladies.

¹ La CFTMEA est disponible sur Internet au site suivant : www.psychofr.broca.inserm.fr

A chaque trouble décrit existe une correspondance dans les classifications internationales CIM 10¹ pour l'OMS et DSM IV² pour les Etats-Unis qui incluent également les pathologies limites et les troubles des conduites et des comportements dans la codification des pathologies psychiatriques. La correspondance n'est que partielle, puisque si la CFTMEA renvoie pour chaque pathologie décrite à la CIM 10, il n'existe pas de correspondance automatique entre les Codes. Par exemple, les « pathologies limites à dominante comportementale », qui font référence aux troubles dominés par la tendance à l'agir, les troubles de conduite dans l'échange avec autrui, le défaut de contrôle ou encore le déni des règles sociales, sont classées au paragraphe 3.3 de la CFTMEA, laquelle établit une correspondance, sans toutefois lui être entièrement assimilable, avec les articles F 91 (troubles des conduites) et F 60.2 (personnalité dyssociale) de la CIM 10. De même, les « pathologies limites avec dominance des troubles de la personnalité » qui définissent des troubles caractérisés par une souffrance dépressive avec l'incapacité à recevoir une aide, des sentiments de moindre valeur, des angoisses de séparation, d'abandon ou encore des retards du développement affectif, sont répertoriées au paragraphe 3.1 de la CFTMEA, laquelle renvoie aux articles F 94.2 (troubles de l'attachement de l'enfance avec désinhibition) et F 60.31 (personnalité de type borderline) de la CIM 10.

Les frontières de la pathologie psychiatrique sont floues dès que l'on aborde la question des troubles des conduites. Par exemple, si la dépression est une vraie maladie psychiatrique potentiellement grave, nécessitant un traitement chimiothérapeutique, un travail psychothérapeutique, parfois des hospitalisations, il existe des états proches de cette pathologie pouvant renvoyer à la symptomatologie de celle-ci la dépression. A l'adolescence, la traversée des événements, des situations et des émotions douloureuses provoque des périodes de déprime plus ou moins longues, fréquentes et profondes qui peuvent présenter la symptomatologie de la dépression sans qu'elle y soit installée. Ces états à l'adolescence peuvent être amplifiés et favoriser l'éclosion de troubles psychiatriques, situations aggravées par les conduites addictives - alcooliques ou toxicomaniaques – adoptées par les adolescents en recherche d'objets transitionnels.

¹ La CIM 10 et son application aux troubles mentaux et du comportement, codifiée au chapitre X de la classification, sont disponibles sur Internet sur le site suivant : www.med.univ-rennes1.fr

² La DSM IV peut être explorée sur Internet sur le site suivant : www.home.tiscali.be

La particularité de ces troubles psychiatriques qui résonnent de tant de souffrances s'exprime bien souvent chez les adolescents par une violence qui s'inscrit dans un registre transgressif. La traversée des différents âges de l'existence fait connaître à tout un chacun des événements, des situations, des émotions, des vécus intimes qui l'emmènent d'une part à endurer des choses pénibles, désagréables, douloureuses, traumatiques et d'autre part, à produire des rêves, des pensées ou des actes pouvant être d'une grande violence.

L'adolescence en elle-même est porteuse d'une violence symbolique. En effet, s'agissant de cet âge critique, on peut imaginer comme Xavier POMMERAU « *que mourir à l'enfance pour renaître à la condition d'adulte ne provoque pas son lot de souffrances et de violences chez le sujet lui-même, comme chez ceux qui l'entourent* »¹.

Que la violence soit dirigée contre soi ou extériorisée contre autrui ou simplement matérielle, elle exprime la souffrance dans laquelle se trouve l'adolescent. Notre organisation sociale policée nous incline à renvoyer dos à dos la souffrance et la violence, à les refuser et à les combattre. Dans les institutions sociales, notamment celles qui ont pour mission d'assurer la protection de jeunes en danger, cette question de la violence est une sensibilité extrême puisqu'elle interagit sur plusieurs champs : la sécurité des personnels, la protection des autres jeunes victimes de ces bouffées de violence, et, enfin, l'objet même de la mission de l'institution qui est de donner au jeune les moyens de se construire une individualité qui lui permette d'affronter une vie d'adulte responsable et autonome.

2) *La situation de crise² d'adolescence*

Avec l'adolescence surviennent les transformations biologiques que nous avons désigné plus haut par la notion de puberté. Notons que depuis la fin du 19^{ème} siècle, les processus de puberté surviennent de plus en plus précocement³.

¹ POMMERAU Xavier et alii. *Souffrances et violence à l'adolescence : Qu'en penser ? Que faire ?* Rapport au ministère délégué à la ville. Paris, coll. Actions sociales et confrontations, ESF, 2000. 161 p.

² Le Nouveau Petit Robert, nous apprend que dans une acception médicale, que la crise désigne un changement d'état qui survient avec une maladie et qui est caractérisée par certains phénomènes pathologiques ; se dit également d'attaques de nerfs. Au sens figuré, la crise est une situation pleine d'incertitudes, de gênes ou de dangers qu'offre le passage prochain et prévu d'un état à un autre ; état de malaise plus ou moins général. La notion de crise d'adolescent fait référence à ce deuxième sens.

³ Au début du siècle, l'âge moyen d'apparition des premières règles était de 17 ans. Il est aujourd'hui proche de 12 ans.

Collectivement, les individus se trouvent donc confrontés à un processus de puberté à un âge très jeune. Cette dernière est représentée dans l'imaginaire collectif comme une phase de transformations physiques profondes, une période tumultueuse productrice de tous les excès et de tous les débordements. Nous touchons ici, un des nœuds de cet « âge critique », à savoir la menace et le danger que représente l'adolescent pour lui-même devant assumer sa capacité sexuelle, ainsi que le danger pour la société que suscitent les révoltes de ces êtres excessifs. On représente les adolescents comme des délinquants en puissance. Dans tous les cas, ceux-ci sont sujets d'inquiétude.

Cependant, toute puberté n'est pas forcément conflictuelle. Dans les sociétés traditionnelles, les tensions, les énergies, les pulsions/pubertaires étaient absorbées par les responsabilités sociales et économiques, par le travail pour les uns, par les apprentissages nobles pour les autres, en résumé par un statut social positif qui leur étaient accordés. L'adolescence laisse la porte ouverte à la « crise d'adolescence ».

Dans son ouvrage *L'expérience adolescente*, Michel CLAES¹ tente d'introduire une définition non exhaustive de la « crise d'adolescence » :

« Le concept de crise d'adolescence possède aujourd'hui au moins deux acceptions principales dans la littérature psychologique : d'un côté l'accent est mis sur l'idée de rupture, de changements brusques et subis dans le développement, entraînant des modifications sensibles dans les comportements, les modes de pensée et les représentations ; de l'autre, c'est la notion de perturbation dans le fonctionnement psychologique qui prédomine, entraînant des malaises, des souffrances, des inhibitions, des angoisses, en bref, une série de difficultés apparentées aux troubles névrotiques occasionnant des incapacités dans la vie quotidienne ».

Ce que l'on nomme crise de l'adolescence, ce sont les manifestations d'opposition familiale, ces mauvaises humeurs qui dérangent. La puberté est au cœur du conflit naissant. Elle ne signifie pas seulement changements corporels, elle désigne aussi de nouvelles aptitudes mentales. L'adolescent se met à penser différemment des adultes, et, ce faisant, il s'affirme et s'oppose afin de garantir sa place d'être pensant et évoluant vers l'autonomie et la responsabilité. La crise d'adolescence, génératrice de tensions, de désaccords, naît de la contradiction entre un modèle éducatif qui impose des normes, des règles et des principes - au demeurant indispensable à la construction psychique de l'individu - et l'attitude adolescente qui vient rappeler que l'acte éducatif est avant tout celui du respect, de la fondation de l'autonomie.

¹ CLAES Michel. *L'expérience adolescente* Bruxelles, coll. Psychologie et sciences humaines, P. Mardaga, 1986. 208 p.

La crise de l'adolescence serait également la crise de l'absence parentale ou le peu de disponibilité, celle de l'effacement paternel, situations qui malmènent l'équilibre psychologique et moral des adolescents, particulièrement fragile en ces années de puberté. En effet, la place des relations familiales, de la structure des parents et de la personnalité des parents sont des facteurs déterminants de la « crise d'adolescence », notion utilisée par Anna FREUD, Moses LAUPER et Evelyne KERSTEMBERG, pour expliquer le conflit du développement que traversent les adolescents à des degrés plus ou moins grands.

Les théories psychologiques de l'adolescence insistent sur le fait que cette période critique, temps de maturation, de souffrance et de difficulté à vivre, s'accompagne inévitablement de perturbations psychologiques et que l'accès à l'âge adulte passe nécessairement par un temps de crise. Faut-il en déduire que les adolescents sont toujours guidés par leur pensée irrationnelle, maîtrisent mal leurs impulsions et sont en conflit avec l'autorité. Non, car nous pouvons considérer que chaque âge de la vie est traversée par une crise qui n'est ni catastrophique, ni table rase des étapes antérieures, mais adaptation à l'étape suivante. S'il y a crise, Michel FIZES¹ précise qu'à l'adolescence, elle n'est qu'une crise de la relation, le refus par l'adulte de la prise en compte de l'autre, l'adolescent dans sa singularité et sa richesse, le refus de la pleine capacité sexuelle, d'une pensée propre, d'aspirations particulières. Il n'y aurait pas, selon cet auteur, de déterminisme biologique, pas de fatalité de la crise, mais des circonstances socioculturelles qui favorisent telle ou telle orientation dans le processus d'adolescence.

Ce faisant, les individus les plus fragilisés par des circonstances environnementales entreront plus aisément dans le processus de crise. Les adolescents accueillis en MECS, confrontés à des carences éducatives ou à des situations perturbantes dues aux conflits parentaux ou à la maladie mentale de leurs parents, sont fragilisés dans leur construction identitaire par des circonstances socioculturelles ou environnementales, et entrent de manière brutale dans la crise d'adolescence.

Néanmoins, lors de la Conférence régionale de santé d'Ile-de-France en novembre 1999, le professeur Philippe JEAMMET définissait ainsi les situations de crise des adolescents :

¹ FIZES Michel. *Adolescence en crise ? Vers le droit à la reconnaissance sociale*. Paris : Coll. Questions d'éducation, Hachette livre, 1998. 146 p.

« Pour la plupart des jeunes, il ne s'agit pas de situation de crise, mais plutôt d'un mode d'être et de fonctionnement organisé depuis des années, si ce n'est depuis l'enfance qui les conduit à fonctionner sur le mode de l'impulsivité, la rupture, les variations d'humeur, l'intolérance, la frustration, l'incapacité d'attendre, la violence contre eux et contre les autres. Le repérage de ce fonctionnement est souvent tardif, il peut apparaître comme une crise, mais il ne fait que traduire un processus déjà ancien. Il apparaît alors flagrant à la société au moment où une rupture sociale est en train de s'opérer »¹.

Dans le cas de carences affectives, de séparations répétées, les adolescents au narcissisme fragile, mal établi, à l'Idéal du moi mégalomane, vont sans cesse être à la recherche d'une figure parentale dont ils attendront tout, et qu'ils suivront aveuglément ou encore fuiront en restant à l'abri des institutions qui les hébergent et les protègent. Ces situations sont fréquemment porteuses de violence.

A travers les troubles du comportement de l'adolescent, la sollicitude de l'entourage, dont le rôle organisateur est primordial, est recherchée. Pour Philippe JEAMMET, les membres de la famille, l'environnement extérieur, réalité extérieure jouant un rôle structurant, deviennent non seulement un support de projection, mais aussi un contenant à son appareil psychique, rappelant là, le rôle joué par la mère pour son enfant pendant les premières années de la vie. Les indications sociales et familiales pour lesquels les jeunes sont accueillis au Foyer François Constant soulignent l'effacement, l'absence d'un environnement familial structuré. Dans ce cadre, l'environnement familial porteur de carences affectives et éducatives, de violences subies puis agies ne joue plus son rôle de projection et de contenant, laissant se créer les prémices de troubles psychiques parfois sévères chez ces adolescents déjà souffrant de leur état d'être en transformation.

Bien que la grande majorité pourrait répondre à ce schéma, nous allons parler de F., adolescent de 16 ans, accueilli au foyer en raison de graves tensions qui opposaient ce jeune à sa mère et à son beau-père. C'est un jeune en grande souffrance, avec un fond dépressif et une certaine intolérance à la frustration, qui a posé durant son séjour des actes successifs, de petite délinquance, détérioration de matériel, fugues, insultes et menaces sur le personnel éducatif.

Il ne connaît pas son père et n'a vraisemblablement – j'emploie ce terme car n'étant pas connu de l'ASE avant son placement administratif – pas pu se construire dans un environnement stable, ce qui a pu précipiter l'apparition de troubles psychiques. L'exemple d'A., adolescente de 17 ans, que nous retrouverons au cours de l'exposé, est plus significatif. Cette jeune fille a été enlevée relativement tôt de son milieu familial pour être placée à l'âge de 4 ans dans une famille d'accueil.

¹ JEAMMET Philippe. Cité dans le rapport du groupe de travail du Haut Comité en Santé Publique, *la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*. Février 2000.

Entre un père emprisonné pour agressions sexuelles et une mère souffrant de troubles psychiatriques, il apparaît vraisemblable qu'elle n'a pu trouver un support de projection solide et un contenant fiable à son appareil psychique. Une mère au comportement inadapté, comme disent les spécialistes, a pu créer les conditions préalables à l'apparition de troubles. De fait, l'exposé de sa situation nous apprend que ses troubles psychiatriques nécessitent une « prise en soin » par la psychiatrie infanto-juvénile à partir de 8 ans. D'autres exemples pourraient s'égrainer de manière similaire, tant les situations auxquelles j'ai été confronté durant mon stage renvoient à un certain schéma classique de causalité où la situation familiale est un facteur de production de troubles psychiatriques.

En outre, l'adolescence est une période d'élection pour l'éclosion de troubles psychiques plus sérieux de type psychotique ou névrotique qui se manifestent par des troubles graves de la pensée, des hallucinations et des propos délirants. Ces troubles présentant un caractère brutal, aigu, souvent transitoire et passagé, s'associent à des troubles de l'humeur et des manifestations d'excitation ou de dépression. Ces troubles psychiatriques seraient amplifiés par des conduites addictives prenant l'expression de consommation importante d'alcool et/ou de stupéfiants. Les spécialistes de ces troubles précisent que les institutions prenant en charge l'éducation des jeunes, ne doivent pas se laisser enfermer dans ces comportements répétitifs où l'adolescent s'avère incapable du moindre contrôle pulsionnel, et que des consultations auprès de spécialistes sont indispensables dans les délais les plus rapides. Cette déclaration d'intention se heurte aux difficultés de prise en charge par le secteur psychiatrique infanto-juvénile en intra ou extra hospitalier, difficultés que nous examinerons dans la deuxième partie.

1.2 Adolescents difficiles : à la recherche des « cases introuvables »

La sémantique employée dans l'analyse de ce problème témoigne de la complexité de la question. Avec l'évolution de la recherche sont apparues de nouvelles formes de pathologies qui dépassent la conception classique de la pathologie mentale (1.2.1). Les dispositifs, pensés pour accueillir un certain type de public, sont poussés à l'épreuve de nouveaux profils qui ne rentrent pas dans les cases traditionnelles (1.2.2).

1.2.1 Les troubles psychiatriques : un réel problème de santé publique

Les troubles mentaux témoignent d'une préoccupation grandissante pour les autorités nationales mais aussi internationales, qui, depuis les années 1990, mettent en place des programmes et des politiques de prise en compte de la santé mentale de la population en général mais plus encore des publics vulnérables comme les enfants et les adolescents. A ce propos, l'OMS a décidé de faire de l'année 2001, l' « Année de la santé mentale ». Selon cette instance, les maladies mentales sont en progression dans tous les pays du monde et représentent aujourd'hui 11% de l'ensemble des maladies¹. Une plus grande attention à la souffrance psychique, les progrès cliniques et l'ouverture de nouveaux champs de recherche sont à l'origine de l'augmentation des diagnostics. En France où le taux de suicide est le plus élevé d'Europe chez les 15-24 ans (40 000 tentatives de suicides, 800 décès, environ), la fréquence des états dépressifs chez les adolescents, 7,5 % pour les garçons et 22,5 % pour les filles, ainsi que la fréquence des conduites violentes et addictives, vont de pair avec la montée des prises en charge. En effet, la file active (nombre de personnes vues au moins une fois dans l'année par une équipe de secteur) dans les structures publiques de psychiatrie infanto-juvénile était en 1997 de 380 000 enfants et adolescents, ce qui constitue une augmentation de 19 % par rapport à 1995 et de 49 % par rapport à 1991².

Ces données ne portent que sur les enfants et les adolescents pris en charge par des structures soignantes. La situation semble d'autant plus préoccupante en ce qui concerne la souffrance psychique, voire les troubles psychiatriques caractérisés, pour tous ceux qu'aucune structure n'a pu prendre en charge faute de capacité d'accueil et de personnel adapté. L'analyse fait apparaître des écarts considérables entre les besoins exprimés et les capacités de satisfaire ces demandes de soins (réponses en terme de prise en charge sanitaire), lesquels se manifestent par des listes d'attente, des refus de prise en charge, des maintiens en établissements sociaux, notamment en MECS ou Foyers de l'Enfance, d'enfants malades, déscolarisés, en grande détresse psychique.

¹ Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde, 2001, *La santé mentale, nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Consultable sur Internet : www.who.int

² Etudes et résultats de la DREES. *Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile*. Rapport n° 341, septembre 2004. 11 p. Consultable sur Internet : www.sante.gouv.fr

Le Docteur Betty BRAHMI nous explique que la notion de psychopathie est une notion fourre-tout peu satisfaisante : « On s'aperçoit que derrière les passages à l'acte, il y a quasiment tout le temps une souffrance majeure, avec une espèce de vide quasi psychotique où l'on a l'impression que le passage à l'acte est la seule expression identitaire »¹.

Lors d'une étude réalisée en 2003, l'INSERM précise qu'il existe une forte prévalence des troubles mentaux. « Un enfant sur huit souffrirait d'un trouble mental en France. Qu'il s'agisse d'autisme, d'hyperactivité, de troubles obsessionnels compulsifs, de troubles de l'humeur, d'anxiété, d'anorexie, de boulimie ou de schizophrénie, ces troubles peuvent avoir un retentissement considérable sur le devenir de l'enfant. ».

Dans son rapport remis au Sénat en 2003, J.L. LORRAIN précise que « si un enfant sur huit souffrirait d'un trouble mental, cette proportion devient de un sur cinq chez les adolescents. Ces troubles sont majoritairement de deux ordres : émotionnels (troubles anxieux et de l'humeur) et comportementaux (hyperactivités et oppositionnels) ».

Différents rapports, notamment le rapport du Haut Comité de Santé Publique sur « la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes » publié en 2002, celui de J.L. LORRAIN présenté au Sénat en 2003, relatif à la question des adolescents en crise, enfin celui de l'IGAS pour l'année 2004 portant sur la prise en charge des adolescents souffrant de troubles psychiatriques, investissent la question de la santé mentale des adolescents en grande difficulté.

En outre, une circulaire conjointe de plusieurs directions administratives nationales, à savoir, la DGAS, la DGS, la DHOS, la DPPJ, vient mettre en perspective les limites, les contraintes relatives à la prise en charge des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté, et proposer des adaptations afin d'optimiser la coopération entre tous les acteurs d'une prise en charge globale.

¹ Les propos du Docteur Betty BRAHMI, tenus dans le cadre d'une recherche-action, intitulée « propositions cliniques pour les jeunes auteurs d'agressions ou de violences », sont cités par les auteurs du rapport n° 2004-027 de l'IGAS p. 15. Rapport sur la prévention et la prise en charge des adolescents et des jeunes adultes souffrant des troubles psychiatriques. février 2004, 125 p. Disponible sur Internet : www.social.gouv.fr

1.2.2 Le placement en MECS : un cadre inadapté ?

A) L'institution sociale, une contenance thérapeutique ?

WINNICOTT précise le rôle de l'institution dans le soin des troubles psychiatriques :
« Le facteur commun de tous les symptômes observés dans des actes antisociaux est leur caractère incommode, une grande partie de la motivation est inconsciente, mais pas nécessairement la totalité ; ce caractère incommode est aussi au mieux un trait favorable indiquant à nouveau une potentialité de recouvrer l'union des pulsions libidinales et de motricité qui avait été perdue (le lâchage massif et brutal des défenses addictives avec retrait et isolation est en effet de très mauvais pronostic), c'est parce qu'il a existé à un moment une bonne expérience primitive (qui a été par la suite perdue) que l'enfant est devenu capable de percevoir que la cause du malheur réside dans une faillite de l'environnement ; aussi il exige de l'environnement qu'il lui offre le remède ; l'environnement devra être mis constamment à l'épreuve, pour s'assurer qu'il est capable de supporter le comportement agressif, de prévenir ou de réparer la destruction, de reconnaître l'élément positif dans la tendance antisociale, de réifier le cadre qui a été brisé, de fournir et de préserver l'objet qu'il faut chercher et trouver ; c'est la stabilité nouvelle de l'environnement qui a une valeur thérapeutique ».

Cette fonction contenante de l'environnement est rapidement dévolue par la société à l'institution soignante au sens large qu'elle soit psychiatrique ou sociale. En effet, les MECS jouent cette fonction de contenance pour des adolescents qu'elles accueillent et qui peuvent présenter des troubles psychiatriques. Ces institutions sont dans leur rôle puisqu'elles accueillent des jeunes dont la moralité, l'éducation, la santé et la sécurité étaient en danger au sens de l'article 375 du Code civil, à savoir que le non respect de ces principes, par ses représentants légaux, exige une mesure de protection, l'enfant étant confié à la garde du Président du Conseil Général.

La question qui vient à l'esprit, en analysant le rôle accordé par WINNICOTT à l'institution, c'est de se demander jusqu'à quel point la MECS est une institution contenante, jusqu'à quel point l'environnement institutionnel est capable de supporter le comportement agressif de jeunes souffrant de troubles psychiatriques, de supporter l'épreuve de la violence, de la dégradation, de la mise en échec de l'accompagnement éducatif, de l'incompréhension de ses conduites.

Les éducateurs spécialisés acceptent les débordements raisonnés dus à la grande souffrance psychique, mais se trouvent désemparés devant l'incompréhension que suscitent les passages à l'acte, souvent jugés, irrationnels, de jeunes souffrant de troubles psychiatriques.

Le risque pour l'institution est de sombrer dans le rejet inconscient de ces jeunes qui n'adhèrent pas au travail éducatif classique dont le but est de permettre la restauration de la personne, la création de repères à travers un projet personnalisé lui permettant d'accéder à une « normalité sociale ». A ce stade, il faut souligner la propension qu'ont les adolescents à se faire désinvestir, la répétition de passage à l'acte et l'attaque directe du cadre protecteur ou contenant contribuent rapidement à les faire rejeter. C'est ainsi qu'ils commencent leur longue et bruyante marche vers l'inexorable catégorisation impossible, malades mentaux pour ne pas dire psychopathes¹, jeunes inadaptés, jeunes en danger, jeunes dangereux pour ne pas dire délinquants, ils relèvent de toutes ces catégories sans trouver une place certaine, sécurisante et apaisée, dans celle qui paraîtrait la plus adaptée, la MECS. Ils deviennent après avoir brûlé les mains du monde social et médico-social, créé une chaîne ininterrompue de solidarité sociale, et provoqué nombre de conciliabules sur l'état de notre pauvre monde social, ces fameux « incasables » d'aucuns s'indignent du sort réservé à ces nouveaux exclus du jeu social.

Le placement dans une MECS, inévitablement sous contrainte, représente une intrusion dans un environnement normatif et culturel étranger, peut provoquer une certaine violence symbolique et susciter en retour une contre violence. Inscrit dans un processus qui perturbe son rapport aux autres et au monde qui l'entoure, l'adolescent peut répondre à cette injonction paradoxale – cadre protecteur d'un côté et insécurité du fait de la nouveauté de l'autre - par un mode d'action violente aut centrée ou extériorisée avec une intensité variable selon le degré d'attaque symbolique ressenti lors du placement.

Dès lors, pour canaliser cette violence qu'exprime ce refus du système d'enfermement, l'institution doit la rendre tolérable, en facilitant l'expression de la contestation dans un cadre et selon des modalités respectées et respectables. Ce peut être dans le cadre de soutien psychologique classique en tête à tête, ou bien lors de groupes de parole ou bien encore à l'occasion d'ateliers thérapeutiques. Par exemple, la psychologue du foyer François Constant a souhaité, en parallèle de la méthode classique de soutien psychologique en tête à tête, mettre en place un atelier marionnettes fonctionnant en deux étapes : confection et réalisation.

1

Cet atelier collectif est un outil d'aide à la verbalisation et à la représentation symbolique. Les enfants travaillés par une certaine violence contenue et latente peuvent trouver en ce lieu un exutoire pour manifester leur souffrance, à travers des jeux de scène qui peuvent être marqués, à certaines occasions, par une certaine violence symbolique, mais toujours dans les limites considérées comme acceptables pour la vie institutionnelle.

A ce propos, il convient de discuter l'idée de l'enferment symbolique. L'institution vient se substituer à la famille carencée pour apporter au jeune un cadre protecteur qui permet son développement et sa marche vers la condition d'adulte responsable et autonome. Cette suppléance est parfois vécue comme un enlèvement, un arrachement de son milieu naturel. Le manque de discernement provoqué par des troubles psychiques, le besoin de construire et d'idéaliser des parents adéquats, rend l'institution « mauvaise », responsable de ses souffrances, et par la même hypothétique le travail de prise en charge éducatif.

« L'institution MECS » ayant comme mission de protéger contre la violence psychique ou physique parentale et d'apporter soutien et restauration aux jeunes accueillis, peut-elle rendre tolérable et acceptable une violence impalpable, soudaine et irrationnelle comme en témoigne la situation de E., jeune fille accueillie au Foyer François Constant ? Arrivée en urgence, ayant des relations familiales conflictuelles, cette jeune fille, âgée de 16 ans se situe dans la toute puissance et présente une certaine intolérance à la frustration. Jusque là, elle ne présente aucun signe pouvant la distinguer d'une autre jeune fille de son âge présentant des carences affectives et éducatives la plaçant dans une certaine souffrance psychique. Sauf que pour un prétexte anodin, apparemment l'intrusion dans sa vie socio-professionnelle, elle agresse physiquement son éducatrice référente avec violence sans que ce comportement ait été prévisible et rationnel. Outre le choc qu'a pu représenter cette véritable agression physique – l'éducatrice ayant bénéficié de plusieurs jours d'arrêt maladie - dans laquelle l'institution s'est sentie atteinte, les membres de l'équipe éducative se sont trouvés insécurisés dans leurs pratiques, mais aussi dans l'incompréhension et le rejet de ces conduites dont ils ne saisissent pas les ressorts, les logiques.

La modalité qui témoigne bruyamment de ce refus de l'institution est signifiée dans le passage à l'acte. Il s'agit d'un mode expressif qui témoigne d'un refus de toute frustration, imposition, intrusion dans leur vie psychique. Les équipes perçoivent mal ce comportement puisque remettant en cause d'une part l'objet même de l'accompagnement éducatif, et, d'autre part, l'objet même de l'institution qui est de protéger les jeunes accueillis.

Insécurisés dans leur pratique, les professionnels doivent saisir les ressorts du passage à l'acte pour les communiquer à l'adolescent, qui ne cherche pas forcément à être compris mais à être contenu. Ce faisant, les membres de l'équipe éducative cherchent à gérer le passage à l'acte. Certes, l'équipe peut servir de contenant psychique mais *quid* de méthodes plus adaptées à ces troubles qui passeraient par exemple, par la contention physique de jeunes en état de crise, tout en tenant compte des limites posées par la législation. Cette réponse par l'agir semble revêtir pour les adolescents accueillis en MECS un caractère systématique, produisant un malaise dans l'équipe n'ayant pas le matériau pour gérer le passage à l'acte paroxystique que peut représenter la crise.

Pour Philippe JEAMMET, le passage à l'acte semble être une nécessité de l'économie psychique du patient qui s'impose afin de sauvegarder une identité menacée. L'essentiel de la pathologie psychiatrique ne se situe pas dans un conflit et une souffrance intra psychique, mais dans des comportements extériorisés et directement adressés à l'entourage. Le passage à l'acte est bien intégré dans la clinique développée en MECS. Considérés comme des attitudes normales quand il s'agit d'un comportement agressif en réponse à une situation particulièrement angoissante, ces comportements deviennent incompréhensibles, notamment lorsqu'ils ressortent d'une violence irrationnelle et qu'ils s'inscrivent dans une normalité quotidienne.

La question des passages à l'acte et des difficultés rencontrées par les équipes pour les gérer, notamment lors de graves crises de comportement, renvoie à la question de la motivation et de la cohésion de l'équipe éducative dans la prise en charge d'adolescents souffrant de troubles psychiatriques, et donc par définition relevant d'un dispositif sanitaire. Cette question apparaît fondamentale notamment dans sa dimension contenante. En effet, la possibilité de différenciation des membres de l'équipe éducative par l'adolescent souffrant de troubles, et, son corollaire, la multiplication des liens distincts, est tout aussi importante. Cette médiation aménageant un espace transitionnel où la qualité relationnelle et la sécurité affective permettent de contenir, voire d'intégrer le trouble psychiatrique. A ce stade, il s'agit d'éviter deux écueils majeurs dans la prise en charge d'adolescents difficiles : la séduction complice vécue de manière intrusive par les adolescents, et l'éducation rigide source de maîtrise sur eux insupportable.

- B) Les « incasables », symptôme des difficultés de la prise en charge des adolescents.

Ceux que l'on appelle exclus au mieux, et « incasables » au pire, semblent susciter de la part de la société des solutions extrêmes et inadaptées : réouverture des centres fermés... On peut en rencontrer dans le cadre de la PJJ ou de l'ASE. La réponse éducative trop souvent exclusive risque alors de méconnaître ou de ne pas devoir traiter les aspects psychopathologiques, et ne peut permettre à elle seule une reprise du processus d'adolescence. La prise en charge des adolescents dans les MECS peut permettre d'établir une « relation objectale » qui est une étape nécessaire à l'établissement d'un cadre soignant. C'est alors que s'inscrit l'importance de l'articulation de l'intervention éducative et du soin qui permet un accompagnement dans l'élaboration psychique de ces conduites agies.

Quand un directeur de MECS accepte d'accueillir un jeune relevant du secteur spécialisé souffrant de troubles du comportement, enfant au domicile rejeté ou renvoyé car la manifestation de ces troubles provoquent des « comportements antisociaux », avec des passages à l'acte dangereux au sein du précédent établissement, il accepte un enfant qui a manifestement sa place au sein d'une MECS puisque confié à l'ASE. Ses responsables acceptent, au nom du Président du Conseil Général, de prendre le risque que ces mêmes « comportements antisociaux » mettent en danger les autres jeunes accueillis, ainsi que le personnel non formé à la prise en charge des troubles psychiatriques. Cette dernière relèverait préférentiellement des établissements spécialisés ou des secteurs psychiatriques. L'accompagnement du jeune se fait par défaut et ne produit pas la prestation de qualité qu'est sensé faire valoir tout usager pris en charge par un établissement social.

Alors, certes, ces adolescents relèvent du dispositif de l'enfance en danger et sont accueillis à ce titre dans des MECS ou FDE pour une prise en charge éducative, mais les troubles qui les gouvernent déstabilisent les pratiques des professionnels d'autant que la prise en charge éducative classique est souvent obérée par les efforts déployés quotidiennement pour éviter la survenue de crise. Ces remarques nous amènent à nous interroger sur l'essence même de la fonction des MECS qui sont missionnées pour protéger le jeune des conséquences de ses difficultés, en lui proposant un cadre protecteur, un cadre éducatif, une aide à la restauration de son moi narcissique, et en l'inscrivant dans une dynamique de socialisation à travers un projet personnalisé.

Les MECS remplissent-elles leur fonction de protection, de restauration des failles narcissiques du sujet, de construction d'un sujet responsable et autonome capable d'entrer sans difficultés majeures dans la condition d'adulte ? N'apparaissent-elles au titre de l'accompagnement des adolescents souffrant de troubles psychiatriques que comme un lieu partiellement inadapté ? La relative absence de méthodologies de compréhension psychopathologique des troubles, de traitement de la crise, le refus d'accepter la maladie mentale en tant que différence faisant partie intégrante de l'histoire personnelle du jeune, de sa construction psychique, ne les rendent-elles pas potentiellement maltraitantes, notamment sur un plan symbolique ?

1.3 Conclusion partielle

L'adolescence, comme nous l'avons exposé, est une période transitoire productrice de souffrance psychique. Cet état, lorsqu'il touche des adolescents très vulnérables, fragilisés par une histoire personnelle traumatisante comme ceux accueillis dans le cadre de l'enfance en danger, peut générer des troubles psychiques, qui peuvent s'apparenter à ce que l'on appelle des « pathologies limites » ou plus rarement à des maladies mentales caractérisées. Ces adolescents décrits successivement comme « en difficulté » ou « particulièrement difficiles »¹, traduisent ambivalence et désarroi chez les intervenants des champs social et médico-social. Considérés comme des sujets en besoin de sollicitude et d'accompagnement, mais dans un même temps, rebelles aux aides socio-éducatives comme aux soins, menaçant par l'expression quasi systématique de leur violence l'action des professionnels, ils mettent en échec tous les projets et tentatives éducatifs et provoquent le rejet des professionnels impuissants, épuisés face à la manifestation de ces troubles psychiatriques.

Les dispositifs semblent être en grande peine pour offrir des soins à ces adolescents qui arrivent à des situations extrêmes, mises en danger d'eux-mêmes, suicides, passages à l'acte violent, troubles très graves du comportement, jeunes que l'on ne parvient ni à soigner, ni à contenir issus dans la plupart du temps de famille où aucune prévention n'a pu être effectuée.

¹ CHANCEAU Claude. Médecin psychiatre, chef de service des hôpitaux, spécialisé dans la prise en charge des mineurs en grande difficulté – Actes du séminaire Santé-Justice 25 et 26 mai 2000, Ministère de la Justice et Ministère de l'emploi et de la solidarité, secrétariat d'Etat à la santé et aux handicapés.

N'étant pas assez « fous » pour relever d'une prise en charge sanitaire, et trop malades pour relever exclusivement d'une prise en charge socio-éducative, ces adolescents connaissent une « errance institutionnelle », fréquentant de multiples institutions, sans pour autant qu'aucune ne leur soit complètement adaptée. Les professionnels de chacun des secteurs concernés par l'accompagnement des adolescents « difficiles » se renvoient la responsabilité de la prise en charge, tout en s'accordant sur la nécessité de coordonner les actions de tous les partenaires, engagés en cela par des directives nationales incitant à la coordination des dispositifs¹ et à la coopération des différents acteurs pour l'effectivité d'une prise en charge globale des adolescents : éducative, judiciaire, sociale et sanitaire.

Aussi, par comparaison au comportement de ces jeunes dont on dit qu'il est inadapté, l'inadaptation du système et des dispositifs de prise en charge des adolescents souffrant de troubles psychiatriques pourrait être évoquée. Entre coopération et concurrence, les différents dispositifs de prise en charge des adolescents ne semblent répondre qu'imparfaitement à l'émergence d'un nouveau besoin, celui de la prise en charge globale d'adolescents qui cumulent difficultés sociales et troubles psychiatriques.

¹ DIRECTION GENERALE DE LA SANTE, 2002. – *Circulaire conjointe DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n°2002/282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiatriques des*

2 LES DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES : UN LONG CHEMINEMENT ENTRE CONCURRENCE ET COOPERATION

La société est traversée par de grands bouleversements qui déstabilisent les modèles d'organisation et de division du travail. Médiatisation générale de l'action publique, judiciarisation, marchandisation des services, crise relative du management décisionnel, développement d'une politique de l'évaluation, contribuent à repenser les dispositifs sanitaire, social et médico-social. Face à ses exigences porteuses de mutations, ces différents secteurs, malgré la rénovation de leur cadre d'action, traversent une crise organisationnelle (2.1). Celle-ci se traduit concrètement, dans le domaine de la prise en charge des adolescents souffrant de troubles psychiatriques, par des défaillances en terme de coopération et d'articulation de l'action des acteurs concernés (2.2).

2.1 La rénovation des champs d'action miroir des mutations sociales

2.1.1 La rénovation du secteur de l'Enfance en danger ?

A) Des difficultés contemporaines dans des schémas organisationnels anciens.

1) L'émergence d'un décalage entre missions et « profils sociaux »

Les services de l'ASE, service dépersonnalisé du Conseil Général, se voient confier la mission de protéger les enfants et adolescents en situation de danger dans leur milieu de vie naturel, victimes de carences éducatives et affectives parfois d'abus sexuels et de mauvais traitements, en situation de quasi abandon. Le Président du Conseil Général, chef de l'exécutif départemental, s'appuyant sur les dispositions de l'article 375 du Code Civil qui prévoit que « *Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice à la requête des père et mère conjointement, ou de l'un d'eux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié ou du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public [...]* », dispose de plusieurs modalités pour mettre en œuvre ces missions d'aide sociale.

enfants et des adolescents en grande difficulté. Disponible sur Internet : www.legifrance.gouv.fr

De manière préventive, des actions de protection sont mises en œuvre afin de garantir ces enfants contre les comportements de leurs parents dans leur milieu de vie familial, et ce lorsque la situation le permet. Lorsque ces mesures d'AEMO ne permettent plus la protection des enfants, ces derniers sont retirés de leur milieu pathogène, et placés en fonction de leur profil dans une famille d'accueil ou un établissement, spécialisé dans la prise en charge des difficultés sociales et familiales de ces jeunes, dispositif dans lequel les MECS mettent en œuvre leur technicité. Les plateaux techniques de ces établissements, la compétence des personnels socio-éducatifs ont été pensés et orientés vers des prises en charge « à caractère social », c'est-à-dire dans le but de protéger l'enfant, victime de carences tant éducatives qu'affectives, parfois, de maltraitements plus ou moins importantes tant physiques que psychiques. Les évolutions sociales et familiales participant à la dégradation de la santé mentale des adolescents vulnérables, notamment ceux accueillis dans le cadre de la protection de l'enfance en danger, ont précipité l'émergence d'un nouveau profil d'enfants et d'adolescents très souvent atteints de troubles graves de la personnalité.

La souffrance psychique de ces adolescents s'exprime à travers une altération de leurs relations sociales et de leur comportement, pouvant conduire à des manifestations nécessitant des soins psychiatriques, même si ces difficultés psychiques, réelles et reconnues, ne rentrent pas toujours dans une grille nosographique psychiatrique traditionnelle. Leurs comportements, par exemple, leur violence à l'égard des autres ou à l'égard d'eux-mêmes ou leur capacité à déstabiliser le fonctionnement institutionnel, s'inscrivent dans des schémas organisationnels qui ne sont pas préparés à l'accompagnement de ces adolescents « dits difficiles », souffrant de troubles psychiatriques. Les équipes éducatives perçoivent assez justement les évolutions à l'œuvre tant au niveau macro social qui affectent valeurs, principes et institutions qu'au niveau micro social avec « les nouveaux profils » des adolescents qui obéissent difficilement aux schémas classiques des enfants « à caractère social ».

Ces changements entrechoquent les nouvelles exigences requises dans leurs pratiques professionnelles par la loi du 2 janvier 2002. L'intégration de nouveaux savoir-faire et savoir-être, imposée par ces adolescents souffrant de troubles psychiatriques, imprévisibles, anormaux, agressifs, incompréhensibles, ne peut se faire sans résistance, sans heurt, tellement l'effort d'ajustement entre l'évolution et les pratiques est intense et l'adaptation professionnelle douloureuse.

Au même titre que les autres institutions sociales¹, l'école, la justice, la médecine, le travail social traverse une crise de légitimation et d'adaptation aux nouveaux enjeux du changement social caractérisé par la transformation des valeurs analysée au prisme de l'individualisme : déclin des relations autoritaires, égalitarisme dans les rapports sociaux, renforcements des droits et libertés fondamentaux des individus, notamment de ceux des enfants, démocratisation des rapports entre l'administration et les usagers.

La rénovation de l'action sociale par la loi du 2 janvier 2002 témoigne de la volonté des autorités nationales d'adapter le secteur social, notamment celui de l'ASE, et de faire évoluer les pratiques professionnelles à l'œuvre. Pour cela, il apparaît nécessaire de recentrer le moteur de l'action sociale sur la satisfaction de l'utilisateur dans le respect de ses droits individuels, sur la capacité à remettre en cause ses propres pratiques dans le cadre de « *l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent* »², et, de créer dans une démarche de complémentarité, des actions de coopération entre institutions et secteurs institutionnels. Le cœur de notre problématique se trouve dans la réponse à ce dernier point, à savoir, dans la capacité des acteurs concernés à inventer des rapprochements afin de répondre de manière cohérente à l'objectif d'une prise en charge globale des adolescents souffrant de troubles psychiatriques.

2) *L'enchevêtrement de l'organisation administrative*

L'ASE s'inscrit dans les politiques sociales décentralisées, dispositif dérogatoire de l'aide sociale générale, relevant de la compétence du Conseil Général dont le cadre juridique, législatif et réglementaire, est défini par les autorités nationales, conformément aux principes constitutionnels de l'organisation politico-administrative de la France. Le champ de l'ASE a été transféré vers l'échelon décentralisé départemental. Il relève des Conseils Généraux depuis les lois de décentralisation des 23 juillet 1983 et 6 juin 1986 organisant le transfert des compétences de ce domaine. Les MECS, dans ce champ de l'aide sociale, sont un outil des politiques publiques de protection de l'Enfance en danger.

¹ Nous retiendrons l'acception qu'utilise François DUBET dans son ouvrage *le déclin de l'institution*. Il désigne par ce terme l'ensemble des structures sociales, telles qu'elles sont établies par la loi ou la coutume. Il retient, dans son analyse, celles qui mettent en œuvre le travail sur autrui, le travail consistant à éduquer : l'école, l'hôpital, le travail social, la justice... DUBET François. *Le déclin de l'institution*. Paris, coll. l'Épreuve des faits, Edition du Seuil, 2002, p.421.

² Article 312-8 du CASF relatif à la démarche d'évaluation dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

Elles font parti des institutions sociales et médico-sociales depuis la loi du 30 juin 1975 qui les fit entrer dans les dispositions réglementaires désormais communes à tous les établissements sociaux et médico-sociaux. La loi du 2 janvier 2002 vient confirmer et préciser cette appartenance. Les MECS se situent à un carrefour de plusieurs champs d'action, sphères sociale et médico-sociale, éducative et soignante, où l'exigence d'une coordination optimisée dans la conduite des politiques sociales entre des niveaux de compétences est de plus en plus prégnante, notamment à mesure où les réformes de la décentralisation entrent en vigueur¹. D'où résulte le rôle pivot que jouent les MECS dans la prise en charge des enfants en danger dans leur milieu de vie naturel, et ce, apprécié de manière prioritaire à leur état de santé mentale.

L'histoire de la structuration du secteur de l'Enfance en danger et de ses institutions sociales prenant en charge les enfants en danger, maltraités ou abandonnés influence la nature de l'organisation institutionnelle actuelle du secteur, ainsi que la qualité des intervenants. En effet, le secteur de l'ASE, comme les autres secteurs sociaux et médico-sociaux s'adosse, à côté d'un secteur public constitué d'établissements communaux ou départementaux, sur un maillage d'établissements associatifs relevant du régime juridique de droit privé. Les caractéristiques de la personnalisation juridique des établissements, privés – publics, autonomes – non autonomes, fonction publique territoriale des services du Conseil Général – fonction publique hospitalière pour les MECS publiques – régime juridique de droit privé et de droit public pour les MECS associatives participant à la mission de service public, dispositif de l'ASE défini dans un cadre juridique national – organisation et mise en œuvre au niveau local par les autorités décentralisées témoignent d'un enchevêtrement complexe des circuits de financement et de gestion.

Ce maquis organisationnel conditionne la conduite de l'action de ces établissements. Les responsables de ces structures sont pris selon la nature de leur positionnement institutionnel entre différents interlocuteurs dont les intérêts et les objectifs ne sont pas convergents, organisation différentielle qui risque de rejaillir sur la qualité de la prise en charge prônée par la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

¹ Il convient dans cette perspective de prendre en compte les enjeux que recouvrent l'application de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (voir pour son contenu et sa portée l'article d'ANDRE Sophie dans les ASH n° 2394 du 2 novembre 2005) et les incertitudes quant à la reconfiguration du secteur médico-social, son niveau d'organisation et de gestion que cette loi implique.

3) *Le dispositif de la protection de l'enfance en danger en mal de légitimité*

Dans un contexte global de repositionnement idéologique et stratégique, d'incertitudes quant aux conséquences de la deuxième phase de ce mouvement de recomposition politico-administrative engendré par la décentralisation, le dispositif de l'ASE s'attire la disgrâce de différents acteurs de la protection de l'Enfance, tant sur le point de son organisation administrative que sur son efficacité clinique. Après Maurice BERGER¹ qui égratigne sans ménagement le dispositif de la protection de l'enfance, signifiant son échec, au regard de l'inefficacité de sa mission première qui est de protéger l'enfant, c'est au tour de Daniel BOURLA qui dénonce « l'abandon » de l'accompagnement de jeunes suivis par l'ASE quand ils atteignent l'âge de la majorité, en invoquant la responsabilité de l'ASE comme cause des difficultés vécues par une catégorie d'enfants².

La litanie des critiques émaillant le système auréolé de l'image sainte de Vincent de Paul s'achèvera, dans cet exposé, par le constat sévère dressé par Mme Claire BRISSET dans son examen du dispositif de la protection de l'Enfance³, mettant en cause la faible lisibilité de l'extrême diversité des engagements départementaux, notamment, due à l'absence d'organisation concertée. Mme BRISSET déplore qu'« *il est quasiment impossible d'avoir une vision globale et cohérente de la manière dont le système de protection de l'enfance fonctionne dans son ensemble* », ce qui ne semble pas permettre à l'Etat d'exercer pleinement ses capacités de contrôle depuis la décentralisation. La gestion décentralisée des politiques départementales semble avoir généré des inégalités territoriales ainsi que d'importantes disparités dans la mise en œuvre de la politique de protection de l'enfance, « *chaque acteur semble trop vouloir fonctionner dans une logique propre* ». Ce manque d'encadrement des autorités nationales occasionne des dysfonctionnements dans le processus de prise en charge. Certains Conseils Généraux semblent pratiquer « *à l'excès des signalements au détriment des situations qui nécessitent un réel suivi judiciaire* », du fait notamment de la grande faiblesse des systèmes de recueil et de circulation de l'information, et des démarches d'évaluation, conséquence en outre du possible cloisonnement des services au sein d'une même institution.

¹ BERGER Maurice. *L'échec de la protection de l'enfance*. Paris, coll. Enfances, Dunod, 2003. p. 252.

² BOURLA Daniel. *Actualités Sociales Hebdomadaires*. 5 novembre 2004, n° 2380, pp.23-25.

³ BRISSET Claire. *Rapport annuel du Défenseur des enfants au Président de la République et au Parlement*. Paris, La Documentation française, 2004. p. 236.

L'information, dans le cadre de l'intervention sociale, à travers les études, enquêtes et rapports sociaux conditionne les éléments d'appréciation sur la situation du sujet, sur l'orientation qui en découle et sur la nature du projet personnalisé, support de l'accompagnement éducatif. A ces difficultés s'ajoute un dysfonctionnement qui touche spécifiquement les « adolescents difficiles » qui se trouvent ballottés entre des placements successifs, qui peuvent apparaître inadaptés, puisque reposant en partie sur une indication thérapeutique. Trop souvent encore l'enfant placé, pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance affronte une tragique instabilité, alors que l'on pourrait penser qu'offrir des repères fixes à des êtres en construction semble indispensable, notamment quand ces jeunes souffrent de troubles psychiatriques. « *Dépossédés d'un passé qu'on leur cache et privés d'un avenir qu'ils ne choisissent pas*, nous dit Pierre VERDIER, *ils sont déplacés de foyer en famille, de famille d'accueil en établissement social, d'établissement social en établissement spécialisé. Déracinés, morcelés, voici des êtres pour lesquels rien ne dure, et qui de ce fait ont du mal à se construire une identité* »¹.

Ces critiques, abruptes et que certains contradicteurs perçoivent comme étant sans nuances, peuvent être étendues à une micro analyse, dans le cadre du fonctionnement d'un établissement. En effet en Gironde, un certain nombre de placements concernant des adolescents souffrant de troubles psychiatriques apparaît inadéquat avec l'état sanitaire des jeunes. La DEF n'a de cesse de le rappeler avec force aux autres partenaires concernés par ce problème de santé publique dans le cadre de l'articulation de la prise en charge des « adolescents difficiles ». Ainsi, au Foyer François Constant, des difficultés relevées au niveau du département sont perceptibles malgré de réels efforts pour rationaliser la prise en charge : mise en œuvre d'un protocole d'accueil, d'un travail de réflexion sur le projet personnalisé, sur le sens de l'action éducative, les objectifs et les réponses apportées aux problématiques rencontrées dans le cadre du projet d'établissement. Que l'accueil se réalise en urgence dans le cadre du protocole départemental d'accueil immédiat, ou de manière préparée selon un protocole interne, les dysfonctionnements se situent soit au niveau du manque de préparation dans le cas de l'urgence, soit au niveau du manque de concertation au niveau de l'articulation de la prise en charge avec le partenaire essentiel dans le cas de troubles psychiques importants, le secteur psychiatrique.

¹ VERDIER Pierre. *L'enfant en miettes. L'Aide Sociale à l'Enfance : bilan et perspectives*. Paris, Dunod, 2004. 175 p.

L'exemple d'une jeune fille, A., 17 ans, accueillie en urgence au foyer François Constant, est parlant. Cette adolescente connaît un long parcours institutionnel. Placée dans sa petite enfance dans une famille d'accueil, A. est suivie par la psychiatrie infanto-juvénile de l'hôpital Garderose depuis l'âge de 8 ans. Après plusieurs ruptures de placement, A. est accueillie en urgence au foyer en 2004. Elle souffre de troubles psychiatriques qui ont nécessité plusieurs séjours en unité d'hospitalisation infanto-juvénile. Après une période d'observation et d'évaluation de ses besoins et de ses attentes, un projet personnalisé au sein d'un établissement médico-éducatif à orientation psychiatrique, lui est proposé. Celui-ci doit lui permettre, au vu de ses difficultés, de concilier des soins et une insertion socioprofessionnelle. L'état de santé mentale de la jeune fille n'a pu bénéficier d'une prise en soin psychiatrique, en ambulatoire et en institution, malgré les recommandations du médecin psychiatre traitant qui l'a reçue une fois durant son séjour au foyer. Cette petite histoire s'est dénouée de manière inédite. Des comportements de réelle mise en danger induits par ses troubles psychiatriques, ont précipité la rupture de son placement mais sans main levée. Un nouveau mode d'accompagnement souple était né, le placement institutionnel à domicile.

Certes, l'établissement ne répond qu'aux besoins exprimés par la Direction Générale Adjointe en charge de la solidarité (DGA), dont dépend la DEF chargée de gérer le dispositif de l'ASE. Ce dispositif est confronté à l'augmentation de la prise en charge de jeunes souffrant de troubles psychiatriques, rejetés, et rejetant les projets d'accompagnement éducatif. Certains « atterrissent », selon le constat établi par les responsables de la DEF littéralement dans la filière ASE, orientés par défaut par les établissements spécialisés, tels les ITEP, mis en échec par le comportement de ces jeunes « difficiles ». Il est intéressant d'analyser ce mécanisme, sachant que la Gironde est un département relativement bien doté en ITEP, structures qui ont la mission de prendre en charge des enfants qui relèvent de l'éducation spécialisée au titre des troubles du comportement et de la personnalité. A ce propos, l'exemple d'un ITEP girondin est significatif¹. Les responsables de cette institution ont mis en place un véritable détournement de dispositif, inaugurant un glissement de missions entre l'éducation spécialisée et la protection de l'enfance. Pratiques d'anticipations rationnelles ou professionnels désarmés ? Nous nous garderons de porter une analyse parcellaire et péremptoire.

¹ Les remarques suivantes sont issues d'entretiens avec un des responsables de l'ASE en Gironde.

Aussi, devant les difficultés rencontrées par certaines familles dans l'éducation de leurs enfants, notamment en fin de semaine lorsque cet ITEP ferme ses portes, les responsables les ont dirigé vers le dispositif de l'ASE, en méconnaissance de toute spécificité de filière, et de toute concertation préalable. Cette pratique témoigne, outre de la difficulté de communiquer entre institution et secteur, de la difficulté dans laquelle sont placés les professionnels spécialisés dans l'accompagnement des jeunes souffrant de troubles de la personnalité et des conduites.

Ces diverses considérations recueillies sur le terrain ou dans la littérature ne font que le constat amer de changements, difficilement acceptables, du fait de leur rapidité et instantanéité, que traverse la société dans son ensemble et par extension le champ social, notamment le secteur de l'Enfance en danger. L'évolution des profils des jeunes accueillis, l'apparition de la problématique psychiatrique, la déstabilisation des pratiques, la difficulté de gérer le placement en urgence, posent la question de l'inadaptation des dispositifs institutionnels.

B) La place de l'évaluation des situations d'adolescents souffrant de troubles psychiatriques dans la perspective d'une prise en charge globale.

Au-delà d'un caractère forcément troublant dès lors que l'on aborde la question de la souffrance des enfants, les remarques sur les défaillances ou les insuffisances constatées tant au niveau de l'observation sur le terrain, que dans la littérature, nous interpellent sur le registre de l'évaluation - ou plutôt sur sa relative absence - des actions entreprises, des prestations mises en œuvre, des résultats obtenus, de leur ajustement en cours d'accompagnement, ainsi que de leur suivi après la fin des mesures. A ce propos, Maurice BERGER¹ souligne, paradoxalement, qu'à côté d'une profusion de chiffres portant sur « *le nombre d'enfants en situation de risque ou de danger, le nombre de sévices, d'abus sexuels, leur augmentation ou leur diminution, [...], il n'existe aucun protocole d'évaluation des résultats des dispositifs de protection de l'enfance [...], rien n'existe sur l'état des enfants, alors que ce devrait être l'élément prioritaire à apprécier. Il n'existe pas non plus d'indication précise des caractéristiques des familles chez lesquelles on peut espérer un changement positif. La « mode » est au soutien de la parentalité, mais aucun texte n'en définit les indications, les limites ou n'en fournit les résultats.* ».

¹ BERGER Maurice. *L'échec de la protection de l'enfance*, p. 165.

Cette notion d'évaluation traverse le champ de la rénovation de l'action sociale et perturbe le système de valeurs des professionnels peu réceptifs à un concept qui renvoie à une rationalité axiomatique propre à l'idéologie dominante contextuelle, et à un outil de contrôle de leur efficacité. D'où les difficultés pour les porteurs de projets, au niveau d'une MECS, d'intégrer cette notion comme corollaire de la prestation imposée/proposée aux enfants, en tant que moyen permettant de réinterroger les pratiques éducatives, les références théoriques, l'action dans l'accompagnement en évaluant les progrès de l'enfant à partir de référentiels, protocoles ou guides de bonnes pratiques professionnelles. Mais à côté de l'évaluation des pratiques professionnelles nécessaires, tout le travail effectué en amont du placement semble souffrir d'un défaut d'évaluation.

C'est ce qui ressort d'un rapport conjoint entre l'IGAS et l'IGSJ¹ qui précise que les évaluations des situations des mineurs et de leurs familles sont majoritairement insuffisantes. Les missionnaires relatent la qualité assez médiocre des informations transmises à l'inspecteur de l'aide sociale – exécutant de la décision de placement et décideur en matière de choix de placement – ou des signalements adressés au juge des enfants – décideur en matière de placement judiciaire et donc de retrait de l'enfant de son milieu naturel. Les critiques portent sur *« l'absence de renseignements sur la situation économique et sociale de la famille, des approximations sur l'état civil des parents et des enfants, sur la géométrie familiale, des affirmations souvent à caractère psychologique mais rarement étayées par des faits précis, l'impossibilité de savoir si l'écrit a été réalisé à l'issue d'une évaluation pluridisciplinaire, l'absence de propositions alternatives »*.

Il est intéressant de mettre en parallèle cet état de fait et la tendance à l'accélération généralisée du temps de l'action publique, que l'on nomme le plus souvent dans le secteur social, l'urgence sociale, et qui semble devenir la temporalité acceptée comme norme de l'action. L'instantanéité des actions humaines conduit à réaliser telle activité dans un temps raccourci avec au mieux le même labeur à accomplir. Il n'est pas illusoire de penser que ce raccourcissement du temps de l'action impose de raccourcir le temps de sa préparation et par extension de réduire le temps de collecte des informations et l'importance des écrits pour que les inspecteurs et les juges, subissant une charge croissante de dossiers à traiter, aient le temps de les lire.

¹ NAVES Pierre, CATHALA Bruno. *Accueils provisoires et placements d'enfants et d'adolescents : des décisions qui mettent à l'épreuve le système français de protection de l'enfance et de la famille*. Rapport IGAS : IGSJ, juin 2000.

Il ressort du rapport que ces lacunes dans l'évaluation génèrent des conséquences importantes grevant par là même la qualité de l'accompagnement des jeunes placés : « *judiciarisation très rapide des situations, le juge étant placé dans la position du tiers qui aura le recul nécessaire pour apprécier la situation, évitant par la même l'économie de la dialectique administratif/judiciaire ; placements réalisés sans que soient étudiés suffisamment les parcours et les histoires du jeune ; représentations et projets différents selon les acteurs de l'intervention ; nombre important de placements en urgence* ». Il reste à espérer que ces propos sur le déficit d'évaluation appartiennent au passé comme nous y invitent les engagements de la loi 2002-2 sur la rénovation de l'action sociale et médico-sociale, s'agissant de la formalisation de l'évaluation en tant qu'outil participant à l'amélioration de la prise en charge¹.

La loi du 2 janvier 2002 a précisé la notion d'évaluation de l'action sociale, dispositions codifiées à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, dont le premier alinéa est ainsi rédigé : « *Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements ou de services, par un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, placé auprès du ministre chargé de l'action sociale. Les résultats de l'évaluation sont communiqués tous les cinq ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation [...]* ».

L'évaluation est un concept générique pour signifier un comportement rationnel et évident, qui sous-tend la nécessité pour tous les professionnels, le personnel éducatif dans son accompagnement au quotidien, le directeur dans sa fonction d'initiateur et de porteur de projets, de mesurer si les efforts consentis correspondent aux attentes espérées, autrement dit, si les objectifs assignés à un but ont produit les résultats attendus. Le droit dans le cadre du contrôle du bon fonctionnement de l'établissement, mais aussi la nécessité dans le cadre de la rationalisation des activités humaines engagées par la modernité, semblent intégrer l'évaluation dans la dimension managériale d'un établissement. Reste à espérer que les nouvelles générations, formées au changement induit par cet ensemble de mutations, puissent dépasser la représentation figée de la société et notamment de l'action publique analysée par Michel CROZIER².

¹ Article 22 de loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 relative à la rénovation de l'action sociale et médico-sociale.

² CROZIER Michel. *La société bloquée*. Paris, Editions du Seuil, 1994, troisième édition. 222 p.

Au-delà des difficultés propres au secteur de l'ASE, le problème de fond de la mauvaise adéquation de l'Offre et de la Demande de soins demeure avec en toile de fond les difficultés de la psychiatrie pour répondre aux sollicitations des établissements ASE, Foyer de l'Enfance et MECS. En effet, par exemple en Gironde, même si les conditions d'une coordination se mettent progressivement en place avec des acteurs de bonne volonté prêts à rechercher ensemble des solutions, personne ne semble compétent pour gérer le problème global et de fond de l'inadéquation de l'offre de soins pédopsychiatriques pour des enfants relevant partiellement ou complètement du soin psychiatrique, malgré un constat analysé et partagé par l'ensemble des acteurs concernés.

Cette remarque nous amène à examiner les éléments de résistance de la psychiatrie à assurer une prise en charge coordonnée des jeunes souffrant de troubles psychiatriques accueillis en MECS.

2.1.2 La recomposition du secteur psychiatrique

A) Une politique publique de l'effacement de la psychiatrie institutionnelle

1) *La psychiatrie publique souffre d'une organisation complexe*

Si la psychiatrie, née en tant que discipline autonome en 1969 à la suite du « Livre blanc de la psychiatrie », occupe une place reconnue dans le paysage médical, il n'en est pas de même pour la psychiatrie infanto-juvénile. Cette discipline souffre de l'insuffisance de prise en compte, observée par les différents rapports, enquêtes et études abordant le domaine depuis des années, de la santé mentale dans la politique sanitaire. De manière générale, parce qu'elle n'est pas considérée comme présentant un risque vital, la psychiatrie a souvent été financée en dernier. De surcroît, la réforme du service public hospitalier fait peser les ajustements structurels sur la psychiatrie.

Des commentateurs estiment que le système de soins français en santé mentale manque de lisibilité. En témoigne le questionnement autour de l'efficacité du secteur, outil structurant du projet de désinstitutionalisation de la psychiatrie. En France, la psychiatrie publique, qu'elle soit destinée aux adultes ou aux enfants, repose sur la sectorisation. La circulaire n° 340 du ministère de la santé publique, en date du 15 mars 1960, trace les grandes lignes de l'organisation en matière de lutte contre les maladies mentales. Mais, il faudra attendre les lois du 25 juillet et du 31 décembre 1985 pour que le découpage géographique par Zone de l'ensemble des départements français devienne une obligation légale. Le secteur psychiatrique est à la fois un contenu et un contenant.

Il se veut, d'abord, un outil de répartition des équipements dans le cadre d'un zonage afin d'assurer la proximité des soins, répondant, en cela, aux mêmes exigences que le secteur sanitaire classique. Il se veut ensuite un instrument fonctionnel qui permet à une même équipe pluridisciplinaire d'assurer la prévention, les soins et la réinsertion, avec une identité soignante permettant l'articulation entre l'hospitalier et l'extra-hospitalier, exprimant ainsi la notion fondamentale de continuité des soins.

Enfin, il exprime une philosophie de soins et une politique de santé mentale qui promeuvent la désinstitutionnalisation progressive ainsi qu'une démarche généraliste (non centrée sur les seuls symptômes). Chaque zone, appelée secteur, met en rapport un effectif de population avec une équipe pluridisciplinaire qui a la charge de la santé mentale de cette population, aussi bien au niveau de la prévention que de l'hospitalisation et des soins ambulatoires. La distinction entre les « secteurs adultes » et les « secteurs infanto-juvéniles », encore appelés intersecteurs se discrimine selon l'âge, moins de 16 ans pour ces derniers. Il convient de préciser que cette catégorisation a été aménagée par de nombreux secteurs au vu de leurs besoins et de leur fonctionnement, certains intersecteurs prenant en charge de grands adolescents et même de jeunes adultes jusqu'à 19 ou 21 ans. Chaque secteur est rattaché, soit à un centre hospitalier spécialisé, soit à un centre hospitalier, soit à un établissement privé, faisant part du service public hospitalier. L'objectif de cette organisation est de renforcer l'offre de proximité intra-hospitalière comme extra-hospitalière, concrétisant l'accessibilité et la continuité des soins. Il s'agit de permettre à toutes les catégories de la population d'être suivies tout au long de leur traitement par la même équipe soignante, et de rapprocher les usagers et leur famille du lieu du soin, en développant des alternatives à l'hospitalisation dans une démarche communautaire de la santé, dépassant la conception asilaire de l'hôpital psychiatrique traditionnel et surdimensionné.

Le secteur s'adosse outre les unités d'hospitalisation psychiatriques classiques sur diverses structures :

- Les centres médico-psychologiques, structures extra-hospitalières, rattachés à un hôpital, et, offrant des soins ambulatoires, constituent la base du dispositif.
- Les centres médico-psychopédagogiques offrent à côté des soins psychologiques, une prise en charge éducative.
- Les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel viennent en appui d'un CMP ou d'une unité d'hospitalisation à temps complet en offrant des soins ambulatoires à temps partiel.
- Les centres d'accueil et de crise accueillent, 24h/24, pour une courte durée des personnes en état de crise.

- Les services d'accueil en urgence ont la même fonction que les structures précédentes mais, à leur différence, sont principalement implantés dans les hôpitaux généraux.
- Les hôpitaux de jour accueillent des patients nécessitant des soins réguliers, et ce, à temps partiel.
- Enfin, les unités d'hospitalisation mère-bébé permettent l'hospitalisation conjointe lorsque des dysfonctionnements relationnels ou une dépression post-natale justifient une hospitalisation.

L'offre de soins et la répartition des moyens en fonction de la population sont distribuées selon une carte sanitaire déclinée selon deux outils territorialisés. Le schéma régional d'organisation sanitaire, le schéma départemental d'orientation posent à deux niveaux différents des objectifs identiques. Cette organisation complexe dépendant de différentes structures, partagée entre l'hospitalier et l'ambulatoire, relevant de deux outils de planification rencontre des difficultés en terme d'efficacité. Ces dysfonctionnements de l'organisation psychiatrique française sont relevés par la Cour des Comptes dans son rapport de 2000. La Cour insiste sur un manque de pilotage de la politique de psychiatrie au niveau national, sur une organisation des soins qui demeure trop cloisonnée et trop fortement centralisée. L'instance nationale regrette également un travail en réseau insuffisant, ce qui n'est pas sans rappeler le constat établi par la DEF en Gironde, concernant le manque de travail en commun entre les services de l'ASE et la psychiatrie publique.

Ainsi, l'offre de soins ne semble pas installée de manière optimale sur le territoire. En effet, on reproche au secteur un certain nombre de limites, notamment concernant un découpage qui apparaît :

- Artificiel car certaines villes sont coupées en morceaux, desservies par plusieurs secteurs voire plusieurs établissements ;
- Obsolète, le secteur n'ayant pas suivi les évolutions géo-démographiques de la société contemporaine ;
- Inégalitaire en terme de moyens et d'équipements ;
- N'intégrant pas le secteur privé ;
- Incohérent, par l'absence d'identité entre secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile, absence de relations avec le secteur social et médico-social.

Ce dernier point mérite d'être soulevé. En effet, il existe un défaut majeur de coordination entre les différentes institutions concernées par la prise en charge des « adolescents difficiles », lesquelles ont des tutelles différentes.

Les pédopsychiatres se trouvent au sein d'un réseau de partenaires qui n'ont de partenaires que le nom puisque chaque institution, ignorant les objectifs, le fonctionnement et les contraintes des autres, se trouve prise dans un jeu d'influences, et parfois, dans des conflits de pouvoir dont les adolescents font les frais. Ainsi, un jeune « en difficulté » peut se voir refuser une place à la fois dans une structure psychiatrique faute d'un trouble psychique grave et dans une structure de l'ASE au motif que celle-ci n'a pas les moyens et la vocation à s'occuper de « malades ». Le département de la Gironde, a créé afin de dépasser cette difficulté, la « commission des incasables » qui étudie la situation d'enfants dont aucune structure ne souhaite l'accueil. Le plus souvent, ce sont des « adolescents difficiles » ballottés entre foyers, centres d'urgence ou établissements sociaux et médico-sociaux, et que l'on cherche vraisemblablement davantage à contenir qu'à soutenir.

L'absence de vision globale des difficultés des jeunes et l'impossibilité d'apporter des réponses autres que fractionnées sont l'une des conséquences de ce cloisonnement entre les structures destinées aux adolescents.

2) *Le risque d'une désorganisation de la psychiatrie publique*

La thématique de la crise fait flore dans beaucoup de domaines ayant une dimension structurante de la vie collective. D'aucuns la présente, au vu des évolutions sociales et de ses propres transformations, comme étant sinistrée ou état de décomposition, du moins dans sa dimension hospitalière. Le Docteur Cazenave, médecin psychiatre et président de la Commission Médicale d'Établissement au Centre Hospitalier Charles Perrens, dénonce dans un article du journal Sud-ouest les problèmes rencontrés par la psychiatrie : le manque d'effectif, l'insuffisance du nombre de lits, la violence, les formations des soignants qui paraissent inadaptés. Cette tension sur les moyens génère des conséquences sur la qualité de la prise en charge. Ce professionnel, chargé d'un service de psychiatrie adulte déplore « *qu'au lieu de faire sortir des patients stabilisés, on fait sortir ceux qui vont le moins mal* » et « *qu'on pense à mettre des gens dehors et à externaliser les soins* » en faisant reposer, notamment, la prise en charge de ces malades par les travailleurs sociaux. Enfin, face aux évolutions de la politique de santé mentale, il s'interroge « *jusqu'à quel point peut-on ouvrir un hôpital psychiatrique sur l'extérieur, étant donné le faible nombre de structures alternatives existantes* ». Ces propos liminaires n'ont d'intérêt que de repositionner le problème de la prise en charge des jeunes souffrant de troubles psychiatriques sur le terrain des difficultés organisationnelles du secteur psychiatrique notamment dans ses deux dimensions, quantitative et qualitative, d'offre de soins. En effet, d'une manière générale, les moyens mis à la disposition de la psychiatrie en général et de la pédopsychiatrie en particulier, ne sont pas à la mesure du problème de santé publique soumis à notre analyse dans cette étude.

- Une démographie médicale problématique

En premier lieu, La démographie des psychiatres hospitaliers semble devenir problématique. En effet, malgré un nombre important de psychiatres, (12 000, soit un psychiatre pour environ 5000 habitants) qui situe la France au deuxième rang mondial, derrière la Suisse, pour le nombre de psychiatres par habitants, on assiste à la diminution du nombre de psychiatres. Un ensemble de facteurs atteste cette désaffection de la psychiatrie infanto-juvénile en particulier : une répartition géographique inégale entre psychiatrie publique et psychiatrie privée, en faveur de cette dernière, la carrière de praticien hospitalier en psychiatrie, notamment en psychiatrie infanto-juvénile, n'attirant guère de médecins, 8% des postes hospitaliers n'étant pas pourvus, le fait que l'on forme de moins en moins de psychiatres notamment pédopsychiatres (le numerus clausus est passé de 8000 dans les années 1970 à 3500 dans les années 1990), la diminution du nombre de psychiatres. L'une des conséquences de cette désaffection pour la psychiatrie est l'allongement des files actives et de la durée d'attente pour obtenir un rendez-vous qui atteint jusqu'à 6 mois dans certaines régions. C'est une situation qui semble répandue dans beaucoup de secteurs psychiatriques. Par exemple, nous avons rencontré dans une unité de pédopsychiatrie du centre hospitalier de Montpont, en Dordogne, un des responsables du pôle adolescent, un service de prise en charge ambulatoire, qui reconnaît qu'un délai de 4 mois est nécessaire avant la première rencontre.

En outre, certains médecins, mais aussi cadre de santé en psychiatrie, se posent la question de la formation et de l'implication de jeunes professionnels qui n'auraient choisi la psychiatrie que par défaut. En effet, s'agissant des infirmières, piliers des équipes psychiatriques, la réforme des études et de l'unification du diplôme d'Etat (DE) n'a pas favorisé les vocations psychiatriques. De l'avis partagé par certains professionnels rencontrés au cours de mon stage, peu de jeunes infirmiers choisissent de venir en psychiatrie, notamment en pédopsychiatrie, le travail avec les adolescents leur étant difficile. En témoigne, cette cadre de santé qui regrette que les jeunes professionnels, depuis la réforme du DE en 1992, ne sont pas formés aux méthodes d'analyse et de prise en charge psychopathologique. Elle remarque que *« l'ouverture du métier à des infirmiers « non psychiatriques » a entraîné une perte de connaissance, un problème de la transmission du savoir, [...], avec comme conséquence, de moins en moins de recherche de sens, de réflexion clinique, ce qui permet de s'interroger sur la pertinence de la formation clinique des élèves infirmiers »*¹.

¹ Propos recueillis lors d'un entretien avec un cadre de santé psychiatrique d'un service d'hospitalisation pour adolescents dans un centre hospitalier spécialisé d'Aquitaine.

- Des besoins en santé mentale insuffisants

En deuxième lieu, malgré l'augmentation globale des prises en charge, la couverture des besoins en santé mentale des adolescents apparaît insuffisante. Le manque de place est attesté par le rapport en 2000 du Défenseur des Enfants. En 2001, par exemple, 17 départements ne possédaient pas de structures d'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile. Les lits d'hospitalisation psychiatrique ont diminué de 40 % entre 1991 et 1997 en centre hospitalier spécialisé, avec pour conséquence l'engorgement des structures hospitalières. Cette situation est accentuée par les carences dans les structures ambulatoires. On peut légitimement se demander si des troubles légers non traités à temps, par des soins en ambulatoire, ne se transforment pas en pathologies lourdes ou en troubles pris en urgence en structures hospitalières. Les centres de crise pour adolescents, en plein développement, bien qu'insuffisants à l'heure actuelle (8 places à l'hôpital Charles Perrens pour toute la Gironde), sont également saturés. Il n'est pas rare qu'un adolescent, après une crise traitée aux urgences de l'hôpital général, passe plusieurs jours ou plus rarement plusieurs mois dans un service de pédiatrie faute d'une structure adéquate pour l'accueillir. Il ne peut dans ces conditions être pris en charge correctement sur le plan thérapeutique.

En effet, lors de mon stage, j'ai pu constater ces dysfonctionnements. Une jeune fille, L., de 16 ans, accueillie au foyer François Constant, souffrant de troubles de la conduite, a été prise en charge, après plusieurs passages au service d'urgence du centre hospitalier général Robert Boulin (Libourne, 33) en raison de crises de décompensation, dans un service pédiatrique de la même structure. Aucune prise en charge psychiatrique n'a pu se mettre en place avec le secteur de l'hôpital Garderose rattaché au centre hospitalier Robert Boulin, et ce malgré l'insistance de la direction et de la psychologue du foyer. Certes, après des récurrences de conduites la mettant gravement en danger, plusieurs semaines après les premières crises, et grâce à des trésors d'imagination, de patience et de sollicitations du corps médical de la part du personnel éducatif et de la psychologue de la structure, une hospitalisation a été réalisée dans un service de pédopsychiatrie dépendant d'un autre secteur (Cadillac, 33). La situation de cette jeune fille, qui n'était pas la plus préoccupante, n'est pas isolée. En effet, l'histoire de cette adolescente, A., de 17 ans, illustre fort bien les tensions qu'il existe entre les besoins en santé mentale et l'offre de soins insatisfaisante. Arrivée en 2004, sa situation nécessitait une prise en charge psychiatrique. Même si elle était connue du service de psychiatrie infanto-juvénile de l'hôpital Garderose, ayant bénéficié depuis son enfance de soins constants, aucune action de soutien psychothérapeutique, en concertation avec le foyer, du fait du manque de place, n'a pu être mise en place.

De même, lorsque elle développa des comportements incohérents, dangereux pour elle-même, l'amenant par la suite à subir des sévices sexuels, aucune hospitalisation, même si le pédopsychiatre qui la suivait en convenait, n'a pu être réalisée. D'autres directeurs de MECS girondines, ainsi que d'autres professionnels de services psychiatriques à Bordeaux (33), à Bergerac (24) et à Montpont (24) ont pu confirmer cette situation.

B) Une représentation sclérosée de la maladie mentale

A travers les remarques des professionnels du secteur de l'ASE circulent des représentations, des a priori et des perceptions négatives de la psychiatrie. Ces jugements accèdent à une méconnaissance de l'efficacité des soins psychiatriques. La psychiatrie est trop souvent regardée comme une médecine impuissante ou alors, à l'inverse, toute puissante. Du fait du mystère qui entoure la maladie et sa guérison, les médecins psychiatres sont considérés par les équipes éducatives comme des chamanes qui par la pensée magique vont réussir et guérir là où le travail éducatif a échoué. En outre, les incertitudes scientifiques qui entourent encore la maladie mentale, s'agissant tant de son étiologie que de son traitement, ou encore les débats des spécialistes sur l'opportunité des nouveaux classements des troubles mentaux, sont trop souvent assimilées à une impuissance et un manque de professionnalisme des psychiatres. Du fait de l'imprévisibilité de l'évolution des troubles chez les adolescents, les psychiatres refusent par méfiance de poser un diagnostic trop précoce par peur que celui-ci éloigne le jeune de toute insertion en milieu ordinaire. Même si une évaluation du jeune est réalisée, le retard dans le diagnostic peut générer des conséquences en terme de traitement.

Il existe, également, certains fantasmes vis-à-vis de la maladie mentale, notamment à propos de la dangerosité des malades mentaux. En effet, la maladie mentale fait peur, non pas à cause d'une dangerosité objective et objectivée mais à cause de l'étrangeté qu'elle suscite. Les Docteurs JOURDAIN-MENNINGER et STROHL-MAFFESOLI estiment, dans le rapport de l'IGAS réalisé en 2004, que les professionnels du secteur de l'ASE, qui ont l'habitude de travailler en milieu ordinaire avec des jeunes souffrant de troubles mentaux estiment que ce travail est largement positif et possible dès lors qu'ils collaborent avec une équipe soignante. Les professionnels qui ne connaissent pas les malades mentaux, qui n'ont jamais eu à travailler avec eux, les considèrent comme des cas à part, relevant d'un traitement particulier, comme l'internement par exemple. Alors que, dès que la dangerosité effective de certains adolescents souffrant de troubles psychiatriques serait prise en compte, et les risques contenus par une collaboration entre les MECS et les équipes soignantes, la peur devrait largement régresser.

Force est de constater, malgré tout, que même si la psychiatrie ne peut être tenue pour responsable des difficultés réelles s'agissant du traitement des adolescents souffrant de troubles psychiatriques, ce secteur jouit d'une mauvaise image auprès des professionnels des secteurs social et médico-social. A un ensemble de critiques : on assisterait à une fonctionnarisation des équipes ne recevant que sur rendez-vous, n'acceptant que les malades bien typés, des psychotiques stabilisés, la psychiatrie répondrait sur le registre de la victimisation : manque de moyens, de reconnaissance, dépeçage du secteur par le réseau, évolution vers la psychiatrisation du social, dévoiement du métier de psychiatre.

La critique de la psychiatrie est très forte, certains directeurs de MECS parlent de « non assistance à personne en danger », s'agissant du refus des équipes psychiatriques d'hospitaliser certains jeunes mettant à mal les pratiques institutionnelles, très violents et par conséquent « très malades ».

La rénovation du secteur social, notamment de l'ASE, et la recomposition du secteur psychiatrique, mettent en évidence un certain nombre de dysfonctionnements qui ne permettent pas de réaliser de manière optimale une prise en charge des adolescents souffrant de troubles psychiatriques, qui, respectant en cela les spécialités de chacun, se voudrait globale.

2.1.3 Les « relations inadaptées » entre la psychiatrie et l'ASE : une politique de prise en charge incohérente

Dans un rapport publié en février 2000¹, consacré à la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes, le Haut Comité de Santé Publique relevait l'existence d'un vide institutionnel dans notre système de santé et notre système social perceptible dès la fin de l'âge pédiatrique, qui ne prend fin qu'à l'âge adulte. Il n'est pas pensable qu'une telle situation puisse se pérenniser sans risque. Ce constat témoigne d'un besoin flagrant de structures d'accueil qui apporteraient aux adolescents en souffrance aide et soutien dans différents domaines de leur vie. Certes, des lieux ont été créés, mais leur nombre semble insuffisant.

¹ Haut Comité de la Santé Publique. Rapport au Ministre de l'Emploi et de la Solidarité du groupe travail sur *la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*. Février 2000.

Une modalité d'accueil pouvant répondre partiellement aux besoins ainsi exprimés réside dans les maisons de l'adolescence. La particularité d'une maison de l'adolescence tient à la multidisciplinarité du personnel, médecins, psychiatres, gynécologue, psychothérapeutes, cadres infirmiers, assistants sociaux, éducateurs. Elles peuvent prendre la forme d'un CATTP, d'une consultation ambulatoire et disposer d'une équipe mobile. L'intérêt de ces lieux, sans connotation psychiatrique et hospitalière, réside dans le fait que les jeunes souffrant de troubles psychiatriques y trouvent une occasion de prise de contact avec la psychiatrie. Le deuxième intérêt, et non des moindres, tient au travail de partenariat et de contractualisation des liens avec les foyers de vie. Néanmoins, la mise en place de ces maisons doit répondre à un schéma cohérent d'organisation des soins, et au contexte socioculturel et politico-économique du lieu de création.

La mise en échec de l'accompagnement éducatif des adolescents souffrant de troubles psychiatriques, du fait de comportements souvent violents peu compréhensibles pour les équipes éducatives provoque chez les professionnels un sentiment d'inquiétude et d'impuissance, et les amènent à se tourner vers les équipes de psychiatrie pour trouver des solutions. Or, il s'avère que ces équipes se jugent elles-mêmes souvent peu adaptées pour répondre – sans médiation et sans support extérieur – aux problématiques spécifiques de l'adolescence et aux besoins de ces mineurs, dont elles s'accordent pourtant à reconnaître la souffrance. Face à ce constat, il importe de situer la réflexion par rapport à des phénomènes de société qui doivent être intégrés, autant dans la stratégie de prévention que dans celle de prise en charge. Il s'agit de repenser les sphères de compétences institutionnelles éducatives ou psychothérapeutiques, non plus en terme de segmentation, mais en terme de complémentarité. Il apparaît donc important que différents professionnels de la santé, du secteur éducatif, médico-social et de la justice puissent se rencontrer et réfléchir ensemble sur les moyens de mettre en œuvre leurs compétences et leurs savoir-faire respectifs auprès de ces mineurs.

Or, on constate que les différents acteurs intervenants dans la prise en charge de jeunes souffrant de troubles psychiatriques ont encore beaucoup de mal à travailler ensemble. Il existe en effet à ce jour des clivages importants entre les différents secteurs. Il est intéressant de s'interroger sur la pertinence de formaliser un réseau, ce dernier ne fonctionnant que partiellement ou uniquement dans l'urgence.

Au-delà de ces constats généraux, nous pouvons présenter l'exemple du département de la Gironde dont le dispositif ASE semblerait rencontrer un certain nombre de difficultés liées au blocage de l'accueil et de l'orientation d'urgence auquel doit faire face le Centre Départemental de l'Enfance et de la Famille.

Le Foyer de l'Enfance – émanation du CDEF - a pour mission d'accueillir en urgence, d'observer et d'orienter des jeunes placés sur décision judiciaire ou administrative. Les responsables de la DEF, service du département dont dépend le CDEF, ont isolé les causes des difficultés à partir de l'analyse du blocage :

- une rotation insuffisante des places en MECS, celles-ci connaissant un engorgement du fait de places bloquées par des jeunes qui ne peuvent sortir, faute d'orientation.
- Une liste d'attente auprès de la CDES pour une entrée en ITEP et IME souvent infranchissable (l'enfant pris en charge par l'ASE attend plus longtemps que celui qui est dans sa famille).
- Une impossibilité de dresser une orientation satisfaisante pour un jeune qui a, à la fois, besoin de soins, sans devoir être hospitalisé, d'une éducation spéciale et d'une contenance affective et sociale, c'est-à-dire d'une orientation multi-facette.

Le dispositif est confronté à une augmentation considérable d'adolescents et de préadolescents qui ont des besoins de prise en charge qui ne peuvent plus relever exclusivement des moyens dont dispose l'ASE. Un médecin du CDEF décrit la symptomatologie de ces adolescents en mettant l'accent, entre autre, sur les troubles du comportement « *d'une rare violence allant la plupart du temps jusqu'au passage à l'acte : vols, destructions, coups portés aux éducateurs, auto mutilations.....* », et encore sur leur « *incapacité à dépasser les troubles consécutifs à la maltraitance dont ils ont été l'objet, entraînant notamment des troubles du comportement à consonance sexuelle qui perturbent encore plus considérablement le milieu d'accueil, pouvant conduire à des signalements* »¹.

Les orientations vers les autres institutions sont mises à mal par les jeunes à l'occasion de crises que les institutions d'accueil (ITEP, IME, service de psychiatrie, MECS) n'ont pas pu gérer et désamorcer. Dans ce cas, l'enfant revient au Foyer de l'Enfance. Certains pédopsychiatres affirment que les troubles psychiatriques qui nécessitent médication et contention relèvent du social, car la cause est identifiée puisque la maltraitance ou les carences psychoaffectives sont considérées comme la cause du trouble.

Au final, le retour vers le social semble aller de soi, comme si une équipe éducative de foyer, chargée d'accueillir en urgence, d'orienter à court terme, était à même de contenir un enfant maltraité par la vie, prendre en charge sa souffrance, sa violence, ses crises, au milieu des autres jeunes.

¹ Propos recueillis par le groupe de travail émanant de la DEF, en vue de la contribution aux travaux préparatoires de la Conférence sur la Famille en 2004 relative à la santé des adolescents âgés de 12 – 18 ans).

Le cas d'un jeune, adopté par une famille girondine, est significatif. Ce dernier, n'ayant pu entrer sans heurts dans l'adolescence, et ayant été abandonné une deuxième fois par ses adoptants, a décompensé si fort qu'il a dû être hospitalisé à 12 ans en psychiatrie adulte. L'incapacité de soigner la souffrance de cet enfant et la violence qu'il génère, de surcroît, hospitalisé dans un lieu inapproprié, conduit le psychiatre du service où ce dernier est soigné, à affirmer que le jeune relève du Foyer de l'Enfance, et, que, par conséquent, le secteur psychiatrique est dans l'incapacité de lui apporter de l'aide dans la situation présente.

En conséquence, il est patent que le dispositif d'accueil d'urgence ne remplit que plus ou moins bien son rôle et les missions spécifiques qui lui sont attachées. Les blocages au niveau d'un fonctionnement régulier du Foyer par des situations lourdes à gérer, comme les adolescents souffrant de troubles psychiatriques ont entraîné des modalités d'ajustement telles que la prise en charge des situations les plus lourdes en placement familial d'urgence ou en lieu de vie. Ce type d'accompagnement témoigne d'un amoindrissement des exigences professionnelles tant du point de vue éducatif que thérapeutique, comme si ces derniers pouvaient correspondre aux besoins soulevés par les comportements d'adolescents souffrant de troubles psychiatriques.

Ce blocage institutionnel, décrit par les responsables de la DEF comme étant susceptible d'entraîner de la maltraitance institutionnelle, a tenté d'être dépassé en engageant les partenaires du secteur de l'Enfance en danger à mettre en œuvre des réponses adaptées à ces nouveaux enjeux.

Un premier pas a été franchi, avec la mise en place en coordination avec la DDASS de Gironde, de l'Instance Départementale de Coordination en faveur des Mineurs (IDCM), appelée communément commission des « incasables ». Cette instance a la charge de mettre en réseau l'ensemble des partenaires, ASE, PJJ, CDES, médico-social, autour des dossiers spécifiques de jeunes pour lesquels les dispositifs semblaient inadéquats ou qui mettaient à mal ceux existants, lesquels pouvaient, à juste titre, apparaître adaptés. Ce rapprochement institutionnel entre les secteurs a permis de dégager des causes de blocages notamment d'origine organisationnelle. Par exemple, si la psychiatrie acceptait de se mobiliser, elle opposait systématiquement ses propres limites en terme de moyens et de places.

Aussi, la réflexion a été orientée sur le plan qualitatif. Puisque les changements sur le plan quantitatif se heurtaient à des stratégies nationales touchant à la réforme organisationnelle de l'hôpital en général, la décision a été prise d'optimiser le fonctionnement des dispositifs existants.

La circulaire conjointe du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiatriques des adolescents en grande difficulté¹ favorise une meilleure coordination des différents acteurs.

A ce propos, des négociations ont été entamées afin de favoriser une meilleure coordination entre les services du CDEF – dépendant du service de l'ASE - et de l'Hôpital Charles Perrens. Ce rapprochement, plus ou moins chaotique, devrait aboutir d'ici peu à la signature d'une convention entre les deux structures pour optimiser les prises en charge d'adolescents souffrant de troubles psychiatriques. La finalité de cette entreprise de coopération serait d'optimiser le fonctionnement des deux structures, notamment, en ce qui concerne l'amélioration de la circulation de l'information concernant les situations des jeunes fréquentant ces deux dispositifs, de la communication à travers les échanges sur les pratiques, les méthodes de travail, les limites et les contraintes, ainsi que la désignation de personnes ressources coordonnant les interventions de la psychiatrie vers le CDEF.

A travers plusieurs actions soutenues par la DEF, nous avons pu constater qu'en Gironde la DEF, qui a initié et soutenu cette initiative, inscrit cette démarche de coopération dans un ensemble plus global visant à dépasser les difficultés internes de la psychiatrie, notamment, l'absence de coordination entre les secteurs et les services, le manque de moyens ainsi que la mauvaise articulation avec le secteur médico-social en ce qui concerne la problématique de l'hébergement des jeunes souffrant de troubles graves du comportement.

2.2 Une collaboration incertaine dans la prise en charge des adolescents difficiles

Les nombreuses institutions et administrations en contact avec les adolescents sont trop souvent isolées les unes des autres. Cette dispersion est préjudiciable à l'efficacité de chacune d'elles. Des logiques de fonctionnement, travail en commun et collaboration entre les professionnels d'un même secteur, expliquent des résistances à la mise en place d'un réel engagement en faveur d'une prise en charge globale des adolescents souffrant de troubles psychiatriques (2.2.1).

¹ DIRECTION GENERALE DE LA SANTE, 2002. – Circulaire conjointe DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n°2002/282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiatriques des enfants et des adolescents en grande difficulté.

Les facteurs de blocage à la coopération et à l'articulation des dispositifs s'expliquent également par des logiques institutionnelles entre les professionnels des secteurs psychiatrique, judiciaire et social et médico-social (2.2.2).

2.2.1 Des pratiques professionnelles éprouvées par des logiques d'acteurs

A) Des logiques de positionnement différencié

Les professionnels d'une même structure, que ce soit un service de psychiatrie infanto-juvénile ou une MECS, mettent en commun leur savoir-être et leur savoir-faire pour une même finalité, l'accompagnement bienveillant d'un jeune en souffrance. Cependant, du fait du positionnement et de l'influence de chaque acteur dans le processus de l'action collective, de l'identité professionnelle de chaque groupe, du jeu de pouvoir qu'il développe, et du gain qu'il peut espérer en tant qu'acteur participant à une finalité idéale et en même temps rationnelle, chaque groupe professionnel en fonction de sa place dans le processus de participation à la décision va développer une stratégie propre, en posant des objectifs qui seront probablement différenciés pour ne pas dire en contradiction. Ce faisant, cette différenciation dans la conduite de l'action collective peut générer des logiques d'affrontement ou d'opposition variés pouvant conduire jusqu'à des dysfonctionnements perturbant la prise en charge des adolescents. Il existe plusieurs dimensions dans l'implication des acteurs dans leur travail.

Certes, l'obligation de moyen dans la réalisation de leur tâche est indépassable, l'éducateur spécialisé devant mettre en œuvre ses compétences et qualités professionnelles afin d'accompagner le jeune vers une restauration de ses capacités psycho-affectives, le psychologue devant quant à lui évaluer les vulnérabilités psychologiques du jeune et le soutenir dans sa reconstruction psychique.

Mais, le bien-être dans son travail, la reconnaissance de son implication, les autres gratifications symboliques, la volonté de progression professionnelle et sociale sont d'autres dimensions qui peuvent être tout autant mises en avant et recherchées, même de manière indirecte par les agents d'une institution.

Ainsi, au sein du foyer François Constant, des logiques de différenciation voire d'opposition ont pu être notées entre les équipes éducatives et la psychologue, quand bien même cette dernière était très impliquée dans l'analyse des situations avec les éducateurs spécialisés et développait un travail de réflexion très constructif.

Les logiques de différenciation se portaient sur « *les erreurs de casting* »¹ lors des admissions, les carences relationnelles entre la psychologue et les médecins psychiatres du secteur infanto-juvénile, la non sollicitation de la psychologue pour un retour sur les pratiques professionnelles par les équipes éducatives. De même, au CDEF, le pouvoir médical, incarné par les médecins psychiatres, a développé des stratégies de positionnement différenciées pendant la phase préparatoire aux réunions officielles entre responsables du CDEF et du centre hospitalier spécialisé Charles Perrens en vue de la signature d'une convention de partenariat relative à la prise en charge des jeunes souffrant de troubles psychiatriques.

En outre des pratiques professionnelles en psychiatrie génèrent incompréhension et méfiance. La réciproque est vraie, des pratiques des équipes éducatives peuvent entraîner également une certaine méfiance.

En effet, la diversité des modes de prise en charge et le temps long nécessaire pour le soin psychiatrique ne sont pas toujours compris, ni par les professionnels des autres secteurs, notamment du social et du médico-social. De plus, le fait que le jeune ne présente pas de pathologie correspondante à la nosographie psychiatrique justifie un refus par les équipes de secteur, ce refus laissant les éducateurs dans le désarroi, devant ces populations d'adolescents souffrant de troubles psychiatriques. Dès lors que la psychiatrie ne les décharge pas de leur tâche, ne les guérit pas instantanément, ils se retranchent derrière une pureté éducative qui prive les jeunes d'un vrai soin psychiatrique. Enfin, certaines pratiques de secteurs considèrent que la domiciliation est une donnée juridique qui seule ouvre droit aux soins du secteur. C'est ainsi que certains jeunes ne sont pas reçus par les équipes de secteur parce qu'ils sont logés dans des foyers relevant de l'ASE ou de familles d'accueil.

B) L'accompagnement des phénomènes d'usure professionnelle

La souffrance des professionnels n'est pas suffisamment prise en compte. Il n'existe pas d'espace pour penser l'action et mettre à distance la pratique. Les institutions en général considèrent souvent que ces pratiques sont superflues, alors les praticiens connaissent également des souffrances, des manques de moyens matériels et des difficultés pour exercer leur métier.

¹ Ce propos recueilli sur mon lieu de stage témoigne de la résistance des équipes à accepter l'évolution des profils des jeunes pris en charge, ainsi qu'un certain rapport de force avec la direction dans le contrôle symbolique du sens à donner à l'action psycho-éducative.

Par exemple, au sein des équipes éducatives, il existe d'abord un défaut de confiance dans leur propre travail. Les réussites pourraient être mieux mises en valeur par les professionnels. Certains dispositifs existent, mais il est difficile de faire comprendre aux structures qu'une supervision psychologique en direction des professionnels est nécessaire.

Cependant, on peut noter que les directeurs de MECS prennent de plus en plus conscience - du moins mon expérience de terrain en Gironde va dans ce sens - de la nécessité de mettre en place des séances de régulation, de supervision, en fait un ensemble d'actions tournant autour de l'analyse des pratiques professionnelles. Les équipes éducatives du foyer François Constant, en grande demande de soutien, remarquant que « *Le service des adolescents va mal, que les éducateurs sont fatigués, saturent [...].* » ou encore un éducateur soulignant « *Je bosse parce que je n'ai pas le choix, mais je pense plus à construire quelque chose ailleurs que de m'investir ici.* »¹, bénéficie de ce soutien qui est assuré par des psychologues extérieurs à la structure.

Il apparaît difficile d'accueillir les angoisses de l'autre quand on est soi-même placé en position instable. C'est la position du professionnel démuni et sans réponse de fond. Les missions fluctuant au gré des enjeux idéologiques et politiques.

C) Les risques de la « tentation asilaire »

Est apparu, avec les dysfonctionnements institutionnels et la mise en échec relative des pratiques des professionnels dans les MECS en ce qui concerne la prise en charge de jeunes souffrant de troubles psychiatriques, un nouveau comportement que je qualifierais de « tentation asilaire ». Mon intention n'est pas de remettre en cause, ni de discuter le mouvement de désinstitutionnalisation qui a permis l'évolution d'une psychiatrie asilaire qui dispensait des soins a minima sans éducation, vers la mise en place d'une filière spécialisée et d'une psychiatrie travaillant essentiellement en ambulatoire. Cependant, il convient de s'interroger sur la pertinence de certains types de prise en charge hospitalière.

En effet, et j'ai pu l'apprécier à de nombreuses reprises pendant mon stage, de la part des directeurs de MECS ou de professionnels du travail social, l'appel à la psychiatrie institutionnelle, à travers les demandes d'hospitalisation d'adolescents en crise, est posé comme la réponse adéquate, et parfois la solution ultime.

¹ Propos de membres d'équipes éducatives recueillis sur mon lieu de stage durant des réunions institutionnelles.

En effet, l'hospitalisation permet dans certains cas aux équipes de remettre de la cohérence dans la prise en charge du groupe face à des situations lourdes d'adolescents « difficiles et en difficulté » qui mettent à mal tout projet éducatif. Ces décharges temporaires de responsabilité s'appuient sur la justification que l'adolescent en crise trouve au sein de l'institution hospitalière « *un lieu beaucoup plus adapté à sa maladie* ». Après des entretiens avec des responsables d'unités de soins en psychiatrie infanto-juvénile, il apparaît que ces pratiques recouvrent quelquefois un caractère fallacieux. Nombre d'exemples m'ont été relatés de jeunes que des MECS oubliaient dans les unités d'hospitalisation. Un exemple qui prend une connotation « stéréotypale » fait état d'un jeune qu'un éducateur avait accompagné un vendredi soir, avec sa valise, dans un service d'hospitalisation infanto-juvénile du centre hospitalier spécialisé de Montpont (24), sans préparation, ni concertation, pour une durée incertaine. Certes, le contexte actuel d'une mauvaise articulation des dispositifs peut expliquer des pratiques « peu » professionnelles, il n'empêche que les « tentations asilaires » sont bien présentes dans le fonctionnement institutionnel voire même sociétal avec le retour des lieux fermés au service d'une politique sécuritaire.

Or, si l'hospitalisation a été longtemps le vecteur unique et indispensable du soin psychiatrique – accueil et enfermement pour préserver l'ordre public depuis l'histoire moderne de la psychiatrie - force est de constater qu'elle est devenue un moyen parmi d'autres du soin psychiatrique. Les progrès médicamenteux, les autres types de thérapie rendent possible un traitement hors les murs. L'hospitalisation n'est plus le passage obligé pour la prise en charge des troubles psychiatriques, même s'il est évident qu'elle ne peut être dépassée sur de courtes périodes et préparée en amont et en aval¹. On ne se « débarrasse » pas d'un jeune en l'hospitalisant en psychiatrie. De même que, on ne peut pas « lâcher » un jeune sans protocole de suite.

De manière générale, l'hospitalisation, dans sa version « tentation asilaire », n'est pas une solution définitive, et, par conséquent, elle ne peut s'inscrire que dans un processus de soin. Certes, l'hôpital est un environnement contenant, très contenant même, qui permet quand cela paraît nécessaire, de séparer un jeune de son lieu de tension, de conflit. Mais l'arrêt brutal de thérapie de même que l'absence d'environnement contenant à la sortie de l'hôpital ne peut que générer des rebonds de crise. La structure asilaire n'apparaît plus comme la meilleure façon de soigner un malade surtout jeune.

Dès lors qu'il n'apparaît pas non plus à l'équipe de soins ambulatoires de définir le parcours social, éducatif et scolaire d'un malade.

Enfin, pour conclure ce développement, nous remarquons qu'à son époque déjà, GOFFMAN² avait mis en garde contre les tentations asilaires en précisant que les individus répondent à ce que l'on attend d'eux. Lorsque l'on présente les personnes comme des malades elles répondent sur le registre de la maladie et elles joueront les malades. C'est dire qu'il est indispensable de garder à l'esprit que nous accueillons dans nos MECS des jeunes qui sont avant tout en souffrance plutôt que malades.

2.2.2 Des logiques institutionnelles à l'origine d'une faible collaboration

A) Une coopération parcellisée pour un problème global.

Force est de constater que les différents acteurs intervenants dans la prise en charge des jeunes souffrant de troubles psychiatriques ont encore beaucoup de mal à travailler ensemble. Il existe en effet, encore à ce jour, des clivages importants entre les différents secteurs que sont l'hôpital, la justice et la sphère éducative. Chacun se replie sur sa logique de fonctionnement propre et ne consent à coopérer que lorsqu'il n'y a plus d'autre issue. Dans un tel contexte, les actions de rapprochement ou de partenariat formalisées apparaîtraient ne fonctionner que dans l'urgence, et ne pas reposer sur des bases solides et donc durables.

Sur le plan local, la DEF relève depuis quelques années les difficultés sinon l'absence de coordination au niveau des secteurs psychiatriques girondins. Même si des actions de coordinations se mettent progressivement en place, ces dernières ne sont le fait que des acteurs de bonne volonté prêts à rechercher ensemble des solutions. Les responsables de l'ASE font le constat que pour les enfants relevant partiellement ou complètement du soin, personne ne semble compétent pour gérer le problème global et de fond de l'inadéquation de l'offre de soins pédopsychiatriques, et ce malgré un constat analysé et partagé par les principaux acteurs.

¹ Cette question met en jeu la procédure de l'OPP d'hospitalisation, prise par le procureur sur prescription médicale, sans consentement du malade, et imposé aux soignants d'un service psychiatrique, pratique qui peut dénaturée ce travail préparatoire, si important.

² GOFFMAN Erwin. Asiles : étude sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus. Traduit par LAINE Lyliane, LAINE Claude et CASTEL Robert. Paris : coll. Le sens commun, Editions de Minuit, 1998. 47 p.

Alors, certes les psychiatres dénoncent l'archaïsme des méthodes et des modalités de prise en charge, le manque de places en psychiatrie infanto-juvénile et le déficit de praticiens hospitaliers spécialisés en psychiatrie. Il n'empêche que l'articulation entre les niveaux des tutelles, la DDASS et le Conseil Général, au niveau des secteurs ASE, éducation spécialisée, PJJ et psychiatrie, dans le but d'une prise en charge globale ne se réalise pas, et ce même si des textes dressent les modalités de travail en commun¹.

Des directeurs déplorent le fait que des situations d'urgence conduisent les intervenants à prendre des solutions par défaut. On constate une méconnaissance mutuelle des fonctions et des limites de chacun, ce qui donne lieu à des malentendus préjudiciables. Le malentendu le plus fréquent se situe au niveau de « la demande », ou plutôt de « la non demande » de soins. Une meilleure connaissance mutuelle peut permettre de travailler ensemble dans la continuité, d'éviter les erreurs d'aiguillage et de limiter les situations d'urgence – ou du moins de les appréhender autrement.

Ce défaut majeur de coordination entre les différentes institutions concernées interroge la réalité et la qualité des relations partenariales, condition indispensable à l'efficacité de toute action collective. Ainsi, les pédopsychiatres se trouvent au sein d'un réseau de partenaires qui n'ont de partenaires que le nom puisque chaque institution, ignorant les objectifs, le fonctionnement et les contraintes des autres, se trouve prise dans un jeu d'influences, et parfois, dans des conflits de pouvoir dont les enfants et les adolescents font les frais.

En outre, une pratique, qui touche également la notion de la coopération inter-institutionnelle, se met progressivement en place. Cette dernière pourrait heurter les pratiques des professionnels des services psychiatriques. En effet, l'ordonnance de placement provisoire (OPP), ici restreinte au champ du soin psychiatrique de l'adolescent, est pour beaucoup évocatrice de difficultés voire de conflits entre les différents intervenants impliqués : le juge des enfants, les travailleurs sociaux et le psychiatre.. Outre ces points de divergence envisagés successivement du point de vue de ces différents intervenants, l'intérêt de l'OPP dans le traitement psychiatrique de l'adolescent est aussi retenu. Il est vrai que l'OPP, en posant le cadre de soins psychiatriques sous contrainte, ambulatoires ou à temps plein, peut permettre à l'adolescent des soins jusque-là inaccessibles pour différentes raisons, notamment psychopathologiques.

¹ Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n°2002/282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiatriques des enfants et des adolescents en grande difficulté.

Face à elles, la contrainte judiciaire de soins peut acquérir une valeur psychopathologique propre sur laquelle l'adolescent, à ce moment précis de son évolution, peut s'appuyer.

B) Les obstacles à une approche concertée

L'organisation administrative actuelle de la santé mentale, de l'ASE, le cloisonnement des dispositifs selon les différents niveaux de gestion et de pilotage, la séparation des champs sanitaire et social, la rigidité des systèmes de financements empêche la réalisation d'une véritable politique de coopération.

1) *Une organisation administrative cloisonnée*

La représentation schématique des différents niveaux de fonctionnement des champs sanitaire, médico-social et social n'est pas aisée. L'observateur patient, attentif et curieux, se heurte très rapidement à la complexité de leur organisation, à la dichotomie des bases législatives et réglementaires distinctes, à l'enchevêtrement des logiques et par une organisation des financements complexe et très variée d'un dispositif à l'autre. L'absence d'une base commune de découpage géographique et de tranche d'âge ne facilite pas en outre leur représentation. En effet, la question des moins de 18 ans, âge de fin de prise en charge pour l'ASE, est un problème spécifique à la prise en charge des jeunes souffrant de troubles psychiatriques, du aux frontières de l'âge. En effet, le seuil entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte ne recoupe pas le seuil de la majorité civile. Sur le terrain de l'organisation des structures, les spécificités issues de la spécialisation peuvent être source de frein à une bonne coopération. Le secteur médico-social, et plus particulièrement à l'intérieur de celui-ci l'éducation spécialisée, concentre un certain nombre de difficultés dans les modalités d'organisation du travail. Ces structures ne sont ouvertes qu'une partie de l'année. Par exemple, l'impossibilité de garantir un accueil y compris le week-end dans un ITEP fait peser tout le poids d'une prise en charge sur un seul partenaire même si celle-ci paraît inadaptée. Nous avons déjà évoqué le cas de cet ITEP girondin qui justement pour des problèmes organisationnels a orienté des situations vers le dispositif de l'ASE, en méconnaissance de toute indication réelle et raisonnée.

En ce qui concerne le cloisonnement institutionnel, il n'est pas un phénomène nouveau ni exceptionnel à la lecture de l'histoire institutionnelle de la France. A une échelle de complexité moins grande, ce cloisonnement pourrait être atténué. Néanmoins, des blocages persistent entre secteur et à l'intérieur des secteurs. Les Centres médico-psycho-pédagogiques en sont un bon exemple.

Ayant une image manquant de visibilité, les liens avec les différents partenaires, y compris avec les acteurs du sanitaire, mais surtout avec le secteur social n'est pas assez développé, même si des velléités de changement se perçoivent, mais qui reposent sur des volontés personnelles. En outre, les MECS, les ITEP et les services de psychiatrie infanto-juvénile, chacun de manière spécifique, peuvent aussi mal supporter un travail en commun qui pourrait apparaître comme une remise en cause de leurs pratiques ou une critique de leur dysfonctionnement. A ce propos, il se peut que la méconnaissance mutuelle du travail de l'autre induise des représentations formulées sous fond de critique. L'illustration de cette remarque m'a été signifiée par un cadre de santé en psychiatrie au cours d'un entretien où elle affirmait que les pratiques éducatives de certaines équipes induisaient la crise de l'adolescent, et que manifestement, les méthodes de travail en MECS étaient inadaptées à la prise en charge de jeunes souffrant de troubles psychiatriques.

2) *Un système de financement inadapté*

Déjà le rapport de l'IGAS publié en 1995¹ dénonçait la grande diversité et la complexité des tarifications des structures sociales et médico-sociales. Les experts préconisaient l'aménagement des règles de tarification en s'orientant sur un système fondé sur la personne accueillie et non plus sur le statut juridique de l'établissement.

La prise en charge des adolescents souffrant de troubles psychiatriques par des établissements de l'ASE renvoie à la question du financement de la partie sanitaire de la prise en charge de ces jeunes. Certains établissements relevant du dispositif de l'ASE se sont dotés de services spécialisés ou ont aménagé des services spécifiques pour prendre en charge ces jeunes. Ces aménagements ont impliqué de développer leur plateau technique en recourant à des professionnels de la santé.

Le coût de ces prises en charge sanitaire est globalisé dans le prix de journée ou la dotation globale financé par les Conseils Généraux. Il peut être tentant pour le secteur sanitaire, et particulièrement pour la psychiatrie publique, à une époque de rationnement budgétaire de faire financer une partie de leur activité sur des « financements sociaux ».

¹ Rapport n°95-155 sur le bilan d'application de la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales. IGAS, 1995.

2.3 Conclusion partielle

Il faut rendre les différentes actions institutionnelles plus cohérentes, d'autant plus que l'émission des interlocuteurs met en jeu la fiabilité et la crédibilité du système et des professionnels. Il ne s'agit pas forcément de créer de nouvelles modalités de partenariat, mais d'organiser un meilleur partage des compétences entre tous les niveaux décisionnels sur la question de l'adolescence. Les enjeux dans le domaine de la coopération institutionnelle pour une prise en charge globale optimisée des adolescents souffrant sont à la mesure des résistances professionnelles et organisationnelles. Chaque acteur semble conscient de ses propres difficultés et limites dans la prise en charge de ces adolescents, et des perspectives que peut représenter la mutualisation des compétences et des moyens. Eu égard aux évolutions sociétales, il est fort à parier qu'un nombre de plus en plus important, du moins pour ces prochaines années, d'adolescents souffriront de troubles psychiques, et qui nécessiteront, par conséquent d'une prise en charge simultanée des aspects sanitaires et sociaux. Si ces principes paraissent évidents, le plus difficile est d'ajuster les cultures professionnelles et les politiques cloisonnées à la nécessité d'une action globale, au minimum coordonnée, qui prenne sens pour des jeunes déstructurés, dispersés, voire éclatés.

La conscience de l'importance de ces réflexions nous amène à interroger les acteurs sur leur capacité à réaliser ce rapprochement. En effet, comment penser aujourd'hui une articulation opérationnelle entre le secteur sanitaire et le secteur social et médico-social qui ne soit pas une instrumentalisation de l'un par l'autre et, donc, qui soit supportable pour l'un et l'autre ? Comment imaginer des schémas de travail en commun, comment développer la capacité à passer la main et éviter que chacun, confronté à ses limites, ne s' imagine soit être dépossédé de ses compétences, soit ne pas trouver d'interlocuteurs suffisamment légitimes ?

La réussite de cette politique globale entre partenaires repose indubitablement sur les modalités de coopération issues des lois hospitalières et des ordonnances Juppé de 1996 ou de la portée de la loi 2002-2, ainsi que sur les initiatives particulières ayant accepté le changement et les risques qui en découlent, afin de dépasser les cloisonnements, les méfiances et les résistances. Pour cela, les acteurs de terrain et les décideurs doivent nécessairement être convaincus qu'il s'agit d'abord de faire face à des jeunes aux difficultés multiples, instables, transitoires et pour lesquels le travail en commun s'imposera de plus en plus.

Face à la souffrance psychique des adolescents, nul n'est prophète. Aucun professionnel n'est compétent tout seul. Dans ce domaine, le savoir ne vient plus comme autrefois « d'en haut », mais des échanges, des rencontres et des concertations entre les intéressés, que ce soient les professionnels de toutes disciplines, les familles ou encore les adolescents eux-mêmes.

3 LES PRECONISATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE EFFECTIVE DU TROUBLE PSYCHIATRIQUE DANS UNE MECS

A partir des réflexions philosophiques et pratiques précédentes relatives à la prise en charge des adolescents souffrant de troubles psychiatriques, comment une MECS peut-elle intégrer cette problématique dans les politiques éducatives et les prestations qu'elle met en œuvre lors de l'accueil des jeunes qui lui sont confiés ?

L'adaptation du dispositif de prise en charge des jeunes au sein d'une structure et la politique générale poursuivie pour répondre aux missions définies nous donnera des indications sur sa capacité à répondre aux nouveaux besoins de la population adolescente. Dans le cas du Foyer François Constant, il s'agira d'étudier son fonctionnement et son organisation, en considérant les forces et les obstacles et les axes internes ou externes de progrès (3.1). En outre, le constat soulevé par notre analyse des processus de résistance au travail en commun, met en exergue la nécessité de produire des politiques partenariales intégratives autour d'une prise en charge globale capable d'apporter une réponse adaptée à ces jeunes souffrant de troubles psychiatriques accueillis en MECS (3.2).

3.1 Favoriser une action locale à travers une pensée globale

Après avoir énoncé les principes directeurs et les points forts de l'établissement autour de l'individualisation de la prise en charge des jeunes accueillis (3.1.1), nous nous attacherons à présenter les actions à mettre en œuvre pour une prise en charge des adolescents souffrant de troubles psychiatriques (3.1.2).

3.1.1 Individualiser la prise en charge dans le cadre d'un modèle collectif de référence

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 impose de ne plus résonner en terme de structures mais en terme de projet individualisé et global centré sur la personne. Une prise en charge ne peut plus être monolithique, en fonction des frontières de celui qui en a hérité.

Elle doit être pluri-professionnelle, comprendre des allers et retours, des actions conjointes, des analyses globales sans prédominances à priori de l'une par rapport à l'autre. En outre, les réflexions, issues du rapport DURRLEMAN¹ sur la redéfinition du travail social, soulignent qu'il serait nécessaire de redéfinir les approches éducatives utilisées, jugées en décalage avec les mutations sociales, la complexité des situations et l'orthodoxie du travail social. En effet, les équipes éducatives témoignent de leurs difficultés à faire adhérer les adolescents « difficiles », bien souvent déscolarisés, à des projets scolaires et/ou socioprofessionnels. Le modèle psycho-éducatif semble ne plus produire les effets pour lesquels il était mis en œuvre. Les nouveaux profils d'adolescents, plus déstructurés, souffrant davantage de troubles psychiques, n'acceptent plus les cadres de référence qu'on leur impose.

En outre, ces adolescents « en difficulté » supportent de moins en moins la vie collective en internat et la tolérance à la frustration que toute vie de groupe fait naître. Aussi, il apparaît opportun de s'appuyer sur une personnalisation plus fine des besoins de ces jeunes. A ce titre, l'individualisation de la prise en charge est l'un des aspects de la thématique plus englobante des droits des usagers que promeut la loi 2002-2 (A). Nous exposerons comment les outils devant permettre l'exercice « plein et entier » de ces droits, peuvent participer à une meilleure prise en charge des adolescents souffrant de troubles psychiques (B).

A) « Des droits » renforcés pour une individualisation de la prise en charge

Cette notion « d'individualisation » vient confirmer les mutations que traversent le secteur social et la société dans sa globalité, dont les éléments conducteurs pourraient être l'hétérogénéité des publics et la complexité des situations qui sortent de la logique de « monofiliarité ». L'individualisation de l'accompagnement est insérée dans une thématique plus large qui est celle du droits des usagers, qui apparaît comme le leitmotiv de la re-fondation du « pacte institutionnel » dans le secteur social. Divers textes réaffirment que les usagers ne sont plus en état de sujétions mais de créanciers de droits réels.

¹ DURRLEMAN A. Redéfinir le travail social, réorganiser l'action sociale. Rapport du groupe « évolution du travail social », Commissariat général du Plan. Paris, La Documentation française, 1993.

Mais c'est bien la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui énonce un ensemble de droits et libertés individuelles pour les citoyens résidant en établissements sociaux ou médico-sociaux.

Cette loi affirme à son article 7 des droits fondamentaux et les modalités de leur exercice. Certains intéressent plus particulièrement la prise en charge des adolescents. D'autres ont moins d'intérêt pour les mineurs pris en charge dans le cadre de la protection de l'enfance en danger. Les droits et libertés individuelles se déclinent en sept rubriques.

En premier lieu, ils vont concerner le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité du jeune accueilli. Ces derniers semblent être le moteur de la lutte et de la prévention de toute forme de maltraitance. Suit le droit du libre choix entre les prestations adaptées qui n'a qu'une portée limitée eu égard au caractère autoritaire de l'accompagnement qui est proposé (imposé) au jeune. En deuxième lieu, nous abordons un des droits essentiels pour notre problématique, le droit à une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptées à son âge et à ses besoins en respectant le consentement « éclairé » des représentants légaux. Ensuite, viennent des droits tout aussi impérieux pour les usagers mais d'une portée moindre pour notre sujet. Enfin, le dernier de ces droits revêt une importance primordiale pour ces adolescents en souffrance pour qui l'errance ou le rejet institutionnel est synonyme de non projet. En effet, ce septième droit promeut la participation directe à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui les concerne. Pour en avoir été témoin, associer les adolescents, de manière intelligente, en écoutant leurs difficultés, leurs attentes et leurs désirs, lorsqu'il est en mesure de les formuler, en établissant avec lui une relation responsable fondée sur le respect et la confiance mutuels, à la définition de leur projet lors de la signature du contrat de séjour, revêt une force morale importante. Les jeunes se sentant investis d'une forme de responsabilité, mettent en œuvre autant que faire se peut les objectifs de leur projet.

Ce faisant, ces droits ne seraient que des déclarations d'intention si leur exercice n'était pas garanti par sept modalités d'application : le livret d'accueil, une charte des droits et libertés, le règlement de fonctionnement, le contrat de séjour ou le document individuel de prise en charge, le recours possible à personne qualifiée, le projet d'établissement et le conseil de la vie sociale.

Comment ces outils peuvent-ils servir les desseins d'une individualisation de la prise en charge ? Chacun contient un ou des principes permettant d'adapter et de personnaliser l'accompagnement de ces jeunes en souffrance, en utilisant les moyens institutionnels, mais aussi en ayant recours à des ressources externes.

Néanmoins, certains apparaissent plus adéquats et pertinents pour mettre en oeuvre les modalités d'une prise en charge spécialisée.

La charte des droits et libertés a les forces et les faiblesses d'une déclaration de droits fondamentaux. Elle dispose les droits que nous pourrions considérer comme « naturels », tant la force juridico-philosophique qui les anime semble indépassable. Annexée à l'arrêt du 8 septembre 2003, la charte se pare d'un aspect réglementaire. Certains thèmes abordés semblent tirés de leur force quelques faiblesses. Comment assurer le « *droit au respect des liens familiaux* » (art. 6) lorsque les indications posées par l'enquête sociale, reprise par le juge, impose des droits de visite restreints, de surcroît légitimés par la situation de l'enfant dans sa famille ? Comment obtenir un consentement éclairé et la participation de la personne ou de ses représentants légaux (art. 4), ou prendre en compte une renonciation (art. 5) ou un refus de soin (art. 7), lorsque la prise en charge est imposée par une décision autoritaire et le placement ressenti comme une violence intolérable. Néanmoins, certains droits peuvent être un point d'appui pour justifier et renforcer une prise en charge respectueuse et globale de l'adolescent. C'est ainsi que sont affirmés le « *droit à une prise en charge ou un accompagnement adapté* », (art. 2), et ce dans la continuité des interventions, ainsi que le « *droit à la protection* » (art. 7) qui inclue le droit à la santé et aux soins et à un suivi médical adapté. Autant dire que nous trouvons les justifications juridiques à l'individualisation de la prise en charge adaptée aux adolescents souffrant de troubles psychiatriques.

A côté de ces principes, il est un outil pouvant re-positionner l'établissement dans une démarche incluante et novatrice. Le projet d'établissement organise et fixe la vie institutionnelle sur une période de 5 ans, en définissant les objectifs généraux de l'établissement. La légitimité d'un établissement se fonde sur un service à rendre dans le cadre d'une mission de service public, qui s'inscrit en interaction avec son environnement. Ce document prend, avec son caractère fondamental et solennel, la forme d'une véritable constitution institutionnelle. Dans le cadre de sa visée stratégique, l'article 12 de la loi 2002-2 donne les objectifs du projet d'établissement en terme de coordination, de coopération, d'activités, de qualités de prestations, d'évaluation, de fonctionnement et d'organisation. Cet outil peut exprimer la volonté de l'établissement de prendre en compte les troubles psychiques des jeunes et mettre en place des modalités particulières d'accompagnement : politique partenariale avec la psychiatrie infanto-juvénile, mise en place de nouvelles modalités de prises en charge plus souples, en référence aux « appartements thérapeutiques ». Nous reviendrons sur cet outil qui a fait l'objet d'une « *maïeutique* » intéressante durant une longue année, où les réflexions concernant la définition du public pris en charge ont fait grand débat.

Enfin, le contrat de séjour représente à mon sens une révolution dans le domaine de l'enfance protégée. Faire adhérer des parents à l'économie d'un contrat de séjour qui sous-tend le projet de vie du jeune, alors que ces mêmes parents rejettent ce même placement, relève d'un tour de force. Cette contractualisation de l'accompagnement, fait passer l'établissement d'une obligation de moyen à une sorte d'obligation de résultat. Puisque le contrat de séjour décline les prestations qui vont être proposées au jeune avec des objectifs affichés, il est préférable qu'il soit articulé avec le projet individualisé. L'établissement, à travers la déclinaison des objectifs du contrat participe à la réalisation d'une personnalisation de la prise en charge.

L'important est de réaliser un accompagnement global en tenant compte de la spécificité des adolescents souffrant de troubles psychiatriques. Il s'agit, au foyer François Constant, d'adapter les pratiques professionnelles, afin que cette prise en charge « hors norme » devienne la norme au titre des principes évoqués en *infra*, des missions dévolues par le législateur au secteur de l'enfance en danger. Certes, j'évoquais des glissements de missions et de populations dans la seconde partie entre les secteurs social et médico-social. Cependant, force est de constater que chaque secteur développe une prise en charge spécifique et amène aux jeunes de soins particuliers complémentaires, avec une expertise particulière. Ces considérations ne font pas l'impasse sur le soutien de la psychiatrie infanto-juvénile. Seulement, elles ont pour objet de bien souligner que si ces jeunes relèvent des dispositifs de l'ASE, ils doivent recevoir une prise en charge adaptée aux missions dont elle est investie.

B) La mise en place des modalités de l'individualisation au foyer François Constant.

D'une part, le principe du respect des individualités trouve une résonance particulière dans l'objet même d'une MECS qui est d'accueillir l'enfant en difficulté sociale et familiale, et ce au travers d'une étape essentielle la première rencontre. C'est ainsi, qu'il est apparu primordial pour le directeur stagiaire, d'observer l'organisation de la pratique de l'accueil dans une MECS. Il apparaît clairement, après analyse des situations d'échec et de rupture du placement, que cette phase conditionne le travail éducatif qui s'en suivra et parfois même le maintien du jeune dans la structure. Eu égard à cette rencontre qui s'avère déterminante pour la suite du séjour, la direction et les équipes éducatives du foyer François Constant ont pensé un protocole d'accueil pertinent.

Le projet d'établissement de la structure souligne que cet outil *« permet de structurer l'accueil de manière adaptée et personnalisée pour notamment dédramatiser, rassurer les jeunes, leurs parents, mais aussi de préparer le séjour »*, ceci, afin de mettre en œuvre des compétences professionnelles orientées vers l'écoute, la disponibilité, l'observation et l'analyse de situations. Durant la réflexion générale sur le projet d'établissement, un groupe de travail a été désigné pour penser les modalités de l'accueil. Des objectifs, balises chronologiques du protocole, intéressent particulièrement l'individualisation de la prise en charge d'adolescents souffrant de troubles psychiatriques. Nous pouvons en proposer les grandes lignes suivantes :

- *« Formaliser, en équipe de direction, une étude et analyse de la demande afin de repérer son adaptation aux missions et prestations de l'institution.*
- *Proposer éventuellement une rencontre avec le travailleur social, le jeune et ses parents pour une meilleure connaissance mutuelle.*
- *Proposer une période d'observation afin d'évaluer plus finement la situation du jeune et les possibilités de réponses institutionnelles.*
- *Proposer, après analyse de la période d'observation, un accueil en présence de la famille du jeune qui sera réalisée par l'assistante sociale et un éducateur du groupe. »*

Les rôles sont bien répartis et identifiés. Le jeune et éventuellement ses parents sont reçus successivement par le cadre socio-éducatif (CSE) qui personnalise le cadre structurant de l'institution, puis par la psychologue qui reçoit successivement le jeune et ses parents, enfin l'assistante sociale pour le recueil d'informations administratives (état des vaccinations, etc.). L'intervention de l'assistante sociale dépasse cet aspect pratique. En tant que personne référente de la famille, c'est elle qui réalise matériellement l'accueil et devient la personne qui symbolise la rencontre d'un jeune avec un lieu ressenti parfois comme hostile. Cette première rencontre permet de mettre un visage, un ressenti, d'engager la relation avec l'institution. Le seul point faible de la procédure d'accueil réside dans son application aléatoire du fait de la proportion que prend l'accueil non préparé ou « en urgence » dans l'activité de l'établissement. Mission dévolue en principe au CDEF, les responsables de l'ASE, face à l'engorgement du dispositif, ont incité les MECS du département de la Gironde à contractualiser un « protocole d'accueil immédiat ». Le résultat de cette évolution est que les accueils non préparés représentent, au niveau des adolescents, le mode d'entrée prépondérant. Même si l'accueil en urgence fait l'objet d'un protocole, l'individualisation de la prise en charge souffre des conséquences de la non préparation.

D'autre part, une des conditions de la qualité des prestations offertes aux usagers réside dans les aptitudes et les compétences professionnelles. Le personnel dans sa grande majorité, bien que septique et méfiant quant à l'évolution des nouveaux profils d'adolescents souffrant de troubles psychiatriques, semble croire aux potentialités apportées par les projets re-structurant et rénovant l'activité institutionnelle. Néanmoins, un recrutement récent mené dans le cadre de départ de personnel et de la création de nouveaux services témoigne de la motivation et de la fraîcheur de la nouvelle équipe. La CSE, en remplacement d'un départ, l'assistante sociale pour la création du service famille et une éducatrice spécialisée pour mettre en place le service «jeunes majeurs », soit presque 10% des ETP, ont investi la dynamique de projets portés par la direction. Par la qualité de leur réflexion, le principe de la primauté de l'intérêt de l'enfant qu'elles développent, leur adhésion aux nouveaux outils de la régulation du secteur social, elles représentent un levier important de changement sur lequel pourra s'appuyer la direction afin de développer des prestations adaptées à l'accompagnement des adolescents « en difficulté ».

Ensuite, prenant appui sur la rénovation des modes d'intervention induits par la réalisation du projet d'établissement, la direction a mis en place un groupe de travail ayant pour objectif de réfléchir sur la formalisation de l'individualisation de la prise en charge. Un document de travail a été réalisé afin de donner aux équipes un référentiel, leur permettant de définir et de personnaliser un projet socio-éducatif réellement adapté aux potentialités, aux besoins et aux attentes du jeune. Le projet d'établissement dispose que le projet personnalisé est une « démarche d'accompagnement évolutive et personnalisée, [...] modulable, ré-ajustable et ré-interrogeable dans le temps, [...] permettant d'élaborer des hypothèses d'accompagnement éducatifs en tenant compte de ses potentialités »¹. Le projet individualisé peut être un outil souple, permettant d'élaborer des prises en charge innovante, sortant des schémas classiques, pouvant soutenir en collaboration avec des acteurs externes des situations d'adolescents « difficiles ».

Enfin, les changements ne peuvent être accompagnés, soutenus, portés, que par des engagements forts contenus dans un projet d'établissement. L'originalité des prestations et leur organisation, l'identité et les valeurs d'un établissement s'énoncent dans cet écrit. Le projet d'établissement est une élaboration dynamique des objectifs socio-éducatifs, dans notre exemple, fixés par une institution au regard de sa philosophie, de ses missions et de ses choix stratégiques, pour répondre le mieux possible aux besoins des usagers et aux attentes de l'environnement et des partenaires. C'est aussi un processus de réflexion et de mobilisation interne des acteurs professionnels, usagers et partenaires.

¹ Projet d'établissement du foyer François Constant, avril 2005. 59 p.

Il doit être régulièrement évalué afin d'analyser les écarts et de proposer des ajustements. Au foyer François Constant, l'écriture du projet d'établissement a été réalisée de manière participative, de mars 2004 à avril 2005, en associant l'ensemble du personnel de la structure : des groupes de travail sur divers thèmes (accueil, collaboration avec les familles, rôle et fonction des professionnels, etc.), des sessions de travail d'un groupe de référence et d'écriture ont été organisés. L'introduction du document souligne que « *ce projet a pour vocation de faire un état des lieux des pratiques professionnelles actuelles au foyer François Constant et de dégager des pistes d'actions pour les cinq ans à venir* »¹. Le projet d'établissement fait référence à la population d'adolescents souffrant de troubles psychiatriques. Il souligne que ces jeunes ayant « *des troubles associés* » peuvent avoir un « *comportement souvent marqué par l'absence de limites. Des actes de violence et des troubles du comportement peuvent y être associés* »². Confronté régulièrement à ces jeunes ayant des troubles plus ou moins graves, la direction réfléchit aux moyens d'adapter des prises en charges innovantes, souples, ajustables, modulables, articulées avec le soutien de partenaires.

Cependant, sinon les outils déjà évoqués en *infra* qui s'inscrivent dans la rénovation de l'intervention et la régulation sociale, il n'apparaît pas de moyens spécifiques qui seraient mobilisés dans le but d'accompagner de manière adaptée et personnalisée les adolescents en souffrance. Une idée a été avancée par un directeur de MECS associative. Ces enfants sont trop souvent victimes d'une image dégradée, stigmatisés. Il convient dès lors de « dépathologiser » la maladie mentale, la présenter comme faisant partie, à un moment précis, de l'histoire singulière d'un jeune. En outre, les équipes éducatives, bien qu'investies professionnellement, n'apparaissent pas complètement prêtes à accepter les changements que cette prise en charge sanitaire induit.

3.1.2 S'appuyer sur les potentialités et la dynamique internes

A) Les points forts

L'établissement est en mouvement depuis plusieurs années. Un projet de restructuration architecturale, en posant un schéma rénové de l'organisation et du fonctionnement de l'institution, permet l'acceptation progressivement de l'idée de changement. La direction a mis en place une stratégie par dynamique de projets.

¹ Projet d'établissement du foyer François Constant, introduction.

² Projet d'établissement du foyer François Constant, profil des jeunes accueillis.

Outre, la restructuration complète du foyer, permettant la création de trois nouveaux services (le service d'accueil enfance en internat et le service d'accueil petite enfance fonctionnant en externat et le point rencontre¹), le service d'accueil des adolescents est doté d'un nouveau bâtiment, davantage fonctionnel et accueillant. Il répond au principe d'individualisation de l'accompagnement, avec un effectif réduit de 13 à 9 jeunes, hébergés en chambre individuelle. Les modalités architecturales de ce nouveau bâtiment ont été pensées en associant toutes les équipes. La restructuration de l'ensemble des bâtiments du foyer est une opportunité pour repenser les modalités d'intervention, l'organisation et le fonctionnement de services. Ces grands travaux impactent la politique de gestion humaine ainsi que le management par projets. Entre les départs et les recrutements, la direction, en s'appuyant sur la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, peut orienter ses choix sur des profils en adéquation avec la philosophie de ses projets. Si la problématique de la prise en charge d'adolescents souffrant de troubles psychiatriques devient une préoccupation de la politique stratégique départementale, il pourrait être envisagé le recrutement de professionnels spécialistes de santé mentale, comme des infirmières psychiatriques, des éducateurs spécialisés ayant une expérience en milieu psychiatrique ou en ITEP, dans la prise en charge d'adolescents souffrant de troubles psychiques.

Cette période de grands changements offre l'opportunité à la direction d'agir sur les pratiques professionnelles en prévoyant un nouveau mode de fonctionnement et d'organisation des groupes de vie donnant une part plus importante à l'individualisation de l'accompagnement.

Ces évolutions institutionnelles ont fait naître des réflexions relatives à de nouvelles modalités de prise en charge. L'hébergement en internat, la vie de groupe peut apparaître comme insupportable pour certains adolescents, dont le projet ne pose pas une indication favorable à l'accueil en famille d'accueil. Aussi, des idées naissent autour de modalités de prise en charge hétérodoxes, aidées en cela de la conjoncture institutionnelle et des demandes de la DEF.

Devant l'accroissement des demandes de prise en charge, l'impossibilité de satisfaire cette affluence, le Conseil Général de Gironde, par la médiation de la DEF, service dépersonnalisé de cette collectivité, en charge de la régulation du dispositif de l'ASE, a pris la décision de créer des places d'accueil pour adolescents.

¹ Le point rencontre est un lieu neutre et accueillant consacré aux rencontres entre les jeunes accueillis et leurs familles dans le cadre de visites médiatisées par des professionnels de la

Ce faisant, le responsable de la DEF a sollicité certains directeurs d'établissements de MECS dont la politique institutionnelle pouvait correspondre au projet. Ainsi, la directrice du foyer François Constant a été contactée pour créer dans un premier temps 5 places puis 10 à terme, concernant une population adolescente entre 16 et 18 ans. La proposition semble intéressante à double titre. D'une part, elle prévoit avec la création des nouvelles places une allocation de moyens humains supplémentaires : un poste d'éducateur spécialisé et un mi-temps de CSE. D'autre part, ce nouveau projet s'intègre à la réflexion élaborée par la directrice tendant à mettre en œuvre des prises en charge innovantes et expérimentales, tel que le prévoit la loi 2002-2 à l'alinéa 1 de l'article 15. En effet, les réponses classiques en terme d'accompagnement éducatif en internat ont semblé rencontrer quelques difficultés. Le foyer a mis fin à la prise en charge en internat de 3 adolescents sur 10. Leur comportement, les actes posés - ayant aboutis à des agressions, des délits et des fugues à répétition – mettant en danger leur vie, ont rendu impossible leur maintien au sein de l'établissement, du point de vue de leur sécurité physique et mentale, ainsi que pour celle des autres adolescents.

Ainsi, avec l'autorisation du juge des enfants et des inspecteurs de la DEF, le foyer a inauguré une nouvelle modalité de prise en charge : le placement à domicile. Il est évident qu'il s'agit de la moins mauvaises des solutions, prise par défaut, dans un contexte humain particulier, des relations correctes avec la famille, le manque de places dans les autres MECS, plus aucune solution réalisable dans la période concernée. Un suivi et des visites réguliers au domicile parental du jeune étaient réalisées par l'assistante sociale et/ou un membre de l'équipe éducative du groupe de vie dans lequel l'adolescent était intégré.

Face à cette situation particulière, la direction a imaginé des alternatives au tout internat qui ne semble plus être adéquat au profil de certains jeunes. Le projet de création des 10 places supplémentaires a été l'occasion de mettre en place un type de prise en charge plus souple, de type séquentiel. Plusieurs hypothèses avaient été soulevées en s'appuyant sur la commande de la DEF, sur les besoins identifiés, sur les compétences professionnelles disponibles ainsi que sur la disponibilité du parc immobilier libournais. L'hébergement avait été pensé en logement individuel dans des immeubles collectifs, ou en utilisant le parc résidentiel d'une association d'aide à l'insertion, l'Habitat Jeune en Pays Libournais (HJPL), ou encore en petite résidence composée d'appartement T2, dont le foyer aurait été locataire unique. Ce dispositif, s'adressant à des grands mineurs, permettrait d'intégrer dans ce type de résidence des locaux de vie pour l'équipe accompagnante.

structure. Ce service sera également ouvert à des jeunes pris en charge hors du foyer.

Un mode d'accompagnement souple et séquentiel a été pensé afin de permettre au jeune et aux équipes éducatives de mettre de la distance par rapport à des situations particulièrement difficiles où le jeune perturbé par les conséquences de ses troubles de comportement tendrait en échec son projet socio-éducatif, et ce jusqu'à la rupture de placement. L'encadrement éducatif est commun avec celui du service jeune majeur qui fonctionne avec deux éducateurs. Des allers-retours interviendront, en cas de nécessité, entre les chambres en ville, le groupe de vie en internat, des séjours de rupture dans des lieux de vie, et éventuellement la famille. Ce mode séquentiel de prise en charge trouve un écho également avec une individualisation de l'accompagnement. En effet, des soignants de MECS girondines ont émis l'hypothèse que, face à des jeunes avec des constructions psychiques déstructurées, certains parlant même de « jeunes a-structurés », il serait envisageable de proposer aux jeunes souffrant de troubles psychiatriques étant dans l'impossibilité d'investir tout projet, un accompagnement éclaté entre plusieurs modes et lieux de prise en charge.

Cependant, les solutions proposées pour accompagner les adolescents « difficiles » ne sont souvent prises que par défaut, par manque de solutions pérennes et qui ne prennent pas en compte la complexité de ces adolescents en souffrance. Pour répondre avec un réel engagement à cette problématique, les acteurs concernés doivent être convaincus de l'obligation d'agir à son niveau de compétence en pensant la globalité de l'accompagnement, ces adolescents relevant simultanément de différents dispositifs. La direction du foyer François Constant a intégré dans sa stratégie de prise en charge éducative les enjeux de la prise en charge globale. Les politiques éducative et partenariale ont été développées dans le souci d'adapter à chaque situation unique et spécifique une réponse qui ne l'est moins. Cependant, malgré un volontarisme affiché, des réponses efficaces et pérennes allant dans le sens d'une globalisation de la prise en charge peinent à être proposées face à des résistances professionnelles, des blocages juridico-financiers, des méfiances culturelles.

Le plateau technique du foyer François Constant présente un intérêt majeur pour la directrice afin d'adapter sa politique éducative aux évolutions des besoins repérés. Les compétences professionnelles et les qualités humaines de l'équipe « psycho-socio-éducative » de l'établissement représentent une force certaine sur laquelle peut s'adosser la politique d'individualisation de l'accompagnement d'adolescents « en difficulté ». Nous avons dans la seconde partie fait état de l'important investissement de la psychologue auprès des jeunes, laquelle développe des outils psycho-éducatifs originaux à côté de son intervention plus traditionnelle, comme par exemple un atelier marionnettes. Ses connaissances en psychopathologie se révèlent d'une grande utilité lorsque nous abordons le domaine des troubles psychiatriques.

Outre, cet apport essentiel, les personnels socio-éducatifs de formation diverse développent une complémentarité d'analyses et d'approches constructives et riches. Cette posture s'avère indispensable pour la prise en charge d'adolescents instables, en échec scolaire, sans repères familiaux et sociaux stables, n'ayant aucun horizon socioprofessionnel.

Les difficultés, voire les échecs de prise en charge d'adolescents, rejetant leurs projets individualisés ainsi que toute intervention éducative, mettant à mal la vie de groupe, ont donné l'occasion à la directrice du foyer de penser de nouvelles modalités d'accompagnement plus adaptées.

B) Les obstacles rencontrés

A côté des atouts identifiés, le foyer François Constant connaît certaines faiblesses qui ne sont pas propres à cette MECS. En premier lieu, les équipes éducatives, et plus particulièrement celle qui prend en charge les adolescents développent des symptômes de démotivation. Face à l'ampleur des difficultés rencontrées dans l'accompagnement de certains adolescents « difficiles », les membres de l'équipe éducative ont pu développer un certain épuisement professionnel. Ces difficultés sont vécues comme autant d'échec, de perte de sens, de dévalorisation professionnelle, qu'elles font la place à des considérations peu professionnelles comme des représentations négatives, voire du rejet des adolescents les plus en souffrance, mais aussi, souvent les plus agressifs. Ces professionnels traversent une période de désillusions sur le sens de leur travail, la valeur des missions dont ils sont porteurs. Il leur paraît difficilement acceptable d'accompagner un jeune qui met en échec tout projet individualisé, en obérant, ainsi, ses chances d'insertion socioprofessionnelle.

En second lieu, malgré la grande qualité de la psychologue de la structure, le personnel éducatif souffre d'un manque de connaissances et de méthodes face à des jeunes développant des troubles psychiatriques.

En effet, ils apparaissent déstabilisés par des comportements, certes, quelquefois violents, dont ils ne saisissent pas les ressorts, et qu'ils ne peuvent pas expliquer par des causes rationnelles, sinon en utilisant, malgré eux, le facteur le plus signifiant dans le contexte, la pathologie mentale. La connaissance théorique et pratique assurerait les professionnels d'une analyse pertinente et d'une intervention juste et mesurée en fonction de la réaction de ces adolescents.

Des expériences font état d'équipes formées à l'analyse et au traitement de crise de jeunes souffrant de troubles psychiatriques.

Certes, certaines crises ne peuvent être régulées que par l'intervention de services spécialisés, urgences psychiatriques ou unités de crise et de soins d'adolescents. Mais, les méthodes et les outils de l'analyse des crises ayant été intégrés, les équipes éducatives peuvent développer une maîtrise dans la prévention et l'atténuation des manifestations les plus expressives des troubles psychiatriques, ce qui suppose pour les éducateurs d'être accompagnés dans cette démarche par des professionnels de la psychiatrie. Pour l'heure, il semblerait qu'un certain épuisement professionnel empêche l'équipe éducative accompagnant les adolescents d'investir cette option. Même si le personnel peut émettre quelques réserves sur l'intérêt des formations en santé mentale, aucune demande n'avait été formulée en ce sens pour 2005, la directrice trouvera à l'occasion de la réflexion sur le plan de formation élaboré en fonction des besoins détectés et des attentes de professionnels un levier important de sa politique générale.

Enfin, en faisant écho au développement précédent, le foyer ne dispose pas de personnels soignants. Nous pourrions songer que le travail de la psychologue ressort en partie du soin. Mais, celle-ci analyse son action auprès des jeunes comme étant du soutien psychologique, illustrant par la même qu'elle n'effectue pas de travail psychothérapeutique. L'idée serait d'affirmer que la présence d'un infirmier ayant une expérience en secteur psychiatrique, apporterait un atout supplémentaire à plusieurs titres. D'une part, la présence d'un professionnel en santé mentale enrichirait les analyses de l'équipe pluridisciplinaire travaillant sur les études de situations¹. D'autre part, dans les moments de situations critiques, l'infirmier(ère), pourrait être d'un grand secours pour réguler la crise, analyser si la situation doit être traitée par les urgences psychiatriques, ainsi que ré-assurer et sécuriser les professionnels.

3.2 Favoriser la rencontre entre les secteurs et les publics

Les adolescents souffrant de troubles psychiatriques pris en charge par les MECS doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge globale alliant le soin à l'éducatif. En pratique, cette approche globale passe par la création d'interfaces entre le secteur psychiatrique qui dispense le soin et le secteur de l'ASE, seul capable d'offrir un lieu de vie adéquat.

¹ Nous appelons ici l'équipe disciplinaire une équipe composée des membres des équipes éducatives, de l'assistante sociale, de la psychologue et de la cadre socio-éducative.

A l'heure actuelle, cette articulation pose problème à cause de la spécificité des troubles qui sont ici d'ordre psychiatrique, et impliquent une prise en charge particulière dans les établissements sociaux. Il convient de créer ces interfaces afin de pallier des prises en charges inadaptées. Le foyer François Constant relayé en cela par les autorités de tutelle, met en place des actions et des conditions d'une politique de coopération (3.2.1). Cette volonté d'agir en commun et de concert réclame pas le fait que les acteurs doivent rechercher des partenariats souples, dépassant les blocages organisationnels (3.2.2).

3.2.1 Les conditions d'une prise en charge globale

Le principe général en œuvre ici est assurément l'ouverture de l'institution (A), à laquelle résonne la politique de coopération et de rapprochement mise en place par la DEF (B).

A) Des axes de partenariat internes

La directrice du foyer François Constant, consciente des enjeux du partenariat et du bénéfice de la participation à des formes d'actions sociales articulées, a souhaité approfondir la politique partenariale afin d'apporter pertinence et efficacité aux réponses à la problématique des adolescents « en difficulté ».

En premier lieu, l'action de la directrice a consisté à se rapprocher de différents professionnels pouvant apporter des réponses ponctuelles à des situations particulières. Des projets ont été élaborés avec des lieux de vie qui organisent des séjours de rupture. Ces projets consistent à placer le jeune dans un cadre éducatif plus contraignant, et, donc, de l'éloigner pour une certaine période, d'une situation conflictuelle avec l'institution qui pourrait amener la rupture totale. Devant des situations de jeunes en grande détresse psychique, des contacts ont été pris avec le Centre d'Aide Psychologique à Libourne, structure émanant de l'hôpital Garderose, entité dont dépend le secteur infanto-juvénile de Libourne. Le foyer, confronté à des adolescents toxicomanes, a mis en place une action de prévention pilotée par l'addictologue de cette structure. S'appuyant sur cette dynamique, a été décidé de créer un projet d'animation théâtrale sur le thème de la prévention et la lutte contre les violences et les conduites addictives.

Les professionnels rencontrés se sont montrés enthousiastes pour travailler avec les adolescents volontaires du foyer.

Les actions se sont orientées dans deux directions. D'une part, la première des deux associations rencontrées proposait, suivant la technique du théâtre interactif¹, de faire une intervention ponctuelle, à partir de saynètes où les jeunes sont tour à tour spectateurs et acteurs des situations jouées. D'autre part, la deuxième association souhaitait organiser un travail sur le long terme à partir d'une création déterminée avec les jeunes. La pièce ainsi créée puis jouée par les adolescents s'articulerait avec le travail des autres partenaires, par exemple sur les violences. Si ces actions apparaissent éloignées de notre problématique de prise en charge globale, elles s'intègrent pour autant dans un processus ré-intégration et de re-socialisation d'adolescents souvent sans réel projet de vie, non scolarisés, qui ne tiennent aucun engagement professionnel ou alors de façon très chaotique.

En deuxième lieu, la directrice pense son établissement comme une organisation ouverte sur son environnement. A ce sujet, Edgar MORIN a démontré que la clôture de toute institution sur elle-même ne peut qu'entraîner sa dégradation. S'appuyant sur la théorie systémique, il souligne qu'un système « *doit se fermer au monde extérieur afin de maintenir ses structures et son milieu intérieur, qui, sinon, se désintègreraient. Mais c'est son ouverture qui permet cette fermeture* »². Le rapprochement avec le partenaire essentiel pour la problématique des adolescents souffrant de troubles psychiatriques se trouve être la psychiatrie sectorisée de Libourne. A travers le préalable de toute politique de partenariat, nous retrouvons dans cette notion le fondement d'une dynamique indispensable pour une prise en charge globale. Le rapprochement avec l'intersecteur de pédopsychiatrie de l'hôpital Garderose à Libourne s'est mis en place progressivement en fonction des demandes ponctuelles de prise en charge psychiatriques que le foyer lui adressait. Puis, l'idée d'ancrer ses relations dans des engagements formalisés, dans le cadre d'une convention, a été prise durant mon stage.

Etudiant les démarches similaires du CDEF en direction du Centre hospitalier spécialisé Charles Perrens, nous avons décidé de définir les modalités de rapprochement. Les cloisonnements et la méfiance de chacun des deux acteurs étaient responsables d'attitudes contre-productives pour une prise en charge globale.

¹ Le théâtre interactif est une technique active d'expression inspirée des travaux d'Augusto BOAL (artiste brésilien inventeur du théâtre de l'opprimé). Cette méthode de travail en groupe consiste en une mise en situation fictive permettant de prendre spontanément la parole dans le cadre d'un jeu théâtral libre, ludique et accessible à tous.

² MORIN Edgar. *Introduction à la pensée complexe*. Paris, édition ESF, 1992. p. 31.

Les premiers rendez-vous avec les responsables administratifs et les chefs de services des secteurs adulte et infanto-juvénile ont permis de connaître les caractéristiques des activités de chacun des acteurs, de baliser leurs limites, leurs besoins et l'intérêt d'une telle démarche pour chacun. Au moment de la fin de mon stage, si l'idée d'un tel rapprochement ne posait pas de difficultés majeures, la signature d'une telle convention semblait mettre à jour des enjeux internes et externes importants qui empêchaient toute décision. Pourtant, les demandes de relais adressées à la psychiatrie publique pour des jeunes en souffrance psychique ou ayant des troubles psychiatriques ne cessent d'augmenter, si l'on en croit les témoignages des directeurs de MECS¹.

Enfin, une politique partenariale ne peut se réaliser qu'à condition que chaque partie se considère comme partenaire et non rival ou concurrent. Cette tentation n'est pas une fiction, elle témoigne des enjeux en terme d'allocations de ressources ou de perte d'influence, de disparition progressive de la psychiatrie, tel que les interlocuteurs durant mes entretiens ont pu le souligner. Pour dépasser cette limite, la posture consiste à se faire confiance, et pour ce faire, il convient de se connaître *a minima*. C'est dans ce cadre qu'au cours de mon étude, une cadre de santé en psychiatrie, rencontrée au cours de mes entretiens, est prête à faire partager son expérience et son savoir à des professionnels du secteur de l'ASE. Pour avoir subi, les contraintes de relations dégradées entre son service, une unité d'hospitalisation d'adolescents, et un village d'enfants, elle connaît trop bien les « dégâts collatéraux » causés sur les jeunes de ce cloisonnement artificiel, cette méfiance mutuelle et ses représentations déformées. Elle est prête à assurer des séances de formation en santé mentale auprès des membres des équipes éducatives. Des échanges à partir de cette expérience pourraient être mis en place, d'autant plus qu'elle reçoit régulièrement des stagiaires assistants socio-éducatifs dans son unité.

B) Les axes de développement externes

En premier lieu, le foyer, de par son rattachement financier au Conseil Général, a été amené à développer des relations avec la DEF, qui sont à présent fructueuses et constructives. La directrice a participé à toutes les actions mises en place par la DEF tendant à rapprocher les acteurs de la protection de l'Enfance en danger. Il a été mis en place à cet effet un Comité technique des MECS.

¹ La question des relations avec la psychiatrie a été l'objet de débats lors des deux premières réunions du Comité technique des MECS mis en place par la DEF.

Ce dernier se propose de créer les conditions d'une émulation à travers un partage d'expérience, d'une confiance afin de mettre en place une culture de travail en commun. Cet outil pourrait servir de base à la construction d'un réseau socio-sanitaire

La deuxième idée serait de convaincre l'intersecteur psychiatrique de réaliser du conseil auprès de divers établissements dont les MECS, voire qu'il aille vers ces structures. C'est chose faite depuis que le CDEF et le Centre hospitalier spécialisé Charles Perrrens se sont entendus sur les modalités d'une convention a minima. Des solutions intéressantes ont été avancées comme par exemple un interlocuteur unique à l'hôpital, une fiche de liaison entre les deux structures qui récapitulerait les éléments les plus pertinents de la situation du jeune, des « stages découvertes » pour les professionnels des deux structures.

En second lieu, l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) tient compte de l'articulation des moyens des établissements de santé avec le secteur social et médico-social. L'adaptation de l'offre de soins en faveur des enfants et des adolescents est un axe repéré comme prioritaire au niveau de l'organisation de leur prise en charge¹. Un projet de circulaire met l'accent sur le décloisonnement entre les secteurs sanitaire, social, médico-social, éducatif et judiciaire. Le SROS définit une répartition de moyens en fonction des besoins en insistant sur la nécessité d'une articulation entre les dispositifs comme le prévoyait la circulaire du 3 mai 2002 relative à la prise en charge de la souffrance psychique des adolescents et jeunes majeurs en difficulté.

En troisième lieu, l'avant-projet du schéma départemental conjoint sur l'enfance en danger ASE/PJJ promeut la nécessité d'articulation et de coopération avec nos partenaires naturels de la psychiatrie. A plusieurs reprises dans le corps du document, il est fait référence à la formalisation d'un partenariat entre les services de santé mentale et les services de prévention du Conseil Général, au conventionnement entre l'hôpital et le département. Afin d'optimiser le service rendu par une meilleure coordination, il est prévu d'encourager la mutualisation de compétences et de moyens. Il s'agit de créer un véritable partenariat entre les équipes éducatives et les équipes de santé mentale, et d'organiser cette mise en commun autour de conventionnements formalisant les partenariats ASE / services de Santé Mentale / PJJ.

¹ Circulaire DHOS n° 2004/507 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération. Disponible sur Internet : <<http://social.gouv.fr>>.

3.2.2 Les préconisations pour une prise en charge globale

Les préconisations proposées n'obèrent pas des expériences multiples et foisonnantes au niveau national, mais entendent réfléchir sur les points à développer ou à améliorer pour une prise en charge globale dans le département de la Gironde.

Préconisation n°1 : En amont de la crise ou de graves difficultés, il s'agit d'améliorer l'articulation entre les équipes éducatives et soignantes : développer et favoriser une connaissance et une reconnaissance des institutions.

- 1) Il est nécessaire de repenser le travail en amont entre le secteur psychiatrique et l'équipe éducative pour permettre l'élaboration autour de chaque situation, et aider l'éducateur à accompagner l'adolescent, notamment vers le soin.

Pour mettre en place cette articulation entre l'éducatif et le secteur psychiatrique, il serait nécessaire que les équipes puissent se rencontrer, peut-être autour de situations qui nécessitent la mise en œuvre du savoir et des savoir-faire des uns et des autres, afin de mieux connaître à la fois les possibilités, mais aussi les limites de chaque institution.

Lors des synthèses ou des études de situations des jeunes souffrant de troubles psychiques connus ou non de l'unité psychiatrique, des professionnels de santé mentale, des infirmiers, par exemple, seraient systématiquement invités à réfléchir avec l'équipe pluridisciplinaire au projet de vie. Reste à penser la prise en charge de ces temps de travail.

- 2) Des contacts pourraient être régulièrement pris entre les membres de l'équipe psychiatrique et les lieux de vie des adolescents, soit pour intervenir directement auprès des adolescents à la suite d'un événement important, soit pour rencontrer les membres de l'équipe éducative. Ces contacts permettraient de développer une connaissance des caractéristiques et des contraintes de chaque professionnel.
- 3) Dans chaque situation difficile, un référent pourrait être désigné pour suivre l'adolescent. Dans chaque cas, on constate qu'un adolescent à problèmes est déjà connu par de multiples soignants ou éducateurs ou assistants sociaux. Le référent permet de simplifier et de rendre plus efficace l'aide apportée à l'adolescent. A ce propos, le rapport 2004 du Défenseur des enfants prône l'instauration d'un interlocuteur unique responsable au sein de l'ASE, du dialogue avec les enfants et chargé également du lien avec l'établissement.

Reste que si ce référent existe dans nombre de département, la réorganisation du service de l'ASE en Gironde a eu pour effet de redéployer ces référents sociaux sur d'autres missions¹.

Préconisation n°2: Elle s'oriente vers l'élaboration d'une culture commune qui fédère l'ensemble des acteurs autour de la spécificité d'une clinique de l'adolescence : développement de formations communes aux infirmiers en santé mentale et éducateurs spécialisés

- 1) La mise en oeuvre du Diplôme universitaire «Adolescents difficiles : approches éducatives et psychopathologiques » par l'université Pierre et Marie Curie Paris VI va dans le sens d'un décloisonnement actuel des circuits de prise en charge et de d'un renforcement de l'accès à des modes de prises en charge diversifiés.
L'objectif est d'offrir, aux professionnels des différents champs concernés par la prise en charge des jeunes souffrant de troubles psychiatriques, un apport sur les connaissances psychologiques, psychopathologiques, psycho-sociales nécessaires à la compréhension des adolescents dits «difficiles » et du contexte social et familial dans lequel ils évoluent.
L'ouverture de ce diplôme à l'ensemble des professionnels concernés pourrait permettre un partage d'expérience et une réflexion sur les pratiques.
- 2) La possibilité accordée aux professionnels de MECS ou d'unités psychiatriques de réaliser des stages de comparaison ou d'immersion dans l'univers professionnel de l'autre champ d'activité conduirait à diminuer la méfiance et augmenter la reconnaissance professionnelle des partenaires.
- 3) L'acquisition d'une culture commune peut s'opérer dans le cadre de formation en santé mentale pour les éducateurs ou sur des problématiques sociale et éducatives. Ces formations seraient délivrées par des professionnels volontaires de structures voisines amenées à travailler ensemble.

¹ BRISSET Claire. *Rapport annuel du Défenseur des enfants au Président de la République et au Parlement*. Paris, La Documentation Française, 2004. 236 p.

Préconisation n°3 : Elle serait axée sur le développement en réseau d'institutions ou de professionnels de la santé mentale, de l'éducation spécialisée ou de l'enfance en danger ayant une spécialisation dans l'accompagnement des adolescents « difficiles ».

Pour ces jeunes en souffrance, le travail en réseau sanitaire et social apparaît comme le garant d'une collaboration et d'un partenariat effectif entre les différents acteurs.

Les réseaux sont des espaces de lien et de coordination permettant la mise en commun organisée des compétences et la complémentarité des rôles.

Le réseau favoriserait la mise en synergie par « l'action coordonnée de plusieurs organes, l'association de plusieurs facteurs qui concourent à un effet unique »¹. Créer un réseau, aurait pour objectif de viser, au travers du principe d'une continuité éducative, à l'intégration sociale de chacun de ces jeunes confrontés à de multiples difficultés (familiale, comportementale, scolaire, etc.) Pour cela, les institutions qui encadrent ces jeunes ne peuvent fonctionner seules, du fait de la complexité de la prise en charge de ces jeunes par une seule équipe éducative. Le réseau doit être compris comme une mise en commun, un partage de compétences de chaque institution².

Préconisation n°4 : L'idée serait de mettre un peu « d'hôpital » dans les établissements sociaux.

Il s'agirait de créer des places d'hospitalisation à domicile dans des MECS. L'hôpital à domicile est destiné à des personnes malades dont l'état ne justifie plus une hospitalisation, mais nécessite des soins complexes, continus et coordonnés. Le suivi est organisé selon plusieurs visites par semaine par une équipe en santé mentale. Cette idée a été effleurée lors des négociations d'une convention avec le centre hospitalier Charles Perrens, portant sur l'amélioration de la coopération entre les deux structures pour la prise en charge des jeunes souffrant de troubles psychiatriques.

¹ Cette définition est issue du dictionnaire Le Petit Robert.

² Le Comité technique des MECS mis en place par la DEF peut s'analyser comme un début de réseau non formalisé, les participants étant invités à faire partager ses pratiques professionnelles et son offre de services en vue d'adapter la prise en charge aux évolutions des besoins repérés.

Un projet, allant dans ce sens, a été proposé par le Conseil Général de Gironde à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH). Un Home thérapeutique à double tarification pour adolescents de 10 à 18 ans relevant de l'ASE et d'un suivi psychiatrique, associant soin et éducatif, serait créé en collaboration entre le Conseil Général et le Centre Hospitalier spécialisé de Cadillac. Il s'agit d'offrir une prise en charge souple et modulable et un hébergement pour des adolescents dont la pathologie nécessite un accompagnement spécialisé.

Cette solution peut être intéressante, à condition que tous les acteurs, l'ASE, la DDASS, l'ARH, l'Etat et le Conseil Général développent une stratégie gagnant-gagnant, et que chacun prenne ses responsabilités et les assume en tenant compte des conséquences induites.

CONCLUSION

L'analyse de la prise en charge des adolescents souffrant de troubles psychiatriques souligne le caractère relativement aléatoire ou incohérent de leur orientation vers des filières sanitaire, sociale et judiciaire ou médico-sociale, ainsi que la succession possible dans le temps des différents modes de prise en charge. La recherche d'une cohérence sur toute la durée de la prise en charge est indispensable. Les réponses doivent être multiples, à la fois éducatives, sociales, médico-sociales, judiciaires ou thérapeutiques. Elles ne doivent pas se substituer les unes aux autres, mais pouvoir se cumuler ou se relayer sans discontinuité. Cela suppose au préalable une coordination des instances décisionnelles et une mise en réseau des réponses institutionnelles, donc une concertation entre ministères au niveau central, et entre l'Etat et les Conseils Généraux au niveau local. Les interfaces manquent pour cette population entre le sanitaire, le social et le médico-social. Cette situation entraîne des prises en charge inadaptées aux besoins des adolescents, inefficaces quant à la finalité des missions de chaque acteur, insatisfaisantes par rapport aux résultats que tout usager, aussi démuné soit-il, est en droit d'attendre de prestations de qualité.

Le métier de directeur social et médico-social suppose au préalable de prendre en compte le contexte dans lequel il s'exerce, qui peut être statique ou dynamique selon les périodes, ainsi que les enjeux auquel il est confronté. L'environnement institutionnel, réglementaire, politique, culturel et social, les différents partenaires en présence, avec leurs idéologies respectives, influent nécessairement sur les conditions de son exercice et de l'évolution de ses pratiques professionnelles. A ce titre, la prise en charge d'une problématique psychiatrique dans le cadre du champ de l'enfance en danger relève bien de ce schéma, où un environnement mouvant, une nouvelle problématique sociale, une multiplicité des acteurs de la prise en charge, des particularismes dans les logiques de fonctionnement et les méthodes de travail, interrogent la pertinence et l'efficacité des modes d'intervention sociale mis en œuvre par les directeurs d'établissements relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance.

Le développement d'une politique d'articulation des dispositifs dans un premier temps, puis de partenariat dans un second temps, impose l'appropriation d'une culture du travail en commun par les acteurs concernés, réalisant ainsi le projet commun de servir au plus près l'intérêt général.

Bibliographie

1 Textes législatifs et réglementaires

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. – Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 relative à la rénovation de l'action sociale et médico-sociale. Disponible sur Internet : <<http://www.legifrance.gouv.fr>>.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1990. – Loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. Disponible sur Internet : <<http://www.legifrance.gouv.fr>>.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1986. – Loi n°86-17 du 06 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de la santé. Disponible sur Internet : <<http://www.legifrance.gouv.fr>>.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1985. – Loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique. Disponible sur Internet : <<http://www.legifrance.gouv.fr>>.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1985. - Loi n°85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social (légalisant le secteur psychiatrique). Disponible sur Internet : <<http://www.legifrance.gouv.fr>>.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1975. – Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Disponible sur Internet : <<http://www.legifrance.gouv.fr>>.

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS, 2004. – Circulaire DHOS n° 2004/507 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération. Disponible sur Internet : <<http://social.gouv.fr>>.

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE, 2002. – Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n°2002/282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiatriques des enfants et des adolescents en grande difficulté. Disponible sur Internet : <<http://www.social.gouv.fr>>.

2 Ouvrages

BALLE Catherine. *Sociologie des organisations*. Paris, coll. Que-sais-je ?, Presses universitaires de France, 1998, 4^{ème} édition. 128 p.

BERGER M. *L'échec de la protection de l'enfance*. Paris : coll. Enfances, Dunod, 2003. 252 p.

BYNAU C. *Accueillir les adolescents en grande difficulté. L'avenir d'une désillusion*. Ramonville : coll. Trames, Erès, 2004. 320 p.

COENEN R. *Eduquer sans punir. Une anthropologie de l'adolescence à risque*. Ramonville : coll. « Relations », Erès, 2004. 136 p.

CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard. *L'acteur et le système*. Saint-Amand-Montrond, coll. Point politique, Ed du Seuil, 2001, 3^{ème} édition. 512 p.

GEORGES M-C., TOURNE Y. *Le secteur psychiatrique*. Paris : « Que-sais-je ? », Presses Universitaires de France, 1994. 128 p.

GRANVAL D. *Adolescents difficiles, établissements et aide sociale : comment améliorer ? Vers une mutation de l'accompagnement éducatif des adolescents*. Condé sur Noireau : coll. Technologie de l'Action Sociale, L'Harmattan, 2002. 286 p.

FIZE Michel. *Adolescence en crise ? Vers le droit à la reconnaissance sociale*. Paris : Coll. Questions d'éducation, Hachette livre, 1998. 146 p.

COURTECUISSSE Victor. *L'adolescence. Les années métamorphoses*. Saint-Amand : coll. Marabout pratiques, Editions Stock, 1992. 320 p.

AÏN Joyce et *alii*. *Adolescences. Miroirs des âges de la vie*. Toulouse : coll. L'Ecole des Parents et des Educateurs de la Région Toulousaine, Privat, 1988. 200 p.

LAURU D. *La folie adolescente : psychanalyse d'un âge en crise*. Paris : coll. l'espace analytique, Denoël, 2004. 221 p.

MIRAMON J-M., COUET D., PATURET J-B. *Le métier de directeur. Techniques et fictions*. Rennes : 2^{ème} édition mise à jour, ENSP, 2002. 272 p.

MIRAMON Jean-Marie. *Manager le changement dans l'action sociale*. Rennes, Ed. ENSP, 1996. 110 p.

LEFEVRE Patrick. *Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*. Paris, coll. Guides, Dunod, 2003. 407 p.

MUEL-DREYFUS F. *Le métier éducateur*. Paris : coll. Le sens commun, Les éditions de minuit, 1983. 272 p.

JAEGER Marcel. *L'articulation du sanitaire et du social : travail social et psychiatrie*. Paris, édition Dunod, 2000. 172 p.

3 Articles de périodiques

Le secteur psychiatrique des adolescents n'est pas en crise mais en manque de collaboration. Actualités Sociales Hebdomadaires. 16 avril 2004, n°2355, pp. 13-14

La rénovation de l'action sociale et médico-sociale. Actualités Sociales Hebdomadaires. 11 janvier 2002, n°2245. pp. 17-25.

ANDRE Sophie. *La protection de l'enfance souffre de l'absence de politique nationale « unifiée »*. *Actualités Sociales Hebdomadaires*. 26 novembre 2004, n°2383, pp. 39-41

BICHWILLER Jean-Paul. « *Vive l'Aide Sociale à l'Enfance et vive la psychiatrie* », tribune libre. *Actualités Sociales Hebdomadaires*. 5 novembre 2004, n° 2380. pp. 23-24

BOUCHEREAU Xavier. *Protection de l'enfance : mythes et limites de l'évaluation*. Actualités Sociales Hebdomadaires. 16 avril 2004, n°2355. pp.25-26.

BRIAN Michèle. *Un regard psychiatrique sur la condition infantine*. Le Débat, l'enfant problème. Paris, éditions Gallimard, novembre – décembre 2004, pp.136-150.

GAUCHET Marcel. *La redéfinition des âges de la vie*. Le Débat, l'enfant problème. Paris, éditions Gallimard, novembre – décembre 2004, pp. 27-44.

JAEGER Marcel. *Les politiques de santé mentale : un pari sans cesse renouvelé*. Vie sociale. Paris, n°5-6, 1992, pp.3-10.

MARCELLI Daniel. *La pédopsychiatrie : enjeux et perspectives*. Gestions hospitalières, la santé mentale. Vitry-sur-seine, novembre 1997, n°370, pp.758-762

RIFFAULT Jacques. *Posons-nous la question : pourquoi et pour qui écrit-on ?* Lien social. Toulouse, 28 septembre 2000, n° 545. pp.4-6.

4 Mémoires et thèses

BOUTROU Evelyne. *Les réseaux, articulation du sanitaire et du médico-social sur la ville : une mutation nécessaire de la psychiatrie, vers la santé mentale*. Mémoire ENSP de Directeur de soins ; ENSP, novembre 2002. 62 p.

CREZE Mickaël. *La question des dispositifs de la protection de l'enfance à travers la prise en charge des états limites de l'adolescence : l'exemple du centre départemental de l'enfance des Côtes d'Armor*. Mémoire ENSP de Directeur d'établissement social et médico-social : ENSP, décembre 2004. 75 p.

GARREC Anne. *L'intérêt des interfaces entre la psychiatrie et le secteur médico-social pour les 12-25 ans dans le département de Seine-et-Marne*. Mémoire ENSP d'inspecteur des affaires sanitaires et sociales : ENSP, septembre 2002. 67 p.

5 Etudes et rapports

BRISSET Claire. *Rapport annuel du Défenseur des enfants au Président de la République et au Parlement*. Paris, La Documentation française, 2004. p. 236.

BRISSET Claude. *Rapport annuel du Défenseur des Enfants au Président de la République et au parlement*. Paris, La Documentation Française, 2001. 208 p.

CLERY-MELIN Philippe, KOVESS Viviane, PASCAL Jean-Charles. *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale*. Rapport d'étape de la mission CLERY-MELIN au ministre de la Santé, de la famille et des personnes handicapées. 15 septembre 2003. 106 p.

JOURDAIN-MENNINGER Danièle, STROLH-MAFFESOLI Françoise. *Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques*. Paris, Inspection Générale des Affaires Sociales, rapport n° 2004-027, février 2004. 125 p.

NAVES Pierre, CATHALA Bruno. *Accueils provisoires et placements d'enfants et d'adolescents : des décisions qui mettent à l'épreuve le système français de protection de l'enfance et de la famille*. Rapport IGAS : IGSJ, juin 2000.

Haut Comité de la Santé Publique. Rapport au Ministre de l'Emploi et de la Solidarité du groupe travail sur *la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*. Février 2000.

Etudes et résultats de la DREES. *Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile*. Rapport n° 341, septembre 2004

Organisation Mondiale de la Santé. *La santé mentale, nouvelle conception, nouveaux espoirs* Rapport sur la santé dans le monde, 2001.

Liste des annexes

Annexe I : Le lieu de stage : le foyer François Constant

Annexe II : Méthodologie des entretiens et des questionnaires menés

Annexe III : Liste des personnes rencontrées

**Le lieu de stage :
le foyer François Constant**

Maison d'Enfants à Caractère Social
4 cours Tourny
33 500 Libourne

Caractéristiques administratives :

Le foyer François Constant, établissement public autonome départemental, est une Maison d'Enfants à Caractère Social. Son action sociale et médico-sociale le fait relever de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Ses missions sont définies par l'article L.312-1 du Code de l'Action sociale et de la Famille (CASF) : *« Les maisons d'enfants à caractère social sont des établissements destinés à accueillir des mineurs et des majeurs qui connaissent des difficultés sociales et familiales. Elles leur apportent, en lien avec leur famille, un soutien et un cadre matériel, éducatif et psychologique, favorables à l'épanouissement de leur personnalité et à leur insertion professionnelle. Elles pourvoient à l'ensemble des besoins des mineurs confiés et veillent à leur orientation en collaboration avec leur famille, leur représentant légal, les services de l'Aide Sociale à l'Enfance, de la protection judiciaire de la jeunesse et les juges des enfants. »*

Financé par le Conseil Général de la Gironde sous forme de dotation globale, il est habilité à recevoir des mineurs confiés au service de l'ASE, ainsi que des jeunes majeurs dans le cadre de contrats acceptés par ce même service.

Les missions de l'établissement :

La mission première du foyer est d'accueillir afin de protéger le jeune, pour l'éloigner d'un milieu familial où se manifestent des risques de mise en danger de sa santé, sa sécurité, sa moralité, ou les conditions de son éducation.

Puis dans son activité quotidienne, l'institution se charge d'observer les comportements du jeune, d'évaluer avec lui ses besoins, de l'éduquer, de l'accompagner dans son projet de vie, de l'insérer dans un processus social et enfin de l'orienter, en fonction de son projet, vers d'autres structures.

La population accueillie :

L'établissement accueille des enfants âgés de 4 à 21 ans pour lesquels existe une difficulté familiale ou sociale. Confiés par la Direction Générale Adjointe à la Solidarité qui organise et met en œuvre l'ensemble du dispositif de l'aide sociale sous tutelle du Conseil Général, dont l'ASE, le jeune fait l'objet d'un placement prononcé par le juge des enfants ou par la Direction enfance et famille sur délégation du Président du Conseil Général.

La population accueillie est hétérogène. Un petit nombre peut relever de la population dite « à caractère social », enfants et adolescents marqués par des carences éducatives, et présentant souvent un profil abandonnique. Un glissement de la population s'est opéré, avec le mouvement de la libération de la parole de l'enfant vers des situations d'abus et de maltraitance sexuels. Enfin, est apparu progressivement un nouveau profil de jeunes, caractérisés par l'absence de limites, l'intolérance à la frustration et une certaine violence, souffrant de troubles psychiques associés.

- ☞ 53 jeunes ont été suivis en 2004
- ☞ La durée moyenne de séjour est de 9,5 mois, avec une moyenne basse pour les adolescents.
- ☞ La majorité des accueils concerne des jeunes ayant entre 10 et 16 ans (60 %)

Moins de 10 ans	Entre 10 et 14 ans	Entre 14 et 16 ans	Plus de 16 ans
9,3 %	37,2 %	28 %	25,6 %

Le cadre de l'accueil :

Le foyer se structure autour de 4 groupes de vie qui représentent au total 36 places.

- ☞ 13 préadolescents (10-14 ans) sur un groupe mixte d'internat
- ☞ 13 adolescents (15-18 ans) sur un groupe de vie mixte d'internat
- ☞ 2 places en famille d'accueil pour les moins de 10 ans
- ☞ 8 places en service jeunes majeurs hébergés en chambre en ville

L'établissement, en attendant le résultat de la restructuration, est organisé autour de deux sites d'accueil (préadolescents sur le site principal, et adolescents dans un site extérieur au foyer) et de trois services extérieurs (placement familial, service d'accompagnement jeune majeur et service famille). Au sein même du foyer, composé d'un seul corps de bâtiment datant du 19^{ème} siècle, se trouvent : la Direction, l'encadrement éducatif, le service psychologique, les services administratifs et généraux, le service famille et le groupe d'accueil des préadolescents.

Les ressources humaines :

Directrice	service administratif	service socio-éducatif	cadre socio-éducatif	psychologue	service technique	famille d'accueil
1	3	21	1	1	9	1

Cette présentation des personnels n'obéit pas à la classification en équivalents temps plein (ETP). Des agents exerçant leur activité en temps partiel explique l'écart entre le nombre d'agents et le nombre d'ETP qui lui correspond à 33 ETP.

Le projet d'établissement :

Etroitement associé à la dynamique de restructuration du foyer, le projet d'établissement définit des axes prioritaires de développement accordant une place essentielle à l'individualisation de l'accompagnement des jeunes accueillis et aux prises en charge innovantes. En effet, les projets en cours promeuvent des prises en charge séquentielles, en accueil de jour, et multi-modales.

Méthodologie d'entretien

Le choix a été fait de procéder en premier lieu à des entretiens avec des professionnels du champ de la psychiatrie pour confronter ensuite les constats effectués à l'analyse des professionnels du champ de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

S'agissant des entretiens avec les professionnels du secteur de l'ASE, une sélection, répondant à des nécessités pratiques, a été opérée à partir d'un fichier répertoriant tous les établissements girondins relevant de ce dispositif. Ainsi cinq directeurs de MECS, deux responsables et la chargée de mission « enfants et adolescents incasables » de la Direction Enfance Famille (service de l'ASE au Conseil Général de la Gironde) ont été auditionnés.

Dans le champ sanitaire, plusieurs cadres de santé et deux médecins inspecteurs de santé publique ont été rencontrés

Les résultats de ces entretiens semi-directifs m'ont permis de mettre en évidence par rapport à la problématique posée, des positions hétérogènes. Il a été décidé, compte tenu de ce constat initial, d'étendre mon investigation au niveau de toutes les MECS du département de la Gironde. Pour cela, un questionnaire d'enquête a été élaboré et adressé à l'ensemble des MECS de Gironde. Ce dernier avait pour objectif de connaître les pratiques professionnelles liées à la prise en charge des jeunes souffrant de troubles psychiatriques. Il s'agissait de conduire un état des lieux local.

Sur les Vingt-deux établissements contactés, douze ont répondu. Le faible nombre de réponses ne permet pas de produire des résultats significatifs et pertinents. Aussi, les réponses recueillies n'ont pas fait l'objet d'un traitement particulier. Cependant, les informations recueillies lors de cette enquête sont intégrées au corps du mémoire afin d'illustrer les propos tout au long du mémoire.

Liste des personnes rencontrées

- **Dans le champ de l'Aide Sociale à l'Enfance**

M. BERGAIL, Directeur du foyer Marie de Luze à Bordeaux (33),
M. BORDESSOULE, Directeur du foyer le Gardera à Langoiran (33),
Mme CALMEJANE, chargée de mission à la Direction Enfance et Famille du Conseil Général de Gironde,
Mme CHASSANT, Directrice adjointe à la Direction Enfance et Famille du Conseil Général de Gironde,
M. GRUAS, Directeur de la Direction Enfance et Famille au Conseil Général de Gironde,
M. NEOLLIER, Directeur du Home de Mazères à Mazères (33),
M. VIALLA, Directeur du foyer Montméjan à Bordeaux (33),
M. GLEIZE, Directeur de la maison d'enfants Le Moulleau à Vincent de Paul à Arcachon (33),

- **Dans le champ sanitaire**

Mme le Docteur Michèle BRIAN, médecin inspecteur de santé publique à la DDASS de Seine-et-Marne,
Mme COUTRIE, cadre de santé en psychiatrie, centre de soins et de crise pour adolescents à Bordeaux,
Mme LECONTE, cadre de santé en psychiatrie, unité d'hospitalisation d'adolescents au Centre hospitalier spécialisé de Vauclaire,
Mme LEGALLO, cadre de santé en psychiatrie, Pôle Adolescents, unité de soins ambulatoire du Centre hospitalier spécialisé de Vauclaire.